



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS LEÓN
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD



CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL LEÓN

COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP) EN
EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN
CAISAME EN EL AÑO 2023

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

JORGE LUIS ALVIZO GARCÍA

Con la *Dirección* de:

DR. HIRAM ARTURO DÍAZ PORRAS

Con la *Codirección* de:

DR. ALEJANDRO DOMÍNGUEZ ALFARO

LEÓN, GUANAJUATO.

JUNIO, 2025

EN CONFORMIDAD DE ACEPTACIÓN DE TESIS PROFESIONAL

**COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP) EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN CAISAME
EN EL AÑO 2023**

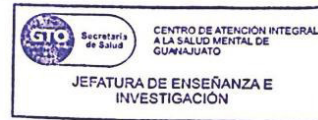


FIRMAS
**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL
A LA SALUD MENTAL**
DIRECCIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
DEL ESTADO DE GUANAJUATO

Dr. José Alfredo Juárez González
Encargado del despacho de dirección y subdirección médica del Centro de
Atención Integral a la Salud Mental de León



Dra. Lisette Morado Crespo
Jefatura de enseñanza, capacitación e investigación CAISAME León



Dr. Hiram Arturo Díaz Porras
Profesor titular de la especialidad en psiquiatría Universidad de Guanajuato



Dr. Hiram Arturo Díaz Porras
Director de tesis (Teoría)



Dr. Alejandro Domínguez Alfaro
Co director de tesis (Metodología)





CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN

León, Gto. a 26 de diciembre del 2024.

Asunto: Carta de aprobación de proyecto de investigación por el Comité de Investigación de CAISAME LEÓN

Nombre del investigador principal: JORGE LUIS ALVIZO GARCIA

Nombre de directores de tesis:

Dirección de: Dr. Hiram Arturo Díaz Porras

Co-dirección de: Dr. Alejandro Domínguez Alfaro

Nombre del proyecto: Comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León (CAISAME) en el año 2023

Dictamen de tipo: aprobatorio

Fecha de entrega de veredicto: 27 de diciembre del 2024

Atentamente


Dra. Ana Bertha Meza Pérez
Presidenta del Comité de Investigación
del Centro de Atención Integral a la Salud Mental
CAISAME LEÓN



CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN



León, Gto., a 10 de Enero del 2025.
CAISAME/CEI/10/01/25

Asunto: Dictamen del Comité de Ética en Investigación

En atención a: Dr. Jorge Luis Alvizo García, Investigador Principal, Dr. Hiram Arturo Díaz Porras Asesor teórico, Dr. Alejandro Domínguez Alfaro, Asesor metodológico.

Título del Protocolo de Investigación: **"Comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León en el año 2023"**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité De Ética En Investigación del CAISAME con número de registro **CONBIOETICA-11-CEI-001-2024607** ante la Comisión Nacional De Bioética CONBIOETICA y las opiniones acerca de los documentos presentados que se encuentran a continuación.

	Fecha de versión	Decisión
Protocolo	30 de Noviembre del 2024	Aprobado
Consentimiento Informado	30 de Noviembre del 2024	No aplica
Aspectos Éticos	30 de Noviembre del 2024	Aprobados
Dictamen Final		Aprobado

Este dictamen tiene vigencia de 6 meses (10 de Enero del 2025 al 10 de julio del 2025).

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia, así como **enviar bimensualmente a este comité un reporte de avances y una vez concluido los informes finales.**

Lo anterior forma parte de las obligaciones del investigador.

ATENTAMENTE


C/ José Luis Veiga Paredes
Presidente del Comité de Ética en Investigación del Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León
CAISAME LEÓN

INDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	6
• Desarrollo de la personalidad y el TLP.....	6
• Neurobiología.....	9
• Diagnóstico.....	11
• Epidemiología.....	14
• Comorbilidades e impacto.....	16
• Tratamiento.....	26
• Pronóstico y factores de riesgo.....	28
• Conclusiones del marco teórico.....	32
5. JUSTIFICACIÓN.....	33
6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	35
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
8. LIMITACIONES.....	41
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD.....	42
10. RECURSOS.....	43
11. RESULTADOS.....	44
• Caracterización sociodemográfica.....	44
• Características clínicas.....	51
• Comorbilidades psiquiátricas.....	63
• Comparaciones y hallazgos.....	67
12. DISCUSIÓN.....	69
13. CONCLUSIONES.....	82
14. BIBLIOGRAFIA.....	85
15. ANEXOS.....	92
• ANEXO I (Carta de confidencialidad)	93
• ANEXO II (Autorización para uso de expedientes clínicos).....	94

RESUMEN

Introducción:

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica compleja, caracterizada por inestabilidad emocional, impulsividad y dificultades en las relaciones interpersonales. Los pacientes con TLP presentan frecuentemente comorbilidades psiquiátricas, lo que agrava su pronóstico y complica su manejo clínico. Este estudio se realizó en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León (CAISAME) durante el año 2023, con el objetivo de describir las comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de TLP.

Objetivo:

Describir las comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de TLP en el CAISAME durante el año 2023.

Métodos:

Estudio descriptivo y transversal y retrospectivo en una muestra de 113 pacientes con diagnóstico de TLP. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y comorbilidades psiquiátricas codificadas según la ICD-10. El análisis estadístico incluyó técnicas descriptivas y asociaciones.

Resultados:

La mayoría de los pacientes (82.3%) fueron mujeres, y se identificaron altas tasas de comorbilidades psiquiátricas. Entre las más frecuentes destacan los trastornos depresivos (F32) (F34.1) en el 54.0 y 25.7% respectivamente, trastornos de ansiedad (F41.1) (F43.1) en el 10.6 y 4.4%, consumo de sustancias principalmente (F17.2) (F10.2) en el 23.0 y 10.6%. Además, se observaron antecedentes significativos de disfunción familiar (Z63.2) en el 61.1% y problemas en las relaciones de pareja (Z63.0), reflejando un entorno social adverso que agrava el curso clínico del TLP.

Los resultados obtenidos confirmaron que la comorbilidad psiquiátrica es lo más frecuente y que es muy poco probable encontrar a un paciente sin comorbilidades. Se observaron altas tasas de trastornos depresivos, de ansiedad, consumo de sustancias. Además, se identificaron factores relevantes como necesidad de apoyo psicoterapéutico, frecuencia de hospitalizaciones psiquiátricas, abandono frecuente de tratamientos y antecedentes de abuso y pobre apoyo familiar.

Conclusiones:

- Los hallazgos evidencian una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con TLP, lo cual sugiere la necesidad de un abordaje multidisciplinario que contemple tanto el manejo del trastorno principal como de las condiciones psiquiátricas asociadas para optimizar los resultados clínicos.
- El manejo del TLP no debe centrarse únicamente en el trastorno de personalidad, sino también en la identificación y tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas, optimizando así los recursos terapéuticos y mejorando el pronóstico de los pacientes.
- Este trabajo ofrece una base para futuras investigaciones en el ámbito hospitalario psiquiátrico y plantea la urgencia de diseñar estrategias más personalizadas de atención a pacientes con TLP en contextos similares al nuestro.
- Se evidenció la necesidad de protocolos de intervención específicos que consideren los patrones sociodemográficos y clínicos observados en nuestra población.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, comorbilidades psiquiátricas, hospitalización Psiquiátrica, tratamiento, factores clínicos, factores sociodemográficos.

INTRODUCCIÓN

El TLP es un trastorno mental complejo caracterizado por inestabilidad emocional, impulsividad y relaciones interpersonales intensas y caóticas. Los pacientes con TLP suelen presentar conductas autodestructivas, como autolesiones e intentos suicidas, y presentan un elevado riesgo de comorbilidades con otros trastornos mentales, especialmente trastornos del estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos alimentarios. La comorbilidad con estos trastornos complica el diagnóstico y el manejo clínico de los pacientes, influyendo en la severidad del TLP y en la respuesta a las intervenciones terapéuticas.

La identificación de las comorbilidades y los factores de riesgo asociados con el TLP resulta fundamental para mejorar el abordaje clínico y terapéutico. Este estudio se centra en analizar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con TLP, con el objetivo de identificar las comorbilidades más frecuentes y los factores pronósticos que influyen en el curso de la enfermedad. Se espera que los resultados de este análisis contribuyan al desarrollo de estrategias de tratamiento más efectivas y personalizadas para esta población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación

¿Qué comorbilidades psiquiátricas se presentaron en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León (CAISAME) en el año 2023?

Comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León en el año 2023

Planteamiento del Problema

El TLP es un trastorno mental complejo caracterizado por una inestabilidad emocional significativa, relaciones interpersonales inestables, y una imagen propia distorsionada. Este trastorno no solo afecta profundamente a los individuos que lo padecen sino también a las personas de su alrededor, además de que plantea desafíos importantes en el manejo y tratamiento dentro de los entornos hospitalarios, en especial en nuestro país donde hay limitantes para su manejo. En el CAISAME de León, la comprensión detallada de las comorbilidades psiquiátricas de los pacientes hospitalizados con TLP es crucial para mejorar los enfoques de tratamiento y las estrategias de intervención.

Las cifras en la epidemiología del TLP, alrededor del mundo estiman una prevalencia a lo largo de 2 a 5 años tan variada (del 0 al 4.5%)¹ y al menos en los Estados Unidos se presentan cifras del 0.5 al 5.9%². En México se estima una prevalencia de alrededor 1.5% en la población general³.

Los trastornos del estado de ánimo son las comorbilidades más comunes en pacientes con TLP. Se reportan cifras de prevalencia arriba del 90%⁴ y rangos tan variados del 32% al 83% por varios estudios transversales⁵.

La prevalencia de trastornos de ansiedad comórbidos en pacientes límite ha sido documentada mediante numerosos estudios transversales y oscila entre el 0% y el 35% para los pacientes límite, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), del 2% al 48% para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, del 3% al 46% para la fobia

social, del 0% al 20% para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y del 25% al 56%⁶⁻⁷⁻⁸ para el trastorno de estrés postraumático (TEPT)⁹⁻¹⁰.

Respecto a costos en salud mental, es importante destacar que no hay estudios enfocados en valorar las implicaciones propias del TLP, enfocándose en conductas suicidas y el trastorno depresivo mayor el cual es altamente prevalente en esta población, dándonos además una perspectiva de cuantos de estos pacientes requieren en nuestra unidad servicios ampliados de salud mental, implementando estrategias para optimizar recursos.

Un estudio en población latinoamericana demuestra que un mayor número de intentos suicidas incrementa significativamente los costos en salud para estos pacientes¹¹. Además, reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, en pacientes con depresión, el tratamiento óptimo proyectado para un periodo de 15 años (hasta el 2030) en países de distintos niveles de ingreso podría alcanzar un costo estimado de hasta 147 000 millones de dólares. Esto resalta la importancia de la detección oportuna de las comorbilidades psiquiátricas y su adecuado manejo, así como la necesidad de desarrollar estrategias efectivas para reducir estos costos¹².

Aunque existe una amplia bibliografía sobre el TLP, se conoce poco acerca de las características específicas de los pacientes hospitalizados en contextos locales como el CAISAME León y las comorbilidades psiquiátricas, en la literatura médica alrededor del mundo hay una variación importante dentro de los datos de prevalencia, comorbilidades y manejos empleados en esta población. Específicamente, se carece de un análisis detallado sobre cómo se manifiestan las características demográficas y clínicas en esta población particular durante el periodo de estudio, y cómo estos datos se comparan con la literatura existente.

MARCO TEÓRICO

Comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León en el año 2023

La personalidad comprende las cualidades psicológicas que diferencian a una persona y determinan su modo característico de pensar, sentir y actuar. Estas cualidades varían desde rasgos estables hasta adaptaciones particulares y narrativas personales, evolucionando a través de las distintas etapas de la vida.

Desarrollo de la personalidad

La compleja interacción entre factores biológicos, sociales y psicológicos que configuran el desarrollo de la personalidad, subrayan la importancia tanto de la estabilidad como del cambio a lo largo de la vida.

Factores clave en el desarrollo de la personalidad:

1. **El temperamento como base:** Los rasgos de personalidad a menudo se originan en el temperamento temprano, observable desde la infancia. Estos rasgos (como la extraversión o el neuroticismo) tienden a estabilizarse e influir en el comportamiento a lo largo de las diferentes etapas de la vida.
2. **El papel del entorno social y la interacción:** La interacción del individuo con su entorno, incluidos los contextos familiares y sociales, influye en el desarrollo de la personalidad. Rasgos como la afabilidad y la responsabilidad tienden a aumentar en respuesta a los roles de la vida, como el trabajo y las responsabilidades familiares, mientras que el neuroticismo tiende a disminuir.
3. **Objetivos motivacionales:** A medida que las personas pasan por distintas etapas de la vida, sus metas personales cambian; desde la expansión personal en la adultez temprana hasta un enfoque en la generatividad y la participación comunitaria en la mediana edad.

4. **Narrativas de vida:** En la adolescencia y adultez temprana, los individuos comienzan a construir relatos de vida que dan coherencia a sus experiencias, lo que desempeña un papel crucial en cómo perciben su desarrollo y su identidad personal.¹³

Es importante el mencionar estos puntos del desarrollo de la personalidad con la finalidad de entender cómo se puede desarrollar un TLP.

Desarrollo de la personalidad en el TLP

El modelo de mentalización propuesto por Fonagy y Bateman sugiere que el desarrollo del TLP está relacionado con una combinación de vulnerabilidad genética, experiencias traumáticas y la incapacidad para desarrollar una mentalización estable debido a un entorno de apego disfuncional. La comprensión de este modelo tiene implicaciones importantes para el tratamiento, ya que se enfoca en restaurar y fortalecer la capacidad de mentalización en los pacientes.

Factores Clave para el Desarrollo de la Personalidad Límite:

El desarrollo del TLP es multifactorial, combinando vulnerabilidades genéticas con factores ambientales, como el trauma infantil y las relaciones interpersonales problemáticas. Los hallazgos neurobiológicos permiten comprender mejor las alteraciones en la regulación afectiva y la impulsividad que caracterizan este trastorno.

14

1. **Vulnerabilidad constitucional:** Existen factores genéticos y neurobiológicos que predisponen a ciertos individuos al desarrollo del TLP. Estudios de gemelos han demostrado que los rasgos que delinean los trastornos de la personalidad son heredables en un 35-56%, lo que sugiere una predisposición biológica significativa, con una heredabilidad de 0.70.^{14,15}
Se han encontrado asociaciones entre polimorfismos genéticos, como los del transportador de serotonina (PPTS) y la enzima MAO-A, que influyen en la impulsividad y la regulación emocional.¹⁴

2. **Desarrollo temprano del apego:** El modelo está arraigado en la teoría del apego. La disrupción de la relación de apego durante la infancia, combinada con experiencias traumáticas en contextos de apego, puede desencadenar una respuesta exagerada del sistema de apego. Esto dificulta el desarrollo de la capacidad de mentalización, es decir, la habilidad para comprender los estados mentales propios y de los demás.
3. **Factores temperamentales:** Las características temperamentales como la inestabilidad afectiva, la impulsividad y la dificultad para controlar las emociones son comunes en individuos que desarrollan TLP. También se ha observado una relación entre el temperamento agresivo y la aparición de rasgos de TLP.¹⁵
4. **Trauma y maltrato:** Las experiencias de abuso físico, emocional o sexual, así como la negligencia, son factores comunes en el desarrollo del TLP. El trauma temprano puede afectar el sistema de excitación y la corteza prefrontal, lo que provoca dificultades en la regulación emocional y la capacidad de reflejar los estados mentales de otros.
5. **Desorganización del apego:** La teoría también sugiere que la desorganización en los patrones de apego durante la infancia está fuertemente relacionada con la psicopatología del TLP. Los niños con apego desorganizado exhiben comportamientos disociativos, oposicionales y dificultades en la regulación emocional.
6. **Problemas en la capacidad de mentalización:** La capacidad de mentalizar, que permite entender los comportamientos propios y ajenos en términos de pensamientos y emociones, se ve comprometida en individuos con TLP. Esta habilidad se desarrolla en la interacción con figuras de apego que responden de manera coherente a las señales emocionales del niño. La ausencia de esta respuesta adecuada contribuye al deterioro de esta capacidad.¹⁴
7. **Alteraciones neuroanatómicas:** Los estudios de neuroimagen han demostrado reducciones en el volumen del hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal en pacientes con TLP. Estas áreas son claves para la regulación emocional y el control de impulsos, lo que contribuye a los síntomas del trastorno.

8. **Disfunción neuroquímica:** Se ha observado una alteración en los sistemas de neurotransmisión de serotonina, glutamato y dopamina en personas con TLP. Estos sistemas están implicados en la regulación del estado de ánimo, la agresión y la impulsividad, que son características centrales del trastorno, así como una actividad disfuncional del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) y alteraciones en genes específicos, como el FKBP5 y CRHR1, modulan la respuesta al trauma infantil, lo que contribuye al riesgo de TLP.^{14,15}

Factores ambientales y psicosociales tempranos:

1. Bajo estatus socioeconómico: Diversos estudios longitudinales han señalado que un estatus socioeconómico bajo durante la infancia es un predictor de síntomas de TLP en la adultez.

2. Relación padres-hijos: Las relaciones disfuncionales entre padres e hijos, caracterizadas por negligencia emocional, control psicológico y disciplina severa, aumentan significativamente el riesgo de desarrollar TLP. La discordia maternal y el control psicológico son predictores fuertes de este trastorno.

3. Experiencias traumáticas: El abuso verbal, físico y sexual en la infancia está estrechamente vinculado al desarrollo de rasgos de TLP. Además, la negligencia y el maltrato emocional se han asociado con una mayor vulnerabilidad para desarrollar síntomas de TLP.¹⁴ Se encontró una relación significativa entre el maltrato infantil (particularmente el abuso emocional) y la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad. Todos los tipos de maltrato aumentaron el riesgo de desarrollar estos trastornos.¹⁶

Neurobiología del trastorno límite de la personalidad

Alteraciones Neuroanatómicas en el TLP:

- **Reducción del volumen del hipocampo:** El hipocampo, una región clave para la memoria y la regulación del estrés, se encuentra reducido en pacientes con

TLP. Esto podría explicar los problemas de memoria y la vulnerabilidad al estrés en estos individuos.

- **Reducción del volumen de la amígdala:** La amígdala, responsable de procesar las emociones, especialmente el miedo y la agresión, también presenta un tamaño reducido. Esto puede contribuir a la hipersensibilidad emocional y las respuestas desmedidas en TLP.
- **Disminución del volumen de la corteza prefrontal:** Esta región, que ayuda en la regulación de las emociones y el control de impulsos, es más pequeña en personas con TLP, lo que contribuye a la impulsividad y las dificultades en la toma de decisiones.
- **Funcionamiento anormal de la corteza cingulada anterior:** La corteza cingulada anterior está involucrada en la regulación emocional y la toma de decisiones. Las alteraciones en esta área podrían explicar la inestabilidad emocional y la dificultad para controlar las respuestas emocionales en TLP.
- **Alteración en la regulación del sistema límbico:** Las conexiones anormales entre la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal afectan la capacidad de los pacientes para regular las emociones y controlar los impulsos.

Disfunción Neuroquímica en el Trastorno Límite:

- **Disregulación del sistema serotoninérgico:** Los niveles bajos de serotonina se han relacionado con la impulsividad y la agresión. La falta de regulación de este neurotransmisor en TLP contribuye a comportamientos impulsivos y cambios de humor.
- **Alteraciones en la transmisión del glutamato:** El glutamato, crucial para la neuroplasticidad y la adaptación emocional, se ve afectado en TLP. Esta disfunción se asocia con dificultades en la memoria, el aprendizaje y la regulación emocional.
- **Problemas en el control de los impulsos relacionados con la dopamina:** La dopamina, vinculada con el control de los impulsos y las respuestas de recompensa, muestra una disfunción en los pacientes con TLP, lo que agrava las conductas impulsivas.

- **Reducción de la actividad de GABA:** El neurotransmisor GABA, encargado de inhibir las respuestas excesivas del cerebro, está disminuido en los pacientes con TLP, lo que facilita la hipersensibilidad emocional y los estallidos de ira.
- **Hiperactividad de la amígdala por hormonas de estrés:** La amígdala en pacientes con TLP responde de manera exagerada al estrés, lo que perpetúa una reactividad emocional intensa.

Estos dos aspectos (neuroanatomía y neuroquímica) interactúan para crear el perfil clínico del TLP, que incluye inestabilidad emocional, problemas de regulación del afecto y conductas impulsivas.¹⁷

El trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico que genera gran disfunción, es caracterizado por inestabilidad en las emociones, impulsividad y relaciones interpersonales intensas. Los individuos con TLP a menudo experimentan una intensa reactividad emocional, lo que los predispone a periodos de crisis y un pobre control en la regulación de sus emociones.

En el contexto hospitalario, los pacientes con TLP suelen presentar comorbilidades psiquiátricas de manera frecuente, lo que complica aún más su manejo sobre todo en entornos clínicos. Las comorbilidades más comúnmente asociadas incluyen trastornos depresivos, ansiosos y trastornos por uso de sustancias, todos los cuales contribuyen a la complejidad del cuadro y a la necesidad de intervenciones terapéuticas multidisciplinarias.¹⁸

Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad

La necesidad de un diagnóstico e intervenciones oportunas es crucial en el desarrollo de los que padecen el trastorno ya que hay indicios de aparición desde la pubertad.

La detección temprana del TLP a tempranas edades es crucial ya que ciertos síntomas pueden parecer parte del desarrollo esperado, demostrándose que la severidad de estos síntomas en jóvenes con TLP es no normativa y puede afectar negativamente la

transición hacia la etapa adulta, teniendo características sub umbrales del trastorno (que cumplen con algunos pero no todos los criterios para TLP) con grandes implicaciones en la calidad de vida relacionada con la salud, disfunción psicosocial y un mayor uso de servicios de salud mental.

El diagnóstico del TLP tiene que ser respaldado de una evaluación clínica adecuada por personal calificado, utilizando como herramienta principal los criterios diagnósticos.¹⁹

Diagnóstico del TLP según el ICD-10 (Clasificación internacional de enfermedades por sus cifras en inglés en su versión número 10).

Según la ICD-10, la cual es la base para la codificación en nuestro hospital se describe criterios generales para trastorno de la personalidad y para el trastorno límite.

Los criterios generales para el **trastorno de la personalidad según el ICD-10 (F60)** se describen de la siguiente manera:

1. **Patrón persistente de comportamiento** que difiere notablemente de lo esperado en la cultura del individuo. Este patrón debe afectar al menos dos de las siguientes áreas:
 - Cognición (la forma en que el individuo percibe e interpreta a las personas y los eventos).
 - Afectividad (rango, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
 - Control de impulsos.
 - Relación interpersonal.
2. **El patrón es inflexible y generalizado** a través de una amplia gama de situaciones personales y sociales.
3. **Provoca malestar clínicamente significativo** o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
4. **El patrón es estable y de larga duración**, y su inicio puede rastrearse a la adolescencia o la adultez temprana.

5. **No es atribuible a otro trastorno mental** o a los efectos de una condición médica o fisiológica, como una lesión cerebral.
6. **No se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico** o el uso de sustancias.

Para el trastorno de la personalidad límite (F60.3) deben cumplirse los siguientes criterios:

A. Los **criterios generales para el trastorno de la personalidad (F60)** deben cumplirse.

B. Deben estar presentes **al menos tres de los siguientes síntomas**, con al menos **dos específicos del tipo límite**:

1. **Alteraciones en la autoimagen, los objetivos y las preferencias internas.**
2. **Involucramiento en relaciones intensas e inestables**, que conducen a crisis emocionales.
3. **Esfuerzos excesivos para evitar el abandono.**
4. **Amenazas recurrentes o actos de autolesión.**
5. **Sentimientos crónicos de vacío.** ²⁰

Como medio hospitalario aún utilizamos la codificación del ICD-10, sin embargo, al ser la más actual, se considera importante agregar la clasificación del ICD-11 (Clasificación internacional de enfermedades por sus cifras en inglés en su versión número 11).

Diagnóstico del TLP según el ICD-11

El ICD-11 introduce un enfoque dimensional para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad (TP), donde el primer paso es determinar si un individuo cumple con los criterios generales para un TP. Luego, se evalúa la severidad del trastorno, que puede clasificarse como leve, moderado o severo, en función del deterioro en las funciones personales e interpersonales.

Además de la severidad, el ICD-11 identifica cinco dominios de rasgos de personalidad que pueden estar presentes en mayor o menor grado en los individuos con TP:

1. **Afectividad negativa:** Predisposición a experimentar emociones negativas, como ansiedad, tristeza, o ira.
2. **Desapego:** Tendencia a la evitación de experiencias sociales, emocionales, y a la incapacidad para experimentar placer.
3. **Desinhibición:** Impulsividad y falta de planificación que llevan a conductas imprudentes o irresponsables.
4. **Rasgos disociales:** Falta de empatía y remordimiento, y tendencia a comportamientos antisociales.
5. **Rasgos anancásticos:** Focalización rígida en el orden, perfeccionismo, y control.

En el caso del TLP, se presta especial atención al patrón límite que se considera como un especificador que facilita la identificación y tratamiento de pacientes. Este patrón límite se caracteriza por inestabilidad emocional, relaciones interpersonales caóticas, problemas de identidad, y conductas impulsivas, que encajan en los dominios de Afectividad Negativa y Desinhibición.

No existe una entrevista clínica estructurada específicamente diseñada para el modelo del ICD-11. Sin embargo, se han desarrollado varias escalas y cuestionarios para evaluar la severidad de los TP y los rasgos de personalidad tanto normales como desordenados. Uno de los instrumentos clave mencionados es el Personality Disorder Severity ICD-11 (PDS-ICD-11), que mide disfunciones en el yo y en el funcionamiento interpersonal, así como síntomas emocionales, cognitivos, y conductuales.²¹

Epidemiología de los TP

Prevalencia global: Los trastornos de la personalidad afectan aproximadamente al 6% de la población mundial. Esta prevalencia no muestra grandes variaciones entre diferentes países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, lo que subraya que el trastorno no es exclusivo de ciertas culturas o regiones.

Estudios epidemiológicos: Varias investigaciones a gran escala en los últimos años han examinado la prevalencia en países de Europa occidental, África, Asia y América del Norte. Las tasas varían entre el 2.4% en Europa occidental hasta el 7.9% en Colombia. En Estados Unidos, la prevalencia es del 7.6%, mientras que, en países africanos, como Nigeria, es del 2.7%.

Uno de los principales problemas en el estudio de la epidemiología de los trastornos de la personalidad es la dificultad para realizar evaluaciones consistentes, especialmente en encuestas comunitarias, debido a la complejidad de diagnosticar estos trastornos con entrevistas simplificadas.

El TLP es uno de los trastornos de personalidad más comunes en estudios realizados en poblaciones de atención secundaria, con tasas de prevalencia más altas en entornos clínicos que en la comunidad general. A nivel comunitario, la prevalencia global estimada de trastornos de la personalidad oscila entre el 3% y el 10%, y el TLP constituye una parte importante de estos casos.²²

Se estima que el 2.7% de los adultos en Estados Unidos cumple con los criterios diagnósticos para el TLP. Las mujeres, personas menores de 30 años, individuos con ingresos familiares bajos, y aquellos que están separados o divorciados muestran tasas ligeramente más altas de TLP.

Diferencias raciales/étnicas: Los nativos americanos (5.0%) y los afroamericanos (3.5%) presentaron tasas más altas de TLP, mientras que los asiáticos americanos tienen una prevalencia significativamente más baja (1.2%).

Los individuos con TLP presentan altos niveles de disfunción en áreas sociales, ocupacionales y de relaciones interpersonales, y son más propensos a buscar atención médica. Aproximadamente el 74.9% de los individuos con TLP habían consultado con un médico o terapeuta para problemas de salud mental, y el 63.1% había recibido medicamentos para sus síntomas.²³

En poblaciones latinoamericanas hay pocos ejemplos, en un estudio en Colombia 4.6% de la población mayor de 18 años presenta 6 o más rasgos que indican un trastorno límite de la personalidad. Este dato es relevante, ya que sugiere que una proporción significativa de la población podría estar en riesgo de desarrollar este trastorno.²⁴

Comorbilidades psiquiátricas asociadas al TLP

Solo el 5% de los casos diagnosticados con TLP no tienen otros trastornos mentales coexistentes.²⁵

➤ **Trastorno límite de la personalidad y depresión**

La prevalencia de la depresión en pacientes con TLP es alta en ciertos estudios que indican una prevalencia de por vida del 83%. La coexistencia de estos dos trastornos presenta desafíos diagnósticos, ya que los síntomas depresivos pueden confundirse con los síntomas del TLP. Además, la depresión en el contexto del TLP tiende a no responder tan bien al tratamiento con antidepresivos como la depresión sin TLP.²⁶

Dado que los síntomas depresivos en el TLP tienden a ser reactivos y de corta duración, es fundamental diferenciarlos de los episodios del trastorno depresivo mayor (TDM) para ofrecer un tratamiento adecuado.

En otras fuentes hasta el 80% de los pacientes con TLP experimentan episodios de TDM a lo largo de su vida, y cerca del 50% de los pacientes con TLP presentan episodios continuos de TDM.

Un estudio australiano reportó que el 77% de los pacientes con TLP de un servicio especializado también sufrían de TDM.

Tasas de TLP en pacientes con depresión: Entre el 10% y el 30% de los pacientes hospitalizados o ambulatorios con TDM tienen un diagnóstico concurrente de TLP. Estos pacientes experimentan una forma más severa de depresión, caracterizada por un mayor nivel de autocrítica y hostilidad.²⁵

➤ TLP y el Trastorno Bipolar (TB)

La comorbilidad entre ambos trastornos aumenta considerablemente el riesgo de suicidio.

Un estudio encontró que:

- **Comorbilidad entre TLP y TB:** el 36.2% de los pacientes con trastorno bipolar también cumplen con los criterios para el TLP. Esta coexistencia no solo es frecuente, sino que aumenta significativamente el riesgo de intentos de suicidio. Los pacientes con ambas condiciones tienen más probabilidades de haber intentado suicidarse que aquellos con solo trastorno bipolar.
- **Riesgo de suicidio:** El estudio reveló que los pacientes con trastorno bipolar y TLP comórbido tenían un 3.78 veces más probabilidades de haber intentado suicidarse en el pasado. Incluso cuando se controló por el historial de episodios depresivos, esta comorbilidad siguió siendo un predictor significativo de riesgo suicida.
- **Impacto de las características del TLP:** En pacientes con trastorno bipolar, la presencia de características del TLP, como relaciones interpersonales inestables e impulsividad, también se asoció con un mayor riesgo de suicidio. Aunque estas características aumentan marginalmente el riesgo en estos pacientes, los hallazgos sugieren que el TLP contribuye significativamente al riesgo suicida, incluso en ausencia de episodios depresivos.²⁷

Otros estudios mencionan que el 10% de las personas diagnosticadas con TLP también cumplen con los criterios para el TB-II, mientras que aproximadamente el 20% de los pacientes con TB-II presentan características del TLP. Esta comorbilidad aumenta la complejidad del diagnóstico y del manejo clínico de los pacientes.

Riesgo suicida: Ambos trastornos están asociados con un elevado riesgo de suicidio, siendo el TLP especialmente relevante en la tendencia a autolesiones y suicidios impulsivos. Estudios muestran que hasta el 60% de las personas con TLP han intentado suicidarse en comparación con el 30% en el caso del TB-II.

Aunque ambos trastornos pueden incluir inestabilidad emocional, impulsividad y episodios depresivos, existen diferencias clave. En el TLP, los cambios emocionales suelen estar impulsados por eventos interpersonales (por ejemplo, el temor al abandono), mientras que en el TB-II, los episodios de hipomanía y depresión pueden ocurrir de manera autónoma. Además, el TB-II está más relacionado con síntomas melancólicos y episodios depresivos prolongados, mientras que el TLP presenta depresiones reactivas y sentimientos crónicos de vacío. ²⁸

➤ **Trastorno límite de la personalidad y trastornos de ansiedad**

Un metaanálisis del 2023 muestra que la prevalencia combinada de TAG en personas con TLP fue del 16.4% (IC 95%: 1.9%-66.1%) en muestras de pacientes hospitalizados, y del 30.6% (IC 95%: 21.9%-41.1%) en muestras ambulatorias o comunitarias. La prevalencia combinada de TAG a lo largo de la vida en individuos con TLP fue del 11.3% (IC 95%: 8.9%-14.3%) en muestras hospitalarias, y del 13.7% (IC 95%: 3.4%-41.4%) en muestras ambulatorias o comunitarias.

La comorbilidad entre TLP y TAG se asoció con peores resultados en cuanto a la gravedad del TLP, la impulsividad, la ira y el sentimiento de desesperanza. ²⁹

En otro estudio en cuanto a las comorbilidades de los trastornos de ansiedad en pacientes con TLP, se resalta que estos pacientes presentan tasas significativamente más altas de trastornos de ansiedad en comparación con sujetos con otros trastornos del Eje II. El 80% de los pacientes con TLP presentaban algún tipo de trastorno de ansiedad, mientras que, en el grupo de comparación, solo el 49% tenía antecedentes de estos trastornos. A lo largo de los 10 años de seguimiento, aunque las tasas de trastornos de ansiedad disminuyeron en ambos grupos, siguieron siendo significativamente más altas en el grupo de pacientes con TLP.

Entre los trastornos específicos de ansiedad, el trastorno de pánico fue uno de los más comunes, afectando inicialmente al 45% de los pacientes con TLP. Otros trastornos como la agorafobia, la fobia social y el TOC también fueron más prevalentes en el grupo de TLP.

A lo largo de los 10 años de seguimiento, los pacientes con TLP mostraron altas tasas de remisión en trastornos de ansiedad, como agorafobia (100%), fobia social (97%) y trastorno de pánico (82%). Sin embargo, también presentaron tasas moderadas de recurrencia y aparición de nuevos trastornos de ansiedad, siendo el trastorno de pánico uno de los más recurrentes, con una tasa de recurrencia del 65% entre aquellos que habían experimentado remisión.⁹

Otro estudio encontró que más del 55% de los pacientes con TLP sufrían de dos o más trastornos de ansiedad. Las comorbilidades más comunes fueron la **fobia social** (42%), el **trastorno de pánico** (39%) y el **TEPT** (33%). Otros trastornos de ansiedad como el **trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**, la **agorafobia** y el **TOC** también estaban presentes, aunque con menor frecuencia.³⁰

➤ **Trastorno de estrés postraumático y Trastorno límite de la personalidad**

El trastorno de estrés postraumático y el trastorno límite frecuente son comórbidos entre sí. En Estados Unidos se han reportado estudios los cuales reporta que entre el 25% al 30% de adultos que cumplen criterios para TEPT lo hacen para TLP, también se reporta que del 30 al 70% de los adultos diagnosticados con TLP tuvieron un episodio de trastorno de estrés postraumático en algún periodo de su vida. El seguimiento a 10 años de paciente con TLP se muestra que la mayoría (85%) de los que son diagnosticados con TEPT seguían cumpliendo criterios para TLP.³¹

En otro estudio El TEPT estuvo presente en un 35% de los pacientes al inicio, y aunque la prevalencia disminuyó, seguía afectando a un tercio de los pacientes al final del seguimiento. Se observó además que la ausencia de TEPT era un fuerte predictor de la remisión del TLP. Los pacientes que no presentaban TEPT tenían el doble de probabilidades de experimentar remisión, en comparación con aquellos que sí lo presentaban. Esto subraya el impacto negativo que el TEPT puede tener en el curso del TLP.³²

Se observa que hasta el 92% de los individuos con TLP reportan haber experimentado traumas en la infancia, como negligencia, mientras que entre el 40% y 70% han sufrido abuso sexual y entre el 25% y 73% abuso físico.³³

De ahí la importancia de hablar de ambos trastornos incluso como un espectro, pudiendo tener un trasfondo fisiopatológico y psicosocial en común.

Asociación fisiopatológica entre el TLP y los trastornos de ansiedad, incluyendo el TEPT y el TB

El estrés traumático tiene un impacto persistente en el cerebro y en los sistemas fisiológicos que están relacionados con la supervivencia. En la vida moderna, estas respuestas exageradas al estrés pueden generar disfunción, contribuyendo al desarrollo de trastornos psiquiátricos.

Los trastornos relacionados con el trauma, como el TEPT y el TLP, comparten características neurobiológicas, como una reducción en el volumen del hipocampo, una estructura cerebral clave en la memoria. A pesar de que pueden compartir algunos síntomas con otros trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro del trauma se distinguen por su claro vínculo con el estrés traumático.

El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) y los sistemas de neurotransmisores como el cortisol y la norepinefrina se ven alterados en personas que han experimentado traumas, lo que contribuye a los síntomas del TEPT y otros trastornos relacionados con el estrés. Se han identificado circuitos cerebrales específicos, como la corteza prefrontal medial y la amígdala, que están implicados en la respuesta al miedo y en los recuerdos traumáticos. En pacientes con TEPT y TLP, se observa una disfunción en la regulación de estas áreas, lo que contribuye a una reactividad emocional exagerada.³⁴

El TB y el TLP comparten similitudes en términos de disfunción emocional, ansiedad, e inflamación. Ambos trastornos muestran alteraciones en las vías inflamatorias y una

reactividad anormal al estrés, lo que sugiere que el estrés y la inflamación pueden desempeñar un papel crucial en su patogénesis.

Inflamación y ansiedad: Existe evidencia sólida de que el estrés y la ansiedad están asociados con la disfunción inmune y la inflamación en pacientes con TB y TLP. Los estudios han encontrado niveles elevados de citocinas proinflamatorias como la **interleucina-6 (IL-6)** y el **factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α)** en ambos trastornos. Estas alteraciones en los marcadores inflamatorios podrían estar relacionadas con las respuestas exageradas al estrés.

Reactividad al estrés: Los pacientes con TB y TLP muestran respuestas alteradas al estrés agudo. En particular, se han observado niveles reducidos de cortisol, lo que podría indicar un fallo en la modulación de la respuesta inmune durante situaciones de estrés. Estas respuestas alteradas pueden contribuir al empeoramiento de los síntomas clínicos y la progresión de los trastornos.

Comorbilidad con la ansiedad: La ansiedad es un síntoma prevalente tanto en el TB como en el TLP, con tasas de comorbilidad de hasta el 89% en pacientes con TLP. ³⁵

➤ **Trastorno límite de la personalidad y adicciones**

Se estima que alrededor del 78% de los pacientes con TLP desarrollan algún tipo de trastorno relacionado con sustancias en algún momento de sus vidas. Estos pacientes suelen ser más impulsivos y clínicamente menos estables que aquellos con TLP sin adicción, mostrando un mayor riesgo de comportamiento suicida, abandonando más frecuentemente los tratamientos, y con periodos de abstinencia más cortos.

En un estudio alemán de **147 pacientes**, la **prevalencia de por vida de trastornos por uso de sustancias** en pacientes con TLP fue del **57.1%**, mientras que otro estudio en Estados Unidos reportó una prevalencia ligeramente mayor del **64.1%**.

Tipos de dependencia más comunes en pacientes con TLP:

- **54%** de los pacientes con TLP presentaban dependencia al tabaco.

- **47%** tenían dependencia al alcohol.
- **22%** sufrían de dependencia a drogas ilegales.

Probabilidades de desarrollar adicciones en pacientes con TLP:

- Los pacientes con TLP tienen **10.1 veces** más probabilidades de desarrollar dependencia a las drogas en comparación con la población general.
- También tienen **5.38 veces** más probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol.

Impacto de la adicción en el TLP:

- Los pacientes con TLP y adicción son **cuatro veces** menos propensos a lograr la remisión de los síntomas de TLP en comparación con los pacientes con solo TLP.
- El **riesgo de recaídas y abandono del tratamiento** es mayor en pacientes con comorbilidad de adicción, y su pronóstico general es menos favorable.³⁶

En este estudio, se considera la presencia de adicciones a través de los diagnósticos codificados como síndrome de dependencia según la ICD-10. En aquellos casos en los que no se encuentre un código diagnóstico específico, pero sí se documente un patrón de consumo en la historia clínica, se le asignará el código Z86.4 (Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas), con el objetivo de no excluir esta información relevante.

➤ **Trastorno límite de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria**

Aproximadamente el **20%** de los pacientes en clínicas de trastornos alimentarios presentan comorbilidad con TLP, siendo más frecuente en los pacientes con trastornos de alimentación del tipo atracón/purga, como la bulimia nerviosa. Entre los pacientes hospitalizados con TLP, el **50%** tienen también un trastorno alimentario, principalmente bulimia nerviosa.

Impacto de la comorbilidad en la salud mental:

Los pacientes con TLP y trastornos alimentarios comórbidos muestran mayores tasas de **conductas suicidas** y **autolesiones**, así como una mayor prevalencia de **trastornos de ansiedad** y **trastornos del estado de ánimo** en comparación con aquellos que solo presentan TLP. Además, los trastornos alimentarios en pacientes con TLP suelen pasar desapercibidos en los sistemas de atención primaria y secundaria, a pesar de que estos pacientes tienden a ser grandes usuarios de los servicios de salud.

Relación entre la impulsividad y la gravedad del trastorno: Los estudios han identificado que la impulsividad actúa como un marcador independiente de la gravedad en los trastornos alimentarios. Los pacientes con bulimia nerviosa y TLP presentan un control impulsivo deteriorado, lo que agrava los síntomas de ambos trastornos.

Repercusión de los trastornos alimentarios en el curso del TLP: Los trastornos alimentarios y el TLP suelen manifestarse en la adolescencia media y siguen un curso similar. Se estima que entre el **50%** y el **70%** de los pacientes muestran mejoras en la siguiente década, pero la inestabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo es significativa.³⁷

En un estudio se menciona que aproximadamente el **54%** de los pacientes con TLP tenía algún tipo de trastorno alimentario. En particular, el **21.7%** cumplía con los criterios de anorexia, el **24.1%** con bulimia, y el **28.3%** con trastorno alimenticio no especificado. A lo largo del estudio, la prevalencia de los tres tipos de trastornos alimentarios disminuyó significativamente. Al final del seguimiento de 10 años, más del **90%** de los pacientes con TLP que inicialmente cumplían con los criterios de anorexia, bulimia o trastorno no especificado experimentaron una remisión estable de su trastorno.³⁸

➤ **Trastornos del Eje II**

- **Trastorno de la personalidad antisocial:** En un estudio el TLP mostró una co-ocurrencia significativa con el trastorno de la personalidad antisocial (15.4%), lo

que apoya la idea de que ambos pertenecen al clúster B de trastornos de la personalidad, que se caracteriza por conductas dramáticas e impulsivas.

- **Trastorno de la personalidad dependiente:** Se encontró una prevalencia elevada del trastorno de la personalidad dependiente en pacientes con TLP (16.0%), lo que indica una mayor tendencia a comportamientos dependientes y regresivos en las relaciones interpersonales.³⁹

Impacto de las comorbilidades y el tratamiento del trastorno límite

El tratamiento del TLP sigue siendo un desafío para los clínicos debido a la naturaleza compleja y heterogénea del trastorno. Aunque las guías clínicas varían en sus recomendaciones, la evidencia sugiere que la farmacoterapia por sí sola no es suficiente para abordar todos los aspectos del TLP.

Diferentes ensayos clínicos sobre la eficacia de diferentes clases de fármacos para el tratamiento del TLP, incluyendo antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos de primera, segunda y tercera generación, y otros agentes como antagonistas opiáceos, clonidina, oxitocina y ácidos grasos omega-3.

1. **Antidepresivos:** Aunque se usan ampliamente, la evidencia que respalda su eficacia es limitada. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han mostrado algunos efectos sobre la disfunción afectiva, pero no son efectivos en el tratamiento global del TLP.
2. **Estabilizadores del estado de ánimo:** Se ha encontrado que algunos, como el valproato, la lamotrigina y el topiramato, pueden ser útiles para controlar síntomas como la impulsividad y la inestabilidad afectiva, pero su uso debe individualizarse.
3. **Antipsicóticos:** Los antipsicóticos de segunda generación, como la olanzapina y el aripiprazol, han demostrado ser efectivos en el manejo de síntomas como la agresividad, la irritabilidad y los síntomas cognitivos-perceptuales. Sin embargo, se deben considerar cuidadosamente los efectos secundarios.
4. **Otros agentes:** Se ha investigado el uso de agentes emergentes como los ácidos grasos omega-3, que han mostrado resultados prometedores en la

reducción de la agresividad y la impulsividad. Sin embargo, la evidencia sigue siendo limitada y no concluyente.

El uso de la farmacoterapia en TLP puede ser beneficioso, pero debe centrarse en el tratamiento de síntomas específicos como la disfunción afectiva, la impulsividad y los síntomas cognitivos-perceptuales. No existe un fármaco que trate eficazmente todos los aspectos del TLP. Además, la combinación de medicamentos con psicoterapia parece ofrecer mejores resultados, sugiriendo que la farmacoterapia por sí sola no es suficiente.

Debemos tener en cuenta que el tratamiento del trastorno psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad debe estar enfocado en las indicaciones propias de las comorbilidades psiquiátricas. ⁴⁰

Según una revisión de Cochrane por rubros:

Sintomatología del TLP: Comparado con placebo, los medicamentos mostraron poca o ninguna diferencia en la gravedad de los síntomas del TLP. La evidencia es de muy baja certeza.

- **Autolesiones y resultados suicidas:** Los fármacos, incluidos los antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y antidepresivos, no mostraron un efecto significativo en la reducción de las autolesiones o resultados suicidas en comparación con placebo.
- **Funcionamiento psicosocial:** Hubo poca o ninguna mejora en el funcionamiento psicosocial en los pacientes tratados con medicamentos frente al placebo.
- **Problemas interpersonales:** Los antipsicóticos y los estabilizadores del estado de ánimo mostraron una ligera mejora en los problemas interpersonales, pero la evidencia es limitada y de baja certeza.
- **Eventos adversos:** Los datos sobre efectos adversos fueron escasos y mal documentados. ⁴¹

El incluir los tratamientos psiquiátricos en nuestro estudio, nos da un panorama de las herramientas disponibles en nuestra unidad y posibles enfoques en el futuro.

➤ **Tratamiento psicoterapéutico**

Una revisión de Cochrane donde se incluyeron 28 estudios con un total de 1804 participantes que evaluaron terapias tanto comprensivas (que incluyen psicoterapia individual) como no comprensivas (sin psicoterapia individual regular). Entre los resultados se mencionan:

1. **Terapia Dialéctica Conductual (DBT):** La terapia más estudiada. Mostró resultados positivos significativos en la reducción de la ira inapropiada, parasuicidalidad y mejora en la salud mental general en comparación con el tratamiento habitual. La DBT también mostró beneficios en la reducción de los intentos de suicidio.
2. **Terapia Basada en la Mentalización (MBT):** Mostró mejoras en la reducción de la parasuicidalidad y los problemas interpersonales, tanto en el hospital de día como en consultas ambulatorias, en comparación con el tratamiento habitual.
3. **Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP):** Se comparó con el tratamiento por expertos comunitarios (CTBE) y mostró una mejora moderada en la severidad del TLP, pero no en parasuicidalidad.
4. **Terapias no comprensivas:** Incluyeron intervenciones como la psicoeducación y la terapia de entrenamiento en regulación emocional (ERG). Aunque los resultados fueron alentadores en algunos casos, no fue posible establecer conclusiones firmes debido a la escasez de estudios.⁴²

Incluso se han evaluado terapias como la mentalización en entornos hospitalarios, demostrando resultados efectivos. Un estudio evalúa la efectividad del tratamiento con MBT en un hospital de día para pacientes con TLP severo. Utiliza un diseño de control emparejado, comparando a 29 pacientes tratados con MBT en un hospital de día con un grupo control de 29 pacientes que recibieron otros tratamientos psicoterapéuticos especializados (OPT). Dentro de los **resultados Principales:**

1. **Mejora en síntomas psiquiátricos:** Los pacientes que recibieron terapia basada en la mentalización (MBT) mostraron una reducción significativa en sus síntomas psiquiátricos después de 18 meses, y esta mejoría continuó hasta los 36 meses. La magnitud del cambio fue considerable, ya que la reducción de los síntomas fue equivalente a más de una desviación estándar a los 18 meses y casi una vez y media la desviación estándar a los 36 meses. Esto indica una mejora sustancial y clínicamente relevante en la salud mental de los pacientes.
2. **Mejora en el funcionamiento de la personalidad:** Los pacientes tratados con MBT también mostraron avances importantes en varios aspectos de su funcionamiento personal, como el autocontrol, la integración de la identidad, la responsabilidad y la capacidad para relacionarse con los demás. Estas mejoras fueron significativas, con cambios que oscilaban entre 0.8 y más de 2 veces la desviación estándar, lo que sugiere un impacto muy notable del tratamiento.
3. **Comparación con otros tratamientos:** Aunque los pacientes que recibieron terapia orientada a la psicoterapia (OPT) también experimentaron mejorías, los cambios fueron, en general, menos marcados en comparación con los del grupo MBT. Esto es especialmente evidente en la reducción de síntomas psiquiátricos y el desarrollo de la personalidad, donde los efectos del tratamiento MBT fueron más pronunciados.⁴³

A pesar de la evidencia de la psicoterapia en nuestro entorno se encuentra limitada en específico para estos pacientes, por lo que tendemos a utilizar como primera línea en nuestro medio los psicofármacos, siendo controversial su uso y en algunos estudios beneficioso.

Se realizó un estudio en Australia donde se investiga el tratamiento farmacológico aplicado a pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) en un entorno clínico de rutina en Austria, y lo compara con las directrices recomendadas. El objetivo era analizar cómo los médicos prescriben psicofármacos a estos pacientes, considerando la falta de consenso en las guías sobre el tratamiento farmacológico del TLP.

Principales Resultados:

1. **Prescripción de psicofármacos:** En el entorno clínico, la mayoría de los pacientes con TLP (96.4%) recibió al menos un psicofármaco, siendo comunes las combinaciones de antipsicóticos de segunda generación, estabilizadores del ánimo y antidepresivos. La polifarmacia fue frecuente, con muchos pacientes recibiendo tres o más medicamentos.
2. **Efectividad del tratamiento:** Los pacientes que recibieron una mayor cantidad de medicamentos mostraron mejores resultados en términos de la reducción de la severidad global de los síntomas y mejoras en la calidad de vida mental y los problemas interpersonales.
3. **Comorbilidades:** No se encontraron diferencias significativas en el número de medicamentos prescritos a pacientes con o sin comorbilidades psiquiátricas, lo que sugiere que las comorbilidades no influyeron en las decisiones de prescripción.

El estudio revela que en la práctica clínica se tiende a utilizar la polifarmacia para tratar el TLP, aunque las guías varían considerablemente en sus recomendaciones. A pesar de los desafíos y riesgos asociados a la polifarmacia, como los efectos secundarios, los resultados del estudio sugieren que un mayor número de medicamentos puede estar relacionado con mejores resultados terapéuticos en algunos casos. ⁴⁴

Pronóstico

Impacto en la gravedad del TLP: Los trastornos de ansiedad y el maltrato infantil tuvieron un efecto independiente en varios indicadores de gravedad del TLP, incluyendo el aumento de criterios del DSM para TLP, mayor probabilidad de intentos de suicidio y síntomas psicóticos. Los pacientes con más trastornos de ansiedad mostraron un mayor nivel de desesperanza y depresión. ¹⁶

El pronóstico del TLP puede ser variable, dependiendo de la identificación temprana y el acceso a un tratamiento adecuado. La detección temprana es crucial para mitigar los resultados negativos a largo plazo, como el riesgo elevado de suicidio, que puede llegar hasta el 10%. Aunque los síntomas del TLP tienden a disminuir con la edad, los pacientes presentan mayores tasas de uso de servicios psiquiátricos y un impacto

significativo en el funcionamiento laboral y social. La identificación temprana de los factores de riesgo, incluidos los antecedentes familiares de psicopatología, el maltrato infantil y las dificultades en la relación con los padres, es esencial para mejorar el pronóstico del TLP y prevenir su progresión a la adultez.¹⁵

Dentro de este contexto entender estos factores nos puede otorgar factores de riesgo para el desarrollo y pronósticos para la población de estudio. En el caso de nuestra investigación, si bien, es un sesgo importante el uso de las áreas de la historia clínica, utilizaremos los códigos de la cie 10 (Z63.2) para evaluar la disfunción familiar como un posible indicador de disfunción familiar temprana y el antecedente de presunto abuso en la infancia, ambos como variables dicotómicas.

El nivel socioeconómico como factor de riesgo para el desarrollo, lo obtendremos del estudio socioeconómico de trabajo social según ISAPEG.

Según el cual se divide del 0 al 6 siendo mayor los ingresos y calidad de vida familiar los que se acercan al número 6.

El inicio del tratamiento psiquiátrico en la infancia o adolescencia como el antecedente de posible sintomatología o factores agregados al desarrollo del TLP el cual buscaremos en el historial clínico de haberse consignado.

Diferencias en sexo como factor pronóstico y curso

Un aproximado de 75% de los pacientes con TLP son mujeres, las diferencias de sexo en los pacientes específicamente en relación con los síntomas, las comorbilidades, los factores de riesgo y la respuesta al tratamiento tienen cierta implicación.

- Los hombres con TLP tienden a mostrar más síntomas externalizantes, como la agresividad, la impulsividad y el abuso de sustancias.
- Las mujeres con TLP presentan con mayor frecuencia síntomas internalizantes, como la inestabilidad emocional, la autolesión y los problemas interpersonales.

- Los hombres con TLP son más propensos a desarrollar trastornos relacionados con el abuso de sustancias y trastornos antisociales de la personalidad.
- Las mujeres suelen tener más trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, incluyendo el TEPT.
- Tanto hombres como mujeres con TLP han experimentado altos niveles de trauma infantil, pero las mujeres reportan más abuso sexual, mientras que los hombres tienden a mencionar más abuso físico.
- Las diferencias hormonales también juegan un papel importante en el desarrollo y la manifestación de los síntomas del TLP. Se observó que las mujeres tienen mayores niveles de cortisol en respuesta al estrés y una variabilidad en los niveles de testosterona.

Tratamiento y pronóstico:

- Las mujeres con TLP suelen participar más en psicoterapia y tienen mayor adherencia a los tratamientos.
- Los hombres, por otro lado, presentan mayor resistencia a la psicoterapia y son más propensos a abandonar el tratamiento temprano.⁴⁵

Los pacientes con TLP tienen un alto índice de abandono al tratamiento por lo que para la medición de esta variable utilizaremos el código (Z91.1) de la ICD -10.

Suicidio y hospitalización

Hasta un 10% de los pacientes con TLP fallecen por suicidio⁴⁶.

1. **Conductas suicidas y autolesivas:** Los pacientes con TLP presentan una alta prevalencia de conductas autolesivas y suicidas. La media de intentos de suicidio en estos pacientes es de tres, y suelen ser provocados por eventos de la vida estresantes. Las autolesiones, aunque comunes, suelen carecer de intención suicida, actuando más como un mecanismo para reducir la tensión emocional.

De ahí la amplia relevancia de buscar en el estudio y en nuestra población la presencia de autolesiones

2. **Sobreestimación del riesgo de suicidio:** Aunque el riesgo de suicidio en pacientes con TLP es significativo, los intentos repetidos de suicidio no siempre resultan en muerte. Estudios muestran que solo el 3% de quienes intentan suicidarse con TLP fallecen, mientras que la mayoría tiende a mejorar con el tiempo.
3. **Diferencias por género:** Los hombres con TLP tienen más probabilidades de morir por suicidio en comparación con las mujeres, quienes tienden a realizar intentos de suicidio más frecuentes, pero con menor letalidad. Este riesgo es mayor en hombres jóvenes.

Pronóstico respecto a la conducta suicida:

1. **Mejora con el tiempo:** A pesar de la alta tasa de suicidios, la mayoría de los pacientes con TLP experimentan una mejoría a largo plazo, tanto en términos de salud mental como de funcionamiento social. Los intentos de suicidio tienden a disminuir con el paso de los años.
2. **Intervenciones psicoterapéuticas:** Los tratamientos más efectivos para los pacientes con TLP y conducta suicida son las terapias psicológicas estructuradas, como la DBT y la terapia basada en la mentalización MBT, que han demostrado reducir los intentos de suicidio y las visitas a urgencias por este motivo.
3. **Limitaciones de la hospitalización:** Aunque es común hospitalizar a los pacientes con intentos de suicidio, no se ha demostrado que esta intervención prevenga el suicidio de manera efectiva. De hecho, la hospitalización repetida puede reforzar las conductas suicidas, haciéndolas más frecuentes.

El TLP está asociado a un riesgo elevado de conductas suicidas, pero con un tratamiento psicoterapéutico especializado, la mayoría de los pacientes mejoran con el tiempo. La hospitalización no siempre es efectiva para prevenir el suicidio, y las

terapias ambulatorias, como la DBT y la MBT, suelen ser la opción más recomendable.⁴⁶

En este apartado se sobrealta la importancia sobre determinar el número de hospitalizaciones y las implicaciones de la conducta suicida, así como las diferencias en el género respecto a las variables a utilizar en nuestro estudio.

✚ Conclusiones del marco teórico en implicaciones del estudio de las comorbilidades psiquiátricas del trastorno límite de la personalidad

Dentro de la amplia variación en las cifras reportadas sobre comorbilidades psiquiátricas, surge la necesidad de estudiar de manera específica nuestra población, con el objetivo de identificar sus necesidades particulares, considerando los múltiples factores que influyen en el seguimiento de estos pacientes.

En el análisis sociodemográfico de nuestra muestra, se espera identificar variables relevantes, como la inestabilidad en las relaciones interpersonales. Aunque esta característica no siempre se encuentra documentada de forma completa en la historia clínica, se considerarán las codificaciones diagnósticas de la ICD-10 presentes en las áreas diagnósticas y en la nota de egreso hospitalario, específicamente los códigos Z63.0 (Problemas relacionados con la pareja) y Z63.2 (Problemas con el grupo primario de apoyo), que reflejan adversidades significativas en el entorno familiar y social.

Conocer de manera profunda las características de nuestra población permitirá establecer directrices más efectivas para el tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, optimizar el uso de recursos, identificar áreas de oportunidad y fortalecer protocolos de atención. Además, este conocimiento contribuirá al fomento de futuras investigaciones en esta población, orientadas hacia un abordaje más integral y efectivo

JUSTIFICACIÓN

El TLP es un trastorno psiquiátrico complejo caracterizado por patrones persistentes de inestabilidad emocional, comportamientos impulsivos y relaciones interpersonales caóticas. Los pacientes con TLP suelen presentar un alto riesgo de comorbilidades psiquiátricas, como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Estas comorbilidades pueden agregar un reto diagnóstico y terapéutico, así como afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

En el contexto del CAISAME, un análisis exhaustivo de las comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de TLP durante el año 2023 puede proporcionar información valiosa sobre el impacto de estas condiciones concomitantes. Este conocimiento es crucial para diseñar estrategias de intervención más efectivas y personalizadas, así como el tamizaje de estas patologías psiquiátricas en esta población.

La identificación de comorbilidades en pacientes con TLP es esencial debido a que la presencia de estas condiciones puede influir en el curso, tratamiento y pronóstico.

Estudios recientes han demostrado que los trastornos psiquiátricos coexistentes suelen ser crónicos y pueden estar asociados a un funcionamiento social y ocupacional gravemente deteriorado que requiere apoyo social; además, suelen ser difíciles de tratar⁴⁷. La literatura indica que el enfoque farmacológico del TLP debe estar enfocado en dichas comorbilidades y hay indicaciones específicas. La identificación precisa de estas comorbilidades es crucial para personalizar el tratamiento y mejorar los resultados clínicos⁴⁸. Otra importancia de las comorbilidades es la asociación clara que puede haber con la polifarmacia⁴⁹, siendo este un factor importante de riesgo en esta población al no estar justificado.

A pesar de la abundancia de estudios sobre el TLP, existe una falta de información detallada sobre las comorbilidades psiquiátricas en contextos específicos como los hospitales psiquiátricos regionales.

Este estudio tiene como objetivo describir las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de TLP hospitalizados en CAISAME durante 2023. Al identificar y caracterizar estas comorbilidades, el estudio proporcionará información clave para personalizar el tratamiento y mejorar los resultados clínicos, así como fomentar futuras investigaciones en nuestro hospital. Además, al analizar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, se podrán desarrollar estrategias de intervención más eficaces y dirigidas a las necesidades específicas de esta población.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León en el año 2023

Objetivo general

Describir las comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León en el año 2023.

Objetivos específicos

- Identificar los expedientes de los pacientes con diagnóstico al egreso de hospitalización de TLP en el año 2023.
- Describir las características socio demográficas de los pacientes hospitalizados con TLP.
- Identificar las características clínicas que presentan los pacientes hospitalizados con diagnóstico de TLP.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño de Investigación

Es un estudio **transversal, descriptivo y retrospectivo**.

Se utilizó un enfoque cuantitativo para analizar datos secundarios obtenidos de expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.

2. Población y Muestra

Población: Pacientes con diagnóstico de TLP hospitalizados en el CAISAME León durante el año 2023.

Muestra: La muestra incluye todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de TLP que hayan sido dados de alta en el año 2023. (Según los datos proporcionados por el servicio de estadística, se consideró el universo de estudio, marco muestral y tipo de muestreo).

3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de TLP en el expediente clínico al egreso de la hospitalización mediante la codificación de la ICD -10 (F60.3) durante el año 2023 (enero a diciembre)
- Edades entre los 18 a 59 años

Criterios de Exclusión:

- Expedientes de pacientes cuyo expediente esté incompleto o inadecuadamente documentado.
 - Sin hoja de egreso
 - Sin historia clínica
- Diagnóstico de acentuación de rasgos de personalidad ICD-10 (Z73.1)

ICD-10 Código Z73.1 para Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad, Patrón de conducta tipo A (conducta caracterizada por ambición desmedida, alta necesidad de logros, impaciencia, competitividad y una sensación de urgencia).

Si bien en la ICD-10 no se considera un diagnóstico propio de personalidad, define un patrón de conducta, en nuestro hospital lo usamos al no cumplir criterios suficientes para el trastorno de personalidad o al determinar un diagnóstico probable del Eje II.

4. Técnicas de Recolección de Datos

Se utilizaron **datos secundarios** obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes. Las técnicas específicas incluyen:

- **Revisión de Expedientes Clínicos:** Analizar los expedientes para obtener información sobre las comorbilidades psiquiátricas, características sociodemográficas y características clínicas.
- **Extracción de Datos:** Crear una hoja de recolección de datos estandarizada que permita registrar la información relevante de cada expediente, incluyendo comorbilidades, características sociodemográficas y clínicas.

5. Variables Para Estudiar

Variable dependiente: Diagnóstico al Egreso TLP según CIE-10

Variable	Definición	Tipo de Variable	Forma de Operacionalización
Sexo	Sexo al nacimiento	Categórica	Hombre / Mujer / Intersexual
Identidad de genero	Como se identifica el paciente	Categórica	Masculino / Femenino / No binario / Masculino transgénero / Femenino transgénero
Edad (grupos de edad)	Edad del paciente al momento del ingreso	Discreta	18-59 años en grupos 18-29 años, 30- 39 años, 40-49 años, 50-59 años
Estado civil	Estado civil del paciente	Categórica	Soltero, Casado, Unión libre, Divorciado, Separado, Viudo

Nivel Educativo	Nivel de educación alcanzado por el paciente	Cualitativa ordinal	Analfabeta / Primaria incompleta /Primaria completa/ Secundaria incompleta / Secundaria completa / Preparatoria incompleta / Preparatoria completa / Licenciatura incompleta / Licenciatura completa / Postgrado incompleto / Postgrado completo
Ocupación	Situación laboral del paciente	Categoría	Empleado / Sin ocupación, Estudiante / Comerciante / Ama de casa
Nivel socio- económico	Según puntaje ISAPEG realizado por trabajo social	Cualitativa ordinal	0 a 6, No consignado A más cercano al 6 mayores ingresos y calidad de vida
Comorbilidades psiquiátricas	Diagnósticos psiquiátricos adicionales al TLP	Categoría	Tipo de comorbilidad según CIE – 10 F32.2, F32.1, F32.0, F32.3, F33.2, F33.3, F34.1, F41.1, F41.0, F41.9, F40.1, F42.9, F43.0, F45.9, F43.1 TEPT, F50.0, F50.2, F50.02, F50.9, F31 T I, F31 T II, F31.5, F31.9, F15.5, Otro F60 o Z73.1, F06.9, F70.1, F79.1, F29X, F90.0, R41.8 Consumo de sustancias en síndrome de dependencia F10.2, F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F17.2, F18.2, F19.2
Número de comorbilidades psiquiátricas	Número de comorbilidades	Discreta	Número de comorbilidades:
Comorbilidades médicas (agrupadas).	Comorbilidades médicas consignadas	Categoría	Sobrepeso / Obesidad / Hipertensión Arterial / Hipotiroidismo / Peso Bajo / Diabetes Mellitus / Asma / Prediabetes / Ovario Poliquístico / Hipertiroidismo / Epilepsia / Migraña / Reumatológicas
Tratamientos farmacológicos	Medicación administrada durante la hospitalización	Categoría	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos • Estimulantes • Neuromoduladores • Benzodiacepinas • Antipsicóticos • No psiquiátricos (Otros)
Número de psicofármacos	Cantidad de medicamentos administrados	Discreta	Número de psicofármacos
Número de fármacos en total	Cantidad de medicamentos administrados	Discreta	Número de fármacos
Tratamiento psiquiátrico antes de los 18 años	Historial de tratamiento psiquiátrico antes de los 18 años	Categoría	Sí / No
Número de hospitalizaciones psiquiátricas	Veces que el paciente ha sido hospitalizado	Discreta	Número de hospitalizaciones

Hospitalizaciones psiquiátricas en 2023	Veces que el paciente ha sido hospitalizado en 2023	Discreta	Número
Duración del internamiento actual	Tiempo de hospitalización en días	Discreta	Número de días
Número de intentos suicidas	Cantidad de intentos de suicidas previos	Discreta	Número de intentos
Motivo de ingreso (Conducta suicida).	Razón principal del ingreso hospitalario	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Ideación • Intento • Gesto • Hetero agresividad • Síntomas psicóticos • Otro
Psicoterapia al momento del ingreso	Si el paciente estaba recibiendo psicoterapia al momento del ingreso	Categórica	Sí / No
Edad de diagnóstico	Edad en la que se diagnosticó el TLP	Discreta	Años cumplidos clasificado en grupos 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 18-19 años, 40-44 años, 35-39 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años
Antecedente de abuso sexual	Historial de abuso sexual en el paciente	Categórica	Sí / No
Antecedentes de familiares con trastorno mental	Historia de trastornos mentales en familiares	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Eje I • Eje II Personalidad • Eje II Discapacidad Intelectual • Consumo de sustancias • Suicidio consumado • Deterioro cognitivo • No especificado
Diagnóstico de Z91.1 en expediente	Presencia de diagnóstico de "Historia de incumplimiento al tratamiento"	Categórica	Sí / No
Diagnóstico de Z63.2 en expediente	Presencia de diagnóstico de "Problemas con el grupo primario de apoyo"	Categórica	Sí / No
Diagnóstico de Z63.0 en expediente	Presencia de diagnóstico de "Problemas en la relación con el cónyuge o pareja"	Categórica	Sí / No
Diagnóstico de Z86.4 en expediente	Presencia de diagnóstico de "Historia personal de consumo de sustancias psicoactivas"	Categórica	Sí / No
Diagnóstico de Z91.5 en expediente	Presencia de diagnóstico de "Historia personal de autolesiones"	Categórica	Sí / No

6. Procedimiento

1. **Obtención de Permiso:** Solicitar y obtener permiso del CAISAME para acceder a los expedientes clínicos.
2. **Revisión y Extracción de Datos:** Revisar los expedientes y completar las hojas de recolección de datos.
3. **Codificación y Análisis de Datos:** Codificar la información para el análisis y utilizar software estadístico para analizar los datos.

7. Análisis de Datos

- **Análisis Descriptivo:** Analizar las medidas de tendencia central (frecuencias, porcentajes) para describir las características sociodemográficas y clínicas.
- **Análisis de Comorbilidades:** Identificar la frecuencia de las comorbilidades psiquiátricas en la muestra de pacientes con TLP.

LIMITACIONES

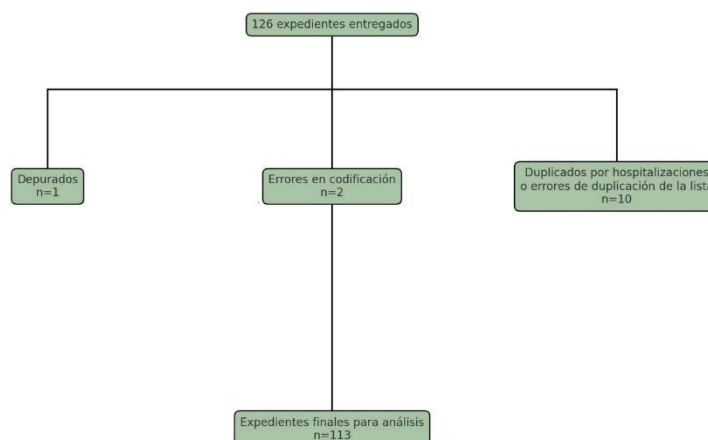
- **Acceso a Datos:** Posibles restricciones en el acceso a expedientes completos o a información específica.
- **Datos Secundarios:** Posibilidad de información incompleta o inconsistencias en los registros.
- **Experiencia y habilidad del personal para consignar la información clínica (Sesgos).**

LIMITACIONES POSTERIOR AL ESTUDIO

Se realizó la entrega de información y número de expedientes por parte de estadística con un número de 126 en total, uno de los expedientes se reportó como depurado a pesar de la atención reciente, 2 los expedientes tenían un error en la codificación diagnóstico en la lista (F06.3 correspondiente a un trastorno afectivo orgánico), el resto de los expedientes se repetían al tener varias hospitalizaciones psiquiátricas o errores de duplicación en la lista, quedando un total de 113 pacientes.

A pesar de ciertas omisiones en la información de las notas de egreso, se logró recuperar información necesaria para el estudio, la cual se tomó de las hojas de estadística por lo que de los 113 expedientes no se descartó ninguno.

Si bien las limitaciones fueron pronosticadas, se logró rescatar gran cantidad de información, habiendo solamente dificultades en la extracción de datos, aumentando el tiempo en que se obtenía la información.



CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD

Confidencialidad: Se aseguró de que toda la información obtenida de los expedientes se mantuviera confidencial y se usó solo para fines de investigación.

Para este fin se proporcionó de acuerdo con el expediente un número secuencial, acorde a la captura de los datos con la finalidad de no asociar el nombre del paciente y otros datos de identificación, con la información necesaria para el estudio.

El tiempo de utilización de dichos expedientes solamente fue durante la extracción de datos y al asignarse el número secuencial, por lo que este proceso tuvo una duración entre uno a dos meses, dentro del cual se utilizó la información para el análisis de resultados.

Se incluye carta de confidencialidad (Anexo I)

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

ARTICULO 17.- 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. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin

formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Se incluye autorización por el comité de ética (Anexo II)

RECURSOS MATERIALES

Se utilizaron expedientes clínicos, por lo que el uso de recursos materiales es mínimo usando instrumentos para recabar datos propios de la institución y quien realiza el protocolo (Material de cómputo).

RECURSOS HUMANOS

Solamente los involucrados en la autoría del estudio (Asesores y responsable).

RECURSOS FINANCIEROS

Al utilizar expedientes clínicos, no se solicitó o requirió apoyo financiero.

RECURSOS DE INFORMACIÓN

Expedientes clínicos y bibliografía proporcionada.

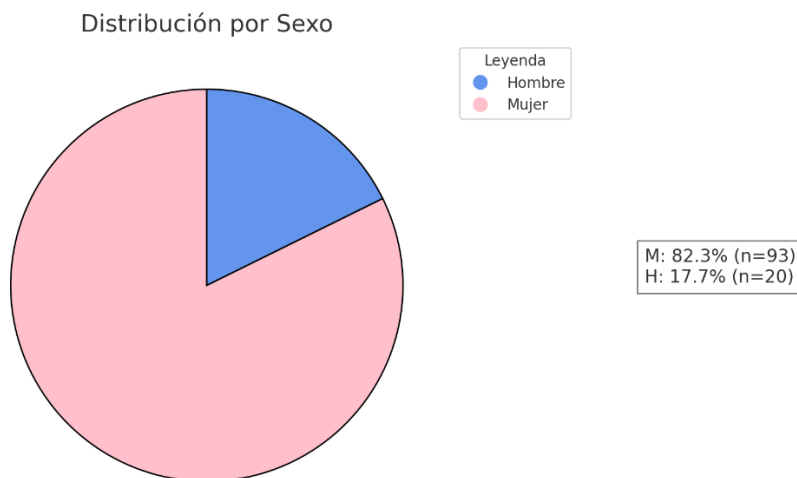
RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica de pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite al egreso en CAISAME León en 2023

Variable	Con Comorbilidad psiquiátrica (n=106)	Sin Comorbilidad psiquiátrica (n=7)	Total (n=113)	p
Sexo				0.789
Hombre	18 (17.0%)	2 (28.6%)	20 (17.7%)	
Mujer	88 (83.0%)	5 (71.4%)	93 (82.3%)	
Identidad de género				0.867
Masculino	16 (15.2%)	2 (28.6%)	18 (15.9%)	
Femenino	84 (79.2%)	5 (71.4%)	89 (78.8%)	
Masculino Transgénero	1 (0.9%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	
Femenino Transgénero	3 (2.8%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)	
No Binario	2 (1.9%)	0 (0.0%)	2 (1.8%)	
Edad				0.949
18 a 29 años	67 (63.2%)	5 (71.4%)	72 (63.7%)	
30 a 39 años	22 (20.8%)	1 (14.3%)	23 (20.4%)	
40 a 49 años	14 (13.2%)	1 (14.3%)	15 (13.3%)	
50 a 59 años	3 (2.8%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)	
Estado Civil				0.246
Soltero	69 (65.1%)	4 (57.1%)	73 (64.6%)	
Casado	14 (13.2%)	3 (42.9%)	17 (15.0%)	
Unión libre	12 (11.3%)		12 (10.6%)	
Divorciado	7 (6.6%)	0 (0.0%)	7 (6.2%)	
Separado	4 (3.8%)	0 (0.0%)	4 (3.5%)	
Viudo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Nivel educativo				0.928
Analfabeta	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Primaria incompleta	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Primaria completa	1 (0.9%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	
Secundaria incompleta	2 (1.9%)	0 (0.0%)	2 (1.8%)	
Secundaria completa	24 (22.6%)	3 (42.9%)	27 (23.9%)	
Preparatoria incompleta	20 (18.9%)	1 (14.3%)	21 (18.6%)	
Preparatoria completa	23 (21.7%)	1 (14.3%)	24 (21.2%)	
Licenciatura incompleta	19 (17.9%)	2 (28.6%)	21 (18.6%)	
Licenciatura completa	14 (13.2%)	0 (0.0%)	14 (12.4%)	
Postgrado incompleto	1 (0.9%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	
Postgrado completo	2 (1.9%)	0 (0.0%)	2 (1.8%)	
Ocupación				0.216
Sin ocupación	39 (36.8%)	4 (57.1%)	43 (38.1%)	
Con ocupación	67 (63.2%)	3 (42.9%)	70 (62.0%)	
• Empleado	32 (30.2%)	0 (0.0%)	32 (28.3%)	
• Estudiante	12 (11.3%)	2 (28.6%)	14 (12.4%)	
• Comerciante	8 (7.5%)	1 (14.3%)	9 (8.0%)	
• Ama de casa	15 (14.2%)	0 (0.0%)	15 (13.3%)	

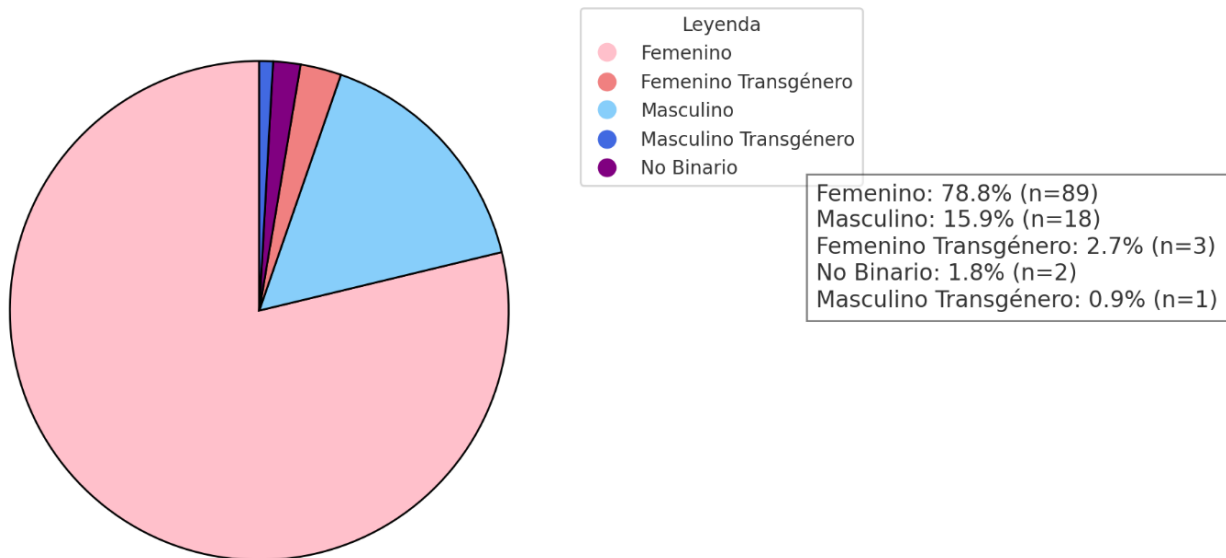
Nivel Socio – económico (ISAPEG)			0.110
Nivel 0	3 (2.8%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)
Nivel 1	26 (24.5%)	5 (71.4%)	31 (27.4%)
Nivel 2	18 (17.0%)	0 (0.0%)	18 (15.9%)
Nivel 3	15 (14.2%)	0 (0.0%)	15 (13.3%)
Nivel 4	16 (15.1%)	0 (0.0%)	16 (14.2%)
Nivel 5	11 (10.4%)	2 (28.6%)	13 (11.5%)
Nivel 6	9 (8.5%)	0 (0.0%)	9 (8.0%)
No consignado	8 (7.5%)	0 (0.0%)	8 (7.1%)
Z63.0 Problemas relacionados con la pareja			0.832
Sí	27 (25.5%)	1 (14.3%)	28 (24.8%)
No	79 (74.5%)	6 (85.7%)	85 (75.2%)
Z62.2 Problemas con el apoyo familiar			0.155
Sí	67 (63.2%)	2 (28.6%)	69 (61.1%)
No	39 (36.8%)	5 (71.4%)	44 (38.9%)

Distribución por sexo



- La muestra total consta de 113 pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).
- Se observa que la mayoría de los pacientes son mujeres (n = 93, 82.3%).
- Los hombres representan una minoría (n = 20, 17.7%).

Distribución por Identidad de Género



Distribución por identidad de género

La distribución por identidad de género es la siguiente:

- **Femenino: n = 89 (78.8%).**
- **Masculino: n = 18 (15.9%).**
- **Femenino Trans: n = 3 (2.7%).**
- **No Binario: n = 2 (1.8%).**
- **Masculino Trans: n = 1 (0.9%).**

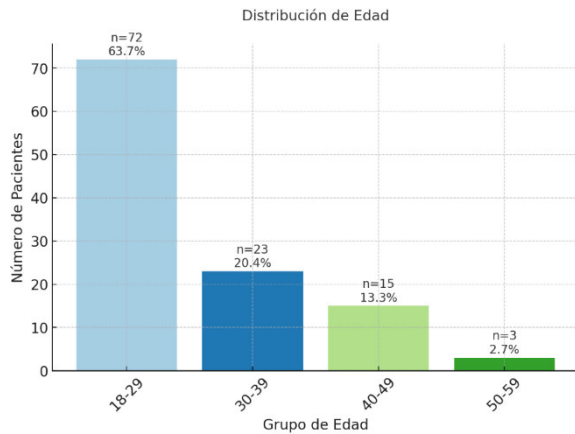
La mayoría de los pacientes se identifican con el género femenino (78.8%), lo que es consistente con estudios clínicos que sugieren que el TLP se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres.

Se observa una presencia menor de personas con identidades de género diversas (5.4%) como trans y no binarias, lo que sugiere la importancia de enfoques inclusivos en la atención psiquiátrica.

Distribución de Edad

La edad de los pacientes se encuentra en su mayoría entre los 18 y 40 años.

Se presentan algunos casos aislados en edades mayores a los 50 años.



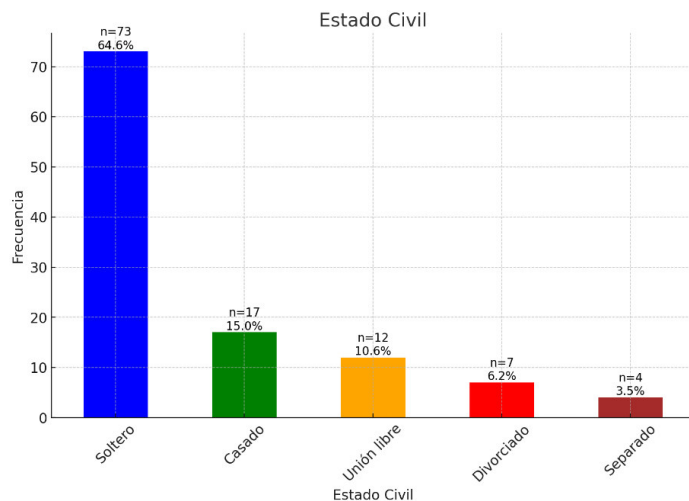
Se observa que la mayor parte de los pacientes pertenecen al grupo de **18-29 años**, seguido de los de **30-39 años**, mientras que los grupos de **40-49 y 50-59 años** tienen una menor representación.

La edad promedio de diagnóstico fue de **27.8 años**.

Estado Civil

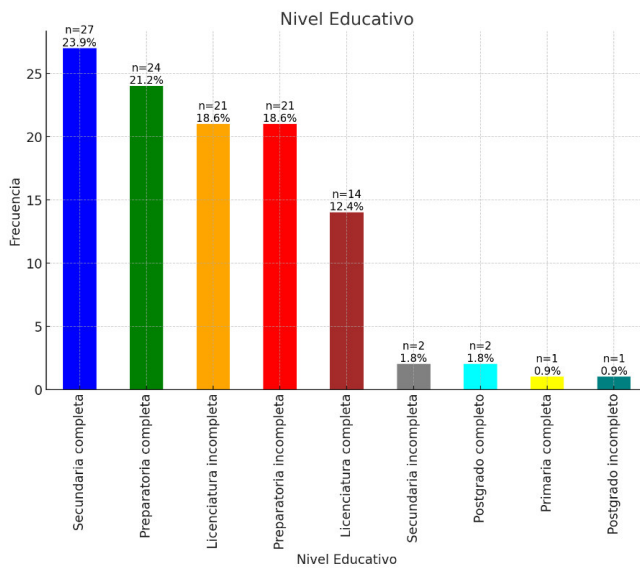
La mayoría de los pacientes son **solteros (64.6%)**.

Otros estados civiles incluyen **casados (15.0%)**, en unión libre (10.6%), divorciados y separados en menor proporción.

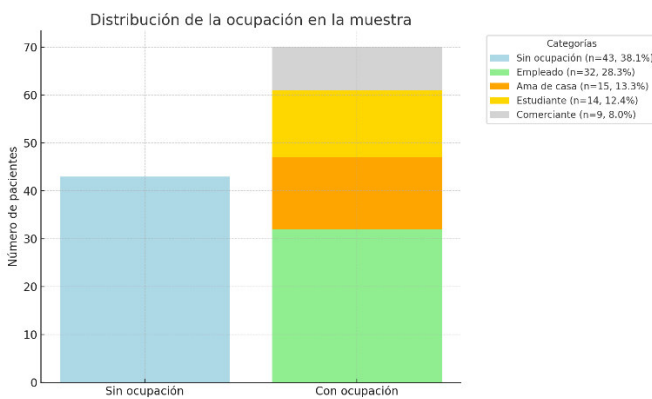


Nivel Educativo

- La educación más frecuente es **secundaria completa (23.9%)** y **preparatoria completa (21.2%)**.
- Menos del **2%** de los pacientes alcanzaron estudios de posgrado.

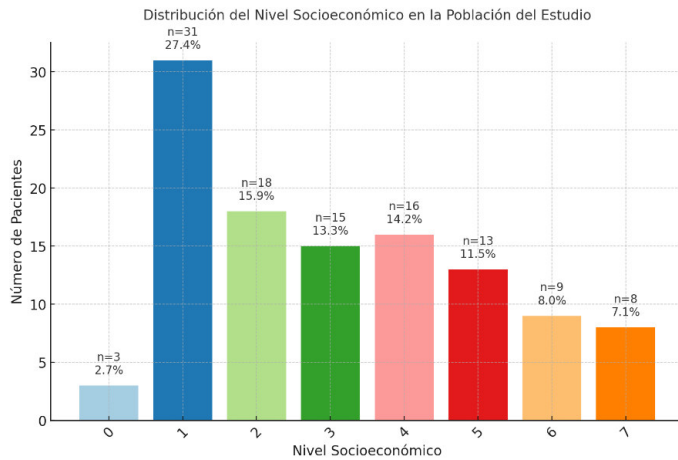


Ocupación



Se observa que una proporción significativa de los pacientes se encuentra en la categoría de **"Sin ocupación" (38.1%)**, lo cual podría estar relacionado con el impacto del **TLP** en la estabilidad laboral de los pacientes.

Distribución del nivel socioeconómico

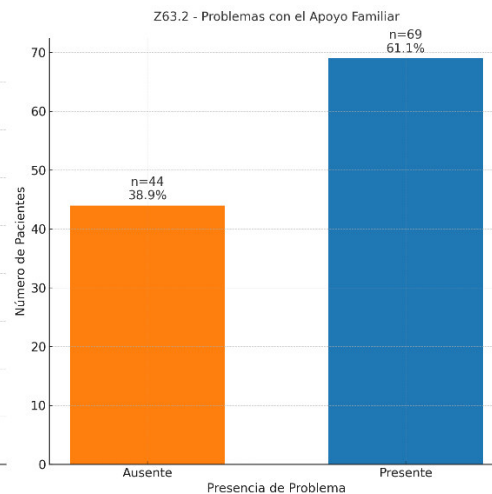
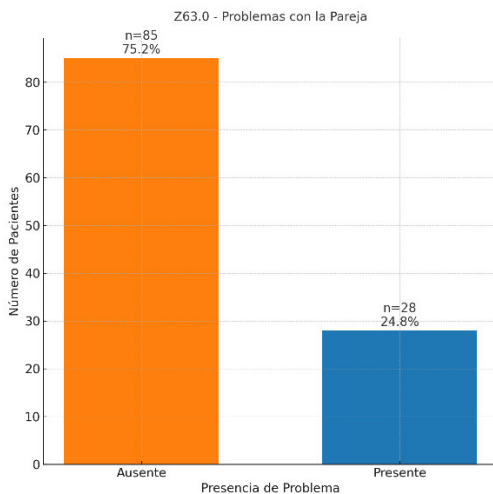


*"No consignado" (en naranja) representa a los pacientes cuyo nivel socioeconómico no fue registrado.

Respecto al nivel socioeconómico, corresponden a un nivel bajo correspondiente a los niveles 0,1,2 propios del sistema ISAPEG, por lo que se correlaciona con las condiciones sociales y económicas adversas de esta población.

En el gráfico el número 7 corresponde a “no consignado”.

Problemas con la pareja y el apoyo familiar



Si bien, no es la mayoría, un 24.8% de los pacientes presenta antecedente de problemas con su pareja lo que se correlaciona con el criterio diagnóstico de la inestabilidad y en sus relaciones interpersonales.

Respecto al área familiar el 61.1% los pacientes tienen problemas en su núcleo familiar primario, concordante con que estos pacientes provienen de familias con ciertas adversidades.

Características clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite al ingreso en CAISAME León en 2023

Variable	n = 113	Porcentaje %	Variable	n = 113	Porcentaje %
Número de comorbilidades psiquiátricas			Duración del internamiento actual en días		
1	42	37.2	7	16	14.2
2	29	25.7	11	12	10.6
3	24	21.2	9	9	8.0
4	8	7.1	8	9	8.0
0	7	6.2	10	9	8.0
5	3	2.6	12	9	8.0
Número de comorbilidades médicas			14	8	7.1
1	47	41.6	6	8	7.1
0	46	40.7	4	6	5.3
2	16	14.2	1	5	4.4
3	2	1.8	13	5	4.4
4	2	1.8	15	4	3.5
Número total de fármacos			5	4	3.5
2	58	51.3	3	3	2.7
3	45	39.8	2	2	1.8
4	5	4.4	34	1	0.9
1	2	1.8	24	1	0.9
6	1	0.9	18	1	0.9
5	1	0.9	16	1	0.9
8	1	0.9	Motivo de ingreso		
Número de psicofármacos			Ideación	50	44.2
2	67	59.3	Intento	45	39.8
3	38	33.6	Gesto	12	10.6
4	5	4.4	Hetero agresividad	5	4.4
1	2	1.8	Síntomas psicóticos	1	0.9
5	1	0.9	Tratamiento psiquiátrico antes de los 18 años		
Número de hospitalizaciones psiquiátricas			No	95	84.1
1	64	56.6	Sí	18	15.9
2	28	24.8	Edad de diagnóstico		
3	15	13.3	20-24 años	29	25.7
6	3	2.7	25-29 años	24	21.2
5	2	1.8	18-19 años	22	19.5
7	1	0.9	30-34 años	14	12.4
Hospitalizaciones psiquiátricas en 2023			40-44 años	8	7.1
1	97	85.8	35-39 años	7	6.2
2	14	12.4	45-49 años	6	5.3
3	2	1.8	50-54 años	2	1.8
			55-59 años	1	0.9

Características clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite al egreso en CAISAME León en 2023

Variable					
Número de intentos suicidas	n = 113	Porcentaje %	Psicoterapia al momento del ingreso	n = 113	Porcentaje %
1	25	22.1	No	97	85.8
3	22	19.5	Sí	16	14.2
2	19	16.8	Antecedente de abuso sexual		
4	14	12.4	No	67	59.3
0	10	8.8	Sí	46	40.7
5	9	8.0	Z91.1 Historia de abandono al tratamiento		
10	3	2.7	No	70	61.9
7	2	1.8	Sí	43	38.1
12	2	1.8	Z86.4 Historia personal de consumo de sustancias		
6	2	1.8	No	84	74.3
18	1	0.9	Sí	29	25.7
16	1	0.9	Z91.5 Autolesiones		
8	1	0.9	Sí	73	64.6
30	1	0.9	No	40	35.4
11	1	0.9			

Características clínicas: Antecedentes heredofamiliares y su frecuencia

Variable	n = 133	Porcentaje %
Consumo de sustancias	62	54.9
Eje I	46	40.7
Suicidio consumado	8	7.1
No especificado	3	2.7
Eje II Personalidad	2	1.8
Eje II Discapacidad Intelectual	2	1.8
Deterioro cognitivo	1	0.9

Características clínicas: Comorbilidades médicas y su frecuencia

Variable	n = 113	Porcentaje %
Sobrepeso	32	28.3
Obesidad	30	26.5
Hipertensión Arterial	9	8.0
Hipotiroidismo	7	6.2
Peso Bajo	3	2.7
Diabetes Mellitus	3	2.7
Asma	3	2.7
Prediabetes	2	1.8
Ovario Poliquístico	1	0.9
Hipertiroidismo	1	0.9
Epilepsia	1	0.9
Migraña	1	0.9
Reumatológicas	1	0.9

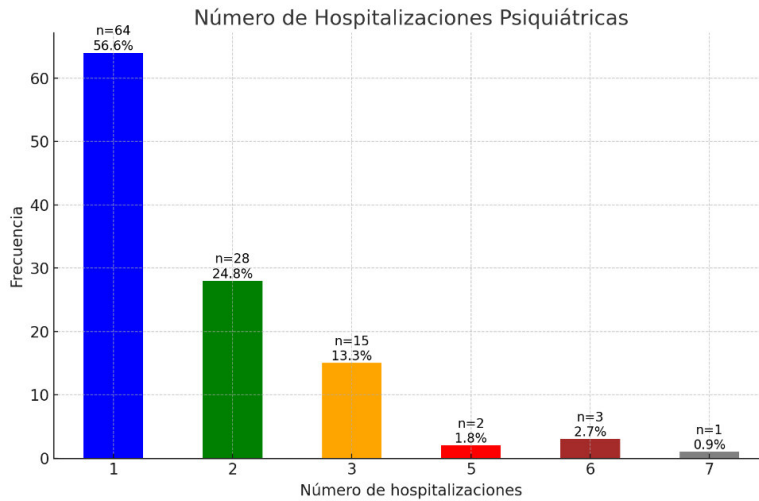
Características clínicas: Fármacos utilizados y su frecuencia

Variable	n = 113	Porcentaje %
Antidepresivos	110	97.3
Antipsicóticos	110	97.3
Neuromoduladores	41	36.3
Otros fármacos	16	14.2
Benzodiacepinas	9	8.0
Estimulantes	0	0.0

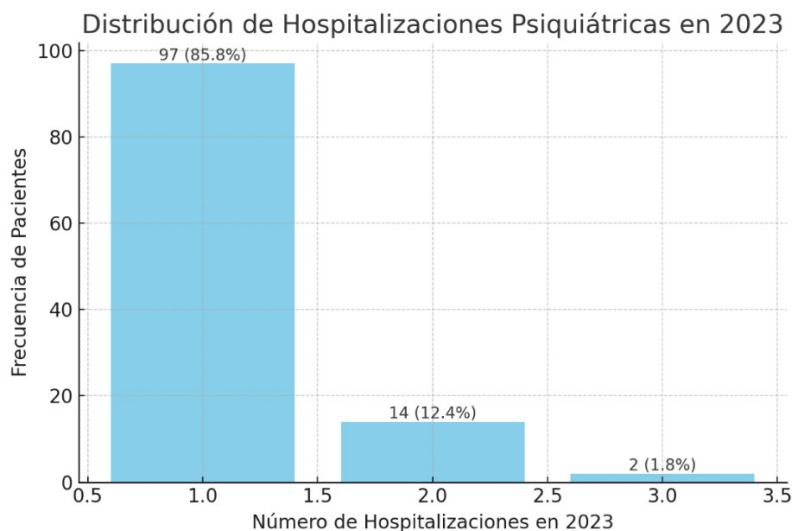
Características clínicas

Número de Hospitalizaciones Psiquiátricas

- Más del **50%** de los pacientes han sido hospitalizados **una vez**.
- Una minoría tiene múltiples hospitalizaciones, con algunos casos de **hasta 7 hospitalizaciones**.



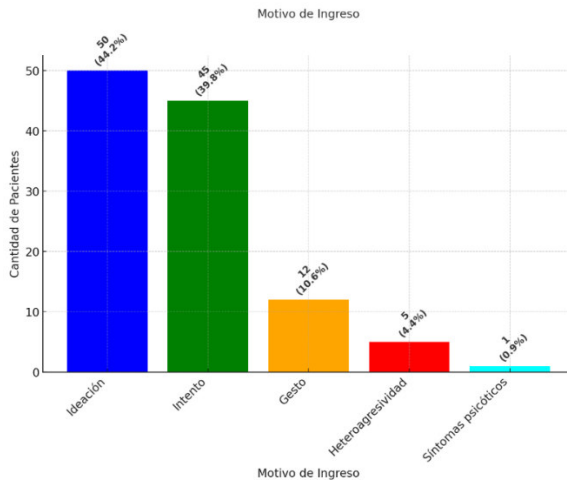
Hospitalizaciones psiquiátricas en 2023



Se muestra la distribución del número de hospitalizaciones psiquiátricas en 2023 entre los pacientes con **trastorno límite de la personalidad (TLP)** en el **CAISAME**. Se observa que la mayoría de los pacientes tuvo **solo una hospitalización psiquiátrica** en 2023, mientras que un menor porcentaje presentó múltiples ingresos.

Motivo de ingreso

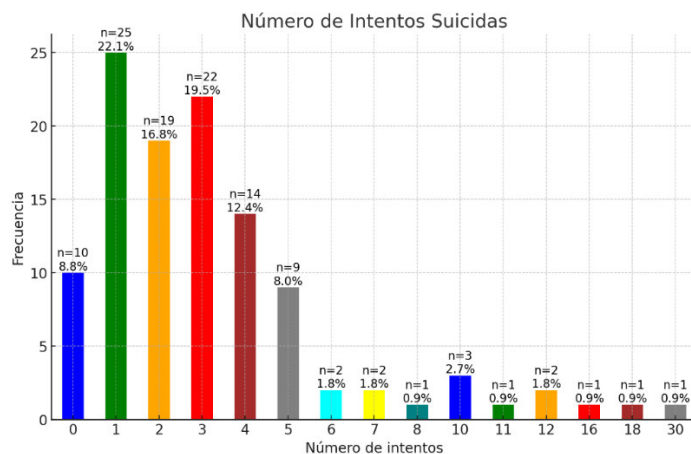
Se muestra la distribución de los motivos de ingreso de los pacientes con TLP en el CAISAME.



- Se observa que los **intentos de suicidio** y la **ideación suicida** son los principales motivos de hospitalización, lo que sugiere una alta prevalencia de conductas autolesivas en esta población.
- Otros motivos como **gesto suicida** y **hetero agresividad** también aparecen, aunque en menor medida.
- La **presencia de síntomas psicóticos** es el motivo de ingreso menos frecuente.

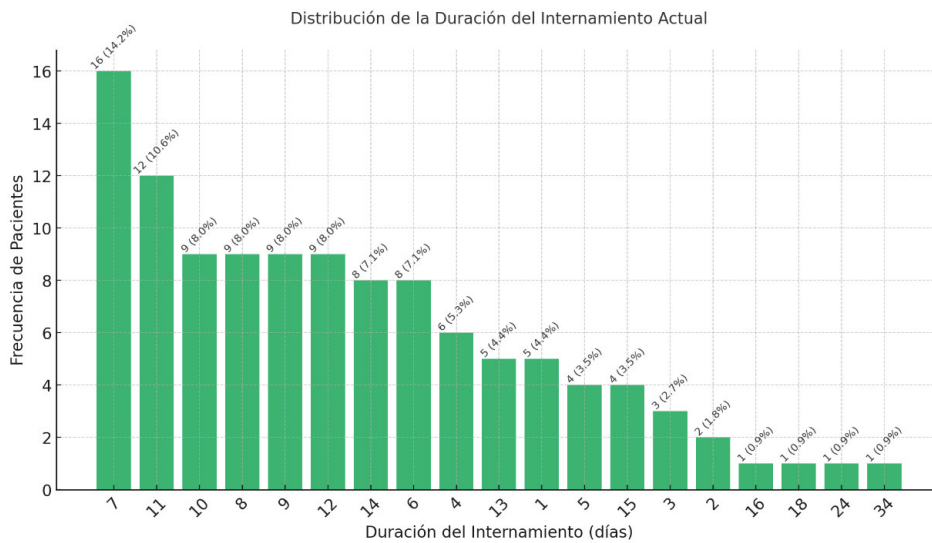
Número de Intentos Suicidas

- La distribución es variable, pero muchos pacientes han tenido **de 1 a 3 intentos**.
- Se observa un pequeño grupo con **intentos extremos (hasta 30 intentos)**.

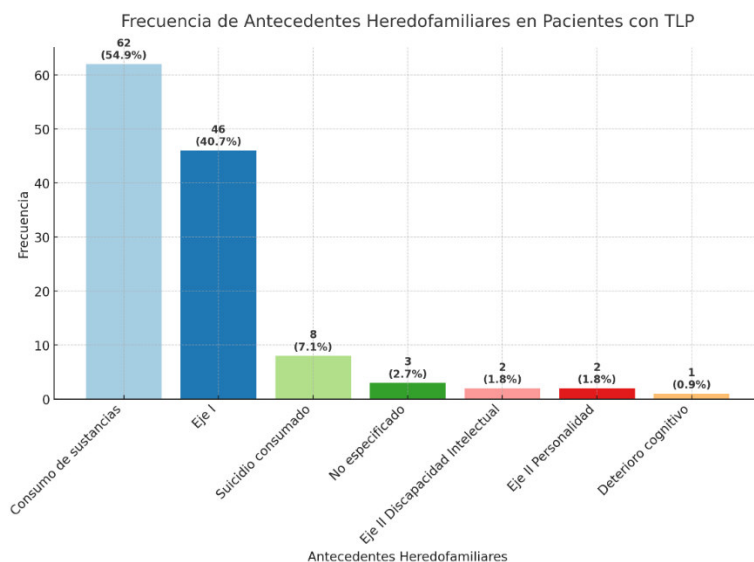


Duración del internamiento actual

- Se observa que la mayoría de los pacientes tienen **internamientos de corta duración**, siendo los más frecuentes aquellos de **7, 11 y 12 días**.
- Sin embargo, existen **casos aislados** de internamientos más prolongados, llegando hasta **34 días**.
- Este patrón sugiere que la hospitalización en estos pacientes tiende a mantenerse en **rangos moderados**, probablemente debido a estrategias de intervención enfocadas en **estabilización y manejo de crisis**.



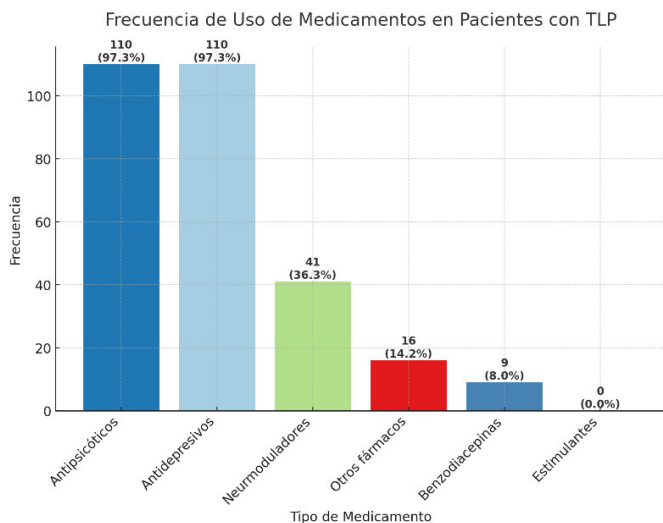
Frecuencia de Antecedentes Heredofamiliares en Pacientes con TLP



- La gráfica muestra la frecuencia con la que los pacientes con **TLP** tienen antecedentes psiquiátricos en su familia.
- Se incluyen variables como **trastornos del Eje I (ej. depresión, ansiedad), consumo de sustancias, suicidio consumado en familiares, trastornos de personalidad (Eje II), discapacidad intelectual y deterioro cognitivo.**
- **El consumo de sustancias** es el antecedente **más común** (54.9%), lo que sugiere una posible **influencia genética y ambiental** en la vulnerabilidad de estos pacientes.
- **Los trastornos del Eje I** (40.7%) también son altamente prevalentes, indicando que los pacientes con TLP tienen una carga hereditaria significativa de enfermedades psiquiátricas.
- **El suicidio consumado en familiares** aparece en un **7.1%** de los casos, lo que refuerza la importancia de estudiar factores de riesgo suicida en esta población.
- **Los antecedentes menos frecuentes** incluyen trastornos de **personalidad y discapacidad intelectual** (1.8%) y **deterioro cognitivo** (0.9%).

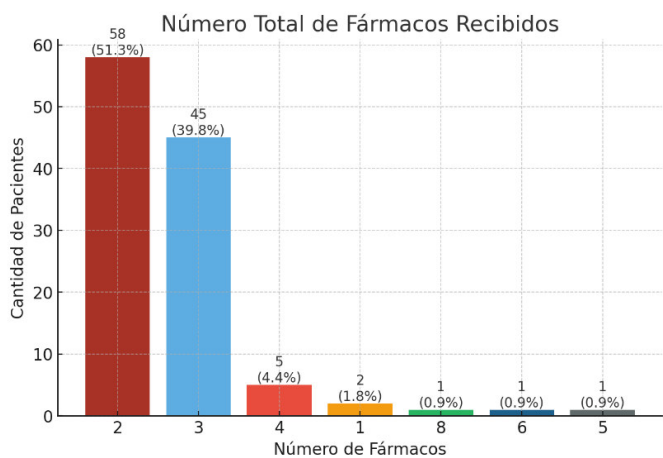
Frecuencia de Uso de Medicamentos en Pacientes con TLP

- Representa la frecuencia de uso de **psicofármacos** en pacientes hospitalizados con TLP.
- Se incluyen **antidepresivos, antipsicóticos, neuromoduladores, benzodiacepinas, estimulantes y otros fármacos.**
- **Los antidepresivos y antipsicóticos** son los medicamentos más prescritos (97.3%), lo que confirma su papel clave en el tratamiento de TLP.
- **Los neuromoduladores** se utilizan en **36.3%** de los pacientes, lo que indica su importancia en la **regulación emocional y el control de la impulsividad.**
- **Las benzodiacepinas** se utilizan en un porcentaje bajo (8.0%), lo que puede deberse a su riesgo de dependencia.
- **Los estimulantes no fueron utilizados** en esta población.
- **Respecto al apartado de otros fármacos se refiere a medicamentos otorgados por parte de medicina general en hospitalización**



Número Total de Fármacos

Esta gráfica muestra la distribución del número total de fármacos que reciben los pacientes hospitalizados con TLP, incluyendo no solo los psicofármacos, sino también aquellos prescritos por medicina general.



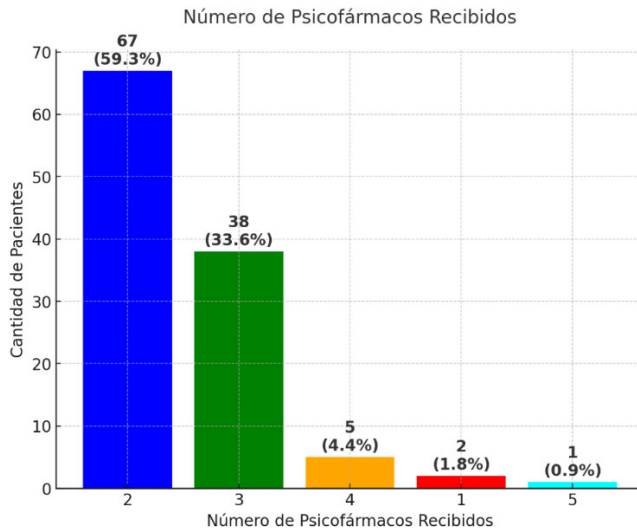
La mayoría de los pacientes reciben entre 2 y 3 fármacos en total.

Un porcentaje menor de pacientes recibe 4 o más fármacos, lo que podría indicar casos con comorbilidades médicas que requieren tratamiento adicional.

Es poco frecuente que un paciente reciba 1 solo fármaco, lo que sugiere que el manejo farmacológico del TLP y sus comorbilidades suele ser multimodal.

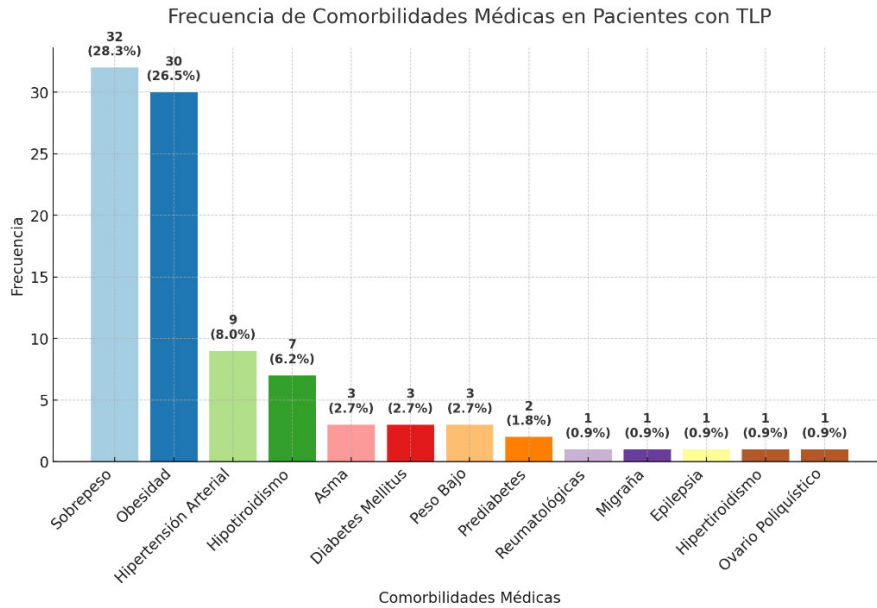
Número de Psicofármacos Recibidos

- La mayoría de los pacientes reciben entre **2 y 3 psicofármacos**.
- Algunos llegan a recibir **hasta 5 psicofármacos** simultáneamente.



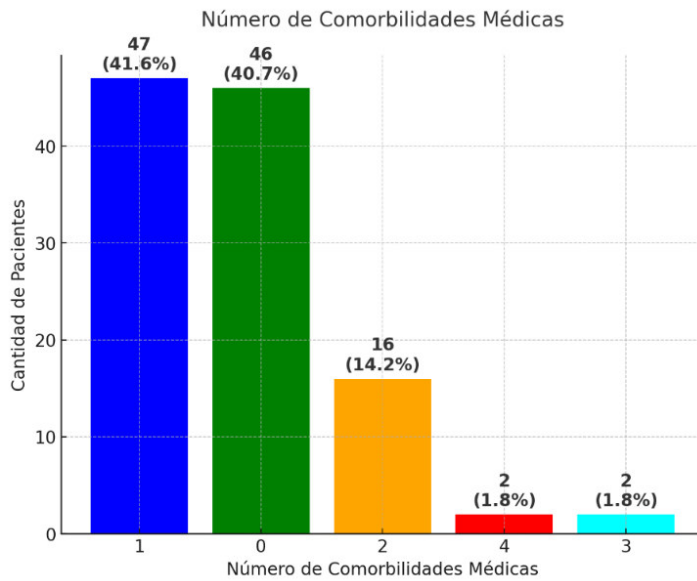
Frecuencia de Comorbilidades Médicas en Pacientes con TLP

- Muestra la **frecuencia de enfermedades médicas** en pacientes con TLP.
- Se incluyen **trastornos metabólicos (obesidad, sobrepeso, diabetes, hipertensión), enfermedades tiroideas, neurológicas y autoinmunes**.
- **El sobrepeso (28.3%) y la obesidad (26.5%)** son las comorbilidades más frecuentes, indicando que una proporción significativa de estos pacientes tiene problemas metabólicos.
- **La hipertensión arterial (8.0%) y el hipotiroidismo (6.2%)** también presentan una prevalencia considerable.
- **La diabetes mellitus, asma y enfermedades reumatológicas** tienen una baja frecuencia (1-2%).
- **Trastornos como epilepsia e hipertiroidismo son muy poco comunes (0.9%).**



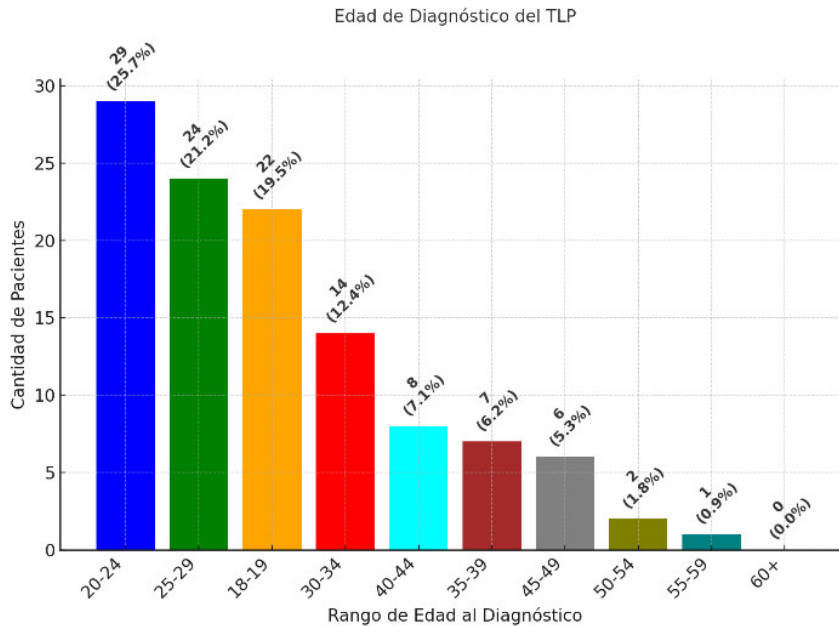
Número de Comorbilidades Médicas

- La mayoría de los pacientes tienen entre **0 y 2** comorbilidades médicas.
- Un pequeño porcentaje tiene **3 o más** comorbilidades.



Edad de diagnóstico del TLP

Se muestra la distribución de los pacientes según la edad en la que fueron diagnosticados con TLP.

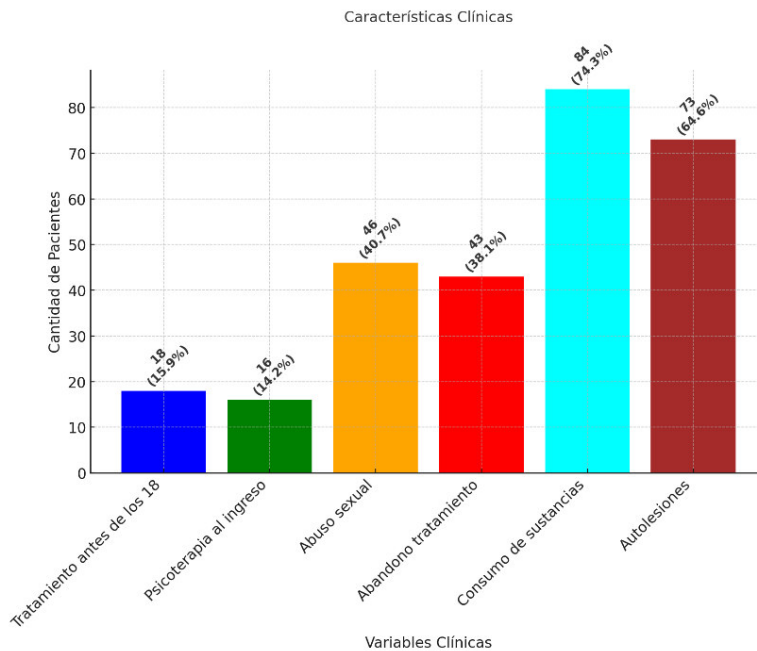


La **edad media de diagnóstico** para los pacientes con TLP en la muestra es de aproximadamente **27.8 años**

- La mayoría de los diagnósticos se realizan en la franja de **20 a 24 años**, seguida por el rango de **25 a 29 años**.
- También hay casos diagnosticados en edades más tempranas (18-19 años), aunque en menor proporción.
- Los diagnósticos después de los 40 años son mucho menos frecuentes.

Estos datos sugieren que el TLP suele ser diagnosticado en la adultez joven, coincidiendo con la manifestación de síntomas más evidentes en esta etapa de desarrollo.

Características clínicas; tratamiento psiquiátrico antes de los 18 años, psicoterapia al ingreso, antecedente de abuso sexual, abandono al tratamiento, consumo de sustancias, autolesiones



Autolesiones (64.6%): Es la característica más frecuente en esta muestra de pacientes con TLP, lo que concuerda con la literatura sobre el trastorno, donde las conductas autolesivas son un criterio diagnóstico clave.

Antecedente de abuso sexual (40.7%): Un porcentaje significativo de los pacientes ha reportado antecedentes de abuso sexual, lo que puede estar relacionado con la vulnerabilidad emocional y dificultades en la regulación afectiva características del TLP.

Historia personal de consumo de sustancias (74.3%): La alta prevalencia de consumo de sustancias en estos pacientes indica una importante comorbilidad entre el TLP y los trastornos por uso de sustancias.

Historia de abandono al tratamiento (38.1%): Casi el 40% de los pacientes ha abandonado algún tratamiento, lo que sugiere problemas de adherencia y necesidad de estrategias para mejorar la continuidad terapéutica.

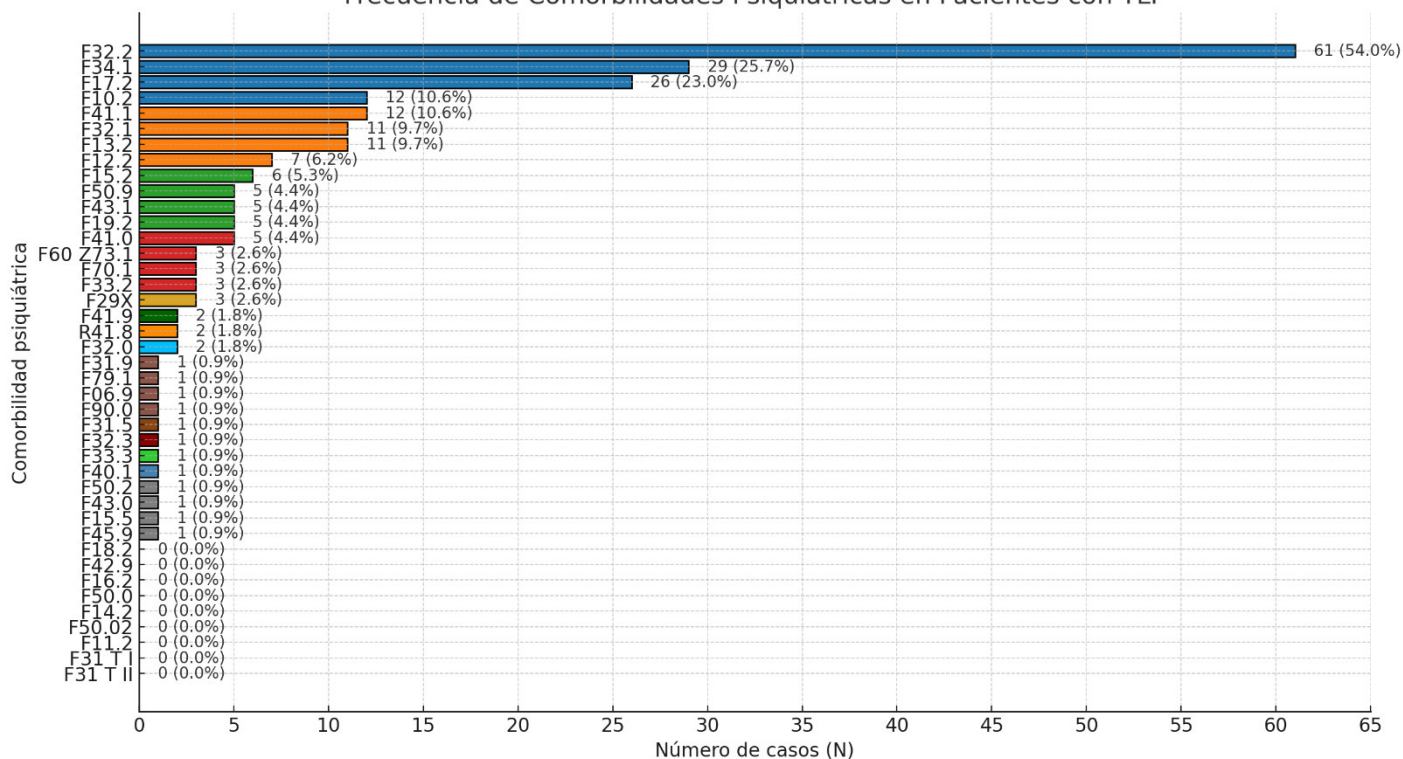
Tratamiento psiquiátrico antes de los 18 años (15.9%): A pesar de que el TLP suele manifestarse desde la adolescencia, menos del 16% de los pacientes recibió tratamiento psiquiátrico antes de los 18 años, lo que sugiere una detección tardía.

Psicoterapia al momento del ingreso (14.2%): Solo una pequeña proporción de los pacientes estaba en tratamiento psicoterapéutico en el momento del ingreso hospitalario, lo que resalta la importancia de fortalecer la atención ambulatoria previa a la hospitalización.

Características clínicas: Comorbilidades psiquiátricas

Características clínicas: Comorbilidades psiquiátricas n = 113		
Variable	Presencia de Comorbilidad	Porcentaje (%)
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	61 54.0
F34.1	Distimia	29 25.7
F17.2	Síndrome de dependencia a tabaco	26 23.0
F10.2	Síndrome de dependencia a alcohol	12 10.6
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	12 10.6
F32.1	Episodio depresivo moderado	11 9.7
F13.2	Síndrome de dependencia a hipnótico sedantes	11 9.7
F12.2	Síndrome de dependencia a cannabis	7 6.2
F15.2	Síndrome de dependencia a estimulantes	6 5.3
F50.9	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	5 4.4
F43.1	Trastorno de estrés postraumático	5 4.4
F19.2	Síndrome de dependencia a múltiples sustancias	5 4.4
F41.0	Trastorno de ansiedad paroxística	5 4.4
F60 Z73.1	Otro trastorno de la personalidad o acentuación de rasgos de personalidad	3 2.7
F70.1	Discapacidad intelectual leve (Deterioro significativo)	3 2.7
F33.2	Trastorno depresivo recuente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos	3 2.7
F29X	Psicosis no orgánica sin especificar	3 2.7
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado	2 1.8
R41.8	Otros síntomas y signos que afectan la conciencia (Inteligencia limítrofe)	2 1.8
F32.0	Episodio depresivo leve	2 1.8
F31.9	Trastorno afectivo bipolar no especificado	1 0.9
F79.1	Discapacidad intelectual no especificada (Deterioro significativo)	1 0.9
F06.9	Trastorno mental por enfermedad física, daño o disfunción cerebral no especificado	1 0.9
F90.0	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	1 0.9
F31.5	Trastorno bipolar, episodio actual de depresión grave con síntomas psicóticos.	1 0.9
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	1 0.9
F33.3	Trastorno depresivo mayor, recurrente, grave y con síntomas psicóticos	1 0.9
F40.1	Fobia social	1 0.9
F50.2	Bulimia nervosa	1 0.9
F43.0	Reacción a estrés agudo	1 0.9
F15.5	Síndrome de dependencia a estimulantes	1 0.9
F45.9	Trastorno somatomorfo no especificado	1 0.9
F18.2	Síndrome de dependencia a solventes volátiles	0 0
F42.9	Trastorno obsesivo compulsivo no especificado	0 0
F16.2	Síndrome de dependencia a alucinógenos	0 0
F50.0	Anorexia nervosa	0 0
F14.2	Síndrome de dependencia a cocaína	0 0
F50.02	Trastorno por atracón	0 0
F11.2	Síndrome de dependencia a opioides	0 0
F31 T I	Trastorno afectivo bipolar Tipo I	0 0
F31 T II	Trastorno afectivo bipolar Tipo II	0 0

Frecuencia de Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes con TLP



Comorbilidades más frecuentes

- F32.2 (Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos): Es la comorbilidad más común, afectando a 61 pacientes (54.0%). Indica una alta prevalencia de síntomas depresivos severos en esta población, lo que sugiere la necesidad de estrategias específicas para el tratamiento de la depresión en pacientes con TLP.
- F34.1 (Distimia): Presente en 29 pacientes (25.7%). Indica que una cuarta parte de los pacientes con TLP presentan oscilaciones crónicas del estado de ánimo que pueden contribuir a la inestabilidad emocional característica del trastorno.
- F17.2 (Trastorno por consumo de tabaco): Presente en 26 pacientes (23.0%). Sugiere que una parte significativa de los pacientes con TLP recurre al tabaco, posiblemente como un mecanismo de afrontamiento.
- F10.2 (Trastorno por consumo de alcohol dependiente): Presente en 12 pacientes (10.6%). Indica un problema considerable de abuso de alcohol

dentro de esta población, lo que resalta la importancia de incluir programas de rehabilitación para el consumo de sustancias.

- F41.1 (Trastorno de ansiedad generalizada): Afecta a 12 pacientes (10.6%). Confirma la alta presencia de trastornos de ansiedad en pacientes con TLP, lo que puede influir en su manejo clínico.

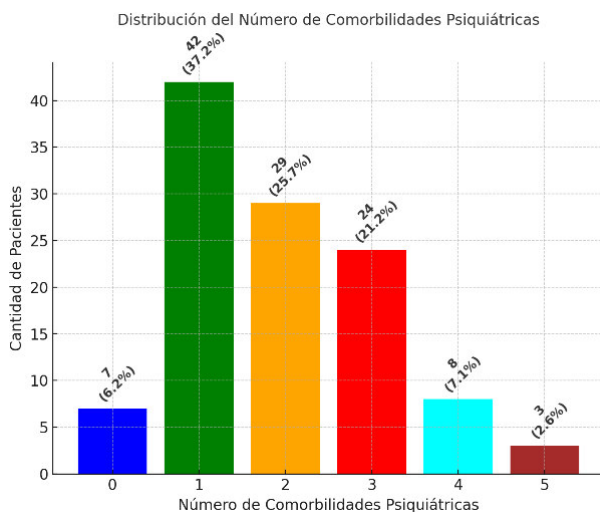
Comorbilidades menos frecuentes

Varias comorbilidades solo afectan a un pequeño número de pacientes. Por ejemplo:

- F32.3 (Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos): 1 paciente (0.9%).
- F33.3 (Trastorno depresivo recurrente, episodio grave con síntomas psicóticos): 1 paciente (0.9%).
- F40.1 (Ansiedad paroxística): 1 paciente (0.9%).
- F42.9 (Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado): 0 casos.
- F50.02 (Trastorno alimentario restrictivo-atípico): 0 casos.

Esto sugiere que ciertos trastornos psiquiátricos, como el TOC y algunos tipos de trastornos alimentarios, no son predominantes en esta población.

Distribución del número de comorbilidades psiquiátricas



	n = 113	Porcentaje %
Numero de comorbilidades psiquiátricas		
1	42	37.2
2	29	25.7
3	24	21.2
4	8	7.1
0	7	6.2
5	3	2.6

El mayor número de pacientes tiene **1 comorbilidad psiquiátrica** (37.2%), seguido por **2 comorbilidades** (25.7%) y **3 comorbilidades** (21.2%).

Un menor porcentaje tiene **4, 0 y 5 comorbilidades**.

Este comportamiento sugiere que la mayoría de los pacientes tienen entre 1 y 3 comorbilidades psiquiátricas, mientras que casos con 0 o más de 4 son menos comunes.

Relación entre comorbilidades

Altas tasas de depresión y ansiedad:

La combinación de episodios depresivos graves (F32.2, F33.2) con ansiedad generalizada (F41.1) indica que los síntomas del TLP pueden estar fuertemente influenciados por estos trastornos.

Consumo de sustancias:

Se observa una frecuencia significativa de consumo de tabaco (F17.2), alcohol (F10.2) y otras sustancias como cannabis (F12.2) y benzodiazepinas (F13.2).

Esto sugiere que muchos pacientes con TLP presentan conductas adictivas, lo que refuerza la necesidad de intervenciones en esta área.

Trastornos del estado de ánimo:

La alta prevalencia de trastornos depresivos podría asociarse al pobre control de la inestabilidad emocional que caracteriza al TLP.

Comparaciones y Hallazgos

Comparación entre Antecedente de Abuso Sexual y Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT - F43.1)

Se realizó una prueba de chi-cuadrado para evaluar la relación entre el antecedente de abuso sexual y el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT - F43.1) en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Resultados de la Prueba Chi-Cuadrado (Person Chi 2)

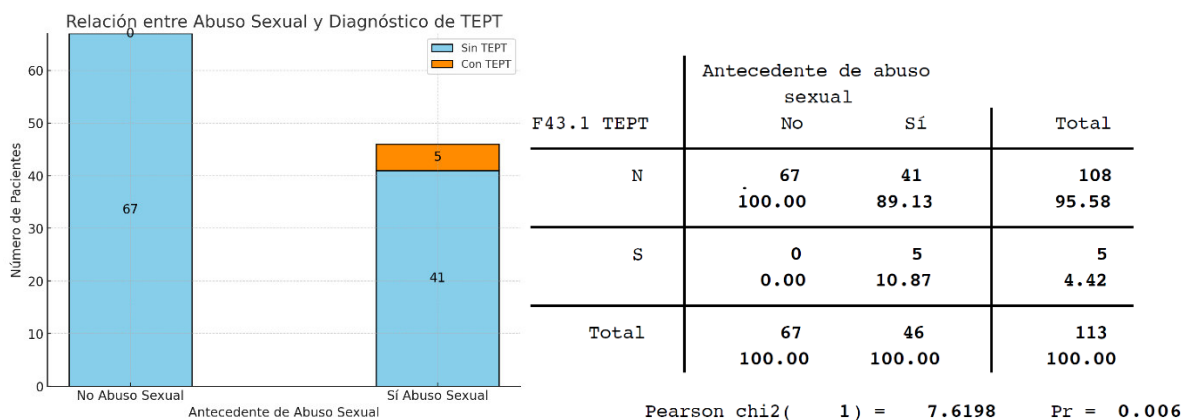
Valor de Chi-cuadrado (χ^2): 7.62

Valor de p: 0.00577

El valor de p es menor a 0.05, la relación entre antecedente de abuso sexual y TEPT es estadísticamente significativa.

Esto significa que el antecedente de abuso sexual tiene una asociación importante con el desarrollo de TEPT en pacientes con TLP.

Esto indica que los pacientes con antecedentes de abuso sexual tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticados con TEPT, lo que coincide con la literatura previa sobre el impacto del trauma en la salud mental.



No Abuso Sexual" (67 pacientes) y "Sí Abuso Sexual" (46 pacientes).

- Cada barra está dividida en dos segmentos:
- Color azul claro ("Sin TEPT"): Representa a los pacientes que no tienen diagnóstico de TEPT.
- Color naranja oscuro ("Con TEPT"): Representa a los pacientes con TEPT.
- El valor en cada sección indica el número de pacientes.
- Para "Sí Abuso Sexual": 5 pacientes tienen TEPT, 41 no lo tienen.
- Para "No Abuso Sexual": Ningún paciente tiene TEPT.

Pacientes sin comorbilidades y su tratamiento

Paciente	Número de psicofármacos	Psicofármacos	Psicoterapia
1	3	Antidepresivo, Antipsicótico, Neuromodulador	No
2	2	Antidepresivo, Antipsicótico	No
3	2	Antidepresivo, Antipsicótico	No
4	2	Antidepresivo, Antipsicótico	No
5	2	Antidepresivo, Antipsicótico	No
6	2	Antidepresivo, Benzodiacepina	No
7	2	Antidepresivo, Antipsicótico	No

- ◆ Todos los pacientes sin comorbilidades psiquiátricas siguen algún tratamiento farmacológico. A pesar de no tener diagnósticos adicionales, requieren medicación para el manejo del TLP.
- ◆ El número de psicofármacos varía, aunque la mayoría tiene solamente 2 fármacos diferentes.
- ◆ Ninguno de los pacientes se encontraba en psicoterapia a su ingreso. Esto podría indicar que, a pesar de no presentar comorbilidades psiquiátricas, los pacientes no reciben un tratamiento integral basado en terapia y medicación.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las comorbilidades psiquiátricas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de TLP en el CAISAME León durante el año 2023. Los resultados obtenidos permiten comprender mejor el perfil sociodemográfico y clínico de esta población, así como la frecuencia y distribución de las comorbilidades psiquiátricas presentes.

Perfil sociodemográfico

Respecto al perfil sociodemográfico de nuestra población decidimos realizar en la tabla inicial una comparación entre los pacientes con y sin comorbilidad psiquiátrica, donde es evidente que hay una distribución muy similar a pesar de que son pocos los pacientes sin una comorbilidad. Vemos que la presencia de comorbilidades psiquiátricas no cambia significativamente la distribución de los datos. Encontramos que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica y sin comorbilidad psiquiátrica son muy similares en su perfil.

En la muestra analizada (n=113), se observó una mayor proporción de mujeres (82.3%) en comparación con los hombres (17.7%), lo cual concuerda con estudios epidemiológicos que señalan una mayor prevalencia diagnóstica de TLP en mujeres, posiblemente relacionada con una mayor expresión emocional, búsqueda de ayuda, y sesgos diagnósticos^{1,45}. Estudios como el de Tomko et al. también informan una mayor proporción de mujeres con TLP en la comunidad, podría deberse este sesgo generacional tanto a diferencias reales en la expresión de los síntomas como a una mayor tendencia a buscar atención en salud mental por parte de las mujeres incluso observándose ciertas diferencias en las comorbilidades psiquiátricas (siendo mayor los trastornos de ansiedad y depresivos en el sexo femenino)⁵⁰.

En cuanto a la identidad de género, el 5.4% de los pacientes manifestó identidades diversas, lo que coincide con revisiones sistemáticas que han documentado una mayor prevalencia de trastornos de personalidad y otros trastornos mentales en personas transgénero y no binarias⁵¹. Este hallazgo resalta la importancia de incorporar

enfoques sensibles al género en la evaluación y tratamiento de TLP buscándose intencionadamente y abordar en estos pacientes.

El grupo etario más frecuente fue el de 18 a 29 años (63.7%), lo que es congruente con la literatura, ya que el TLP típicamente se manifiesta en la adolescencia tardía o adultez temprana. Este hallazgo concuerda con estudios epidemiológicos que sugieren que el TLP suele diagnosticarse en la adolescencia tardía o adultez temprana, con una posible disminución en la intensidad de los síntomas en la mediana edad⁵². La edad promedio de diagnóstico fue de 27.8 años, lo que sugiere una demora diagnóstica significativa, reflejo de barreras como el estigma clínico o la baja detección en etapas tempranas.

El estado civil más frecuente fue soltero (64.6%) y en 24.8% de los pacientes se reportó problemas con la pareja, lo que podría estar relacionado con la inestabilidad emocional y las dificultades en las relaciones interpersonales características del TLP, tal como se describe en los criterios diagnósticos de la ICD-10 e ICD-11^{20,21}, si bien no es tan alto como los hallazgos en el estado civil, los problemas de pareja son una característica importante en nuestra población. Respecto a lo que se describe en la literatura esto tiene un Impacto negativo en la sintomatología del TLP y aumentan el riesgo de recaídas emocionales, hay además un aumento de conductas impulsivas y autodestructivas como las autolesiones e intentos suicidas⁵³. Además, revisiones sobre las parejas de personas con TLP indican una alta carga emocional en estas relaciones, así como escasos recursos de apoyo dirigidos a las parejas⁵⁴.

Hay una alta tasa de desempleo en la muestra (38.1%), un hallazgo que coincide con estudios que indican que los pacientes con TLP tienen dificultades significativas en el mantenimiento del empleo debido a la impulsividad, la disregulación emocional y los conflictos interpersonales⁵⁵.

Respecto al nivel socioeconómico tenemos que los pacientes cuentan con niveles 1 y 2 principalmente (27.4 y 15.9% respectivamente), siendo ambos de los niveles más bajos de la escala. Es importante destacar que en la distribución el 0 lo tienen pocos pacientes, pudiera ser debido a consideraciones de los trabajadores sociales al realizar

pruebas o incluso que, si bien manejamos una población con bajo nivel socioeconómico, ese nivel está determinado para usuarios con nulo ingreso familiar o situación de calle.

El desempleo y el nivel socioeconómico bajo son reconocidos en la literatura como contextos de riesgo que exacerbaban la vulnerabilidad emocional, la exposición a trauma y las dificultades en el acceso al tratamiento. El **nivel socioeconómico bajo** es un **factor de riesgo importante** para el desarrollo del TLP en la adolescencia, asociándose con múltiples adversidades como son pobreza, desempleo parental, inestabilidad familiar, condiciones de vivienda deficientes y mayor exposición al estrés familiar. Se describe que adolescentes de familias con bajos ingresos tienen mayor riesgo de desarrollar TLP debido a estas condiciones estructurales y ambientales⁵⁶. Dichos hallazgos resaltan la vulnerabilidad social de estos pacientes y la importancia de intervenciones dirigidas no solo a la estabilización clínica sino también a la inserción social y laboral, lo que ha sido propuesto en modelos de intervención comunitaria en salud mental^{57,58}. Además, el 61.1% tenía un diagnóstico de apoyo familiar deficiente, lo que refuerza la hipótesis multifactorial del trastorno, sobre todo en la predisposición ambiental.

Características clínicas

Uno de los hallazgos más relevantes de este estudio fue la alta frecuencia de hospitalizaciones psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de TLP atendidos en el CAISAME León durante el año 2023. Casi la mitad de los pacientes (43.5%) había sido hospitalizado en dos o más ocasiones a lo largo de su vida, y un porcentaje considerable (14.2%) tuvo más de una hospitalización solo durante el último año. Además, la principal causa de ingreso fue la conducta suicida: ya sea ideación (44.2%) o intento suicida (39.8%), lo que subraya la gravedad de las crisis que motivan la atención hospitalaria. Esto concuerda con estudios que indican que entre el 60% y 70% de los pacientes con TLP realizan intentos suicidas y que hasta el 10% llega al suicidio consumado⁵⁹.

Estos resultados coinciden con lo planteado en el marco teórico, donde se describe que los pacientes con TLP suelen presentar una gran inestabilidad emocional y una alta comorbilidad con otros trastornos como depresión, ansiedad o trastornos por consumo de sustancias. Estas características los hacen particularmente vulnerables a crisis repetidas que, en muchas ocasiones, derivan en hospitalización. También se ha señalado que los antecedentes de trauma, disfunción familiar o abandono del tratamiento contribuyen a este patrón de recurrencia, algo que también fue visible en nuestra muestra.

La duración del internamiento fue generalmente corta (7 a 12 días), acorde a las recomendaciones clínicas actuales. Sin embargo, llama la atención que solo el 14.2% se encontraba en psicoterapia al ingreso y el 38.1% había abandonado el tratamiento previo. El artículo de Victor Hong subraya que la falta de manejo ambulatorio estructurado incrementa el riesgo de hospitalizaciones innecesarias y cronificadas, las cuales pueden reforzar conductas disfuncionales si no se acompañan de intervención terapéutica efectiva, desde su perspectiva, internar de manera frecuente a estos pacientes puede ser contraproducente, ya que se corre el riesgo de reforzar conductas de dependencia institucional y limitar la autonomía del paciente. Además, resalta que la hospitalización prolongada no siempre se traduce en mejores resultados clínicos, a menos que esté justificada por un riesgo suicida realmente agudo y esté acompañada de un plan claro de continuidad terapéutica ambulatoria⁶⁰.

En cuanto al hallazgo de hospitalizaciones cortas (7 y 12 días.) Esto podría interpretarse como un intento institucional de contener la crisis sin recurrir a internamientos prolongados, lo cual se alinea con las recomendaciones del autor. No obstante, el hecho de que solo el 14.2% de los pacientes estuviera en psicoterapia al momento del ingreso y que un porcentaje importante (38.1%) tuviera antecedentes de abandono terapéutico, refuerza la idea de que la falta de continuidad en el tratamiento ambulatorio podría estar alimentando un patrón de reingresos evitables⁴². Esto refuerza además la falta de disponibilidad de psicoterapias enfocadas en estos pacientes.

Este fenómeno ya ha sido discutido ampliamente en la literatura, tanto en el marco teórico de esta tesis como en revisiones internacionales, donde se ha identificado que la hospitalización sin un adecuado seguimiento terapéutico puede convertirse en una estrategia de manejo inefectiva, e incluso contraproducente a largo plazo^{61,62}. En este sentido, resulta crucial repensar el papel de la hospitalización como un recurso que debe ser utilizado con criterio, acompañada de intervenciones integrales y planes de seguimiento sólidos que prioricen la estabilidad emocional del paciente fuera del entorno hospitalario.

Tratamiento farmacológico

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de TLP recibía múltiples medicamentos, con una frecuencia de 2 fármacos por paciente. En particular, el 100% de los casos recibían al menos un psicofármaco, siendo los antidepresivos y antipsicóticos los más frecuentemente prescritos. Este patrón sugiere una alta prevalencia de polifarmacia, lo cual también fue reportado en estudios internacionales, como el de Gartlehner et al. (2021), quienes hallaron que hasta el 96% de los pacientes con TLP recibían al menos un medicamento psicotrópico, y cerca del 20% tomaban cuatro o más fármacos simultáneamente⁶³.

Este uso intensivo de fármacos se produce a pesar de que ningún medicamento está aprobado específicamente para el tratamiento del TLP, como también lo advierten múltiples guías clínicas. De hecho, las principales recomendaciones clínicas señalan que la psicoterapia específica para TLP debe ser la primera línea de tratamiento, y que el uso de medicamentos debe ser reservado para síntomas comórbidos o crisis puntuales^{48,63}. De ahí la importancia de la búsqueda de comorbilidades como objetivo principal en nuestro estudio.

En la población estudiada, solo el 14.2% de los pacientes se encontraba en psicoterapia al momento del ingreso. Este dato cobra especial relevancia al considerar que estudios como el de Pascual et al. (2023) subrayan que la farmacoterapia, si bien es común, debería utilizarse únicamente como complemento de la psicoterapia especializada, y nunca como sustituto⁴⁸. La ausencia de psicoterapia regular en esta

muestra pudiera justificar los esfuerzos institucionales por manejar a nuestros pacientes con las herramientas disponibles, además de que en nuestro medio es difícil el acceso a psicoterapia especializada para este tipo de padecimientos incluso en el sector privado. Además, puede haber un sesgo en las omisiones del registro en expediente de este dato, siendo relevante preguntarlo intencionadamente en nuestros pacientes.

En cuanto al tipo de fármacos utilizados, en esta muestra se identificó un uso predominante de antidepresivos, antipsicóticos y neuromoduladores, lo cual es coherente con lo descrito en la literatura internacional. Según Gartlehner et al. (2021), si bien algunos medicamentos pueden aliviar síntomas como impulsividad o labilidad afectiva, su efectividad general es limitada y la evidencia disponible es de baja calidad⁶³. De manera similar, Pascual et al. (2023) alertan sobre el uso frecuente de benzodiazepinas en este tipo de pacientes, pese a que se desaconsejan por su potencial de dependencia y desinhibición conductual ⁴⁸ respecto a nuestros hallazgos es bajo el porcentaje de uso en nuestra institución, eso refuerza que nuestra institución realiza esfuerzos por apegarse a las guías de tratamiento en la medida de lo posible.

Por otro lado, el marco teórico consultado también sostiene que el uso de múltiples psicofármacos puede ser una respuesta clínica a la comorbilidad frecuente en el TLP (como trastornos afectivos, de ansiedad, de la conducta alimentaria o consumo de sustancias), pero que la psicoterapia sigue siendo el tratamiento más efectivo para el núcleo sintomático del TLP, particularmente intervenciones como la DBT o la MBT⁴⁶.

Estos hallazgos, tanto de esta tesis como de la literatura reciente, coinciden en la necesidad de evitar la medicación excesiva del TLP y de fomentar la implementación y el acceso a psicoterapia especializada, adaptada a las necesidades de estos pacientes. Asimismo, refuerzan la importancia de revisar críticamente los esquemas de tratamiento farmacológico, evaluando su efectividad real, los efectos secundarios y su utilidad dentro de un abordaje integral.

Factores clínicos relevantes

Los resultados de este estudio reflejan con claridad la alta carga clínica de los pacientes con TLP hospitalizados en el CAISAME León. En particular, se observó que los pacientes presentaban de 1 a 3 **intentos suicidas**, con algunos llegando hasta 30. Esta cifra coincide con lo documentado en el marco teórico, donde se reconoce que entre el 60 y 70% de las personas con TLP realizan intentos suicidas, siendo este uno de los principales motivos de hospitalización. Estudios longitudinales han confirmado que hasta un **10% de los pacientes con TLP terminan muriendo por suicidio**, subrayando la gravedad de este síntoma como parte del cuadro clínico⁵⁹.

Por otro lado, el **antecedente de abuso sexual** estuvo presente en el 40.7% de los casos (46 de 113 pacientes), lo cual es consistente con lo mencionado por Linehan y Zanarini, quienes consideran el abuso infantil, particularmente sexual, como uno de los factores de riesgo más prevalentes y significativos en la etiología del TLP^{64,65}. Este tipo de experiencias adversas en la infancia ha sido asociado no solo al desarrollo del trastorno, sino también a mayores niveles de impulsividad, disociación y conductas autolesivas.

En cuanto al **consumo de sustancias**, 84 pacientes (74.3%) presentaron antecedentes de consumo de sustancias o descripción de algún patrón de consumo actual o previo, pese a que no todos contaban con un diagnóstico codificado. Esta observación es importante, ya que evidencia la subestimación clínica del consumo en pacientes con TLP. El artículo de Jacobi et al. (2021) muestra que los trastornos por consumo de sustancias tienen una **asociación estadísticamente significativa con el TLP**, lo que implica una probabilidad más de cinco veces mayor de presentar estos trastornos en personas con TLP que en la población general ⁶⁶. Si bien en las comorbilidades psiquiátricas se aborda de forma más concreta, este especificador diagnóstico se utilizó con la finalidad de no desechar los datos obtenidos en los patrones de consumo consignados, ya que, si bien se describen, no se consigna un diagnóstico de ICD-10 en el expediente por lo que este es un sesgo importante y pudieran los diagnósticos de consumo de sustancias ser mucho mayores en nuestra

población. La literatura resalta que la impulsividad asociada al TLP favorece este tipo de conductas, y que el consumo de sustancias agrava el pronóstico, disminuyendo la adherencia y aumentando los riesgos⁵⁶.

Además, el 64.6% de los pacientes reportó **autolesiones**, conducta ampliamente reconocida como criterio diagnóstico central del TLP. La literatura revisada, incluyendo estudios de seguimiento longitudinal, destaca que estas conductas son tanto una forma de regulación emocional como una señal de elevado riesgo suicida⁵⁹. También se observó que solo el 15.9% de los pacientes había recibido **tratamiento psiquiátrico antes de los 18 años**, pese a que, como indican múltiples estudios, el TLP frecuentemente **se manifiesta en la adolescencia**, y una intervención temprana puede reducir la gravedad del curso clínico^{25, 46, 52}.

La edad media de diagnóstico en esta muestra fue de **27.8 años**, lo cual podría sugerir un **retraso en la identificación formal del trastorno**. Este fenómeno ha sido descrito anteriormente y se ha atribuido tanto a estigmas clínicos como a la falta de formación específica para el diagnóstico en etapas tempranas.

Respecto a las **comorbilidades médicas**, el 52.2% de los pacientes presentó al menos una condición física adicional, el 28.32% presentaba sobrepeso y el 26.55% obesidad, lo que podría estar relacionado con los efectos metabólicos de algunos psicofármacos y el impacto de los hábitos de vida en estos pacientes. Este hallazgo coincide con los resultados de Jacobi et al. (2021), quienes encontraron que los pacientes con TLP tienen una alta prevalencia de enfermedades como **obesidad, asma, enfermedades hepáticas, gastrointestinales y cardiovasculares**, así como un estilo de vida que conlleva altos niveles de riesgo físico⁶⁶. Dichas comorbilidades impactan negativamente en la calidad de vida, aumentan el costo de atención médica y contribuyen a la **reducida esperanza de vida** que se observa en esta población, estimada entre **5 y 9 años menos** que en la población general.

Uno de los hallazgos relevantes en esta investigación fue que el 54.9% mencionaron antecedentes de familiares con consumo de sustancias y 40.7% con trastornos del eje I. Este dato cobra importancia cuando se considera el creciente cuerpo de evidencia

que respalda el rol de los factores genéticos y familiares en la aparición del TLP. El marco teórico tradicionalmente ha reconocido que, aunque el TLP tiene una base ambiental importante (como el trauma infantil o el abandono parental), también existe una susceptibilidad biológica heredada, especialmente relacionada con la impulsividad, la disforia afectiva y la inestabilidad emocional⁴⁶.

En un estudio clásico de Silverman et al. (1991), se observó que los familiares de primer grado de pacientes con TLP tienen un riesgo significativamente mayor de presentar rasgos de personalidad afectivos e impulsivos que los familiares de pacientes con otros trastornos de la personalidad o esquizofrenia⁶⁷. Este hallazgo sugiere un patrón específico de transmisión familiar de ciertas características nucleares del TLP, más allá de lo que se ve en otros trastornos psiquiátricos. En nuestro estudio lo reportado sobre el Eje II en la heredabilidad es bajo, por lo que se enfatiza en que en nuestra institución probablemente no se están preguntando de forma intencionada.

Stone (2019) recomienda incluir una historia familiar detallada en toda evaluación inicial de pacientes con sospecha de TLP, particularmente en busca de antecedentes de trastornos del estado de ánimo, bipolaridad, TDAH o TLP en familiares cercanos, dado que muchos pacientes presentan una mezcla de vulnerabilidades genéticas y factores ambientales adversos⁶⁸. Esta interacción ha llevado a proponer modelos mixtos donde el TLP se desarrolla a partir de una base biológica que se activa en entornos psicosociales disfuncionales.

Comorbilidades psiquiátricas

Finalmente, el 93.8% de los pacientes presentaba al menos una comorbilidad psiquiátrica. Los trastornos depresivos, de ansiedad, por consumo de sustancias y alimentarios fueron los más frecuentes. Este hallazgo es consistente con estudios como el de Leichsenring et al., quienes subrayan que el TLP raramente se presenta de forma aislada y que la presencia de múltiples diagnósticos complica tanto la evaluación como el tratamiento ⁵². La comorbilidad está asociada a mayor deterioro funcional, aumento de la cronicidad y mayor necesidad de hospitalización, lo cual

refuerza la necesidad de abordajes integrales, personalizados y multimodales en esta población.

El trastorno depresivo mayor se destacó como una de las comorbilidades más frecuentes en esta muestra (54.0% grave, 9.7% moderado). Esto coincide con lo reportado en estudios epidemiológicos, donde se estima que más del 83% de los pacientes con TLP presentan episodios depresivos mayores a lo largo de su vida²³. Esta relación puede deberse tanto a la reactividad emocional propia del TLP como a los efectos acumulativos del rechazo interpersonal, la autoimagen negativa y los episodios traumáticos. La sintomatología depresiva tiene que buscarse intencionadamente en nuestra población, siendo lo prioritario de acuerdo con los hallazgos.

Los trastornos de ansiedad, en particular ansiedad generalizada, también fueron altamente frecuentes (10.6%) cercano a lo reportado en la bibliografía en el marco teórico ²⁹. Tomko et al. encontraron que la tasa de comorbilidad con trastornos de ansiedad supera el 80%, lo cual contribuye al deterioro funcional y la necesidad de hospitalización frecuente en estos pacientes⁵⁰. Esta combinación de TLP y ansiedad se asocia a mayores niveles de disociación, conductas evitativas y conductas autodestructivas.

En cuanto a los trastornos por uso de sustancias, más de la mitad de la muestra presentó patrones de consumo problemático, aunque no todos con codificación diagnóstica, el 23.0% presentó una dependencia al consumo de tabaco y el 10.6% al consumo de alcohol en los cuales si se realizó codificación. Estudios como los de Goodman y Gupta han subrayado que la impulsividad inherente al TLP aumenta el riesgo de desarrollar adicciones, siendo una de las comorbilidades con mayor impacto negativo en el pronóstico clínico y funcional ^{56,59}. Respecto a lo mencionado el marco teórico aproximadamente el 70% de estos pacientes presentan una comorbilidad con consumo³⁶, siendo las principales sustancias (alcohol y tabaco) con lo encontrado en nuestro estudio, probablemente siendo más bajas por la pobre codificación diagnóstica.

También se observaron trastornos de la conducta alimentaria (5.3% siendo los no especificados y la bulimia nervosa) pero siendo muy bajos respecto a lo comentado en el marco teórico, 50% de los pacientes hospitalizados ³⁷. Estos síntomas, además de compartir un núcleo impulsivo, cumplen una función de regulación emocional en muchos pacientes. El metaanálisis realizado por Anestis et al. sugiere que la baja tolerancia al malestar es un factor compartido clave en el TLP, los trastornos alimentarios y el abuso de sustancias ⁶⁹. Esto resalta la importancia de buscarse más intencionadamente por dichos factores compartidos.

Cabe resaltar respecto al eje II y otros trastornos de personalidad el porcentaje fue muy bajo 2.7%, siendo un poco más alto en los reportado en el marco teórico 15.4 y 16% para el trastorno antisocial y dependiente respectivamente ³⁹. Esto pudiese también deberse que no se codifican frecuentemente en nuestro hospital.

Respecto a la discapacidad intelectual se reportó en el 2.7% de los pacientes, siendo complicado el diagnóstico debido a que ambos trastornos (TLP y discapacidad intelectual), comparte criterios y una superposición sintomática significativa. Si bien es controversial, en algunos artículos lo reportan con ejemplos clínicos y pudieran tener un peor pronóstico funcional y dificultades en su tratamiento⁷⁰. Consideramos puede tratarse de casos en los que el TLP es tan grave y disfuncional que estos pacientes impresionan con una limitación cognitiva importante.

Cabe destacar que la presencia de múltiples comorbilidades aumenta la complejidad del abordaje clínico, ya que puede generar interferencias en la psicoterapia, mayor necesidad de intervenciones farmacológicas y mayores tasas de abandono del tratamiento. Además, estos pacientes suelen tener un deterioro más severo en el funcionamiento ocupacional, interpersonal y emocional, lo que incrementa los costos en salud y reduce su calidad de vida.

En este sentido, se hace necesario el desarrollo de planes de tratamiento integrales y personalizados, que no solo aborden los síntomas nucleares del TLP, sino también las patologías concomitantes. La literatura actual insiste en la necesidad de intervenciones terapéuticas multifacéticas que combinen abordajes basados en la evidencia,

intervenciones psicosociales y programas de continuidad del tratamiento para mejorar el pronóstico a largo plazo ^{52,48}.

Hallazgos y comparaciones

Como se expone en el marco teórico, diversos estudios han reportado una alta comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (correspondiente al TLP), con prevalencias que oscilan entre el 30% y el 70% ³¹. Sin embargo, en nuestra muestra, el porcentaje de pacientes con diagnóstico de TEPT fue significativamente más bajo (4.4%).

Ante esta discrepancia, se decidió realizar un análisis comparativo considerando la variable antecedente de abuso sexual, ya que en nuestra población se encontró una frecuencia elevada del 40.7%, dato altamente consistente con la literatura (que reporta rangos entre el 40% y 70%) ³². Esta relación es relevante debido a que tanto el TEPT como el TLP comparten un origen ambiental común, particularmente en experiencias traumáticas durante la infancia.

En el análisis se identificó que todos los pacientes con diagnóstico de TEPT presentaban antecedentes de abuso sexual, diferencia que resultó estadísticamente significativa. Este hallazgo subraya la necesidad de que en esta población se implemente una evaluación clínica más dirigida e intencionada respecto al trauma, incluyendo el uso de instrumentos de tamizaje y escalas diagnósticas específicas para TEPT. Esto permitiría detectar sintomatología no reconocida previamente, así como establecer intervenciones terapéuticas más adecuadas, ya que de no encontrarse se tiene limitación en el tratamiento y pronóstico de los pacientes.

Además, se elaboró una tabla comparativa que evidencia que los siete pacientes del estudio que no presentan comorbilidades psiquiátricas reciben entre dos y tres tratamientos farmacológicos, y ninguno se encontraba en psicoterapia al momento del ingreso. Este hallazgo refleja los esfuerzos institucionales por brindar atención con los recursos disponibles; sin embargo, también pone de manifiesto las limitaciones en el acceso a terapias dirigidas, lo cual subraya la importancia de realizar una evaluación

clínica más profunda que permita identificar síntomas subclínicos o criterios diagnósticos adicionales que orienten hacia posibles comorbilidades. De esta forma, sería posible establecer estrategias terapéuticas más individualizadas y efectivas.

CONCLUSIONES

1. **Presencia elevada de comorbilidades psiquiátricas**

El presente estudio confirma que los pacientes hospitalizados con diagnóstico de TLP presentan una alta frecuencia de comorbilidades psiquiátricas, siendo los trastornos depresivos, de ansiedad y por consumo de sustancias (alcohol y tabaco) los más importantes. Estos hallazgos concuerdan con la evidencia científica internacional, que señala que la gran mayoría de los individuos con TLP presentan al menos un diagnóstico comórbido adicional.

Los estudios son limitados en población mexicana y latinoamericana, siendo un parteaguas para conocer las características de estos pacientes en estos entornos, la importancia esta evidenciada por las discordancias en los estudios realizados en otras partes del mundo. Esto puede ayudar a orientar estrategias no solo en la institución si no en poblaciones similares en nuestro país y región.

2. **Implicaciones diagnósticas y terapéuticas**

La coexistencia de múltiples trastornos psiquiátricos complica el abordaje clínico del TLP, al afectar tanto la severidad del cuadro como la respuesta al tratamiento. Este hecho subraya la necesidad de implementar protocolos de evaluación integral desde el ingreso hospitalario, que permitan identificar tempranamente dichas comorbilidades y ajustar el plan terapéutico de manera individualizada. Como ya se mencionó en la comparación hecha con el diagnóstico de TEPT, debemos buscar intencionadamente este tipo de diagnósticos desde su ingreso.

3. **Caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra**

Los hallazgos del estudio revelan un perfil predominante de pacientes mujeres, jóvenes, con antecedentes de trauma infantil, disfunción familiar y conductas autolesivas. Este perfil es coherente con los factores de riesgo descritos en la literatura y refuerza la importancia de considerar las variables

sociodemográficas y clínicas en la planificación del tratamiento y pronóstico del TLP.

4. Relevancia de los factores psicosociales y antecedentes familiares

Se identificó una asociación significativa entre el TLP y antecedentes de abuso sexual, problemas en el núcleo familiar y presencia de trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado. Estos factores, además de su relevancia clínica, deben ser considerados como indicadores pronósticos clave y elementos prioritarios en las estrategias de prevención y atención temprana.

5. Uso de psicofármacos y necesidad de psicoterapia estructurada

El estudio evidenció una alta frecuencia en el uso de múltiples psicofármacos durante la hospitalización, esto pudiese asociarse a los esfuerzos por la institución y el área psiquiátrica de realizar intervenciones eficaces basados en la neurobiología y debiéndose utilizar al dirigirse con el diagnóstico del alguna comorbilidad. Aunque la farmacoterapia es una herramienta útil para el manejo sintomático, la literatura actual enfatiza que su eficacia es limitada si no se acompaña de intervenciones psicoterapéuticas estructuradas. Por tanto, se hace necesario reforzar los recursos institucionales en el área psicoterapéutica.

6. Aportes institucionales y líneas futuras de investigación

Este trabajo proporciona una caracterización clínica y sociodemográfica detallada de los pacientes con TLP hospitalizados en el CAISAME León, lo que representa un insumo valioso para la toma de decisiones clínicas, el diseño de estrategias de intervención más efectivas y la optimización de recursos. Asimismo, sienta las bases para futuras investigaciones orientadas al análisis longitudinal del curso clínico y a la evaluación de la eficacia terapéutica en esta población específica.

Dentro de lo que se plantea es que, en un futuro muy próximo, se reajusten los protocolos con estos pacientes y se capacite al personal para realizar

intervenciones psicoterapéuticas efectivas y con evidencia, a la par con el manejo psiquiátrico, así como la optimización de recursos y otorgar a nuestros pacientes un tratamiento ampliamente dirigido a este diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 4(1).
2. Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet*, 398(10310), 1528–1540.
3. Secretaría de Salud. (s/f). Gob.mx. (2018).
4. Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583–593
5. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1989;30(2):149–56.
6. Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 245–252.
7. Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. S., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545.
8. Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 245–252.
9. Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C. (2012). The course of anxiety disorders other than PTSD in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 10-year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 804–814.
10. Zanarini, M. C., Hörz, S., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2011). The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects: The 10-year course of PTSD in BPD patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 349–356.
11. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia 2018.
12. Torres de Galvis Y. Costos asociados con la salud mental. *Rev. Cienc. salud* [Internet]. 24 de mayo de 2018 [citado 21 de octubre de 2024];16(2):182-7.

13. McAdams DP, Olson BD. Personality development: Continuity and change over the life course. *Annu Rev Psychol.* 2010;61:517-42.
14. Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *J Pers Disord.* 2008;22(1):4-21.
15. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, Bellino S. Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics (Basel).* 2021;11(11):2142.
16. Filion Quenneville A, Kalogeropoulou E, Küng AL, Hasler R, Nicastro R, Prada P, Perroud N. Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res.* 2019;112688.
17. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Rev Med Chile.* 2014;142(2):204-10.
18. Ha C, Balderas J, Zanarini M, Oldham J, Sharp C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(5)
19. Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Thompson KN. Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(25).
20. Whewell P, Ryman A, Bonanno D, Heather N. Does the ICD-10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder? *Br J Med Psychol.* 2000;73(4):483-94.
21. Pan B, Wang W. Practical implications of ICD-11 personality disorder classifications. *BMC Psychiatry.* 2024;24(1):191
22. Tyrer P, Mulder R, Crawford M, Newton-Howes G, Simonsen E, Ndeti D, et al. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry.* 2010;9(1):56-60.
23. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord.* 2014;28(5):734-50.
24. Oviedo GF, Gómez-Restrepo C, Rondón M, Borda Bohigas JP, Tamayo Martínez N. Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta

- colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat.* 2016;45(2)
25. Rao S, Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australas Psychiatry.* 2019;27(5):1-5.
 26. Beatson JA, Rao S, Watson C. Depression and borderline personality disorder. *Med J Aust.* 2012;1(Suppl 4):24-27.
 27. Zeng R, Cohen LJ, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yaseen ZS, et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression, and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res.* 2015;226(2-3):361-7.
 28. Bayes A, Parker G, Paris J. Differential diagnosis of bipolar II disorder and borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(9):125.
 29. Qadeer Shah A, Prasad D, Caropreso L, Frey BN, de Azevedo Cardoso T. The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2023 Aug;164:304-314.
 30. Quenneville AF, Kalogeropoulou E, Küng AL, Hasler R, Nicastro R, Prada P, Perroud N. Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2019;112688.
 31. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2021 May 6;8(1):16.
 32. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry.* 2004;161(11):2108-14.
 33. Amad A, Radua J, Vaiva G, Williams SCR, Fovet T. Similarities between borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder: Evidence from resting-state meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019 Jul 29;105:52-59.
 34. Schore AN. Stress, the brain, and trauma spectrum disorders. *Stress.* 2012;15(1):11-20.
 35. Nunes A, Rea K, Sweeney C, Leonard BE. Inflammation, anxiety, and stress in bipolar disorder and borderline personality disorder: A narrative review.

36. Kienast T, Stoffers J, Bempohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(16):280-6. doi: 10.3238/arztebl.2014.0280.
37. Newton JR. Borderline personality disorder and eating disorders: a trans-diagnostic approach to unravelling diagnostic complexity. *Australas Psychiatry.* 2019;27(6):573-75.
38. Zanarini MC, Reichman CA, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Int J Eat Disord.* 2010;43(3):226-32.
39. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102(4):256-264.
40. Bozzatello P, Rocca P, De Rosa ML, Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? *Expert Opin Pharmacother.* 2019;20(11):1-13.
41. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Pereira Ribeiro J, Kongerslev MT, Völlm BA, Mattivi JT, et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;11
42. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(8).
43. Bales DL, Timman R, Andrea H, Busschbach JJ, Verheul R, Kamphuis JH. Effectiveness of Day Hospital Mentalization-Based Treatment for Patients with Severe Borderline Personality Disorder: A Matched Control Study. *Clin Psychol Psychother.* 2015;22(5):409-417.
44. Riffer F, Farkas M, Streibl L, Kaiser E, Sprung M. Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2019;23(4):258-265.
45. Qian X, Townsend ML, Tan WJ, Grenyer BFS. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLoS One.* 2022;17(12)

46. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(6):223.
47. Alvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., Bauzà, J., & Pascual, J. C. (2017). Long-term course of borderline personality disorder: A prospective 10-year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 590–605.
48. Pascual, J. C., Arias, L., & Soler, J. (2023). Pharmacological management of borderline personality disorder and common comorbidities. *CNS Drugs*, 37(6), 489–497.
49. Crawford, M. J., Kakad, S., Rendel, C., Mansour, N. A., Crugel, M., Liu, K. W., Paton, C., & Barnes, T. R. E. (2011). Medication prescribed to people with personality disorder: the influence of patient factors and treatment setting: Medication prescribed to people with personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 396–402.
50. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Clin Psychol*. 2014;70(3):253–267.
51. Converti M, Piras P, Suprani F, Manchia M, Fiorillo A, Carpiniello B. Mental health in transgender individuals: a systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2022;34(3-4):292–359.
52. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024;23(1):4–25.
53. Ociskova M, Prasko J, Hodny F, Holubova M, Vanek J, Minarikova K, et al. Black & white relations: Intimate relationships of patients with borderline personality disorder. *Neuroendocrinol Lett*. 2023;44(5):321–331.
54. Greer H, Cohen JN. Partners of individuals with borderline personality disorder: A systematic review of the literature examining their experiences and the supports available to them. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018;26(4):185–200.

55. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2004;364(9432):453-461.
56. Gupta N, Gupta M, Madabushi JS, Zubiar F. Integrating psychosocial risks with emerging evidence for borderline personality disorders in adolescence: An update for clinicians. *Cureus*. 2023;15(6):e40295.
57. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2013;12(3):136-140.
58. Berenson KR, Downey G, Rafaeli E, et al. Rejection sensitivity and executive control: Mapping individual differences in social perception and emotion regulation. *J Pers Soc Psychol*. 2009;97(3):765-780.
59. Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J. Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(1):79–85.
60. Hong V. Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Harv Rev Psychiatry*. 2016.
61. Paris J. The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology and outcome. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:277–98.
62. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2024 Nov 1;181(11):1024-1028.
63. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, et al. Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*. 2021;35(10):1053–1067.
64. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
65. Zanarini MC, et al. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. 2000;45(4):369–75.
66. Jacobi F, Grafiadeli R, Volkmann H, Schneider I. Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität. *Der Nervenarzt*. 2021.

67. Silverman J, Pinkham L, Horvath T, et al. Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1991;148(10):1378–85.
68. Stone MH. Borderline personality disorder: Clinical guidelines for treatment. *Psychodyn Psychiatry*. 2019;47(1):5–26.
69. Anestis MD, Lavender JM, Marshall-Berenz EC, Gratz KL. Distress tolerance as a transdiagnostic construct relevant to borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2012;26(4):680–694.
70. Hossain MD, Alzahrani B, Ghaffar A, Hossain MA, Copeland J. Personality disorders in patients with intellectual disability. *Innov Clin Neurosci*. 2022;19(7–9):17–21.

ANEXOS

- **ANEXO I (Carta de confidencialidad)**
- **ANEXO II (Autorización para uso de expedientes clínicos)**

CARTA CONFIDENCIALIDAD

León, Gto., a 01 de diciembre de 2024

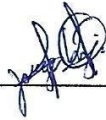
Yo Jorge Luis Alvizo García residente del Centro de Atención Integral a la salud Mental de León en posición de investigador, hago constar, en relación con el protocolo con folio ISAPEG PR0239 titulado: **COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP) EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN CAISAME EN EL AÑO 2023**

que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como investigador/a, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución de este.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal de Guanajuato I, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Atentamente

Jorge Luis Alvizo García





CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN

Blanca Estela López Godínez
Jefa de Estadística y Archivo Clínico

León Guanajuato A 15 de enero de 2025

En atención al Doctor **José Alfredo Juárez González** subdirector Médico.

Por este medio solicito la información y acceso a los expedientes clínicos para el protocolo de investigación con el título **COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP) EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN CAISAME EN EL AÑO 2023** el cual ha sido aprobado por el comité de ética y el comité de investigación ambos de esta unidad hospitalaria y con folio ISAPEG **PR0239**.

La información requerida por parte de estadística son los pacientes egresados con diagnóstico de egreso (F60.3 trastorno de la personalidad límite de 18 a 59 años, de las áreas de UCyLEM y UCEH en el periodo de 01 de enero de 2023 a 31 de diciembre de 2023), además de tener acceso a los expedientes para la recopilación de información en los meses de enero y febrero de 2024 por parte del servicio de archivo clínico.

Sin más por el momento, envío un cordial saludo y de antemano mi agradecimiento.

ATENTAMENTE

Juárez
20/01/25

[Signature]

Dr. Jorge Luis Alvizo García
Médico residente de cuarto año de Psiquiatría

*Recibido
16/01/25
[Signature]*