



**BENEMÉRITA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE PUEBLA**



FACULTAD DE MEDICINA

**Comorbilidad de trastornos afectivos y síntomas de trastorno
límite de personalidad en pacientes de entre 18 y 50 años del
Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano", Puebla.**

tesis presentada para obtener el grado de: especialidad en Psiquiatría

Autor:

Ernesto Agustín Lara Benítez

Asesor experto:

Dra. Trinidad Concepción Calixto Salas

Asesor metodológico:

Dra. Luz Karina Ramírez Dueñas

Puebla, Enero 2024

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES GENERALES	6
Epidemiología.....	7
Factores asociados	7
Mecanismos fisiopatológicos	9
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	20
Comorbilidades	21
Diagnóstico Diferencial.....	24
Instrumentos para el diagnóstico y la clasificación de la gravedad	25
JUSTIFICACIÓN.....	31
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
HIPÓTESIS.....	34
Hipótesis Alternativa.....	34
Hipótesis Nula	34
OBJETIVOS.....	35
Objetivo general	35
Objetivos específicos.....	35
MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
Definición del universo de trabajo.....	36
Criterios de selección	36
○ Criterios de inclusión.....	36
○ Criterios de exclusión.....	36
○ Criterios de eliminación.....	37
ESTRATEGIA DE MUESTREO	37
Tamaño de la muestra.....	37
Tipo de muestreo	37
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	38
Variable dependiente: trastornos afectivos; trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos.....	39
ESTRATEGIA DE TRABAJO	39
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	40

CUESTIONARIO.....	41
ASPECTOS ÉTICOS	42
RESULTADOS.....	48
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIÓN.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	66

ABREVIATURAS

TLP: Trastorno de la personalidad límite

BSL-23: Lista de síntomas límite-23.

BSL-95: Lista de síntomas límite-95.

DSM-III: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera Edición

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

NESARC: Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas

DPYD: codificador de dihidropirimidina deshidrogenasa

PKP4: codificador de la placofilina 4

SERINC5: codificante para el incorporador de serina 5

HHS: Hipotálamo- Hipófisis- Suprarrenal

CPF: corteza prefrontal

FDA: Administración de medicamentos y alimentos

MSAD: McLean Study of Adult Development / Estudio McLean sobre el desarrollo de adultos

CLPS: Collaborative Longitudinal Personality Disorders / estudio longitudinal colaborativo de trastornos de la personalidad

OXTR: receptor de oxitocina

INTRODUCCIÓN

El término que actualmente conocemos como trastorno límite de la personalidad (TLP) fue acuñado en el siglo veinte por el húngaro Adolph Stern quien vivía en Estados Unidos de América, fue un médico, neurólogo y psiquiatra (psicoanalista). Stern fue uno de los primeros médicos que introdujeron el psicoanálisis a Estados Unidos, quien, a su vez, tuvo gran influencia de Sigmund Freud, debido a que fue psicoanalizado por este, lo cual explica que se encontrara influenciado por su trabajo. Es por eso, que el trastorno tiene origen en la conceptualización freudiana de la mente, considerada una frontera entre la neurosis y la psicosis; la primera siendo entendido según Freud como el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, y la psicosis, definida como el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior (Freud,2017), aunque actualmente ya no se utiliza con la misma frecuencia en el ambiente de la psiquiatría clínica, esto debido a que los avances en la neurobiología del TLP ha ido a pasos agigantados, se ha considerado que este nombre, basado en el psicoanálisis, podría ser obsoleto. (Pérez-Rodríguez 2018).

La presente investigación pretende por un lado, buscar la incidencia de síntomas del trastorno de la personalidad límite en la población de entre 18 y 50 años del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de la ciudad de Puebla, una vez establecido esto, averiguar si existe una correlación entre la presencia de dicha sintomatología y la presencia de trastornos afectivos, específicamente, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, anteriormente llamado distimia, y trastorno bipolar, hipotetizando que existe una importante correlación entre dicho tipo de personalidad y el afecto, debido a que la sintomatología tiende a presentar cierta dificultad por su solapamiento. Además, es importante el conocer la existencia de dicha asociación para dirigir el abordaje y el tratamiento proporcionado, buscando incidir de manera conjunta la afectación para permitir la inclusión y evitar la disfunción social que puede verse exacerbada.

ANTECEDENTES GENERALES

La definición inicial fue realizada en 1978 por Adolph Stern, en ese entonces no se encontraba catalogado de manera precisa en los sistemas de clasificación de la época y era considerado “intratable”, lo que ocasionaba que se encontrara en un terreno incierto entre la psiquiatría y la medicina general, siendo objeto de estigma debido a la reputación de que los pacientes solían ser hostiles, conduciendo a que fueran ignorados o maltratados. Fue hasta 1980 que el término se añadió al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera Edición (DSM-III) y 10 años más tarde a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), con el nombre de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (Gunderson, 2018).

El TLP tiene como características principales, una sensibilidad extrema al rechazo, inestabilidad de uno mismo, intensidad y volatilidad emocional, así como conductas impulsivas. Si bien, el diagnóstico de TLP cumple con los estándares, aún hay conflicto respecto a la definición, las características centrales y las posibilidades de tratamiento (Gunderson, 2018).

El trastorno de la personalidad límite (TLP) es un trastorno mental común, que se encuentra asociado a altas tasas de suicidio, gran limitación en la funcionalidad, altas tasas de trastornos mentales comórbidos, uso intensivo de tratamientos y altos costos a la sociedad (Leichsenring, 2011).

De acuerdo con Mezei (2020), en las últimas décadas, se ha mostrado una incidencia creciente de TLP en la práctica psiquiátrica; a pesar de lo anterior, se trata de un padecimiento infradiagnosticado. Conocer la etiología, entre la cual se encuentran los factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales, resulta fundamental para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados.

De manera frecuente, el tratamiento de los pacientes con TLP se ve obstruido por el incumplimiento a este, la ira constante del paciente, las tendencias suicidas, lo cual contribuye al mismo estigma comentado. Afortunadamente, estudios científicos más recientes han mostrado que es tratable, que es posible la recuperación sintomática (Gunderson, 2018).

Epidemiología

Según Schulte Holthausen (2018), se ha afirmado en diversos documentos médicos como el DSM-5 que el TLP presenta una predominancia por las mujeres, con una proporción de 3:1, sin embargo, en otros estudios no se han reportado diferencias de prevalencia respecto al sexo, una probable explicación de esta discrepancia de datos es que el mayor número de personas con trastorno límite de personalidad que busca tratamiento son mujeres, lo que pudo haber ocasionado un sesgo de selección en estudios realizados en entornos clínicos.

Si bien, de acuerdo con los criterios clínicos del DSM-5, que mencionan que las características deben estar presentes a partir de la edad adulta, el TLP puede ser diagnosticado desde la infancia-adolescencia, esto con una fiabilidad, validez y estabilidad similar a la que puede realizarse en la adultez (Gunderson, 2018).

Factores asociados

Entre los factores asociados que pueden contribuir al desarrollo del TLP se encuentran los psicosociales, siendo estos los antecedentes de trauma infantil, las enfermedades mentales maternas, la mala relación padres-hijos, un mal estilo de crianza; situaciones que conllevan al desarrollo de apego inseguro y desorganizado en el infante (Mezei, 2020).

Las muestras tanto clínicas como comunitarias muestran similitud en el hecho de que la adversidad en la infancia tiene una gran asociación con el TLP, es así que el trauma infantil se considera el factor de riesgo más importante para su desarrollo, al menos respecto a los factores ambientales. De manera retrospectiva se vio un incremento en el riesgo de presentar TLP en estudios comunitarios de niños que presentaron maltrato infantil. De igual modo una crianza inapropiada, comportamientos aversivos de los padres, la carencia afectiva propiciada por estos y la participación en exceso de la madre, así como la separación de los niños y la madre antes de los 5 años son factores que se han visto asociados. Los niños que han sufrido de maltrato presentan un perfil de personalidad caracterizado por un alto neuroticismo, poca amabilidad, poca escrupulosidad y poca apertura a la experiencia, además de que estas características tienden a persistir y comparten características con los rasgos de personalidad de los adultos con TLP (Gunderson, 2018).

Se conocen algunos periodos críticos para la génesis de la patología de personalidad. Tiende a presentarse apego anormal al cuidador principal, ya sea debido a la separación o a una crianza deficiente, y este apego interrumpido probablemente conducirá a déficit de la regulación emocional y el autocontrol. La reactividad emocional ante el estrés en el niño puede contribuir a un apego problemático. Un apego desorganizado entre madres e hijos es predictor de síntomas límite en adultos jóvenes de acuerdo con un estudio comunitario prospectivo. Cuando durante el periodo de la adolescencia se llega a impedir o retrasar el desarrollo de una identidad estable o un sentido de sí mismo puede conducir a la patología (Gunderson, 2018).

Entre las conductas predictoras tanto del desarrollo como de la persistencia del TLP en niños y adolescentes son las conductas autolesivas, los intentos de suicidio, la identidad insegura, la falta de orientación hacia objetivos, la afectividad negativa, la impulsividad, las conductas de riesgo, la ira, la agresión interpersonal, la mayoría características bien identificadas de TLP. Respecto a la atención clínica, se tiene a encontrar de manera más frecuente manifestaciones del tipo autolesiones, comportamiento suicida o acciones impulsivas, más que manifestaciones relacionadas al temperamento (Gunderson, 2018).

De acuerdo a Pérez-Rodríguez (2018), en los primeros estudios realizados en la literatura acerca del trastorno límite de personalidad, fueron mostrados 3 factores subyacentes principales, los cuales están definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5). Estudios posteriores mostraron que estos 3 factores principales, presentan una correlación importante, lo que sugiere que hay una construcción unificadora de manera subyacente. Según el DSM-5 las características definitorias del trastorno, o su componente más importante, son la inestabilidad afectiva y la reactividad emocional, sin embargo, lo que pareciera causar esto sería un deterioro en la interocepción emocional, o alexitimia, siendo esta definida como la incapacidad o dificultad para ser consciente de las emociones o estados de ánimo propios según Kaplan y Sadock (2018).

Respecto a la alexitimia en el trastorno límite de personalidad, se ha encontrado evidencia de que hay desconexión entre las respuestas emocionales medidas en el trastorno, que, se sabe, se encuentran intensificadas, y la apreciación

subjetiva de las respuestas emocionales, que suelen ser interpretadas por la persona con el trastorno como embotadas, lo que se ha denominado como interocepción emocional (Pérez-Rodríguez, 2018).

Mecanismos fisiopatológicos

Hablando acerca de los mecanismos fisiopatológicos del TLP, se incluyen revisiones de la farmacología, observaciones en imagen cerebral, y estudios de asociación de genes. (Pérez Rodríguez, 2018)

El modelo neurobiológico del TLP propone fenotipos, producto de interacciones entre las influencias genéticas y ambientales, conduciendo a afectación del desarrollo cerebral, mediante efecto de hormonas y neuropéptidos. Como ya se tiene identificado, el maltrato en la primera infancia, además del cuidado de mala calidad de los padres pueden condicionar una afectación de la expresión de genes, así como de la estructura y funciones cerebrales, lo cual puede dar como resultado algunos rasgos de conducta que serán estables a lo largo de la vida del individuo (Gunderson, 2018).

Antes de describir algunas alteraciones, se debe recalcar que una disfunción de un solo circuito cerebral no es específica del TLP, como en la mayoría de trastornos psiquiátricos, es la concurrencia de varias disfunciones cerebrales, la que condiciona la génesis del trastorno (Gunderson, 2018).

La alteración cerebral más frecuentemente asociada al TLP es la disfunción prefrontolímbica, siendo un fenómeno relacionado a la afectividad negativa en función al estrés social. Sin embargo, esto puede encontrarse tanto en otros trastornos psiquiátricos, como en personas sanas y en quienes tuvieron adversidad en la infancia. Esta alteración puede cambiar con el tiempo, sin embargo, se requiere de mayor investigación para comprender los procesos relacionados a la patogénesis y progresión del TLP (Gunderson, 2018).

Respecto a los factores genéticos, se tienen pocos estudios, encontrándose valores distintos. Respecto a los estudios de gemelos, se ha visto que un entorno familiar común genera poca contribución a la presencia de TLP dentro de la familia. En estudios de gemelos con un solo entrevistador, la heredabilidad encontrada fue de alrededor del 70%. Resultados semejantes fueron encontrados en estudios que

utilizaron cuestionarios y autoinformes, así como en estudios que midieron el TLP en dos ocasiones, con diferencia de 10 años (Gunderson, 2018).

Los primeros estudios genéticos eran de asociación de genes candidatos, la mayoría con muestras pequeñas (Pérez-Rodríguez, 2018), pero en un metanálisis realizado por Ali Amad en el año 2014 no se encontró asociación significativa de TLP con genes ya asociados a trastornos psiquiátricos y vulnerabilidad, como es el SLC6A4 (codificante del transportador de serotonina).

El primer estudio de asociación del genoma en alrededor de 1000 pacientes con TLP evidenció una superposición genética con el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor; y los genes implicados, como el DPYD (codificador de dihidropirimidina deshidrogenasa), el PKP4 (codificador de la placofilina 4) y el SERINC5 (codificante para el incorporador de serina 5), tienen efecto sobre propiedades del procesamiento neuronal como la adhesión celular o la mielinización. Por lo tanto, está la posibilidad de que estas variantes genéticas no sean específicas para el TLP, sin embargo, plantean la posibilidad de que la superposición genética esté relacionada con síntomas transdiagnósticos, y como aspecto importante, refleja un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en general. En conclusión, teniendo en común el resto de los trastornos psiquiátricos, los factores genéticos y neurobiológicos no tienen la adecuada especificidad para la identificación o intervención temprana del TLP (Witt, 2017).

Si bien, a través de diversos estudios de familia, gemelos y adopción se ha visto una asociación fuerte de la heredabilidad en el TLP, los genes específicos continúan siendo desconocidos. Pero, al igual que la mayoría de los trastornos psiquiátricos, el TLP presenta un origen multifactorial, resultado de la interacción de la vulnerabilidad genética con los factores ambientales. El que se tenga un entendimiento limitado del aspecto genético del TLP es un gran obstáculo para el progreso en el tratamiento y la prevención del TLP (Pérez-Rodríguez, 2018).

Concordando con lo anterior, Pérez-Rodríguez (2018), también menciona el factor hereditario y la continua incógnita de este, trayendo consigo limitaciones, ya que estudios genéticos se han centrado en genes vinculados previamente a la sintomatología del trastorno, como los genes de los sistemas serotoninérgicos,

dopaminérgicos y noradrenérgicos; solo unos cuantos han investigado otros genes, como el codificador del factor neurotrófico derivado del cerebro.

Debido al papel que ocupa el maltrato en la etiología del TLP, es relevante identificar alteraciones epigenéticas que puedan explicar los síntomas del TLP. Se ha visto un incremento en la metilación de genes, como el MIR124-3, cuyo producto está implicado en la regulación de la plasticidad neuronal y la función amigdalina. Este gen está asociado con el TLP y el maltrato infantil, por lo que bien podría tener función en el proceso desde el maltrato hasta el desarrollo del TLP en la adultez. Las alteraciones en la metilación de otros genes como el BDNF están asociadas a aspectos como el maltrato infantil y la susceptibilidad al TLP (Gunderson, 2018).

Otra correlación está en los genes implicados en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS), como el FKBP5 y CRHR, relacionados a la etiología del TLP, sobre todo en personas que sufrieron maltrato infantil, sin embargo, esta asociación está presente también en otros trastornos psiquiátricos como lo son la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Las alteraciones en las hormonas del eje HHS podrían ser mediadoras en el efecto de la adversidad temprana en la estructura y función del cerebro en el TLP. Las variantes de los genes comentados en este párrafo propician una mayor secreción en el cortisol, conduciendo a alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro (Gunderson, 2018).

La existencia de alteraciones en varios circuitos neuronales es la base de los fenotipos del TLP. Entre dichos circuitos están los relacionados con el fenotipo de inestabilidad interpersonal, como los involucrados en la teoría de la mente y la empatía, los relacionados con el fenotipo de la autoperturbación conduciendo a anomalías del pensamiento autorreferencial y del sentido del yo; así también los circuitos relacionados con la desregulación afectiva y la desregulación conductual. Es posible que el circuito del procesamiento del dolor afectivo media la hipoalgesia en la conducta autolesiva que se presenta en las personas con TLP (Gunderson, 2018).

Fenotipos interpersonales y del Self, se encuentran dentro del sistema para los procesos sociales y las estructuras involucradas en estos procesos son las ubicadas en la línea media, como la corteza prefrontal medial, corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal dorsomedial. Las personas con TLP presentan la tendencia a

hipermentalizar de manera compleja y abstracta. Estudios de interferencia de la información social irrelevante para una tarea relacionada a un ejercicio cognitivo evidenció un acoplamiento mayor de la amígdala y la corteza prefrontal media, así como áreas del parahipocampo en pacientes con TLP respecto a individuos sanos (Gunderson, 2018).

Otro estudio examinó el proceso de la autorrepresentación y la representación de los demás; los pacientes con TLP presentaban una mayor activación de estructuras de la línea media en ambos procesos, lo que respalda la superposición entre los correlatos neurales de la perturbación propia y la de los demás; así también, dicha hiperactivación se asoció a representaciones sociales menos estables. Las personas con TLP tienden a presentar alexitimia, lo que conlleva a un mayor deterioro en la comprensión de las emociones de los demás y está relacionado con la desregulación del comportamiento (Gunderson, 2018).

Fenotipo de desregulación afectiva y/o emocional. La inestabilidad afectiva es una característica central de la psicopatología del TLP y describe el incremento de manera escalonada de afecto negativo que suele ocurrir en respuesta a estresores de distinta intensidad, pero con una regresión a la línea base de manera retrasada. Los estudios de neuroimagen han demostrado anomalías en dichos procesos de las personas con TLP: los procesos de abajo hacia arriba se originan de la estimulación perceptual del mundo externo y son importantes en la detección de saliencia, en ellos están principalmente involucrados la amígdala, el hipocampo, la ínsula y la corteza cingulada anterior rostral; por otro lado, los procesos de arriba hacia abajo involucran áreas del funcionamiento cognitivo que juegan un papel importante en la toma de decisiones de manera estratégica y el llegar a metas, y en estos procesos participan áreas prefrontales como es la corteza cingulada anterior dorsal, y las cortezas prefrontales orbitofrontal, ventrolateral y dorsolateral (Gunderson, 2018).

La hipersensibilidad emocional, definida como la hipervigilancia hacia los estímulos negativos del ambiente, y la falla en la adquisición de estrategias regulatorias y adaptativas del afecto son usuales en las personas con TLP. La hipervigilancia hacia los estímulos negativos ambientales ocurre en respuesta a señales sociales de amenaza. Los potenciales relacionados con eventos, basados en

el electroencefalograma, evidenciaron un incremento en amplitudes P100 de las regiones occipitales, en la zona de la corteza visual, pero disminución de la amplitud N170 en regiones laterales temporo-occipitales y P300 centroparietales en respuesta a rostros mezclados de emociones felices e iracundas; esto indicaría una pre-atención, un procesamiento rápido y tosco de las señales sociales en el TLP en vez de un procesamiento más elaborado y con mayor detalle. Las amplitudes P100 normalizadas en individuos que se encuentran en TLP en remisión sugieren un incremento perceptual de los procesos de abajo hacia arriba, lo que refleja entonces una característica aguda más que un rasgo. Al respecto son necesarios estudios prospectivos (Gunderson, 2018).

Una característica importante en los pacientes con TLP agudo sin medicación, es la hiperreactividad de la amígdala izquierda en respuesta a estímulos negativos del ambiente; esta hiperreactividad no está restringida al surgimiento de un estímulo, si no también es el resultado de un déficit en la habituación. El papel central de la hiperreactividad amigdalina en el TLP también refleja una maladaptación de los procesos cognitivos de arriba a abajo, los cuales están implicados en la evaluación y priorización de los estímulos negativos ambientales. Otro hallazgo, usando espectroscopía de resonancia magnética nuclear, encontró un menor volumen de la amígdala izquierda, así como alteraciones metabólicas, sobre todo en la amígdala centromedial, que tiene proyecciones a los centros regulatorios hormonales en el hipotálamo y a centros autonómicos y del comportamiento en el tronco encefálico. Otro aspecto es el alargamiento del hipotálamo, con desregulación del eje HHS en las personas con TLP; sin embargo, la reducción del volumen de la amígdala y el hipocampo podría estar más pronunciada en pacientes que hayan tenido trauma de manera temprana y un TEPT comórbido. Las reducciones del volumen de materia gris en la amígdala sólo se suelen encontrar en individuos mayores con TLP, lo cual sugiere la condición progresiva de la patología, y eso parece ser irreversible (Gunderson, 2018).

La variabilidad e intensidad de las emociones están relacionadas a la hiperactividad amigdalina, mientras la desregulación emocional en general y la poca capacidad de reevaluación cognitiva en particular tuvieron una correlación negativa con la actividad de la corteza prefrontal en el TLP. También se han demostrado

alteraciones estructurales de la corteza prefrontal en pacientes con TLP, como menor volumen de sustancia gris, adelgazamiento cortical y alteraciones microestructurales de los tractos de sustancia blanca. Los datos preliminares sugieren que una psicoterapia exitosa propicia la normalización en la baja conectividad prefronto-límbica dentro del circuito de la regulación afectiva, esto implica la posibilidad de que este mecanismo central del TLP sea reversible (Gunderson, 2018).

Los mecanismos de retroalimentación evaluativa de la regulación emocional incluyen procesos interoceptivos como la dimensión fisiológica de la experiencia emocional, los cuales parecen encontrarse bloqueados en los pacientes con TLP. En un estudio, los individuos con TLP presentaron una activación de la corteza prefrontal (CPF) dorsomedial en comparación con controles sanos al indicarse que atendieran a las emociones y sensaciones corporales, a diferencia de la autorreflexión cognitiva. La remisión del TLP sucedió de manera paralela a una mejora en la representación cortical de las señales corporales (Gunderson, 2018).

Anormalidades similares de la estructura y función cerebral se han reportado en trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad evitativa y trastornos depresivos. La disfunción prefronto-amigdalina podría formar parte de un mecanismo transdiagnóstico asociado a la afectividad negativa o los rasgos relacionados al constructo del neuroticismo. El neuroticismo ha demostrado modular una amplia red de regiones cerebrales, incluyendo la red regulatoria emocional (Gunderson, 2018).

Disregulación del comportamiento. La impulsividad es una construcción multifacética que incluye varios componentes. Se ha encontrado una deficiencia en la capacidad para retrasar una recompensa inmediata más pequeña por una mayor no inmediata, una interferencia emocional alta en el funcionamiento cognitivo y una reducción en la inhibición de respuesta en el contexto de estrés emocional en los pacientes con TLP. De hecho, las personas con TLP a menudo eligen más la opción pequeña con recompensa inmediata, a diferencia de individuos sanos. Los pacientes con TLP tienen poca habilidad para predecir resultados aversivos. En la tarea del afecto de ir/no ir, el TLP se caracterizó por alteraciones en la actividad de las áreas ventrolateral, prefrontal y orbitofrontal, indicando interferencia entre tareas de inhibición motora y el procesamiento de estímulos emocionales. El control de la interferencia emocional en tareas de inhibición motora involucra áreas del cerebro que

se superponen con el circuito de la regulación del afecto, como la corteza cingulada anterior orbitofrontal y subgenual. En el caso de pacientes mujeres con TLP, en un estudio realizado bajo altos niveles de estrés, se vio una disminución de la actividad de la corteza frontal inferior en comparación con controles sanos en tareas de ir/no ir, lo que implica una alteración en la capacidad de inhibir las respuestas motoras prepotentes. De tal modo que las anomalías de la corteza frontal inferior podrían estar correlacionadas neurobiológicamente con la impulsividad motora en el TLP. Respecto a la falla en la inhibición de respuesta incluso fuera de las situaciones de estrés intenso, es una característica asociada al TDAH, sin embargo, tal trastorno presenta una comorbilidad altamente prevalente del TLP (Gunderson, 2018).

Circuito del procesamiento del dolor. Un método que suelen utilizar los individuos con TLP para alivio del estrés es el comportamiento autolesivo no suicida, y se asocia con una disminución del procesamiento del dolor relacionado con el afecto. Hay dos mecanismos por los cuales podría existir un incremento en los umbrales del dolor en pacientes con TLP. La primera hipótesis sucede a través de una desactivación de la amígdala y un incremento del acoplamiento negativo entre las áreas límbica y prefrontal medial, lo que puede reflejar una modulación inhibitoria del circuito arriba-abajo en el TLP. De acuerdo con esta hipótesis, la actividad de la amígdala disminuyó más en individuos con TLP que en controles sanos, y la conectividad funcional con la circunvolución frontal superior tendió a la normalización posterior a una incisión en el antebrazo en las personas con TLP. La segunda hipótesis tiene que ver con un mejor acoplamiento entre la ínsula posterior y la CPF dorsolateral, reflejando una anomalía en la evaluación al dolor, contribuyendo a la hipoalgesia en el TLP. Entonces, no es el daño tisular, sino la experiencia del dolor la que contribuye a la hipoalgesia en el TLP. La terapia dialéctica-conductual se enfoca en mejorar estrategias para la regulación del afecto y disminución en la modulación inhibitoria de arriba a abajo. Otro aspecto que podría estar relacionado, pero aún no está muy claro tiene que ver con la baja autoestima y un estilo cognitivo autocrítico como mediadores entre la hipoalgesia y la conducta autolesiva no suicida (Gunderson, 2018).

Respecto a la neurobiología, se pueden encontrar cambios en el eje HHS, así también en la neurotransmisión, la neuroplasticidad, y la respuesta al estrés, así como

la regulación de las emociones y disfunción en sistema límbico y corteza frontal (Mezei, 2020).

La disfunción del eje HHS juega un papel importante en el desarrollo del TLP. La mayoría de los estudios al respecto han demostrado múltiples alteraciones en pacientes con TLP, entre ellas, niveles aumentados de hormonas del estrés como el cortisol basal, una respuesta de cortisol al despertar más pronunciada y una hiposensibilidad para la retroalimentación. Se encontró una correlación entre dicho incremento en la actividad del eje HHS y el maltrato en la vida temprana en el TLP. El exceso de la respuesta al estrés debido al cortisol en conflictos entre padres y adultos jóvenes fue modulado por la calidad de la protección parental, al menos, así fue percibido por los individuos con TLP (Gunderson, 2018).

En los adultos con TLP los niveles periféricos de oxitocina se encuentran disminuidos, sobre todo en aquellos con una historia de maltrato en edades tempranas y representaciones de apego desorganizado. Esto es importante debido a que se considera que la oxitocina actúa como una contraparte del cortisol, amortiguando las respuestas de estrés crónico, principalmente en el contexto social, además de que en el caso del TLP, contribuye a amortiguar las respuestas de estrés subjetivo y psicofisiológico, así como la hipersensibilidad a la amenaza social y otros estímulos negativos, mediante una modulación de la actividad amigdalina. Las variantes del receptor de oxitocina (OXTR), que codifica al receptor de oxitocina, son moduladas principalmente por el entorno; así, las interacciones gen-ambiente relacionadas con el receptor de oxitocina modulan la vulnerabilidad a la psicopatología (Gunderson, 2018).

Si bien existen pocos estudios respecto a las hormonas sexuales en el TLP, las concentraciones de testosterona parecen estar aumentadas en personas con TLP; esta hormona está involucrada en la inhibición prefronto-amigdalina, por lo que podría favorecer el acercamiento social y el comportamiento dominante. Los cambios en las hormonas sexuales femeninas, estradiol y progesterona, durante el ciclo menstrual, pueden afectar la expresión de los síntomas del TLP (Gunderson, 2018).

El diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (TLP) suele ser clínico, y tiene como base la evaluación psiquiátrica integral. Lo conveniente es usar todas las

fuentes de información disponibles para hacer el diagnóstico, incluyendo aquí, el historial clínico autoinformado del paciente, las observaciones del médico durante las entrevistas y la información obtenida de terceros (amigos y familiares), además, de encontrarse disponibles de manera legítima, los registros médicos.

Los pacientes deben ser evaluados cuidadosamente para detectar trastornos psiquiátricos comórbidos, incluyendo los trastornos por uso de sustancias, además de las tendencias suicidas y otras conductas autolesivas.

De manera global, se suelen utilizar los siguientes criterios clínicos:

DSM-5	CIE- 10
<p>Trastorno de la personalidad límite</p> <p>Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.) 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una 	<p>Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable</p> <p>Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el limítrofe, que se caracteriza además por perturbaciones de la</p>

alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.

Personalidad:

- Agresiva
- Explosiva
- Límitrofe

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

Lo apropiado respecto a la mayoría de los médicos, es discutir el diagnóstico con el paciente, así como las opciones de tratamiento. Es importante hacerle conocer al paciente que el TLP es un trastorno psiquiátrico reconocido, y que tiene fundamentos genéticos y psicosociales, además de existir formas efectivas de tratamiento, sobre todo respecto al ámbito de la psicoterapia, ante lo cual, la remisión es relativamente común (Skodol, 2022).

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Según Chanen (2016) el 75% de todos los trastornos mentales tiene su inicio a la edad de 25 años, así, el pico de inicio de depresión, trastorno bipolar y trastorno de personalidad límite se encuentra entre la pubertad y la adultez joven.

Un estudio de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos, demostró una prevalencia de vida de 5.9% para el TLP, lo cual muestra una prevalencia mucho más alta respecto a la limitada a 2 a 5 años, lo cual fue similar en este estudio con el resto de los siete trastornos de personalidad investigados. En otro estudio en los Estados Unidos, en el cual fueron evaluados individuos de entre 14 y 32 años, la prevalencia a corto plazo fue del 1.5%, y la prevalencia acumulada fue del 5.5%. La prevalencia a corto plazo no aumentó de un año a otro, pues pocos pacientes tuvieron un diagnóstico estable de una valoración a la siguiente; algunos perdieron el diagnóstico y otros lo recibieron por primera vez en las evaluaciones subsecuentes (Gunderson, 2018).

De acuerdo con José Ibarreche Beltrán (2017), alrededor del 1.5% de la población en México presenta TLP, además de que entre el 76 y 80% de las personas son mujeres. En el caso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el TLP se encuentra como la 3º causa de atención en la consulta externa, mientras que en el servicio de urgencias se encuentra entre la 2º y la 3º causa.

En una revisión de 13 estudios en distintos países incluidos Dinamarca, Noruega, y Suecia, realizados a la población general reporta sobre todos los tipos de trastornos de personalidad, reflejó que los trastornos de la personalidad en términos generales tienen prevalencia de 2 a 5 años de entre 0% a 4.5%, con una media de 1.7%, respecto al TLP demostró una media de 1.6%, siendo de los 10 trastornos de personalidad el cuarto más prevalente. Este valor, sin embargo, es limitado para comprender la importancia del trastorno a lo largo de la vida (Gunderson, 2018).

Otro estudio realizado en Oslo, Noruega, reportó una tasa de TLP 14 veces mayor en las personas que recibieron tratamiento psiquiátrico respecto a las que no recibieron tratamiento. Ningún otro trastorno de la personalidad mostró las mismas estadísticas, independientemente de si la reducción era similar o mayor respecto a la calidad de vida, observándose también una correlación positiva entre el número de criterios de TLP y tener una edad más joven, ser solteras, con un nivel educativo e ingresos más bajo respecto a personas sin TLP (Gunderson, 2018).

Si bien en la población general la prevalencia del TLP no dista mucho de la prevalencia promedio de otros trastornos de personalidad, si cambia en el entorno de las poblaciones psiquiátricas, constituyendo alrededor del 15 al 28% del total de los pacientes, ya sea en clínicas psiquiátricas ambulatorias u hospitales, un 6% de las visitas de atención primaria y 10 al 15% de las visitas a emergencias (Gunderson, 2018).

Comorbilidades

Al evaluar las características de los trastornos, en el DSM-5 (2020) se describe la relación entre el trastorno bipolar y los trastornos afectivos en términos de fenomenología y tratamiento, más que de acuerdo a su etiología o patogénesis.

Es frecuente que en el TLP existan trastornos psiquiátricos comórbidos, especialmente los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos somatomórfos. En una encuesta epidemiológica se evidenció que hasta el 85% de las personas con TLP tienen al menos un trastorno psiquiátrico comórbido, y el número medio fue de 3.2; en otro estudio con pacientes ambulatorios con TLP el número medio de comorbilidades fue de 3.4 (Skodol, 2022).

Respecto al trastorno bipolar, Chanen (2016) describe un solapamiento considerable con el TLP, debido al patrón y tipo de síntomas que ocurren previo al inicio del trastorno, sin embargo, los estudios que se enfocan en TB raramente miden TLP y viceversa.

Los estudios comentados en Chanen (2016) sugieren que el TB y el TLP comparten numerosos factores de riesgo, y síntomas y signos precursores, algunos incluso se superponen.

Hasta el 20% de los jóvenes pueden llegar a presentar un episodio depresivo antes de los 18 años; el inicio durante este período se ha asociado con un mayor riesgo de episodios posteriores y tendencia a la cronicidad. Existe de igual modo, superposición de factores para la depresión, el TLP y el TB, que incluyen el abuso de sustancias, la desventaja social, la pobreza, la exposición a la violencia, el maltrato infantil, el conflicto entre padres, la participación excesiva de los padres y la aversión de los padres. El trastorno límite de personalidad y depresión se suelen reforzar mutuamente a lo largo de la adolescencia y la adultez joven. (Chanen, 2016).

En un estudio descrito por Chanen (2016), en una comparación entre pacientes adolescentes ambulatorios con TLP, con otros trastornos de personalidad y sin trastorno de personalidad, aquellos con TLP tuvieron la mayor carga de comorbilidad con trastornos afectivos (59%), ansiedad (46%), comportamiento disruptivo (70%) y consumo de sustancias (35%), lo cual evidencia que la presentación normativa de la TLP incluye ansiedad disfórica, síntomas de desregulación afectiva y otra psicopatología.

De acuerdo con un estudio realizado por Gunderson (2014), se encontró una co-ocurrencia de variantes de TLP del 57% en la población con depresión persistente. Respecto al TB, en un seguimiento de 10 años, la presencia de TLP demostró efectos negativos en el tiempo de remisión o resurgimiento del TB I o II, y similarmente, el TB I exacerbó los efectos del curso del TLP. La interacción significativa fue con el TB II, que acortó el tiempo de remisión del TLP. Sin embargo, nuevamente está la cuestión de la heterogeneidad del síndrome, que puede presentar gran semejanza con el TLP.

En un estudio realizado por Zanarini (2021) en adultos de entre 18 y 35 años con diagnóstico de TLP hospitalizados en el McLean Hospital en Belmont, Massachusetts, admitidos entre 1992 y 1995, además de adolescentes con el diagnóstico presuntivo de TLP en el mismo hospital y la unidad de la Icahn School of Medicine en Monte Sinaí entre 2007 y 2012, pretendió evaluar la comorbilidad entre

adultos y adolescentes con TLP; 104 participantes fueron adolescentes de entre 13 y 17 años que cumplían criterios del DSM-IV para TLP, 290 sujetos eran adultos de entre 18 y 35 años que cumplían criterios del DSM-III-R para TLP. Un porcentaje significativamente alto de los adultos con TLP cumplieron criterios para una combinación de trastornos del afecto e impulsividad, o bien, una compleja comorbilidad. El porcentaje a lo largo de la vida en los adultos con TLP del estudio indica que el 97% llega a presentar trastornos del estado de ánimo, encontrándose depresión mayor en el 86.6%, trastorno depresivo persistente en el 44.8% y trastorno bipolar tipo II en el 5.5%.

Otro estudio realizado por Zanarini en el mismo hospital, el McLean Hospital, pero varias décadas antes (1998), en 520 pacientes admitidos entre 1991 y 1995 de entre 18 y 50 años, 369 pacientes presentaban criterios para TLP, la gran mayoría, el 78%, siendo mujeres. El 96.3% presentaron trastornos del estado de ánimo, entre los que se describieron los siguientes; el 82.8% trastorno depresivo mayor, el 38.5% distimia, el 9.5% bipolar tipo 2. Estos resultados mostraron que existe un complejo patrón subyacente en el TLP que se muestra a través de una diversidad psicopatológica del antes llamado Eje I.

En un estudio realizado en departamentos de psiquiatría de universidades italianas entre el 2015 y 2016 (Dell’Osso, 2019), en una muestra de pacientes con TLP de 50 personas, el 54% de los sujetos en el grupo de TLP tenían un trastorno del estado de ánimo comórbido, mientras que el 46% no lo tenía. Dentro de los trastornos del estado de ánimo, 10 personas tenían trastorno bipolar tipo 1, 6 personas tenían trastorno bipolar tipo 2, 9 personas tenían trastorno depresivo mayor y 4 personas tenían trastorno depresivo persistente (2 sujetos recibieron diagnóstico de TDM y TDP). El resultado de estos datos destaca la importancia de mejorar las intervenciones y sus objetivos para lograr una respuesta más favorable en la población con TLP, que además suele contar con síntomas relacionados con sucesos traumáticos y rumiación de pensamiento.

En un estudio realizado por Lenzenweger (2007) en el que se usó la recolección de datos del National Comorbidity Survey Replication, en 5692 personas de la población general de los Estados Unidos, de 18 años en adelante, realizada entre febrero del 2001 y diciembre del 2003, la prevalencia del TLP en la población

general fue de un 1.4%. Hablando de la población con TLP, la prevalencia a 12 meses de un trastorno del Eje I fue del 84.5%; 16.1% presentaron TDM, 19% distimia, 15.5% bipolar tipo 1 o 2. Del total de personas con un trastorno afectivo que presentaban TLP se obtuvo lo siguiente, el 6.7% de las personas con TDM, el 11.3% de las personas con distimia, el 14.8% de las personas con trastorno bipolar.

Si bien, los pacientes con TLP de manera frecuente presentan síntomas relacionados a otros trastornos de personalidad e inclusive en ocasiones llegan a cumplir criterios de los mismos, no hay hasta el momento estudios consistentes respecto a que trastornos de la personalidad prevalecen con mayor frecuencia. Hay una similitud en las tasas de depresión mayor comórbida respecto al sexo, pero tasas diferentes respecto a otros trastornos; en el caso del TEPT, sucede en el 51% de las mujeres y el 31% de los hombres; los trastornos de la conducta alimentaria existen en el 42% de las mujeres frente al 19% de los hombres; los trastornos por uso de sustancias co-ocurren en el 58% de las mujeres y el 85% de los hombres; el trastorno de personalidad antisocial en el 10% de las mujeres y el 30% de los hombres; el trastorno de la personalidad narcisista en el 5% de las mujeres y el 22% de los hombres; el trastorno esquizotípico de la personalidad en el 10% de las mujeres y el 25% de los hombres (Skodol, 2022).

Diagnóstico Diferencial

Además de las comorbilidades, el TLP debe ser diferenciado de otros trastornos psiquiátricos mediante un diagnóstico diferencial de manera sistemática. Entre los trastornos incluidos, se encuentran:

El trastorno bipolar, debido a que la alteración del ánimo característica de estos síndromes puede asemejar la inestabilidad afectiva del TLP. Usualmente se puede diferenciar de acuerdo a la temporalidad, pues el ánimo depresivo o elevado del trastorno bipolar suele ser de mayor duración comparado con la inestabilidad afectiva; además la reactividad al ambiente es menor en el trastorno bipolar, comparado con la inestabilidad afectiva del TLP que sí suele estar relacionada a estresores, como la hipersensibilidad al rechazo o al fracaso (Skodol, 2022).

En el trastorno depresivo mayor, sin embargo, el ánimo bajo se encontrará presente la mayor parte del día, la mayor parte de los días, por al menos dos

semanas, y en el caso del TLP los cambios afectivos fluctúan en un mismo día. Además, en el TDM se encuentran involucrados síntomas neurovegetativos, como las alteraciones en el sueño, en el apetito, en la energía, características no asociadas al TLP (Skodol, 2022).

El trastorno depresivo persistente, antes llamado distimia, en el que hay un estado de ánimo bajo de manera crónica (al menos dos años de duración en adultos), así como alteración en el patrón alimenticio, el patrón de sueño, la energía y una baja autoestima, de manera sostenida, a diferencia del TLP (Skodol, 2022).

Así también, deben ser considerados el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de identidad disociativo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizotípico de la personalidad, y el trastorno dependiente de la personalidad (Skodol, 2022).

Instrumentos para el diagnóstico y la clasificación de la gravedad

Si bien el diagnóstico suele ser clínico mediante entrevistas semiestructuradas incluyen preguntas para obtener información o bien cuestionarios autoaplicados, se puede llegar a apoyar de algunas escalas.

Varios instrumentos de evaluación de trastornos de personalidad validados están disponibles para diagnosticar cualquiera de los trastornos de personalidad, incluido el TLP. Estos instrumentos evalúan sistemáticamente cada criterio para cada trastorno de personalidad. Los instrumentos autoaplicados, como el Cuestionario de diagnóstico de personalidad, tienen la ventaja de ahorrar tiempo al entrevistador, con la desventaja de que a menudo arrojan diagnósticos falsos positivos (Gunderson, 2018).

Los estudios para diagnosticar el TLP han requerido de múltiples escalas, diseñadas principalmente para evaluar los trastornos del eje I, debido a que el TLP presenta una amplia gama de síntomas. El usar estas diversas escalas favorece la evaluación indirecta de síntomas del TLP, sin embargo, en los últimos años se han desarrollado varias escalas específicas para el trastorno, algunas basadas en los

criterios del DSM-IV; entre ellas, algunas administradas por médicos, como el índice de gravedad del TLP IV (BPDSI-IV por sus siglas en inglés), la escala de calificación de Zanarini para el trastorno límite de la personalidad (ZAN-BPD) y la escala de impresión clínica global para pacientes con TLP (CGI-BPD por sus siglas en inglés), que si bien, cuentan con propiedades psicométricas adecuadas, tienen desventajas, como el tiempo de administración prolongado, o la necesidad de experiencia clínica para la realización de las evaluaciones (Soler, 2013).

Algunos instrumentos de entrevista están diseñados específicamente para la evaluación del TLP, como la Entrevista de diagnóstico revisada para borderlines. La entrevista clínica estructurada para el modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad es una nueva entrevista para la evaluación de los componentes dimensionales y categóricos del modelo alternativo para el trastorno de la personalidad, incluido el TLP (Gunderson, 2018).

Respecto a las escalas autoinformadas, hay principalmente tres, la Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST), con 15 ítems y 3 subescalas para evaluación de pensamientos, emociones y comportamientos típicos de sujetos con TLP, así como gravedad y cambios (Soler, 2013).

Una escala autoaplicada llamada “Instrumento de detección de McLean para el trastorno límite de la personalidad” está disponible para detectar el trastorno en los pacientes. Cada uno de los 10 ítems es dicotómico y el instrumento tiene buenas propiedades psicométricas (sensibilidad 0,81 y especificidad 0,85). Esta herramienta está destinada únicamente a la detección y no a la prestación de un diagnóstico final (Skodol, 2022).

El Borderline Symptom List (BSL-95), creado por Bohus et al. y contiene 95 ítems, lo cual lo hace poco práctico en algunos entornos; debido a esto la versión original fue reducida a la Borderline Symptom List-23 (BSL-23) que incluye los ítems de la versión original que mostraron niveles más altos de sensibilidad al cambio y tiende a discriminar mejor entre el TLP y otros trastornos, además de un tiempo de administración reducido (Soler, 2013).

Las propiedades psicométricas del BSL-23 fueron evaluadas en 5 muestras distintas de pacientes con TLP, evaluándose un total de 659 sujetos, obteniéndose una correlación entre el BSL-95 y el BSL-23 alta (Soler, 2013).

El BSL-23 fue administrado a 240 personas con TLP, con criterios de inclusión consistentes en el diagnóstico de TLP según criterios del DSM-IV y una edad de entre 18 y 45 años, con los siguientes criterios de exclusión: comorbilidad con trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor actual, dependencia de sustancias y dificultades graves en la comprensión lectora.

Fueron analizados factores como la estructura factorial, la confiabilidad, la estabilidad test-retest, la validez convergente y la sensibilidad al cambio (Soler, 2013).

El análisis de validez mostró que el BSL-23 es sensible al cambio posterior al tratamiento. El coeficiente de 0.97 fue similar al reportado para el BSL-95 que fue de 0.97. (Bohus, 2008). Una alta consistencia interna se mostró en una muestra de 147 mujeres con trastorno límite de personalidad. La confiabilidad test-retest en el periodo de una semana fue alta y de magnitud similar al BSL-95 (Bohus, 2007).

La intercorrelación entre el BSL-95 y el BSL-23 fue extremadamente alta tanto en una muestra de 379 pacientes con TLP como en una muestra de 147 mujeres con trastorno límite de personalidad.

Respecto a los resultados, el coeficiente alfa de Cronbach fue de .936, y el método de división por mitades arrojó una correlación de $r = .92$, lo que indica una alta consistencia interna general. En el análisis de confiabilidad de ítem por ítem, el coeficiente alfa de Cronbach mostró una leve mejora de .949.

En el análisis test-retest a la semana, en una submuestra de 74 sujetos, se obtuvieron resultados satisfactorios, con una $r=0.734$ y una p símbolo de más que 0.01 (Soler, 2013).

Usualmente, los individuos con TLP se presentan para tratamiento debido a una exacerbación de otro trastorno mental comórbido, y el abordaje cuidadoso de una amplia gama de trastornos es apropiado en un individuo con sospecha de TLP; muchos otros trastornos pueden estar presentes en pacientes con TLP (Gunderson, 2018).

Hasta el 74% de los pacientes con trastorno límite de personalidad reciben un diagnóstico del Eje II, haciendo este, referencia a los trastornos de la personalidad y la discapacidad intelectual, aun así, el subtipo de diagnóstico difiere entre los sexos. La mayor parte de las mujeres presenta un diagnóstico de trastorno de personalidad dependiente y los hombres un trastorno antisocial de personalidad. A pesar de contar con muchos estudios enfocados en el trastorno límite de personalidad, no se han abordado de manera suficiente aspectos específicos del sexo, por lo que todavía no resulta concluyente hasta qué punto hay diferencias en la prevalencia y en síntomas entre los sexos (Schulte Holthausen, 2018).

También se ha observado la relación con trastornos del afecto, ansiedad, secundarios a estresores, asociados a sustancias, disociativos, de comportamiento disruptivo, somatomorfos, del neurodesarrollo y otros. Los trastornos co-ocurrentes probablemente no sean comórbidos en el sentido de un trastorno distinto a la patología o condición de base. Se ha visto que hay pacientes con TLP que no responden a los fármacos antidepresivos, y no se ha encontrado de manera específica que algún fármaco muestre gran eficiencia para su tratamiento y actualmente ninguno se encuentra aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos por sus siglas en inglés FDA (Gunderson, 2018).

Los síntomas depresivos pueden remitir con la mejora del TLP, lo cual sugiere que la depresión está asociada a la insatisfacción por la vida del paciente más que a un trastorno depresivo comórbido. De manera semejante, la remisión del TLP usualmente contribuirá a la remisión de los trastornos de ansiedad. Debido a que el TLP complica el tratamiento de otros trastornos y se asocia a un curso más crónico de muchos trastornos, y como el tratamiento efectivo del TLP puede disminuir la psicopatología asociada, distinguir el trastorno límite de personalidad de otros trastornos psiquiátricos puede ser menos importante que establecer prioridades en el tratamiento (Gunderson, 2018).

Como ya se comentó, el manejo del TLP a menudo se llega a complicar debido a comorbilidades psiquiátricas, por lo que algo muy importante es tomar prioridad del TLP en las personas con otras comorbilidades como depresión, trastorno de pánico, TEPT de inicio en la adultez, abuso de sustancias de manera intermitente o bulimia, pues en general, estos padecimientos tienden a remitir a la par del TLP. En los casos

del trastorno bipolar tipo 1, el TEPT complejo de inicio temprano, el abuso de sustancias severo y la anorexia, si se debe priorizar el manejo sobre el TLP, pues para poderlo tratar, se requiere remisión de los mismos. En el caso de coexistir con un trastorno del control de los impulsos como un trastorno por consumo de sustancias severo o un trastorno de personalidad antisocial, el éxito en el manejo será improbable (Gunderson, 2018).

Los pacientes con TLP a menudo se presentan para recibir tratamiento en medio de un episodio de otro trastorno mental, como los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con traumas o trastornos por uso de sustancias; así como intentos de suicidio, otras acciones impulsivas y autodestructivas, crisis interpersonales que los lleva a buscar ayuda (Gunderson, 2018).

Hay algunas terapias basadas en evidencia, si bien, no todas se encuentran disponibles de manera generalizada en todo el mundo; las más difundidas son la terapia dialéctico-conductual, la terapia basada en la mentalización, la psicoterapia basada en la transferencia y el manejo psiquiátrico general, en general estas cuatro han logrado disminuir la suicidabilidad y las autolesiones, así como la depresión, la ansiedad y el uso de hospitales y salas de emergencia en los pacientes con TLP (Gunderson, 2018).

El soporte familiar es esencial. Es importante validar las molestias de la persona con TLP, escucharla sin propiciar la ira de esta, y ayudarse de los profesionales para el manejo de amenazas de suicidio o comportamiento autolesivo (Gunderson, 2018).

Si bien se puede considerar algo poco práctico realización una prevención universal, debido en parte a la baja prevalencia en todos los grupos de edad, y por otro lado, debido a la falta de especificidad de los factores de riesgo; sin embargo, hay síntomas prodrómicos que sí es considerable identificar, como la emocionalidad, la hiperactividad e impulsividad, la depresión y la inatención (Gunderson, 2018).

Por otro lado, Mezei (2020) menciona que mediante el uso herramientas para prevenir e intervenir en el TLP puede llevar a la comprensión de los antecedentes trae

consigo resultados efectivos en el tratamiento, reduciendo la gravedad de los síntomas, logrando una mejora en la calidad de vida de un gran número de pacientes.

Respecto al curso y pronóstico de la enfermedad, existen dos estudios longitudinales al respecto, el estudio McLean sobre el desarrollo de adultos por sus siglas en inglés MSAD y el estudio longitudinal colaborativo de trastornos de la personalidad por sus siglas en inglés CLPS. En el CLPS alrededor del 85% de los pacientes presentaron remisión de síntomas por al menos 12 meses, en donde la tasa de recaídas era del 12%; en el MSAD, el 99% de los pacientes tuvieron una remisión de al menos 2 años, y el 78% de los pacientes tuvieron una remisión de al menos 8 años, con un seguimiento de 16 años (Gunderson, 2018).

Independientemente de la edad de diagnóstico, mientras la persona cumpla los criterios para el TLP, lo conveniente es que reciba tratamiento. Lo más importante, es dar a conocer a la persona información acerca del diagnóstico, así como educación sobre el curso de la enfermedad, las implicaciones genéticas y el tratamiento (Gunderson, 2018).

JUSTIFICACIÓN

Cómo se puede ver, si bien, en la población general no hay gran impacto respecto al diagnóstico del trastorno límite de personalidad, al evaluar a la población psiquiátrica, hay una gran prevalencia del trastorno, lo cual, debido a la sintomatología característica, puede propiciar que se genere cierta problemática alrededor de la atención a los pacientes, en aspectos como son el diagnóstico, debido a que los síntomas pueden llegar a confundirse con los de otros trastornos, respecto a las comorbilidades, pues son bastante frecuentes, sobre todo los trastornos afectivos y el consumo de sustancias, en el tratamiento en circunstancias como es la adherencia al tratamiento médico, con el frecuente abandono a los fármacos y al seguimiento médico, el incumplimiento de las indicaciones, y, por último, la impulsividad.

La presencia de estas conductas impulsivas conlleva a la manifestación de un riesgo intensificado a la seguridad de las personas atendidas en un servicio psiquiátrico, pues frecuentemente están presentes las conductas autolesivas autoinflingidas, y, dentro del mismo espectro de la impulsividad, la conducta suicida, lo cual tiende a suceder con mayor frecuencia si el trastorno límite de personalidad se presenta comórbido a un padecimiento afectivo, pues, si bien el suicidio se puede presentar en una diversidad de padecimientos, los que presentan una asociación mayor son los episodios depresivos y maníacos. De modo que el conocer la prevalencia general del trastorno límite de personalidad en la población psiquiátrica, así como cuáles son las comorbilidades más frecuentes puede facilitar el proporcionarles un abordaje más amplio, un manejo multidisciplinario más apropiado, y de ser necesario, referirlos a una línea terapéutica más específica para su manejo.

Esto podría contribuir a que, dentro del área de psicología, se entrene al personal para la adquisición de técnicas psicoterapéuticas que puedan ayudar a que los individuos con síntomas de personalidad límite puedan presentar mayor adherencia a su tratamiento y se asegure su seguimiento. Además de que dentro del personal médico se identifique dicha situación y se puedan proporcionar algunas medidas iniciales, y lograr diferenciar con mayor certeza entre diagnósticos diferenciales, o, en caso de comorbilidad, tratarla de manera apropiada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Shah (2018), el trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico grave, debido a que se ha visto asociado con múltiples factores en la esfera biopsicosocial, como el deterioro funcional, la inestabilidad emocional, los problemas interpersonales, la impulsividad y los comportamientos suicidas.

En un estudio realizado en Estados Unidos, en el cual se evaluaron individuos un total de cuatro veces entre las edades de 14 años y 32 años, se encontró una prevalencia media a corto plazo de trastorno límite de personalidad del 1,5% y una prevalencia acumulada del 5,5% (Gunderson, 2018).

A pesar de que la prevalencia de trastorno límite de personalidad en la población general no es muy superior a la prevalencia media de trastornos de la personalidad, la prevalencia de TLP es sustancialmente mayor entre las poblaciones de pacientes psiquiátricos. Se ha visto que el TLP tiene una alta prevalencia en cualquiera de los entornos de tratamiento; los pacientes con TLP constituyen entre el 15-28% de todos los pacientes en clínicas ambulatorias psiquiátricas u hospitales, el 6% de las visitas de atención primaria y del 10 al 15% de todas las visitas de urgencias (Gunderson, 2018).

De acuerdo con estudios que se han realizado en lo que va del siglo, se ha confirmado la coexistencia de trastornos del Eje I en pacientes con trastorno límite de personalidad, además de altos índices de comorbilidad con trastornos del eje I en estos pacientes, utilizando estudios transversales y longitudinales. Los pacientes limítrofes que presentan comorbilidad con trastornos del Eje I usualmente suelen ser algunos de los pacientes más desafiantes en la atención clínica (Shah, 2018).

Debido a que los pacientes con trastorno límite de personalidad a menudo presentan síntomas comórbidos de trastornos del eje I, de acuerdo al diagnóstico por ejes del DSM-IV, los síntomas iniciales del eje I pueden enmascarar la psicopatología límite subyacente, lo que ocasiona que incremente la complejidad para establecer un diagnóstico temprano (Shah, 2018).

Hasta un 96% de los pacientes con TLP llegan a presentar algún trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida. Se encontró una comorbilidad de cualquier

trastorno de ansiedad y TLP del 88% en un estudio realizado en pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en TLP va del 25 al 56%. De acuerdo con estudios transversales, la prevalencia de un trastorno por abuso de sustancias comórbido en pacientes límite va del 23 al 84%. Se vio mediante la realización de estudios transversales que la prevalencia de cualquier trastorno de la conducta alimentaria se presentó en el rango del 14 al 53% (Gunderson, 2018).

Citando a Levy (2018) existe una variedad de tratamientos disponibles para los pacientes con trastorno límite de personalidad. A pesar de que estos tratamientos derivan de distintas escuelas teóricas, lo que conlleva a que presenten ciertas diferencias, en general presentan una tendencia a ser integradores, ya sea de forma explícita o implícita.

Las 5 grandes psicoterapias para tratar el trastorno límite de personalidad son: terapia dialéctico-conductual, terapia basada en la mentalización, terapia focalizada en la transferencia, terapia centrada en esquemas y el manejo clínico general con terapia psicodinámica (Levy, 2018).

Conociendo entonces, la prevalencia del trastorno límite de personalidad en la población psiquiátrica general y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, es que surge la pregunta de investigación, ¿existe comorbilidad de los trastornos afectivos con síntomas de personalidad límite en los pacientes de entre 18 y 50 años tratadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano?

HIPÓTESIS

Existe comorbilidad de los trastornos afectivos con síntomas de trastorno límite en los pacientes de entre 18 y 50 años tratados en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

Hipótesis Alternativa

Existe un mayor número de comorbilidad de trastorno depresivo persistente, con síntomas de trastorno límite de personalidad de entre 18 y 50 años del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

Hipótesis Nula

Existe ausencia de comorbilidad de trastornos afectivos en personas con síntomas de trastorno de personalidad límite de entre 18 y 50 años tratadas en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la comorbilidad entre trastornos afectivos y síntomas de trastorno límite de personalidad en usuarios del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano que se encuentren en el rango de los 18 a los 50 años de edad.

Objetivos específicos

Identificar los síntomas de presentación más frecuentes del trastorno límite de personalidad en usuarios del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano que se encuentren en el rango de los 18 a los 50 años de edad.

Analizar en qué década de la vida hay más prevalencia de síntomas de trastorno límite de la personalidad.

Definir cuál de los trastornos afectivos comórbidos presenta mayor asociación de síntomas de trastorno límite de personalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Por el objetivo general: observacional.
- Por la maniobra que realizará el investigado: descriptivo.
- Por la temporalidad: transversal, prospectivo.
- Por la obtención de los datos: transversal.
- Por el número de centros a participar: unicéntrico y homodémico.

El presente estudio se llevará a cabo en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano a partir de la autorización por los asesores, del día 13 de marzo del 2023 al 13 de junio del 2023.

Definición del universo de trabajo

Población de estudio: Usuarios que acudan al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano que cuenten con el diagnóstico de un trastorno afectivo, incluyendo trastorno bipolar y trastornos relacionados, y trastornos depresivos, de acuerdo a los criterios del DSM-5.

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**
- Usuarios que acudan a consulta externa del hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el periodo de abril a junio 2023.
- Usuarios de entre 18 y 50 años.
- Usuarios con diagnóstico de algún trastorno afectivo.
- Usuarios que acepten participar en el estudio.
- **Criterios de exclusión**
- Usuarios con analfabetismo.
- Usuarios que se encuentren con síntomas de psicosis.
- Usuarios que presenten alteraciones del juicio.

- **Criterios de eliminación**
- Usuarios que no hayan completado el cuestionario de manera apropiada.
- Usuarios en los que sus opciones de respuesta sean distintas a las proporcionadas en el cuestionario.
- Usuarios que decidan ya no participar en el estudio.

ESTRATEGIA DE MUESTREO

Tamaño de la muestra

A conveniencia del investigador, durante los meses que dure el estudio.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo del presente protocolo es no probabilístico por conveniencia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Número de años vividos hasta el día de la atención médica	Cuantitativa (continua)	Años cumplidos	Interrogatorio
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a un hombre y una mujer	Diferencias físicas entre hombres y mujeres encontradas durante la valoración	Cualitativa (nominal)	Varón/Mujer	Interrogatorio
Síntomas de trastorno límite de personalidad	Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.	Características encontradas durante la autoaplicación del cuestionario BSL-23 en la valoración psiquiátrica	Cualitativa (ordinal)	Ninguno o bajo: 0-0.28. Leve: 0.28-1.07. Moderado: 1.07-1.87. Alto: 1.87-2.67. Muy Alto: 2.67-3.47- Extremadamente Alto: 3.47-4.	Borderline Symptom List 23 en español
Trastornos afectivos	Alteración del estado de ánimo o del tono emocional de manera generalizada y sostenida, que influye en el	Pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos para uno de los siguientes: trastorno bipolar y trastornos	Cualitativa (nominal)	Trastornos afectivos comórbidos, de acuerdo a DSM-5, establecidos en la última valoración.	Expediente clínico

<p>comportamiento de una persona, ocasionando un deterioro en el funcionamiento interpersonal, social y laboral. Comprende el trastorno depresivo, el trastorno bipolar y otros trastornos relacionados.</p>	<p>relacionados, como trastornos depresivos, constatado así en el expediente clínico</p>			
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Variable dependiente: trastornos afectivos; trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos.

Variable independiente: síntomas del trastorno límite de la personalidad.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

Una vez autorizado el siguiente protocolo, se realizó, bajo la siguiente estrategia de trabajo:

- Se revisaron los expedientes clínicos de los usuarios que acudan al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.
- Se incluyeron aquellos usuarios que presentaron el diagnóstico de un trastorno afectivo, entre ellos, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente y trastorno bipolar.
 - Se les invitó a participar en el presente estudio.
 - En el caso de los que aceptaron su participación en el protocolo de estudio, se les dió a firmar la carta de consentimiento informado.
 - Se solicitaron datos como el nombre, la edad, y el diagnóstico psiquiátrico actual.
 - Se les dió la hoja del cuestionario BSL-23 en español, el cual es autoaplicable.
 - Se obtuvo la puntuación total de cada cuestionario.

- Se vaciaron los resultados en bases de datos para facilitar el análisis estadístico.

RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de datos se terminó una vez se realizaron los cuestionarios.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se emplearon medidas de tendencia central, frecuencia y porcentaje, así como comparaciones entre grupos, estadística descriptiva e inferencial. La prueba estadística realizada fue Chi-cuadrada de Pearson.

CUESTIONARIO

Se aplicó el cuestionario BSL-23, que puede ser respondido por el propio paciente.

Respecto a las puntuaciones propuestas para establecer la severidad y el punto de cohorte para orientar al diagnóstico, se realizó un estudio con datos de 1090 adultos, 317 personas con un diagnóstico de TLP en busca de tratamiento, 176 personas con enfermedades psiquiátricas distintas al TLP y una muestra control de 356 personas. Los grados de gravedad fueron validados a partir de comparaciones con instrumentos de evaluación establecidos, como el Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad, la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, el Índice de Gravedad Global de la Lista de Verificación de Síntomas (GSI, SCL-90), la Evaluación de Funcionamiento Global (GAF) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se definieron 6 grados de gravedad, recibiendo apoyo empírico de los instrumentos y muestras independientes (Kleindienst, 2020).

El cuestionario BSL-23 es recomendable por su fiabilidad, validez, su sensibilidad al cambio y su buena relación entre tiempo empleado e información aportada (Bohus y cols., 2008) para evaluar la sintomatología en el trastorno límite de la personalidad. Este cuestionario incluye una escala básica con 23 ítems. Administración: Autoinforme (autoadministrado).

La puntuación global está clasificada en 6 grados de severidad, dividiéndose la puntuación total entre los 23 ítems, y se clasifica del siguiente modo: Ninguno o bajo: 0-0.28. Leve: 0.28-1.07. Moderado: 1.07-1.87. Alto: 1.87-2.67. Muy Alto: 2.67-3.47. Extremadamente Alto: 3.47-4. La puntuación que mejor separó a pacientes con TLP en búsqueda de tratamiento y controles clínicos fue de 1.50, mientras que el punto de cohorte entre pacientes con TLP y controles sanos fue en la puntuación de 0.64 (Kleindienst, 2020).

ASPECTOS ÉTICOS

Declaración de Helsinki

La definición de esta, basada en la Comisión Nacional de Bioética, implica que es una rama de la ética aplicada que incluye varios aspectos, entre los que se incluyen reflexionar, deliberar y realizar planteamientos normativos y de políticas públicas para poder regular y resolver conflictos de la vida social, sobre todo en el área de las ciencias de la vida, como también en la práctica y la investigación médica que afectan a la vida en la Tierra, no solo en la actualidad, sino en generaciones futuras.

Nuestro estudio tomó en cuenta los principios que fueron enunciados en esta declaración, realizada por la Asociación Médica Mundial, y que fue incluida por la 18^o Asamblea Médica Mundial, realizada en Finlandia en junio de 1964, y que tuvo su enmienda en Tokio, Japón, por la 29^a Asamblea Médica Mundial en octubre de 1975, así como varias otras asambleas, entre las que se encuentran; la 35^a Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia (octubre de 1983), la 41^a Asamblea Médica Mundial de Hong Kong (septiembre de 1989), la 48^a Asamblea General de Somerset West, Sudáfrica (octubre de 1996), la 52^a Asamblea General de Edimburgo, Escocia (octubre 2000); así como la Nota de Clarificación, que fue añadida por la Asamblea General de la AMM de Tokio (2004); la 59^a Asamblea General de Seúl, Corea, octubre de 2008, y la 64^a Asamblea General de Fortaleza, Brasil (octubre del 2013).

Esta declaración es una buena iniciativa de los principios éticos para la investigación médica en los seres humanos, en la que se incluyen la investigación del material humano y de información determinable. Además, debe ser considerada como una totalidad, por lo que, al aplicar un párrafo, deben ser considerados también todos los demás párrafos que sean pertinentes.

La Declaración de Helsinki está principalmente orientada a los médicos, esto de acuerdo al mandato de la Asociación Médica Mundial. Y esta, exhorta a los involucrados en la investigación médica en seres humanos a que aplique estos principios, que son descritos a continuación.

Principios generales

- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial asocia al profesional médico con la frase «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», de manera semejante, el Código Internacional de Ética Médica establece: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica».

- El médico cuenta con el deber de promover y velar por los pacientes, incluyendo a los que participan en la investigación médica, así como sus derechos, bienestar y salud. La responsabilidad del médico, sus conocimientos y su conciencia es acatar y cumplir ese deber.

- Si bien los avances en la medicina se basan en la investigación, se buscará en que en último término que incluyan a los seres humanos.

- El fin principal de la investigación médica en seres humanos es vislumbrar las causas, la evolución y las consecuencias de las patologías y generar un progreso en las intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento (incluyendo métodos, procedimientos y tratamientos). Inclusive, las intervenciones superiores y con mayor evidencia deben ser reevaluadas de manera continua a través de la investigación para asegurar que continúen contando con características como la eficacia, la efectividad, la accesibilidad, la calidad y la seguridad.

- La investigación médica está regulada por lineamientos éticos que contribuyen a asegurar e impulsar el respeto a todos los seres humanos, así como proteger su salud y sus derechos individuales.

- Si bien el objetivo primordial de la investigación médica es producir nuevos conocimientos, esto nunca debe superponerse sobre los derechos e intereses de la persona que está siendo participe de la investigación.

- Entre los deberes que adquiere el médico al encontrarse en una investigación médica, se encuentran la protección a la vida, a la salud, la integridad, la dignidad, el derecho a la autonomía, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de la población que sea participante de la investigación. El deber de proteger a las personas que forman parte de la investigación debe ubicarse en un médico u otro profesional de la salud de manera definitiva y nunca en los participantes de la investigación, a pesar de que haya sido otorgado su consentimiento.

- Los médicos están obligados a considerar las normas y modelos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, así como las normas y estándares internacionales vigentes. No es posible considerar que una condición ética, legal o jurídica nacional o internacional aminore o descarte cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación instaurada en esta Declaración.

- La investigación médica habrá de realizarse de manera que condicione el mínimo daño posible al medio ambiente.

- La investigación médica en seres humanos habrá de ser llevada a cabo sólo por personas capaces, con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos requiere de la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado con las características mencionadas previamente.

- Los grupos que tengan una representación minoritaria en la investigación médica deberán tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

- El médico que combina atención e investigación médica solo incluirá a sus pacientes en la investigación en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y solo si el médico cuenta con una adecuada justificación para considerar que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

- También deberá proporcionarse una compensación y tratamiento apropiados a las personas que se les condicione un daño en relación a su participación en la investigación.

Informe de Belmont

Este fue realizado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, y recibió el título de “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. Se originó en abril de 1979, basándose en el nombre del “Centro de Conferencias Belmont”, sitio en que la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de

Comportamiento, pues este sitio fue en donde surgió la comisión para redactar el primer informe.

Hay algunos sucesos previos al surgimiento de esta comisión, como un estudio clínico que se realizó entre 1932 y 1972 en Tuskegee, Alabama, en Estados Unidos, en el cual se estudiaron a 399 sujetos de descendencia afroamericana, cuya característica mayoritaria era el analfabetismo, cuyo objetivo era observar la evolución natural de la sífilis sin tratamiento. La población del estudio, sin embargo, no dio su consentimiento para participar en el estudio; esto debido principalmente a que no tenían conciencia de las implicaciones, no siendo esto suficiente, no fueron informados apropiadamente de su diagnóstico, siendo engañados con la información de que tenían “sangre mala” y que debido a esto, tenían la oportunidad de recibir un tratamiento médico de manera gratuita, con otras amenidades como transporte gratuito a la clínica indicada, alimentos, inclusive un seguro de sepelio en caso de que fallecieran como consecuencia de su participación en el estudio. En medio del estudio, en el año de 1947, se llegó a un descubrimiento prometedor, pues se vio que la penicilina servía para tratar la sífilis, estableciéndose como tratamiento de primera línea; sin embargo, a pesar de tal evidencia, los científicos decidieron ocultar estos datos, para así poder continuar con su investigación de la enfermedad, su evolución, diseminación y su fisiopatología hasta llegar a la muerte. Como se mencionó previamente, el estudio concluyó hasta 1972, cuando debido a que se filtró la información y llegó a la prensa, debió finalizarse. De cualquier modo, para ese momento, 28 de los “participantes” murieron a causa de la sífilis, y otros 100 individuos del grupo debido a complicaciones médicas relacionadas a la sífilis, y fueron contagiadas varias parejas de los sujetos del estudio, identificándose 40 mujeres, así como 19 niños que adquirieron la sífilis al nacimiento. Debido a esto, el experimento fue citado como “posiblemente la más infame investigación biomédica de la historia de Estados Unidos”.

Fue gracias a este suceso que se originó la Comisión que elaboró el informe de Belmont, el cual explica los principios éticos fundamentales que se deben tener en cuenta al usar sujetos humanos en la investigación científica; estos se describen a continuación:

- Respeto a las personas, teniendo en consideración su autonomía y su capacidad de decisión posterior al conocimiento de las implicaciones del estudio, incluyendo a cualquier grupo social. Esto indicado a través del consentimiento informado.

- Beneficencia: buscando incrementar en la medida de lo posible los beneficios, así como reduciendo los riesgos.

- Justicia: una repartición equitativa de los riesgos y beneficios entre la población participante, evitando la realización de estudios en población vulnerable.

Hasta el momento, el informe de Belmont continúa siendo una referencia primordial para que los grupos e investigadores que trabajan con sujetos humanos en investigación, corroboren, que los proyectos realizados o planeados están regidos de acuerdo a las regulaciones éticas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

El 3 de febrero de 1983 se promulgó como una garantía social el Derecho a la Protección de la salud, siendo publicado en el Diario Oficial de la Federación, y el 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, iniciando su vigencia el 1° de julio de ese mismo año.

Este reglamento establece las normas y procedimientos utilizados para la realización de investigaciones en el ámbito de la salud en nuestro país. Entre los objetivos de este reglamento se encuentran garantizar la protección de los participantes en las investigaciones, además de promover la calidad y la ética en la investigación científica.

Entre los temas que se tocan en relación con la investigación en salud se encuentran la autorización y el registro de proyectos de investigación, así como los requisitos para obtener el consentimiento informado de los participantes, la protección de los datos personales y la confidencialidad de la información, supervisión y evaluación de los proyectos.

Así también, se establecen las obligaciones y responsabilidades de los investigadores, los comités de ética e investigación, las instituciones de salud y las autoridades involucradas en la investigación en salud; además establece las sanciones que corresponden al incumplimiento de las normatividades establecidas.

Su objetivo, entonces, es el de regular y promover la investigación en el ámbito de la salud, de manera ética y con características como la calidad y la protección de los derechos, así como el bienestar de los participantes.

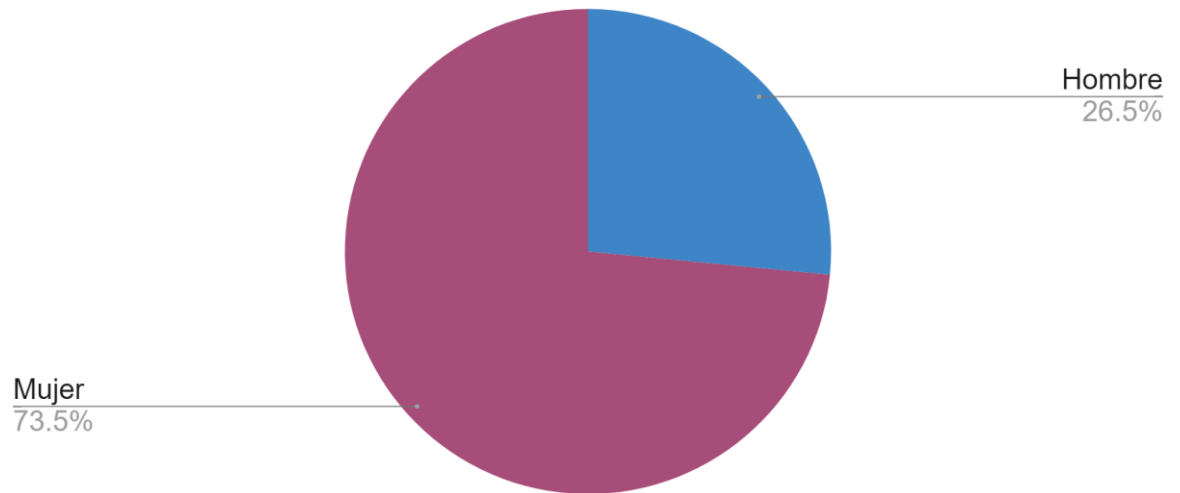
Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. La presente investigación, se considera con un riesgo mínimo por las siguientes características: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

RESULTADOS

Características generales de la población

La muestra estuvo conformada por un total de 49 individuos, de los cuales, un 26.5% corresponden a hombres y un 73.5% a mujeres (Gráfica 1).

Gráfica 1. Proporción de la población estudiada de acuerdo al sexo.



Fuente: Base de datos.

El promedio de edad de la población estudiada, fue de 34.65 años con una desviación estándar (DE) de 10.23 años, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 50 años. El grupo etario más representativo fue en el rango de los 18 a 30 años con un 36.7 % (tabla 1).

Tabla 1. Rango de edad en la población estudiada

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
18 a 30 años	18	36.7%	36.7%
31 a 40 años	14	28.6%	65.3%
41 a 50 años	17	34.7%	100%

Fuente: Base de datos.

Los diagnósticos más frecuentes en la población estudiada fueron: Trastorno depresivo mayor, presente en 31 individuos, Trastorno depresivo persistente, presente en 8 individuos y Trastorno bipolar tipo 1, encontrándose en 4 individuos (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnósticos de trastornos afectivos en la población estudiada

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastorno depresivo mayor	31	63.3%	63.3%
Trastorno depresivo persistente	8	16.3%	79.6%
Trastorno depresivo recurrente	3	6.1%	85.7%
Trastorno bipolar tipo 1	4	8.2%	93.9%
Otros trastornos bipolares	3	6.1%	100%
Total	49	100%	

Fuente: Base de datos

En cuanto a los diagnósticos por sexo tanto en hombres como en mujeres el más común en ambos fue el trastorno depresivo mayor (Tabla 3). El valor de p correspondió a 0.647, siendo este no significativo.

Tabla 3. Diagnósticos encontrados de acuerdo al sexo en la población estudiada

Diagnóstico	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Trastorno depresivo mayor	10	21	31
Trastorno depresivo persistente	1	7	8

Trastorno depresivo recurrente	1	2	3
Trastorno bipolar tipo 1	1	3	4
Otros trastornos bipolares	0	3	3
Total	13	36	49

Fuente: Base de datos

En cuanto a la severidad de acuerdo al BSL-23, un 30.6% de la población tuvo una severidad leve, seguida por una moderada con un 24.5% (Tabla 4).

Tabla 4. Severidad obtenida en el BSL-23 en la población estudiada

Severidad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo (0-0.28)	7	14.3	14.3
Leve (0.29-1.07)	15	30.6	44.9
Moderado (1.08-1.87)	12	24.5	69.4
Alto (1.88-2.67)	11	22.4	91.8
Muy alto (2.68-3.47)	4	8.2	100.0
Total	49	100.0	

Fuente: Base de datos

Utilizando el cuestionario BSL-23, los reactivos que presentaron mayor frecuencia fueron “me resultaba difícil concentrarme”, siendo reportada con 1 punto por 19 personas, “me sentí indefenso”, siendo reportada con 1 punto por 14 personas,

“me sentía solo” siendo reportada con 4 puntos por 15 personas y “sentí una tensión interna estresante” siendo reportada con 1 punto por 11 personas.

Los síntomas que presentaron mayor severidad, de acuerdo a la puntuación total obtenida, fueron “me resultaba difícil concentrarme”, “me sentía solo”, “sentí una tensión interna estresante”, “mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión” y “me sentí vulnerable”.

Los síntomas que se identificaron con una menor frecuencia fueron “me di asco a mi mismo” y “la idea de morirme me causó una cierta fascinación” estando ausentes estas en 34 personas, y “pensé en hacerme daño” así como “quise castigarme”, ambas ausentes en 33 personas.

Entre los que tuvieron una menor severidad se encontraron “pensé en hacerme daño”, “quise castigarme”, “sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza”, “la idea de morirme me causó una cierta fascinación” y “me di asco a mi mismo”.

El diagnóstico más común en todos los grupos etarios fue el de trastorno depresivo mayor, y el segundo más frecuente fue trastorno depresivo persistente en las personas de entre 31 y 50 años (Tabla 5). El valor de p fue de 0.076, siendo este no significativo.

Tabla 5. Diagnósticos afectivos encontrados de acuerdo a la edad en la población estudiada

Diagnósticos	Rango de edad en años			Total
	18 a 30	31 a 40	41 a 50	
Trastorno depresivo mayor	15	5	11	31
Trastorno depresivo persistente	1	4	3	8
Trastorno depresivo recurrente	0	2	1	3
Trastorno bipolar tipo 1	0	3	1	4

Otros trastornos bipolares	2	0	1	3
Total	18	14	17	49

Valor de $p=0.076$

Fuente: Base de datos

Para la medición de la severidad se utilizó la escala BSL-23, 15 sujetos del estudio presentaron una severidad leve siendo esta la más frecuente, seguida de la moderada ($n=12$) siendo la severidad muy alta la menos común, presente únicamente en 4 individuos (Tabla 6). El valor de p fue igual a 0.345, siendo este no significativo.

Tabla 6. Severidad en el BSL-23 de acuerdo a la edad de la población estudiada

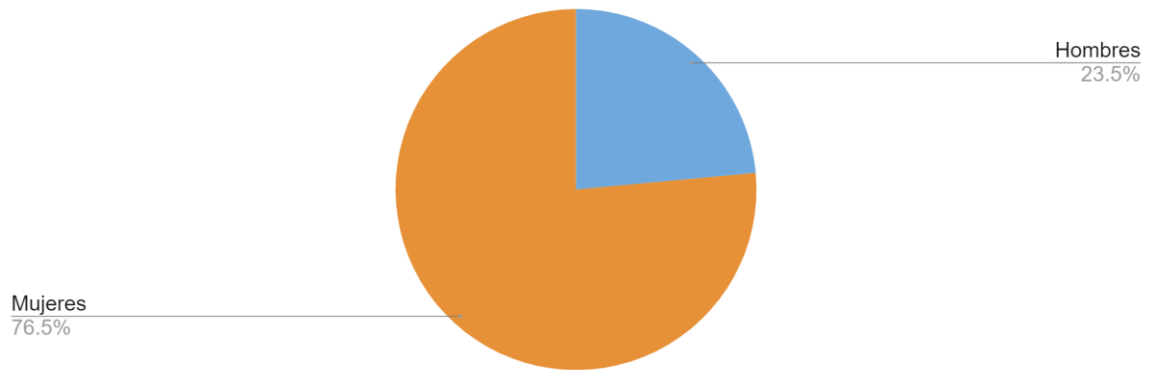
Severidad	Rango de edad en años			Total
	18 a 30	31 a 40	41 a 50	
Bajo (0-0.28)	3	2	2	7
Leve (0.29-1.07)	2	7	6	15
Moderado (1.08-1.87)	5	1	6	12
Alto (1.88-2.67)	6	3	2	11
Muy alto (2.68-3.47)	2	1	1	4
Total	18	14	17	49

Valor de $p=0.345$

Fuente: Base de datos

En el cuestionario BSL-23, el punto de cohorte entre controles sanos y pacientes con TLP fue de 0.64, de tal modo que, del total de la población, 34 sujetos (87.17%) lograron alcanzar dicho puntaje, 76.5% de este subgrupo correspondieron a mujeres y 23.5% a hombres (Gráfica 3).

Gráfica 3. Frecuencia de acuerdo al sexo de la población que alcanzó puntaje en BSL-23 para TLP



Fuente: Base de datos

En este grupo de población la media de edad fue de 33.24 años (mediana de 32 años) con una desviación estándar de 10.26 años, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 50 años.

El rango de edad en el que se identificó una mayor prevalencia de síntomas de TLP fue el de 18 a 30 años, representando el 44.1% (Tabla 7).

Tabla 7. Edad de la población que cumplió puntaje para TLP en el BSL-23

Rango de edad en años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
18 a 30	15	44.1	44.1
31 a 40	9	26.5	70.6
41 a 50	10	29.4	100
Total	34	100	

Fuente: Base de datos

De las personas que cumplieron criterios para el diagnóstico de TLP de acuerdo al BSL-23, un 35.3% cumplió puntaje para severidad moderada, seguido por alta en un 32.4% (Tabla 8)

Tabla 8. Severidad del BSL-23 en la población que cumplió puntaje para TLP

Severidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Leve (0.29-1.07)	7	20.6	20.6
Moderado (1.08-1.87)	12	35.3	55.9
Alto (1.88-2.67)	11	32.4	88.2
Muy alto (2.68-3.47)	4	11.8	100
Total	34	100	

Fuente: Base de datos

Además, considerando que el punto de cohorte dentro de los pacientes con TLP que buscan tratamiento, es a partir de 1.50, 16 sujetos obtuvieron ese o un mayor puntaje, lo que representa un 32.65% de la muestra total y un 47.06% de los sujetos con puntaje para TLP.

Así mismo, de este grupo que cumplió con puntaje para posible TLP, el 67.6% presentaban el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, seguido de trastorno depresivo persistente con un 14.7%, trastorno depresivo recurrente, trastorno bipolar tipo 1 y otros trastornos bipolares se presentaron en un 5.9%

El diagnóstico más común en todos los grupos de edad fue Trastorno depresivo mayor, habiendo un mayor número de casos en el grupo de 18 a 30 años con 12 casos (Tabla 9). El valor de p fue de 0.154, siendo es no significativo.

Tabla 9. Diagnóstico por rango de edad en la población que cumplió puntaje para TLP en el BSL-23

Rango de edad en años	18 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Trastorno depresivo mayor	12	4	7	23
Trastorno depresivo persistente	1	2	2	5
Trastorno depresivo recurrente	0	1	1	2
Trastorno bipolar tipo 1	0	2	0	2
Otros trastornos bipolares	2	0	0	2
Total	15	9	10	34

Valor de $p= 0.154$

Fuente: Base de datos

En la población de entre 18 a 30 años la mayoría de ellos tenían una severidad alta ($n=6$), entre 31 a 40 años, 4 sujetos presentaron una severidad leve de acuerdo al cuestionario BSL-23 (Tabla 11). El valor de p correspondió a 0.280, siendo este no significativo.

Tabla 10. Severidad en el BSL-23 de acuerdo a la edad en la población que cumplió puntaje para TLP

Severidad	Rango de edad en años			Total
	18 a 30	31 a 40	41 a 50	
Leve (0.29-1.07)	2	4	1	7
Moderado (1.08-1.87)	5	1	6	12
Alto (1.88-2.67)	6	3	2	11
Muy alto (2.68-3.47)	2	1	1	4
Total	15	9	10	34

Valor de $p= 0.280$

Fuente: Base de datos

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio, fue determinar la comorbilidad entre trastornos afectivos y síntomas de trastorno límite de personalidad en usuarios de los 18 a los 50 años de edad, en sintonía a este, se encontraron un par de estudios que describen información semejante.

En el estudio que realizó Zanarini (2021) en adultos hospitalizados de entre 18 y 35 años con diagnóstico de TLP, además de adolescentes con el diagnóstico presuntivo de TLP, se identificó respecto a la población adulta, que 290 sujetos se ubicaban entre los 18 y 35 años, con criterios del DSM-III-R para TLP. Un gran porcentaje de estos, cumplieron criterios ya fuera para trastornos del afecto e impulsividad, o para comorbilidad compleja. El 97% de la población presentó trastornos del estado de ánimo, principalmente depresión mayor en el 86.6%, trastorno depresivo persistente en el 44.8% y trastorno bipolar tipo II en el 5.5%. En concordancia con este, en nuestro estudio, el grupo de edad más frecuente fue el de los 18 a 30 años, representando un 44.1% de los que obtuvieron un puntaje superior a 0.64 en el cuestionario BSL-23, implicando un posible diagnóstico de TLP.

Del mismo modo, en 1998, Zanarini, evaluó 520 pacientes hospitalizados de entre 18 y 50 años, e identificó que 369 pacientes contaban con criterios para TLP, el 78% siendo mujeres. El 96.3% contaban además con trastornos del estado de ánimo, como el trastorno depresivo mayor en el 82.8%, la distimia en el 38.5%, y el trastorno bipolar tipo 2 en el 9.5%. Nuestros datos arrojaron que el 76.5% de la muestra total estuvo conformado por mujeres, obteniendo una prevalencia similar al estudio previamente mencionado, así como el 73.5% del subgrupo que obtuvo puntaje concordante con TLP. De manera semejante, en un estudio de 223 personas que en la línea base cumplieron con criterios de TLP (Gunderson, 2014), que también cumplieron criterios de trastornos afectivos en la línea base o algún punto del seguimiento; específicamente TDM en 72.19%, trastorno bipolar I en un 15.24%, trastorno bipolar II en 12.55%, 73% eran mujeres, la edad media era de 32 años. Los pacientes fueron evaluados prospectivamente entre 1997 y 2009. En la realización de nuestro estudio, en el subgrupo de pacientes con puntaje por arriba del 0.64, el diagnóstico del estado de ánimo más común fue trastorno depresivo mayor, representando el 67.6%, seguido por el trastorno depresivo persistente, con un

14.7%, y los trastornos bipolares representando el 14.28%, concordando parcialmente con lo descrito por Gunderson, al igual que lo descrito por Zanarini.

A diferencia de los estudios previos, respecto a los porcentajes de comorbilidades encontrados, en un estudio que se realizó en población universitaria (Dell’Osso, 2019), en la muestra de 50 personas con TLP, el 54% de esta tenía además un trastorno del estado de ánimo. Dentro de este porcentaje, 10 personas tenían trastorno bipolar tipo 1, 6 personas tenían trastorno bipolar tipo 2, 9 personas tenían trastorno depresivo mayor y 4 personas tenían trastorno depresivo persistente.

En un estudio realizado por Lenzenweger (2007) con datos del National Comorbidity Survey Replication, en 5692 adultos de 18 años en adelante, la prevalencia de un trastorno del eje I a 12 meses en la población con TLP fue del 84.5%; entre estos, el 16.1% presentaron TDM, el 19% distimia, el 15.5% bipolar tipo 1 o 2. En este mismo estudio, del total de personas con un trastorno afectivo que presentaban TLP se obtuvo lo siguiente, el 6.7% de las personas con TDM, el 11.3% de las personas con distimia, el 14.8% de las personas con trastorno bipolar.

Respecto a los parámetros del presente trabajo, no se encontraron estudios previos que evaluaran la comorbilidad entre trastornos afectivos y personalidad límite utilizando el cuestionario BSL-23.

En la validación de la BSL-23 al español, realizada por Soler (2013) se evaluaron las cargas factoriales de cada uno de los reactivos, la mayoría de estos mostrando cargas superiores a 0.40, exceptuando el ítem 23, que resultó inferior. Los ítems que presentaron una mayor carga factorial fueron “Nada parecía tener sentido para mí”, “Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión” este coincidiendo con una mayor severidad en nuestro estudio, “Me odié a mí mismo”, “Sentí una tensión interna estresante”, coincidiendo en nuestro estudio tanto en severidad como en frecuencia y “Tuve miedo de perder el control”.

La importancia de identificar la comorbilidad de un trastorno límite de la personalidad en la población con un trastorno afectivo radica en que en muchas ocasiones se llega a establecer un diagnóstico erróneo del TLP, pudiendo sobre-diagnosticarse o sub-diagnosticarse, sobre todo en el caso de haber diagnósticos co-ocurrentes que pueden propiciar la superposición de síntomas y enmascarar la sintomatología del TLP (que tiende a ser más generalizado y persistente) (Skodol,

2022). Además, un estudio de Morey (2010) en el que se recopilaron datos durante 6 años del Estudio Colaborativo Longitudinal de Trastornos de Personalidad, en el que se evaluaron diagnósticos y medidas de personalidad en 522 pacientes, sugiere que los trastornos de personalidad identificados durante un episodio depresivo son bastante válidos y que no se deben únicamente a el episodio afectivo.

De acuerdo a Skodol (2022), una vez identificado el TLP, el abordarlo de manera apropiada es importante puesto que existe una morbilidad y mortalidad considerables, y el tratamiento de primera línea en este caso es con psicoterapia.

En nuestro estudio, el 47.06% de los individuos que obtuvieron el puntaje para TLP presentaron una severidad que amerita tratamiento. Respecto a este, dentro de las psicoterapias de primera línea, se encuentran la terapia dialéctico conductual, la terapia basada en la mentalización y la terapia centrada en la transferencia, psicoterapias que son de difícil acceso en nuestro medio, y es un factor que condiciona la tendencia a la cronicidad del padecimiento, por lo que algo que sería apropiado dados estos datos sería preparar a profesionales en estas áreas para poder abordar y manejar de manera más apropiada y basada en evidencia este tipo de trastornos psiquiátricos, debido a que hasta la actualidad, la evidencia que respalda la farmacoterapia para el TLP es limitada y de los grupos de fármacos que se han llegado a utilizar para el TLP ninguno ha logrado reducir consistentemente su gravedad general.

CONCLUSIÓN

- ❖ De la población estudiada, el 87.17% logró alcanzar puntaje acorde a diagnóstico de trastorno de personalidad límite, lo que demuestra una importante comorbilidad entre los trastornos afectivos y el trastorno de personalidad límite.
- ❖ Los reactivos más frecuentes del BSL-23 fueron “me resultaba difícil concentrarme”, “me sentí indefenso”, “me sentía solo” y “sentí una tensión interna estresante”.
- ❖ El grupo etario más común fue de 18 a 30 años en población general y en el subgrupo de puntaje concordante con trastorno de la personalidad límite.
- ❖ El diagnóstico más frecuente en la población estudiada y el subgrupo de personas con una severidad por encima de 0.64 corresponde a Trastorno depresivo mayor seguido por trastorno depresivo persistente.
- ❖ De acuerdo al puntaje del BSL-23, fue más frecuente una severidad moderada. Alrededor de un tercio de la muestra presentó una puntuación equivalente a esta o una mayor severidad, población que amerita tratamiento para TLP.
- ❖ La población atendida en nuestra unidad con trastornos del estado de ánimo corresponde mayormente a mujeres, de igual modo, en el grupo que cumplió la puntuación la diferencia entre mujeres y hombres fue de 3 a 1.

PROPUESTAS

Debido a la elevada comorbilidad encontrada entre dichos diagnósticos, coincidiendo con la que había sido descrita anteriormente.

Dado que la población de pacientes con TLP que buscan tratamiento y controles va a partir del 1.50 en la escala, un importante subgrupo de la población estudiada debería recibir un tratamiento, idealmente proporcionándose el de mayor nivel de evidencia.

Como ya se mencionó, la primera línea del tratamiento corresponde al abordaje psicoterapéutico, por lo cual sería relevante formar profesionales en salud mental capacitados en psicoterapias como la terapia dialéctico conductual, terapia basada en la mentalización y terapia centrada en la transferencia para así lograr una mejor recuperación y un manejo apropiado de los usuarios atendidos en nuestra unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mezei J, Juhasz A, Kilencz T, Vizin G. (2020). Borderline personality disorder in the light of developmental psychopathology. Abstract - Europe PMC. <https://europepmc.org/article/med/33055291>
2. Perez-Rodriguez, M. M., Bulbena-Cabré, A., Bassir Nia, A., Zipursky, G., Goodman, M., & New, A. S. (2018). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 633–650. doi:10.1016/j.psc.2018.07.012
3. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. doi:10.1016/s0140-6736(10)61422-5
4. Schulte Holthausen, B., & Habel, U. (2018). Sex Differences in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 20(12). doi:10.1007/s11920-018-0975-y
5. Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. doi:10.1016/j.psc.2018.07.009
6. Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18029. doi:10.1038/nrdp.2018.29
7. Levy, K. N., McMMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 711–728. doi:10.1016/j.psc.2018.07.011
8. Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating Early Intervention for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 330–341.
9. Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T., Grilo, C. M., Markowitz, J. C., Morey, L. C., Skodol, A. E. (2014). Interactions of Borderline Personality Disorder and Mood Disorders Over 10 Years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(08), 829–834. doi:10.4088/jcp.13m08972
10. Sadock, V. A., Ruiz, P., & Sadock, V. A. (2018). Kaplan y Sadock. *Manual de Psiquiatría Clínica*. Wolters Kluwer.

11. Freud, S. (2017). Psicopatología de la Vida Cotidiana (L. L.-B. de Torres, Trad.). Createspace Independent Publishing Platform.
12. De Salud, S. (s. f.). 270. Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno lí-mite de la personalidad. gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>
13. Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
14. Witt, S. H., Streit, F., Jungkunz, M., Frank, J., Awasthi, S., Reinbold, C. S., Treutlein, J., Degenhardt, F., Forstner, A. J., Heilmann-Heimbach, S., Dietl, L., Schwarze, C. E., Schendel, D., Strohmaier, J., Abdellaoui, A., Adolfsson, R., Air, T. M., Akil, H., Alda, M., . . . Rietschel, M. (2017). Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 7(6), e1155-e1155. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.115>
15. Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A. et al. Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry* 13, 1317 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-139>
16. Kleindienst, N., Jungkunz, M. & Bohus, M. A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *bord personal disord emot dysregul* 7, 11 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00126-6>
17. Skodol, A. (2022, 2 junio). Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. Recuperado 16 de febrero de 2023, de <https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder->

epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis

18. Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... Wolf, M. (2008). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39. doi:10.1159/000173701

19. Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126–132. doi:10.1159/000098493

20. Zanarini, M. C., Athanasiadi, A., Temes, C. M., Magni, L. R., Hein, K. E., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B., & Goodman, M. (2021). Symptomatic disorders in adults and adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 35(Supplement B), 48-55. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_502 .

21. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E., Sickel, A., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>

22. Dell'Osso, L., Cremone, I. M., Carpita, B., Muti, D., Massimetti, G., Barlati, S., Vita, A., Fagiolini, A., Carmassi, C., & Gesi, C. (2019b). <P>Rumination, posttraumatic stress disorder, and mood symptoms in Borderline personality disorder</P> *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 15, 1231-1238. <https://doi.org/10.2147/ndt.s198616>

23. Lenzenweger, M. F., Lane, M., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>

24. Morey LC, Shea MT, Markowitz JC, Stout RL, Hopwood CJ, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Yen S, Sanislow CA, Skodol AE. State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2010 May;167(5):528-35. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09071023. Epub 2010 Feb 16.

25. Skodol (2022, 14 diciembre). Borderline personality disorder: Treatment Overview. UpToDate. Recuperado 30 de noviembre de 2023, de https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-treatment-overview?search=borderline%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1694103684

ANEXOS

Anexo 1 Borderline Symptom List 23 en español

Número de expediente:	Fecha:
Diagnóstico consignado en expediente clínico:	Edad:

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa que podría haberse sentido. Por favor responda con sinceridad.

Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas. Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.

Durante la última semana...		unca	lgo	astan te	ucho	M uchísimo
	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
	Sentí asco	0	1	2	3	4
	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4

	Me sentía solo	0	1	2	3	4
	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
0	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
1	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
2	Quise castigarme	0	1	2	3	4
3	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
4	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión	0	1	2	3	4
5	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
6	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	0	1	2	3	4
7	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
8	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
9	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
0	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
1	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4

2						
3	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

Anexo 2 Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Proyecto: "Comorbilidad de trastornos afectivos y síntomas de trastorno límite de personalidad en pacientes de entre 18 y 50 años del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, Puebla".

Fecha: _____ Hora: _____

Número de expediente: _____ Folio: _____

OBJETIVO: El cuestionario BSL-23 es una prueba complementaria que consta de 23 ítems, y sirve para evaluar la presencia de sintomatología del trastorno límite de la personalidad.

PROCEDIMIENTO: Se le proporcionará una hoja con el cuestionario a las personas que acepten participar en el estudio.

RIESGOS POTENCIALES Y POSIBLES MOLESTIAS: Por los procedimientos a los que será sometido, este proyecto se considera de riesgo mínimo.

BENEFICIOS: La participación en este proyecto no genera ningún tipo de compensación, únicamente recibirá una revisión clínica por parte del médico residente, podría mejorar el manejo de la persona, proporcionándose un manejo más individualizado.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número de participante. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, y serán publicados de manera general pero nunca de manera personalizada, siempre guardando su identidad.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/RETIRO: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Si usted está de acuerdo, el cuestionario respondido será etiquetado con un número de folio y no con su nombre, para asegurar la confidencialidad de sus datos personales.

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE DA EL CONSENTIMIENTO: Se me ha leído esta Carta de consentimiento. Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio. He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

En caso de dudas o aclaraciones sobre el estudio dirijase con la investigadora responsable:

Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas, 35 Norte 1456, Colonia Villa San Alejandro, CP 72070 Puebla, Pue. Investigadora Asociada Dra. Luz Karina Ramírez Dueñas Directora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) Correo electrónico: luz.ramirezd@imss.com Celular: 22 28 65 8553

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, relación con el participante y firma

Nombre, relación con el participante y firma