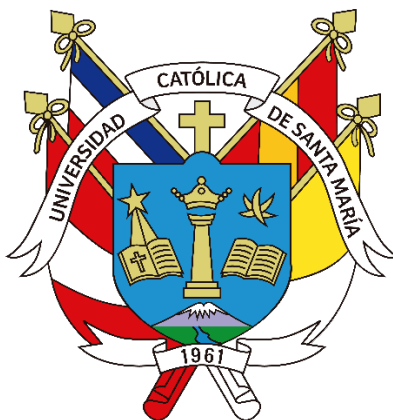


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**Niveles de impulsividad y su asociación con la comorbilidad psiquiátrica en  
pacientes diagnosticados con trastorno de inestabilidad emocional de la  
personalidad de tipo límite en el Servicio de Psiquiatría del Hospital  
Regional Honorio Delgado Espinoza, enero a febrero de 2024**

Tesis presentada por los Bachilleres:

**Campos Ramos, Ana Lucía**

**ORCID: 0009-0000-2114-4837**

**Reyes Delgado, Diego Alonso**

**ORCID: 0009-0001-3774-6899**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

**Dr. Miranda Pinto, Alejandro Ruthbaldo**

**ORCID: 0000-0001-9579-6619**

**Arequipa - Perú**

**2024**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 08 de Marzo del 2024

**Dictamen: 011440-C-EPMH-2024**

Visto el borrador del expediente 011440, presentado por:

**2016172031 - REYES DELGADO DIEGO ALONSO**

**2017400042 - CAMPOS RAMOS ANA LUCIA**

Titulado:

**NIVELES DE IMPULSIVIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA  
PERSONALIDAD DE TIPO LÍMITE EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA, ENERO A FEBRERO DE 2024**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29690684 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA  
DICTAMINADOR**



**29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO  
DICTAMINADOR**



**29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL  
DICTAMINADOR**



# Niveles de impulsividad y su asociación con la comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite en el Servicio de Psiqui

## ORIGINALITY REPORT

4%

SIMILARITY INDEX

4%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1

[hdl.handle.net](https://hdl.handle.net)

Internet Source

1%

2

[es.scribd.com](https://es.scribd.com)

Internet Source

1%

3

[1library.co](https://1library.co)

Internet Source

1%

4

Submitted to Universidad Católica de Santa María

Student Paper

1%

5

[ri.ues.edu.sv](https://ri.ues.edu.sv)

Internet Source

1%

Exclude quotes Off

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography Off

## DEDICATORIA

A mis padres, Sandra Delgado Nakayabu y Yimi Reyes Moreno, por su amor y apoyo incondicional, por todo el esfuerzo y sacrificio que me ha permitido alcanzar este sueño tan anhelado. Soy lo que soy gracias a su influencia y dedicación; mi mayor deseo es continuar siendo motivo de su orgullo.

A mi abuelo Miguel Delgado Lazo, quién me brindó su apoyo y su sabiduría durante mi niñez y juventud, se que estaría orgulloso de verme culminar mi carrera universitaria, así como lo estuvo cuando ingresé. Parte de mis logros se lo debo a él.

A todas mis mascotas, quienes fueron mi soporte y compañía en los buenos y difíciles momentos de mi vida.

A la Clínica Arequipa, la cual fue sede de internado, donde tuve el privilegio de conocer a profesionales y amigos excepcionales. Ellos jugaron un rol crucial en mi formación académica y personal.

También, extendo mi agradecimiento a mis pacientes que depositaron su confianza en mí durante mi período de internado. Su confianza fue una motivación constante para profundizar mis estudios y expandir mi conocimiento, con el fin de continuar brindando ayuda a quienes lo necesitan.

Finalmente, estoy profundamente agradecido con Dios por haberme otorgado vida y salud, permitiéndome completar mi carrera universitaria y por guiar cada uno de mis pasos en la vida.

A todos y cada uno de ellos va dedicada mi tesis.

*Diego Alonso Reyes Delgado*

## DEDICATORIA

A mis padres Lucia Ramos y Edwing Campos, quienes con su apoyo constante y sus sabios consejos me motivaron a seguir adelante a lo largo de mi carrera, pese a los desafíos que se presentaron en el camino, realmente sin ellos no hubiera logrado culminar mis propósitos.

A mi querido hermano Edwing Jesús Campos, por ser un gran ejemplo de perseverancia, dedicación y esfuerzo en la formación de su carrera profesional lo que le permitió alcanzar sus objetivos y metas en poco tiempo, siendo para mí una motivación constante para esforzarme día a día.

A mis compañeros, entrañables amigos que fui conociendo en el transcurso de mi formación académica desde los primeros años, así como al finalizar la carrera con el Internado Médico, de manera especial a Luchita Rejas, por haber sido una gran co-interna y verdadero apoyo cuando nos tocó enfrentar situaciones críticas en el hospital, pero que supimos solucionar sabiamente.

A mi querido Hospital Honorio Delgado, que fue mi casa de formación de Internado Médico siendo la última etapa de mi carrera profesional, donde tuve el privilegio de conocer y aprender de grandes doctores, quienes se convirtieron en excelentes tutores que supieron guiar nuestro aprendizaje en las diferentes especialidades clínicas.

A nuestras pacientes que colaboraron de manera proactiva con nuestro estudio, sin ellas no hubiese sido posible la elaboración de nuestro trabajo de investigación.

Siempre agradecer a Dios, por darme la posibilidad de vivir y mantenerme saludable hasta concluir mi formación universitaria, y por orientar cada uno de los pasos que doy en mi vida.

A todos y cada uno de ellos va dedicada mi tesis.

*Ana Lucía Campos Ramos*

## AGRADECIMIENTO

Ambos queremos agradecer:

- A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, por abrírnos las puertas y brindarnos la formación necesaria para ser Médicos Cirujanos.
- A nuestros catedráticos y docentes, por dedicar su tiempo, compartir sus saberes y motivarnos en la elaboración de esta investigación.
- Al Hospital Regional Honorio Delgado, por darnos la oportunidad de permitírnos realizar nuestra tesis en el Servicio de Psiquiatría.
- A los participantes de la investigación, nuestros pacientes, quienes dispusieron parte de su tiempo, sin ellos no hubiera sido posible hacer este trabajo de investigación.
- A nuestro asesor y a los miembros del jurado, por su colaboración y por contribuir al éxito de este proyecto de investigación.

## RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por ser un conjunto diverso y complejo de síntomas, difícil de definir, con una amplia gama de manifestaciones clínicas y conductuales. Esta condición se destaca principalmente por una inestabilidad significativa en las relaciones interpersonales, y está frecuentemente vinculada con comportamientos suicidas, representando la segunda causa más común de fallecimientos a nivel global entre individuos de 15 a 29 años. Además, es común que las personas con este trastorno experimenten una o varias condiciones psiquiátricas adicionales.

Esta investigación tuvo como objetivo principal describir los niveles de impulsividad y su asociación con la comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.

La metodología empleada fue la recolección de datos mediante encuestas utilizando la escala de Barratt BIS-11, los cuales fueron procesados a través de una matriz al programa estadístico R para realizar el análisis descriptivo e inferencial.

Los resultados permiten señalar que la mayor cantidad de los pacientes incluidos eran del sexo femenino (91.1%) y presentaban una edad entre los 18 y 21 años. Se encontró que una mayor proporción de pacientes con depresión mayor que tenían niveles de impulsividad más altos (63.3%) mientras que los que no tenían trastorno de ansiedad fóbica tenían niveles más altos de impulsividad (55.8%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.044$ ).

Se concluye que existe una correlación directa y estadísticamente significativa entre depresión mayor asociada a niveles altos de impulsividad en pacientes con trastorno límite de personalidad en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Enero-Febrero 2024.

**Palabras clave:** Trastorno límite de la personalidad, Niveles de impulsividad, comorbilidad psiquiátrica.

## ABSTRACT

Borderline personality disorder is characterized by a diverse and complex set of symptoms, difficult to define, with a wide range of clinical and behavioral manifestations. This condition is primarily noted for significant instability in interpersonal relationships, and is frequently linked to suicidal behavior, representing the second most common cause of death globally among individuals aged 15-29 years. In addition, it is common for people with borderline personality disorder to experience one or more additional psychiatric conditions in addition to the primary disorder.

Therefore, this research aimed to describe the levels of impulsivity and its association with psychiatric comorbidity in patients diagnosed with borderline emotional instability personality disorder.

The methodology used was the collection of data through surveys using the Barratt BIS-11 scale, which were processed through a matrix in the R statistical program to perform the descriptive and inferential analysis.

The results show that most of the patients included were female (91.1%) and were aged between 18 and 21 years. A higher proportion of patients with major depression were found to have higher levels of impulsivity (63.3%) while those without phobic anxiety disorder had higher levels of impulsivity (55.8%). These differences were statistically significant ( $p=0.044$ ).

It is concluded that there is a direct and statistically significant correlation between major depression associated with high levels of impulsivity in patients with borderline personality disorder at the Honorio Delgado Espinoza Hospital January-February 2024.

**Keywords:** Borderline personality disorder, Levels of impulsivity, psychiatric comorbidity.

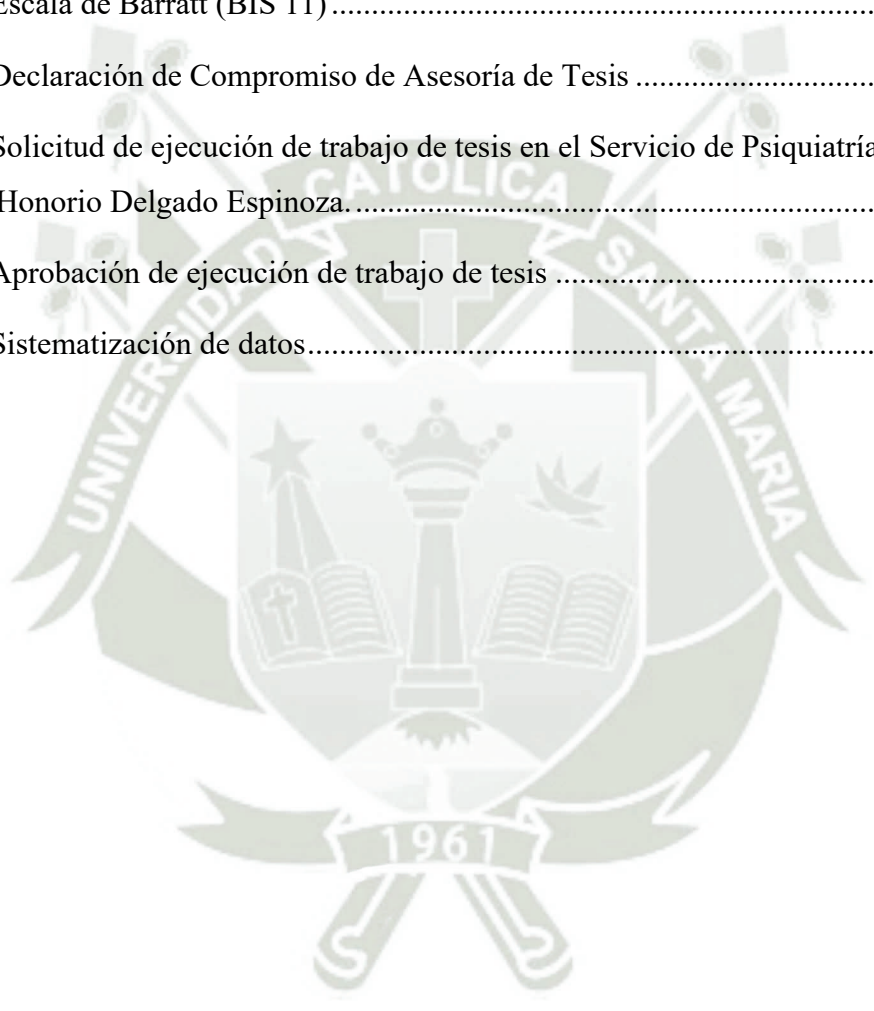
## ÍNDICE

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: .....	4
1.1. Enunciado del Problema:.....	4
1.2. Descripción del problema.....	4
1.2.1. Área de Conocimiento:.....	4
1.2.2. Análisis de Variables:.....	4
1.2.3. Interrogantes básicas .....	5
1.2.4. Tipo de investigación: .....	5
1.3. Justificación del Problema:.....	5
1.3.1. Relevancia de originalidad .....	5
1.3.2. Relevancia científica .....	5
1.3.3. Relevancia social.....	5
1.3.4. Relevancia contemporánea.....	6
1.3.5. Interés personal .....	6
2. Objetivos.....	7
2.1. Objetivo Principal:.....	7
2.2. Objetivos específicos:.....	7
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. ESQUEMA CONCEPTUAL .....	7
3.1.1. Impulsividad.....	7
3.1.2. Trastorno Límite de la Personalidad .....	12
3.1.3. Comorbilidad Psiquiátrica.....	22

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	27
4. HIPÓTESIS.....	40
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	41
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	42
1.1. Técnica.....	42
1.2. Instrumentos .....	42
1.3. Materiales .....	42
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	42
2.1. Ubicación espacial.....	42
2.2. Ubicación Temporal .....	42
2.3. Unidades de Estudio .....	42
2.4. Población .....	42
2.4.1. Universo:.....	42
2.4.2. Muestra:.....	43
2.4.3. Criterios de Selección: .....	43
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.1. Organización.....	44
3.2. Recursos: .....	45
3.2.1. Humanos.....	45
3.2.2. Materiales .....	45
3.2.3. Financieros .....	45
3.3. Validación de los Instrumentos .....	45
3.3.1. Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) .- .....	45
3.4. Criterios para manejo de resultados.....	47
3.4.1. Plan de Procesamiento .....	47
CAPÍTULO III RESULTADOS .....	48

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	49
1. Características Sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024. ....	50
2. Comorbilidad Psiquiátrica de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024. ....	51
3. Comorbilidad Psiquiátrica según Síndromes de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024.....	53
4. Número de Comorbilidades Psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024.....	54
5. Niveles de impulsividad de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024. ....	55
6. Características sociodemográficas asociado con los niveles de impulsividad de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital meses de Enero a Febrero de 2024. ....	56
7. Niveles de impulsividad asociado con la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital meses de Enero a Febrero de 2024.....	58
8. Niveles de impulsividades asociado con la comorbilidad psiquiátrica agrupados según Síndromes de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital meses de Enero a Febrero de 2024.....	61
9. Asociación de características sociodemográficas y comorbilidad psiquiátrica con niveles de impulsividad en pacientes con TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital meses de Enero a Febrero de 2024. ....	62
DISCUSIÓN.....	64
CONCLUSIONES .....	67

RECOMENDACIONES .....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	69
ANEXOS.....	74
Anexo 1 Consentimiento Informado .....	75
Anexo 2 Ficha de Recolección de Datos.....	76
Anexo 3 Escala de Barratt (BIS 11) .....	77
Anexo 4 Declaración de Compromiso de Asesoría de Tesis .....	78
Anexo 5 Solicitud de ejecución de trabajo de tesis en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.....	79
Anexo 6 Aprobación de ejecución de trabajo de tesis .....	80
Anexo 7 Sistematización de datos.....	81



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características Sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de TLP. ....	50
Tabla 2 Comorbilidad Psiquiátrica de los pacientes los pacientes con diagnóstico de TLP....	51
Tabla 3 Comorbilidad Psiquiátrica según Síndromes de los pacientes con diagnóstico de TLP .....	53
Tabla 4 Número de Comorbilidades Psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de TLP .....	54
Tabla 5 Niveles de impulsividad de los pacientes con diagnóstico de TLP .....	55
Tabla 6 Características sociodemográficas asociado con los niveles de impulsividad de los pacientes con diagnóstico de TLP.....	56
Tabla 7 Niveles de impulsividad asociado con la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes con diagnóstico de TLP. ....	58
Tabla 8 Niveles de impulsividad asociado con la comorbilidad psiquiátrica agrupados según Síndromes de los pacientes con diagnóstico de TLP .....	61
Tabla 9 Asociación de características sociodemográficas y comorbilidad psiquiátrica con niveles de impulsividad en pacientes con TLP .....	62

## INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP en adelante) se identifica comúnmente como un conjunto diverso y complejo de síntomas que no se delimitan fácilmente, exhibiendo una variabilidad en manifestaciones clínicas y conductuales entre los afectados. Sin embargo, su principal característica es una pronunciada inconsistencia en las relaciones sociales, la percepción de sí mismo y en las emociones, junto con una impulsividad significativa que suele manifestarse desde antes de la adultez y se observa en diversos contextos.

En los últimos años se ha considerado que el trastorno límite es muy frecuente, con una prevalencia general entre 1,6 % y 6 %. Además, no se tiene diferencias entre ambos sexos, aunque en las encuestas clínicas se observa un predominio en las mujeres, existiendo una proporción en concreto de 3 a 1 con respecto a los varones. Este trastorno comúnmente está asociado con una atención clínica extensa y se estudia ampliamente en comparación con cualquier otro trastorno de la personalidad. A pesar de estos esfuerzos, los pacientes con TLP continúan sufriendo una morbilidad considerable, así como un aumento en la mortalidad.

Dentro del TLP es habitual encontrar una o más alteraciones psiquiátricas además del trastorno primario y el efecto que causan, asociándose una considerable discapacidad siendo más comunes los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, uso de sustancias, alimentación y somatomorfos. Según una investigación epidemiológica, el 85 % de los sujetos diagnosticados con TLP presentan por lo menos una afección mental adicional en conjunto.

Una de las dimensiones que se alteran en este trastorno es la impulsividad. Se origina por una falta de control en acciones no meditadas siendo la puerta de inicio a comportamientos de riesgo como por ejemplo el uso excesivo de sustancias reportándose datos en aproximadamente un 50 a 70 % de los pacientes con TLP. Pese a ello tener en cuenta que esta puede considerarse como un rasgo de la personalidad observable en la vida habitual de los sujetos; no obstante, puede llegar a formar parte de diferentes trastornos. Es por ello que la indagación sobre la impulsividad ha sido de interés en el campo de investigación debido a las implicancias dentro del comportamiento de las personas.

Es importante destacar la necesidad de mayor investigación acerca del TLP debido a la elevada comorbilidad psiquiátrica que presentan estos pacientes comparados con otros trastornos, así como su inestabilidad en las diferentes dimensiones de la personalidad, es por tal razón el interés de estudiar el vínculo entre los distintos factores ya mencionados en este estudio.

La presente investigación se centra en establecer el vínculo entre los niveles de impulsividad y comorbilidad psiquiátrica en sujetos con diagnóstico de TLP en el servicio de Psiquiatría en el Hospital Honorio Delgado Espinoza durante los meses de enero a febrero 2024, a través de un diseño de investigación de corte transversal y de asociación simple se han identificado las particularidades sociodemográficas, grados de impulsividad y comorbilidad psiquiátrica en los pacientes participantes del estudio.

Este estudio se organiza en tres capítulos principales. El primer capítulo introduce el problema de estudio, incluyendo la formulación y descripción del problema, la definición de los fenómenos a estudiar, las preguntas clave, la razón por la que se investiga el problema, los objetivos del estudio, y el marco teórico y conceptual. El segundo capítulo se enfoca en la metodología, detallando las técnicas, herramientas y materiales usados para recoger datos, el área de estudio, la localización y el tiempo, además de describir la población, la muestra, y los criterios para incluir o excluir a participantes, junto con cómo se recogieron los datos, los recursos utilizados, la validación de los instrumentos de recolección de datos y los criterios para analizar los resultados. El tercer capítulo presenta los resultados obtenidos, utilizando tablas creadas por los autores y análisis de estadística inferencial. Finalmente, se discuten estos resultados comparándolos con estudios previos y literatura relevante, concluyendo con las observaciones y recomendaciones de los autores.



# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

### 1.1. Enunciado del Problema:

¿Cuál es el nivel de impulsividad y su asociación con comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite atendidos en el Servicio de Psiquiatría por consulta externa en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Enero a Febrero de 2024?

### 1.2. Descripción del problema

#### 1.2.1. Área de Conocimiento:

- **Área General:** Ciencias de la Salud
- **Área Específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Psiquiatría
- **Línea:** Trastornos de la Personalidad

#### 1.2.2. Análisis de Variables:

VARIABLES	INDICADORES	DIMENSIÓN	INSTRUMENTO	CATEGORÍA
Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Género</li> <li>- Procedencia</li> <li>- Grado de Instrucción</li> <li>- Estado Civil</li> <li>- Ocupación</li> </ul>		Ficha de Recolección de Datos	Cuantitativa ordinal Cualitativa nominal Cualitativa nominal Cualitativa nominal
Impulsividad	Puntaje global de BIS 11	30 ítems, Puntaje, valorado de 0 a 120. Punto de corte $\geq 72$ .	Escala de Barratt BIS 11	Cuantitativo ordinal
Comorbilidad psiquiátrica del trastorno límite de la personalidad	Codificador alfanumérico CIE 10	Categórica	Clasificación Internacional de enfermedades 10 (décima) edición	Cualitativo nominal

### 1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de Impulsividad en pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad del Hospital Regional Honorio Delgado atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría durante los meses de enero a febrero de 2024?
- ¿Cuál es la comorbilidad psiquiátrica encontrada en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado durante los meses de enero a febrero de 2024?
- ¿Existe asociación entre el nivel de impulsividad y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad atendidos por consulta externa en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado durante los meses de enero a febrero de 2024?

### 1.2.4. Tipo de investigación:

Estudio Descriptivo, de Corte Transversal y de Asociación Simple

### 1.3. Justificación del Problema:

Las razones que justifican el desarrollo de este estudio son las siguientes:

#### 1.3.1. Relevancia de originalidad

Existe poca información que evalúa los grados de impulsividad en sujetos con TLP, así como su vínculo con la comorbilidad psiquiátrica en nuestro medio.

#### 1.3.2. Relevancia científica

En el transcurso de la investigación, específicamente en la revisión de artículos científicos relacionados a TLP, hemos observado que se evidencian cambios en el volumen de varias estructuras, en el metabolismo cerebral y en la conectividad funcional. De igual manera existe un vacío investigativo en cuanto a los niveles de impulsividad junto con la comorbilidad psiquiátrica, ya que no se encontraron estudios concluyentes, es por esta razón el motivo de estudio.

#### 1.3.3. Relevancia social

La población a la cual va dirigida nuestro estudio, se considera como un grupo vulnerable debido a la inestabilidad que presentan en diferentes esferas

biopsicosociales, así como las elevadas tasas de comorbilidad del TLP con otros trastornos, lo cual hace más difícil la detección temprana de esta entidad y por lo tanto dificulta el tratamiento y ensombrece el pronóstico terapéutico. Este trastorno limita al individuo en su integración a los diferentes contextos sociales.

#### **1.3.4. Relevancia contemporánea**

En los últimos tiempos, se ha incrementado la relevancia del tema de la salud mental. El TLP representa un problema al que no se le ha brindado una adecuada atención por parte del entorno. Por lo anteriormente mencionado se ha demostrado que existe una alta prevalencia en países Latinoamericanos, que incluye a Perú, la cual es indicadora para realizar mayores estudios.

Es por ello que con el presente trabajo se pretende dar una referencia para posteriores investigaciones, así como proporcionar información que brinde un mayor conocimiento acerca de esta entidad, ya que no es un tema muy estudiado en nuestro medio.

#### **1.3.5. Interés personal**

Al cursar el quinto año de Medicina llevamos el curso de Psiquiatría , y durante el desarrollo del curso nos dimos cuenta que la presentación clínica del trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite tenía cifras altas sobre todo por las conductas impulsivas que presentaba típicamente cada paciente , sin embargo un aspecto que no se llegó a profundizar fue analizar el comportamiento tan variable y la posible asociación con otros cuadros clínicos de fondo que sufren estas pacientes además del trastorno de inestabilidad emocional.

Por lo que ante la problemática relativamente frecuente reflexionamos sobre la relevancia de integrar el bienestar mental en la educación médica. Destacamos la necesidad de detectar de manera pertinente los trastornos de inestabilidad emocional, especialmente aquellos asociados con ideas suicidas debido a comportamientos impulsivos. Además, nuestro objetivo es iniciar una trayectoria investigativa centrada en los problemas de salud mental en la población joven, con la finalidad de no ignorar ninguna manifestación de comportamiento impulsivo.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo Principal:

Describir los niveles de impulsividad y su asociación con la comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite atendidos en el Servicio de Psiquiatría por consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Enero a Febrero de 2024.

### 2.2. Objetivos específicos:

Describir los niveles de impulsividad en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

Identificar la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

Determinar la asociación entre los niveles de impulsividad con la comorbilidad psiquiátrica y las características sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. ESQUEMA CONCEPTUAL

#### 3.1.1. Impulsividad

##### 3.1.1.1. Definición:

Es un rasgo de la personalidad que se encuentra en todas las personas. La distinción de lo que nos separa a los humanos de las otras formas de vida es la evolución de los neuro circuitos a nivel de la corteza prefrontal, la cual permite a uno practicar el autogobierno, también conocido como autocontrol o autorregulación. Esta autorregulación surge de la existencia de un conflicto entre 2 agencias psíquicas internas mutuamente excluyentes (1).

Además, es considerada como un constructo complejo de la personalidad según Barratt y Pattom. Dentro de las definiciones más conocida es que es considera “como la predisposición a reacciones rápidas y que no son premeditadas ante estímulos internos o externos, en los que no se considera o cuenta las consecuencias negativas (1,9).

Asimismo, autores a partir de esta definición, llegaron a concluir que la impulsividad tiene varias dimensiones constituidas por rasgos, dentro de las cuales encontramos “la tendencia a tomar decisiones rápidamente, la tendencia a actuar sin pensar y la tendencia a involucrarse en conductas riesgosas (3,7).

Aquellas personas incapaces de resistir ante un impulso o instinto intenso llegan a realizar una determinada acción o acciones que pueden generar un daño a uno mismo, a los demás o ambos. Es importante que una persona tenga la facultad de controlar o regular su cognición y su comportamiento ante distintas demandas de un entorno es imperativo en casi cualquier situación. Este tema tiene gran relevancia ya que se sabe que muchas veces es la puerta de entrada comportamientos de riesgo como lo son consumo de sustancias, trastornos alimentarios, actividades sexuales sin cuidado, etc. Antes de llevar a cabo la acción, es común que la persona experimente un incremento en la tensión y la excitación, a menudo acompañado de una sensación de placer anticipado. La ejecución de este acto proporciona una sensación de satisfacción y alivio inmediatos. Con el paso del tiempo, el individuo puede comenzar a sentir remordimientos, culpa, autocrítica y miedo, emociones que pueden surgir tanto de conflictos internos inconscientes como de la conciencia sobre las repercusiones de su comportamiento en otros. Frecuentemente, el intento de ocultar la conducta impulsiva debido a la vergüenza puede llegar a dominar la existencia del individuo, complicando así el proceso de recuperación si está en tratamiento (2,9).

La impulsividad también es un rasgo que se puede encontrar dentro varios trastornos psiquiátricos, tales como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el TLP y el trastorno de personalidad antisocial (American Psychiatric Association) así como la base para una sección separada en el DSM denominada Trastornos de control impulsivo no clasificados en otra parte (que incluye trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía y juego patológico) Dada su relevancia tanto para conductas saludables como dañinas, la evaluación precisa de la impulsividad ha sido de gran interés en la literatura científica (9).

### 3.1.1.2. Neurobiología

Desde una perspectiva neuroanatómica, la impulsividad está asociada a una red de circuitos neuronales compleja que incluye áreas como la corteza prefrontal ventromedial, la corteza cingulada anterior, el núcleo basal lateral de la amígdala, el núcleo subtalámico y el accumbens. Todas estas estructuras del encefalo desempeñan un rol crucial en la inhibición de conductas, estando además estrechamente vinculadas con la regulación de emociones, funciones ejecutivas y control motor (6).

Al analizar las estructuras cerebrales relacionadas con la impulsividad, se sugiere que los fundamentos neuroquímicos de este comportamiento involucran al menos cuatro de los principales sistemas de neurotransmisión: el sistema serotoninérgico, dopaminérgico, noradrenérgico y GABAérgico. Hay evidencia considerable que conecta las disfunciones en estas rutas de neurotransmisión con trastornos neuropsiquiátricos, los cuales se caracterizan por alteraciones en la regulación de los circuitos que conectan la corteza cerebral con el sistema límbico y el estriado. Según la neurobiología podemos incluir 3 sistemas: 1) el sistema regulatorio mediado por el sistema medial y las cortezas prefrontales ventrales. 2) el sistema de recompensa a través del cuerpo estriado ventral y el sistema dopaminérgico del mesencéfalo 3) el sistema de amenaza a través de la amígdala (7).

Dentro de impulsividad encontramos 4 constructos que son el de: urgencia (relacionado con la tendencia a responder o actuar irracionalmente a las emociones negativas) se le ha asociado con un exceso en la actividad de la corteza prefrontal lateral, lo que resulta en una falla de autorregulación, como el abuso de sustancias. La carencia de premeditación se ha vinculado con una reducción de la cantidad de materia gris en la ínsula y el putamen y se postula que se relaciona con la eficacia de los mecanismos de decisión. La falta de perseverancia o la falta de escrupulosidad está relacionada con la relacionada con el deterioro de la parte anterior de la corteza cingulada y de las cortezas ventrolateral izquierda y prefrontal anterior izquierda, en relación con conductas de riesgo. Finalmente, la exploración de sensaciones se ha vinculado con la estimulación de zonas del cerebro vinculadas con la motivación, el estímulo y el refuerzo, tales como la corteza orbitofrontal medial posterior (OFC) y la ínsula.

Siendo esta última donde se ha propuesto que el control ineficiente, la recompensa fuerte y las señales débiles de evitación del daño contribuyen al uso de sustancias, es decir, altera la homeostasis entre los sistemas de control cognitivo de arriba hacia abajo del PFC y el sistema subcortical de incentivos y recompensas de abajo hacia arriba, lo que conduce a comportamientos riesgosos o experimentación con uso de drogas u otras sustancias. Niveles reducidos del neurotransmisor inhibitorio GABA, en la corteza prefrontal dorsolateral están asociados a impulsividad (6,8).

Estudios realizados en base a la adicción e impulsividad se han centrado en los mecanismos glutamatérgicos y del GABA en estructuras de la corteza cingulada anterior, siendo su papel relacionado con la impulsividad, el anhelo y búsqueda de sustancias (7).

Otro neurotransmisor relevante es la dopamina. Una predisposición central a conductas adictivas e impulsivas se centra en un conjunto de genes que promueven sentimientos de bienestar mediante la descarga de dopamina de las neuronas localizadas en el núcleo accumbens a través de interacciones de neurotransmisores en el sistema mesolímbico. Además, la cascada de recompensa comprende la liberación de serotonina, lo cual conlleva a la activación de encefalina en el hipotálamo y la inhibición de GABA en la sustancia negra, afinando así la descarga de dopamina en el núcleo accumbens. Todo esto ha dado lugar a la hipótesis de que la variación genética relacionada con la dopamina puede vincular la impulsividad y el riesgo de adicción. Por esta razón, una alteración en la secuencia de recompensa del cerebro, provocada por variantes genéticas específicas, puede resultar en un impulso hipodopaminérgico que refleja conductualmente en una mayor impulsividad, y por lo tanto a mayores conductas de riesgo. Por ello el alcohol, la cocaína, el cannabis, nicotina estimulan la liberación de dopamina y por lo tanto supuestamente podrían remediar este impulso (6).

De igual manera encontramos el sistema de Serotonina o 5 hidroxitriptamina (5-HT), donde estudios clínicos, animales y genéticos han indicado que los niveles bajos de transmisión de 5-HT se han relacionado con elecciones impulsivas y adicciones, como el alcoholismo de inicio temprano. Los agonistas y antagonistas selectivos del receptor 5-HT demostraron impulsividad elevada y

bloqueada respectivamente, es decir los antagonistas disminuyen o bloquean este tipo de comportamientos (8).

En conclusión, la impulsividad es una particularidad compleja de la personalidad que interfiere en el manejo del comportamiento y las emociones, y está asociada con anomalías en los circuitos cerebrales cortico-límbicos y cortico-estriales. Estas disfunciones en los circuitos se deben a cambios microestructurales en la materia blanca y gris, afectando la capacidad de estos circuitos para procesar información. Además, están influenciadas por variaciones en los principales neurotransmisores moduladores, como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina, y en los mecanismos que los regulan (6).

### **3.1.1.3. Dimensiones de la Impulsividad**

De acuerdo con la teoría de impulsividad propuesta por Barratt en 1993, la impulsividad se comprende desde una óptica biopsicosocial a través de tres dimensiones: cognitiva, motora y espontánea. En lo que respecta a la dimensión cognitiva, basándose en la teoría de la atención de Luria, se describe como una incapacidad para ejercer control y concentración en las respuestas, o como un problema para sostener la atención en un tema específico. Desde el aspecto motor, con la teoría del aprendizaje de Hull, que consiste en un accionar instantáneo y natural movido por las emociones presentes, buscando disminuir el impulso fisiológico con una dificultad para poder controlar el comportamiento. Por último, tenemos un componente espontáneo también conocido como no planificado o Impulsividad por imprevisión, definido como una orientación disminuida hacia el futuro, es decir una forma de procesamiento de datos que hace que un sujeto se decida de manera precipitada sin previa planificación y sin considerar el futuro (4,5).

Dickman distingue dos variantes de impulsividad: la funcional y la disfuncional. La impulsividad disfuncional se distingue por una propensión a actuar de forma precipitada como resultado de cometer errores en el procesamiento de información, debido a la incapacidad de aplicar un método de análisis pausado y meticuloso que permita al sujeto considerar datos importantes para tomar decisiones. Por otro lado, la impulsividad funcional se define por una característica de la personalidad que habilita al individuo a procesar información

rápidamente, lo cual puede ser ventajoso en situaciones donde la celeridad en el procesamiento de datos es crucial para un desempeño exitoso (10).

#### **3.1.1.4. Medición de Impulsividad**

La investigación de la impulsividad ha sido de interés dentro del campo de investigación debido a sus implicancias en varios trastornos psiquiátricos y del comportamiento, así como su relación con varios comportamientos de riesgo. Por esta razón, se han creado varios instrumentos destinados a medir la impulsividad. Entre ellos se encuentra el “Cuestionario de Impulsividad de Eysenck”, que se divide en tres dimensiones: tendencia a asumir riesgos, comportarse sin meditación y la falta de planificación a largo plazo. Asimismo, está la “Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman”, que incluye cuatro subescalas: búsqueda de aventuras, necesidad de excitación, tendencia a la desinhibición y sensibilidad al aburrimiento. Además, contamos con la “Escala de Impulsividad de Plutchik”, que mide aspectos como la habilidad para planificar, el control sobre las emociones, y la gestión de comportamientos relacionados con la alimentación, el gasto, la sexualidad, entre otros. También se tiene el “Inventario de Impulsividad de Dickman”, el cual se organiza en dos subescalas que diferencian entre la impulsividad funcional y la disfuncional. Finalmente, está la “Escala de Impulsividad de Barratt” (BIS 11) se compone de tres subescalas: cognitiva, motora y espontánea, siendo esta última la escogida para nuestro estudio (5,10).

### **3.1.2. Trastorno Límite de la Personalidad**

#### **3.1.2.1. Definición**

El trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite considerado desde la antigüedad como uno de trastornos más severos dentro del clúster de personalidad, ya que, entre los criterios clínicos más resaltantes se encuentra la ideación y el comportamiento suicida evidenciados comúnmente en este tipo de pacientes sumado a ciertos rasgos o conductas agresivas y de reactividad emocional. Asimismo se destaca que tal reactividad emocional se deba a que los pacientes tipo límite se sienten amenazados ante “posibles ataques” que según ellos puedan sufrir por parte de su entorno familiar o de la sociedad. , lo cual va

generando alteraciones en la esfera cognitiva – conductual con relevancia del estrés social (11,16,17).

Teniendo en cuenta que por lo general se tiene patrones de inconstancia en las relaciones, con cierto grado de hipersensibilidad y una marcada distorsión de la imagen personal que va acompañado de fluctuaciones en el estado de ánimo con rasgos impulsivos evidenciándose generalmente en el comportamiento. De acuerdo con las últimas investigaciones se sabe que la etiología del trastorno de tipo límite es producto de la combinación entre factores genéticos, familiares, ambientales, así como también los episodios traumáticos ocurridos durante la infancia; y es que precisamente este tipo de experiencias difíciles termina por afectar el desarrollo neurológico y regulación emotiva (6).

### **3.1.2.2. Epidemiología**

Según recientes investigaciones 2017-2020 se sabe que el TLP tiene una prevalencia global comprendida entre 1,6-6% sobre todo en población estadounidense, en quienes se realizaron trabajos de investigación. Sin embargo, no se tiene mucha data estadística con respecto a población latinoamericana sobre la prevalencia de dicho trastorno. A pesar de ello con las investigaciones realizadas en estos pacientes tipo límite se sabe que entre el 60-70% de ellos tienen ideación e intento de suicidio, lo cual se destaca como un hecho de importancia dentro del estudio; que termina generando mayores costos médicos. El trastorno generalmente comienza entre las edades de 19 y 25 años. Los sujetos diagnosticados con TLP, padecen de forma paralela otros problemas que involucran tanto su salud física como mental, resaltando problemas a nivel del estado de ánimo como la depresión, trastornos de ansiedad, de abuso de sustancias o de estrés postraumático (TEPT) (20,23,28).

### **3.1.2.3. Características Clínicas**

Los trastornos de la personalidad afectan usualmente dos áreas como la cognitiva y afectiva, así como también el área social con la problemática que puede surgir a nivel de las relaciones interpersonales o conductas impulsivas.

Se tiene en cuenta que según el DSM-5 para poder hacer un diagnóstico claro y preciso de este trastorno se debe evidenciar en estos pacientes los comportamientos y/o actitudes amenazantes y que estas sean recurrentes, así

como también comportamientos de agresión hacia uno mismo sin una razón que lo justifique (14,20).

Un aspecto importante es que el comportamiento que presentan estos pacientes aparece de manera abrupta e intempestiva, producto de una distorsión que pueden tener a nivel de autoimagen, en la percepción de ellos mismos o también pueden darse por la vivencia de ciertos eventos adversos que para ellos terminan generando un gran desbordamiento emocional (15,17).

Tener en cuenta que un paciente con trastorno de inestabilidad emocional presentara este patrón de manera persistente , con periodos de calma pero al mismo tiempo estando tranquilo puede experimentar de un momento a otro un cambio brusco en el estado de sus emociones , lo cual termina por llevarlo a tener conductas impulsivas poco reflexionadas , buscando con ello poder “sentirse mejor “ o “escapar de todo “lo que no puede tolerar o piensa que le hace daño.

De acuerdo con la investigación actual, se sabe que este trastorno se caracteriza por tener sintomatología grave y de muy difícil pronóstico, ya que existe una asociación con inestabilidad, afectiva con desregulación emocional e impulsividad, con intentos desesperados para evitar el abandono donde existe desvalorización e idealización (16).

#### **3.1.2.4. Criterios Diagnósticos**

Para poder diagnosticar TLP, según el DSM-5 se proponen 9 criterios clínicos, de los cuales se debe contar con al menos 5 de estos para un diagnóstico definitivo. Dentro de los cuales tenemos los siguientes:

1. Intentos intensos por evitar el desamparo, real o imaginario.
2. Patrones de relaciones sociales inestables, con variaciones entre idealización y devaluación.
3. Distorsión de la identidad, con una autoimagen intensamente inestable y persistente.
4. Presencia de conductas impulsivas en por lo menos dos áreas consideradas potencialmente autolesivas.
5. Tener comportamiento, actitudes amenazantes recurrentes de suicidio, o la intención de hacerse daño.

6. Manifestación de inestabilidad afectiva causada por alteraciones del estado anímico.
7. La experimentación de una sensación crónica de vacío.
8. Reflejar problemas con el autocontrol de ciertas emociones o de la ira, lo cual puede ocurrir de manera recurrente.
9. Experiencia transitoria de ideas paranoides vinculadas al estrés o síntomas disociativos severos (6).

**3.1.2.4.1. La existencia de esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o ficticio.**

Este criterio indica que muchos sujetos que padece del TLP tienen dificultades para estar solas, incluso por breves períodos. En algunos casos, pueden sentir malestar aun cuando están rodeadas de otras personas. Este miedo al abandono los hace vulnerables y puede llevarlos a desarrollar ideas o comportamientos amenazantes hacia sí mismos o hacia sus seres queridos.

De esta manera, una paciente puede considerar que su conyugue la abandonará, aunque no tenga evidencia de ello. A pesar de la falta de pruebas, puede convencerse de que es verdad y reaccionar con expresiones amenazantes, como decir frases como "si me dejas, me haré daño" o "no quiero vivir sin ti" (24,29).

**3.1.2.4.2. La presencia de un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables donde exista alternancia entre extremos de la idealización y devaluación de una misma.**

Es común que los sujetos con TLP tiendan a idealizar a quienes les brindan atención o incluso a individuos que acaban de conocer, ya que suelen referir que tuvieron una "conexión especial" con alguna persona desconocida pero que les llamó mucho la atención sin embargo, usualmente cambia de forma acelerada y pueden cambiar de la idealización a la devaluación o la misma desilusión, creyendo que no se les da la atención que requieren o comienzan a decir frases como "que no los quieren porque hay algo malo en ellos o no son "lo suficiente" y por eso siempre los terminan rechazando causando gran sensación de traición y dolor intenso (15).

#### **3.1.2.4.3. Distorsión de la identidad con inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen.**

En este criterio es frecuente en personas con TLP ya que refieren sentirse “pérdidas” o no saber cómo son, qué les gusta ni lo que quieren hacer o lo que comúnmente pasa es que se aburren fácilmente y que están en constante búsqueda de nuevas actividades. Esta falta de autoconocimiento puede llevarlos a iniciar múltiples proyectos ambiciosos sin una planificación adecuada, enfrentándose a dificultades para establecer prioridades y organizarse. Frecuentemente, expresan su frustración mediante comentarios como "sé lo que debería ser, hacer o sentir, pero me resulta imposible". Este sentimiento de ser diferentes o extraños genera en ellos una profunda culpa y frustración. Ante la ausencia de una identidad definida y la necesidad de entender su propia confusión e incertidumbre, emprenden una "búsqueda de pistas" en su entorno, anhelando encontrar explicaciones que alivien su culpabilidad y les permitan sentirse comprendidos. Además, estas personas suelen mostrar impaciencia y tienen un desafío particular para mantenerse enfocadas en sus metas a largo plazo. A menudo, esta falta de persistencia se asocia con su alterada percepción de la identidad y la tendencia a actuar según las expectativas externas, más que siguiendo sus propios deseos o intereses” (13,16,31).

#### **3.1.2.4.4. Presencia de conductas impulsivas en por lo menos dos áreas consideradas potencialmente autolesivas**

Bajo este criterio se explica que las conductas impulsivas afectan lo que es el área cognitiva , ya que el paciente busca de alguna manera “ desconectar” para no pensar en una “terrible realidad” por lo que generalmente termina cometiendo acciones no reflexionadas como por ejemplo los atracones de comida , y esto se debe a que con ello puede calmar un poco esa sensación de malestar o ansiedad que le pueda estar generando , sin embargo cabe resaltar con este ejemplo que el atracón de comida no se da por el placer de comer sino porque aquella persona solo busca tener una actitud compensatoria para poder sentirse bien con ella misma (14,29,30).

#### **3.1.2.4.5. Tener comportamiento, actitudes amenazantes recurrentes de suicidio, o la intención de hacerse daño**

Para muchos pacientes, estas acciones resultan efectivas para su adaptación y les sirven para sobrevivir. Lo sorprendente es que, detrás de muchos intentos de suicidio, se encuentran deseos de seguir viviendo, por lo que es muy frecuente encontrar siempre los intentos de hacerse daño, pero que finalmente no llegan a consumir tal acción, Por lo que bajo este contexto si se analiza la idea de intento de autolisis se encuentra que, en la mayor parte de los casos, nos indica que el sujeto desea solo cesar el sufrimiento y poder vivir de otra forma, buscando solo medidas de escape a sus problemas (22,25).

#### **3.1.2.4.6. Manifestación de inestabilidad afectiva debida a alteraciones del estado de ánimo**

Los sujetos con TLP suelen experimentar una labilidad emocional que influye a múltiples aspectos de sus vidas y se manifiesta a través de cambios repentinos en el estado de ánimo. Su estado emocional predominante tiende a ser disfórico, caracterizado por sentimientos de tristeza o desmotivación, los cuales pueden ser interrumpidos por episodios de angustia, ira o desesperación. Raramente experimentan momentos de satisfacción o bienestar continuado. Es importante tomar en cuenta que según este criterio se tiene una clara distorsión en la percepción de ciertas actitudes o acciones que pueda tener otra persona , por ejemplo es muy común que los pacientes tipo limite puedan tener la impresión de percibir situaciones amenazantes cuando en realidad no lo era , pero estos pacientes al pensar todo ellos genera una reacción que puede ser agresiva ya sea hacia uno mismo o al entorno donde se desenvuelve , siendo muy lábil e hipersensible frente a una situación que no justifica tal reactividad emocional (15,26,30).

#### **3.1.2.4.7. La experimentación de una sensación crónica de vacío.**

En el criterio se enfatiza que muchas personas con este diagnóstico están siempre intentando buscar hacer algo nuevo o lo más común es que se aburran con facilidad, por lo que este criterio lo que quiere dar a conocer es que por tener estas sensaciones de vacío, quiere experimentar cosas nuevas que los haga sentir vivos o que les genere la sensación de adrenalina, pero de manera

intensa. Muchas veces al no medir tales actitudes se ponen en situaciones de riesgo que no son vistas por ellos mismo, pero si por el entorno. Sin embargo, a pesar de que puedan comenzar a percibir y sentir algo nuevo, ellos piensan que nunca será lo suficiente y que a pesar de lo que hagan siempre queda esa sensación de no sentirse completos, por lo que en muchos otros casos los termina llevando a cometer actos extremos como intentos suicidas para poder sentirse en calma según ellos (29,30).

**3.1.2.4.8. Reflejar problemas con el autocontrol de ciertas emociones o de la ira, lo cual puede ocurrir de manera recurrente.**

En este criterio se explica que aquellos con este trastorno al tener un problema no pueden manejarlo de manera correcta, ya que algo que pueda ser simple y hasta cierto punto no generar mayor preocupación, ellos lo convierten en un gravísimo problema, que no les permite pensar y actuar de manera pausada y reflexiva, por lo que la consecuencia será tener reacciones impulsivas y desenfrenadas, sin poder controlar la ira o el enojo que les puede estar produciendo tal situación (26,27).

**3.1.2.4.9. Evidenciar la expresión de ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.**

Este criterio captura adecuadamente cómo se manifiestan los cambios en el estado de conciencia en ciertos pacientes (quienes, en algunos casos, no retienen memoria consciente de experiencias específicas, pero mantienen una "memoria emocional").

Sujetos con TLP suelen ser particularmente vulnerables y sensibles. Varios estudios señalan que estas personas enfrentan retos al regular sus emociones y muestran una pronunciada sensibilidad a estímulos de toda índole. Esto podría explicar por qué, en estados emocionales intensos, las personas con TLP pueden percibir amenazas en los demás, adoptando una actitud de extrema desconfianza. En situaciones de alto estrés, pueden incluso creer que otros buscan perjudicarlos. Los síntomas disociativos severos, comúnmente vinculados a experiencias negativas tempranas y frecuentemente hallados en quienes han experimentado abusos durante la infancia, son un aspecto destacable. Wilhem Reich detalló personalidades con un manejo deficiente de

los impulsos, caracterizadas por vivir emociones intensas y disociadas hacia una misma persona (22,25,30).

### 3.1.2.5. Tratamiento

El manejo del paciente diagnosticado con TLP representa un desafío significativo para el personal médico que interactúa diariamente con estos individuos. Esto se debe a que, en general, los intentos constantes para tratar a estos individuos suelen verse obstaculizados por ellos mismos, debido a sus conductas suicidas reiteradas y su falta de adherencia al tratamiento, lo que complica la gestión del cuadro clínico. La situación se complica aún más cuando un paciente con trastorno límite llega a emergencias, lo que requiere una intervención en crisis adecuada (17,29).

El manejo del TLP se fundamenta en dos elementos principales: la intervención psicológica y la intervención por medio de medicamentos. La intervención psicológica (también llamada psicoterapia) es considerada el tratamiento de elección. Dentro de esta tenemos la terapia conductual la cual nos va a permitir controlar los comportamientos impulsivos, la ira, así como disminuir la sensibilidad a la crítica y al rechazo que pueden recibir estos pacientes. La Terapia Cognitivo Conductual Dialéctica, la cual combina sesiones individuales como grupales, puede utilizarse sobre todo en casos de conducta parasuicida como la automutilación. Recalcar así mismo el entrenamiento de las habilidades sociales, lo cual ayuda de manera significativa a mejorar el comportamiento interpersonal. En caso de pacientes hospitalizados priorizar la psicoterapia intensiva de manera tanto individual como grupal (18).

Un componente dentro de la psicoterapia es el Sistema de Entrenamiento de previsibilidad emocional y resolución de conflictos, también conocido como STEPPS. Este sistema consiste reuniones o sesiones grupales que se realizan cada semana durante un período de 20 semanas, y que conforme hay un avance en el programa, el número de sesiones disminuyen. De manera específica en este programa se entrenan habilidades para el manejo de emociones y de los cambios de la conducta (19).

Otras intervenciones que se pueden encontrar dentro del tratamiento psicoterapéutico son la terapia basada en la mentalización, la terapia centrada en la transferencia y la terapia de esquemas (38).

En relación al uso de medicamentos para tratar ciertas condiciones, su aplicación es bastante común, especialmente durante episodios críticos en pacientes, aunque no se ha demostrado la eficacia de ningún fármaco específico o de sus combinaciones. Es fundamental evaluar los riesgos potenciales de cualquier prescripción y aplicarlos de forma sistemática para tratar síntomas concretos.

Entre los medicamentos recomendados se encuentran los antagonistas selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que suelen ser bien recibidos por los pacientes y se emplean comúnmente para tratar la depresión y la ansiedad. Los antagonistas de la monoaminoxidasa (IMAO) también han mostrado ser efectivos en controlar los impulsos de los pacientes (17).

Asimismo, se utilizan antipsicóticos, preferentemente los atípicos, ya sean orales o inyectables, que resultan efectivos en el manejo de la ira, la hostilidad y episodios psicóticos de corta duración. Actualmente, se aconseja el uso de medicamentos anticonvulsivos, como la gabapentina o la pregabalina, que pueden reducir la ansiedad y actuar específicamente contra la disforia (6).

Por otro lado, las benzodiazepinas con una vida media prolongada, tal como el alprazolam, pueden ser beneficiosas durante episodios agudos para aliviar la ansiedad y la depresión. No obstante, es crucial recordar que los individuos con TLP poseen un alto riesgo de desarrollar dependencia a estas sustancias y, en ocasiones, su uso puede conducir a un aumento de la conducta desinhibida (7).

Tener en cuenta que uno de los primeros objetivos para el control de sujetos con este tipo de trastorno de inestabilidad emocional es siempre controlar las crisis, que presentan; posteriormente luego de manejo del cuadro agudo, hacer todas las valoraciones necesarias para evaluar la posibilidad si es que solo fue una crisis y no requiere hospitalización o en su defecto si la necesitara. En el caso de necesitar hospitalización, se deben tener en cuenta para un ingreso hospitalario sería lo siguientes:

- Después de un intento suicida grave o cuando exista tendencia a ideación suicida de manera recurrente.

- Pacientes con bajo nivel socioeconómico y poco apoyo en su entorno.
- Pacientes que tengan conductas de riesgo o sintomatología psicótica.
- Pacientes que hayan sido tratadas anteriormente por consultorio externo y que haya fracasado el tratamiento ambulatorio.
- Paciente que se considere de difícil control y como peligro inminente para otras personas del entorno (32,36,37).

Asimismo, cabe resaltar que el tratamiento debe ser de manera integral, con apoyo del área de Psicología, quienes de manera complementaria les proporcionan a estas pacientes terapias Psicoterapias, las cuales les permiten manejar y controlar sentimientos y emociones propias del cuadro clínico de fondo siendo vital contar siempre como medida de soporte del apoyo familiar, en todo el proceso de la enfermedad (16,30,31).

De manera complementaria, como se menciona en el párrafo anterior, la familia es fundamental en el manejo de sujetos con TLP, por lo que se pueden tomar medidas como:

- Evitar dejar sola a la persona, de preferencia que siempre esté acompañada por algún familiar o amigo cercano.
- Procurar mantener contacto con el entorno más cercano de la persona, ya sea compañeros de estudio o de trabajo e incluso el equipo médico que la atiende.
- No impartir castigos o culpabilizar a la persona; más aún si es que no hay un motivo que lo justifique.
- Implementar estrategias de comunicación que le permitan tener un contacto más cercano a la persona con su entorno para generar una relación de confianza y de esta manera poder sentirse comprendida y no juzgada.
- Si es que se detectara alguna idea o intento suicida en la persona, se debe considerar la posibilidad de contactar a un especialista en salud mental o valorar un posible ingreso hospitalario a un centro psiquiátrico, según fuera el caso (36,37).

### 3.1.2.6. Pronóstico

El pronóstico de los pacientes con TLP es relativo, sin embargo, puede haber una mejoría en los años posteriores de haber diagnosticado la enfermedad y empezar con el tratamiento. Sin embargo, también pueden ocurrir complicaciones como los intentos autolíticos, el suicidio, trastornos del estado de ánimo, somatomorfos, abusos de sustancias, y relacionados al comportamiento sexual (6).

### 3.1.3. Comorbilidad Psiquiátrica

Es común observar la coexistencia de trastornos psiquiátricos adicionales en pacientes diagnosticados con TLP, lo cual puede acarrear serias implicaciones tanto a nivel individual como para su pronóstico. Se ha observado que alrededor del 97% de estos pacientes presentan por lo menos un diagnóstico relacionado con el Eje I, y el 16% presenta tres o más. Entre los trastornos comórbidos se incluyen aquellos relacionados con el estado de ánimo, la ansiedad, el consumo de sustancias, de la conducta alimentaria (TCA), entre otros (35).

#### 3.1.3.1. Trastornos del Estado del Ánimo

La prevalencia de la depresión es significativamente alta entre individuos con TLP, con aproximadamente el 32% de estos pacientes experimentando trastorno depresivo mayor (TDM). Investigaciones indican que los eventos estresantes o adversidades vitales están fuertemente vinculados con el desarrollo de síntomas depresivos, rasgos de personalidad mal adaptativos, y problemas en la regulación emocional. Se sugiere que los episodios depresivos frecuentemente siguen a periodos de intenso estrés psicosocial, destacando la importancia de los aspectos psicosociales en el desencadenamiento del primer episodio depresivo. Además, estos eventos psicosociales pueden influir en la personalidad, siendo que entornos particularmente invalidantes, especialmente en la familia con dificultades en las relaciones, traumas, o negligencia emocional, representan riesgos significativos para la formación de características de personalidad desadaptativas. En este contexto, se ha identificado al neuroticismo como un factor que incrementa tres veces el riesgo de depresión y la probabilidad de recaídas en episodios depresivos. Se reconoce que la depresión prevalece más en sujetos del sexo femenino, comenzando en la adolescencia y persistiendo en

la adultez, determinando así a este sexo, como una condición de riesgo considerable (6).

Entre las distintas condiciones de riesgo asociadas con la depresión, resaltan elementos personales, familiares y la vivencia de situaciones estresantes. La labilidad emocional es un síntoma clave del TLP, donde las emociones desempeñan un papel crucial en la adecuación individual y social, siendo fundamentales en distintos aspectos del funcionamiento psicológico. La disfunción en el manejo de estas emociones puede llevar a dificultades en la regulación de los afectos, resultando en diversas condiciones clínicas y psicopatológicas, tales como trastornos de ansiedad, depresión, y el propio TLP, resaltando la relevancia de las deficiencias en el procesamiento emocional (7).

El trastorno bipolar (TB) se presenta como una condición mental grave de curso crónico, caracterizado por episodios maníacos, depresivos o mixtos, acompañados de síntomas cognitivos, de degradación funcional, mala salud orgánica, y una elevada incidencia de comportamientos suicidas. Este trastorno también conlleva problemas en las relaciones sociales, que pueden estar vinculados con los síntomas del trastorno. El TLP se caracteriza por una inestabilidad afectiva pronunciada, impulsividad, ira intensa, problemas relacionales, conducta suicida, sentimientos de vacío, alteraciones en la autoimagen, intentos por evadir el desamparo y pensamiento paranoico con síntomas disociativos bajo estrés. Estos pacientes suelen abandonar los tratamientos prematuramente a diferencia de los que están diagnosticados con otros trastornos o condiciones psicológicas. La coexistencia entre el TLP y trastornos del ánimo, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos alimenticios y trauma, complica las presentaciones clínicas y exacerba la severidad de los síntomas de las condiciones concurrentes. Investigaciones sugieren que la presencia simultánea de trastornos del ánimo y el TLP está vinculada con un aumento en desenlaces negativos como conductas suicidas, uso excesivo de sustancias y hospitalizaciones, especialmente en aquellos con antecedentes de trauma infantil (21,23).

### 3.1.3.2. Trastornos de la Ansiedad

Los sujetos con TLP vivencian una falta de control emocional que a menudo se traduce en comportamientos impulsivos y difíciles de manejar, afectando negativamente su funcionamiento cotidiano. Esto puede manifestarse, por ejemplo, en una pronunciada ansiedad ante situaciones de estrés. La investigación ha demostrado consistentemente que individuos con TLP presentan altos niveles de ansiedad y una alta incidencia de trastornos de ansiedad comórbidos. Se ha encontrado que estos pacientes son particularmente sensibles a la ansiedad, incluso más que aquellos sin trastornos de personalidad, mostrando niveles de angustia similares a los observados en personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno de ansiedad social. Frente a la ansiedad, los individuos con TLP a menudo recurren a la evasión como método de afrontamiento, lo cual paradójicamente puede intensificar sus síntomas debido a su imposibilidad para ajustar adecuadamente sus emociones (23).

En este contexto, los eventos traumáticos durante la niñez influyen significativamente en la gravedad de los síntomas asociados al TLP, señalando que el abuso sexual es frecuentemente el trauma más común en estos casos. Ellos sugieren que una separación emocional de los padres puede ser un factor predictor del TLP. Las personas que han estructurado sus experiencias de abuso y han desarrollado TEPT como resultado, tienden a reaccionar de manera paranoica a los conflictos en sus relaciones amorosas actuales. En contraste, aquellos con TLP tienden a reaccionar de manera acusatoria ante percepciones de amenaza. Ciertos síntomas del TEPT, incluyendo la tendencia a involucrarse en comportamientos riesgosos, la sensibilidad emocional, la impulsividad, la inestabilidad afectiva y las conductas suicidas como respuesta al estrés, son también característicos del TLP, subrayando las similitudes entre ambos trastornos (22,24).

### **3.1.3.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).**

Otro de los trastornos concurrentes con el TLP es el TCA. Se ha visto que la comorbilidad con los TCA en sujetos con trastornos de la personalidad es elevada, siendo más usual en sujetos del sexo femenino, aproximadamente representando entre el 20 y 80% de los casos. El TLP es el trastorno del eje II más usual en los individuos con TCA. Estudios han revelado que la coexistencia de TLP y anorexia nerviosa representa entre el 0 al 21%, la bulimia nerviosa entre 3 y el 26% y el TCA no especificado entre 14 y 26%.

A la vez, según diversos autores, se ha visto que el origen relacionado a los TCA precede a acontecimientos estresantes en alguna etapa temprana de la vida, como rasgos de la personalidad (baja autoestima, inestabilidad emocional) así como acontecimientos estresantes como el abuso físico, psicológico o sexual, control excesivo, etc (32,35).

### **3.1.3.4. Trastorno por Consumo de Sustancias. –**

El trastorno por consumo de sustancias se asocia bastante a los pacientes con TLP. Dentro de estos el consumo etílico y el uso excesivo de sustancias son una práctica bastante común, sin embargo, de la sustancia que más se suele abusar es del alcohol. No obstante, estos pacientes suelen ser politoxicómanos con otras sustancias, como cannabis, anfetaminas o cocaína, pero puede ser de cualquier sustancia adictiva en general, como de algunos psicofármacos.

Según autores como Malt, langås, & Opjordsmoen, refieren que 46% de los sujetos con trastornos de consumo de sustancias también presentan un trastorno de la personalidad, usualmente el Cluster B. Además de que en ese estudio revelan que el uso más frecuente de sustancias está vinculado con el uso de drogas como el cannabis y el alcohol (32,35).

### **3.1.3.5. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).**

En cuanto a la relación del TOC y el TLP los valores se encuentran entre 0 y 55%. La inestabilidad afectiva, característica de los pacientes con TLP, generan niveles más altos de ansiedad y dificultad en la regulación de las emociones, lo cual podría hacernos encontrar síntomas de TOC como una forma de manejar este pesar en un lapso corto de tiempo.

Cuando se relaciona el TLP con el TEPT se ha observado que ambos trastornos tienen antecedentes asociados con el trauma. Aquellos que sufren esta concurrencia experimentan una calidad de vida precaria y una mayor prevalencia de trastornos del Eje I así como mayores intentos autolíticos y suicidio. Se ha visto en estudios que sujetos con TLP, el 30.2% también han sido diagnosticados con TEPT, por lo tienen un alto grado de concurrencia en la vida (35).

#### **3.1.3.6. Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**

Se considera que el TDAH encontrado en niños predispone a que estos en una edad adulta puedan padecer trastornos de la personalidad del tipo B o influya en la aparición de características clínicas, en un gran porcentaje. De igual manera según un estudio longitudinal en el cual se evaluó los factores de riesgo para presentar TLP, se vio en los hallazgos que tener un trastorno psiquiátrico perteneciente al Eje I como es el TDAH, aumentaba la probabilidad de riesgo de tener TLP durante la adolescencia o etapa adulta (35).

#### **3.1.3.7. Trastorno psicótico.**

Según un estudio realizado por los autores Pearse, Dibben, Denman, refieren que hay un 60% de pacientes con TLP que informaban de síntomas psicóticos que no estaban relacionadas con consumo de drogas, debido a esto se ha cuestionado si estos síntomas eran íntimos de TLP. Además, el síntoma psicótico más común eran las alucinaciones auditivas, similares a las que podemos encontrar en la esquizofrenia (35).

### 3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**Autor:** “Carranza Esteban, Renzo Felipe”

**Título:** “Impulsividad y agresividad en jóvenes de Lima Metropolitana”

**Resumen:**

Este estudio se enfocó en explorar la posible conexión entre la impulsividad y la agresividad en jóvenes residentes de Lima. Participaron 190 jóvenes, siendo el 31.6% hombres y el 68.4% mujeres, con edades entre los 17 y 23 años (Media = 21.9, Desviación Estándar = 1.22). Para recabar datos, se emplearon dos herramientas de autoevaluación: BIS-11-A y el cuestionario RPAQ. Los resultados indicaron un vínculo significativo entre la impulsividad y la agresividad ( $\rho = .444$ ,  $p < .001$ ), asimismo, entre la agresividad reactiva y agresividad proactiva con la impulsividad global ( $p < .001$  respectivamente) y con la impulsividad no planeada ( $p < .001$ ;  $p = .002$  respectivamente). Como conclusión, el estudio subraya la relevancia de continuar investigando estas variables para entender su relación en diferentes grupos demográficos, como niños o adolescentes (3).

**Autor:** “Pari Roque, Kihara Yahaira; Sanchez del Pozo, Wilmer Julio”

**Título:** “Desregulación emocional e impulsividad asociadas a las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana”

**Resumen:**

Este estudio se propuso como meta principal determinar el grado en que la desregulación emocional y la impulsividad, de manera conjunta, explican las variaciones en las conductas de autolesión no suicida. Se siguió un enfoque no experimental, transversal y nivel correlacional. La investigación incluyó a 624 adolescentes entre 12 y 17 años, [Media = 1.5; Desviación Estándar = 0.5; Varones = 50.3% y Mujeres = 49.7%]. Para medir las variables de interés, se usaron tres herramientas específicas: la escala DERS-SF la escala ECI-R, y la Cédula de autolesiones, basada en el DSM-5. El hallazgo más significativo fue que la influencia combinada de la desregulación emocional y la impulsividad en la variación de las conductas de autolesión no suicida presentó un tamaño del efecto medio de  $r^2 = .12$ . El estudio concluyó que investigaciones futuras exploren estas dinámicas mediante un modelo SEM más complejo, dada la relevancia

de examinar en mayor profundidad otras variables que podrían arrojar luz sobre las causas de las autolesiones no suicidas (ASIS), más allá de la impulsividad, ya establecida por este estudio (4).

**Autor:** “Salvo G. Lilian, Castro S. Andrea”

**Título:** “Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents”

**Resumen:**

El estudio buscó evaluar las propiedades psicométricas de la escala BIS-11. Fue un estudio cuantitativo de tipo psicométrico. Se evaluó a 763 estudiantes de secundaria. La fiabilidad del instrumento se evaluó a través del análisis de la consistencia interna y la cohesión entre los ítems. Respecto a su validez, se emplearon el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba t para muestras no emparejadas. Los hallazgos revelaron que la escala tenía un valor un alfa de 0.77, y su puntuación global se vinculó significativamente con varios aspectos de la impulsividad consignados en el DSM IV, con las percepciones de impulsividad reportadas por los docentes, los intentos de suicidio, y el consumo étílico. Por tanto, se concluyó que el BIS-11 es un indicador fiable y válido de la impulsividad en la población estudiada (5).

**Autor:** “Sánchez Sarmiento Paola, Giraldo Huertas Juan José, Quiroz Padilla María Fernanda”

**Título:** “Impulsivity: A view from the behavioral neuroscience and developmental psychology”

**Resumen:**

El estudio tuvo como meta hacer una revisión teórica sobre la impulsividad desde una visión de la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. Fue un estudio cualitativo de tipo revisión teórica. Se llegó a la conclusión de que la impulsividad está vinculada principalmente a tres aspectos: actuar sin la participación directa de las funciones corticales frontales, un incremento en la rapidez de las respuestas, y la búsqueda de satisfacción inmediata. Este déficit en la capacidad de inhibir conductas incluye una gama de acciones, desde la hiperactividad y la pérdida de control del comportamiento hasta la toma de decisiones complejas. Si bien históricamente la definición de esta función ejecutiva se ha enmarcado desde un enfoque

psicopatológico, actualmente, el amplio abanico de métodos de evaluación neuropsicológicos, evolutivos y en modelos animales, nos alienta a promover un diálogo que unifique los saberes de estos distintos postulados teóricos para una mejor comprensión y análisis de la impulsividad (6).

**Autor:** “Víctor Martínez Loredó, José Ramón Fernández Hermida, Sergio Fernández Artamendi, José Luis Carballo, Olaya García Rodríguez”

**Título:** “Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A)”

**Resumen:**

La meta de este estudio fue validar una versión española modificada y más apropiada de la BIS-11-A, además de examinar sus particularidades psicométricas, como su estructura interna, fiabilidad y validez predictiva con relación a la ingesta de sustancias (incluyendo alcohol, tabaco y cannabis, la incidencia de intoxicación reciente). Se administraron la BIS-11-A y el ESPAD a 1.183 estudiantes de 12 a 14 años pertenecientes a 16 colegios de España. Los resultados revelaron que la BIS-11-A posee una estructura de dos factores, alta fiabilidad ( $\alpha = .87$ ) y una capacidad satisfactoria para predecir la ingesta de sustancias, abuso de alcohol y el uso problemático de estas (con una sensibilidad del 67.3-75% y una especificidad del 83.4-85.4%). En conclusión, la versión española de la BIS-11-A se confirma como un instrumento válido y fiable para su aplicación en poblaciones de adolescentes tempranos (7).

**Autor:** “Karolina Kozak, Aliya M. Lucatch, Darby J.E. Lowe, Iris M. Balodis, James Mackillop, Tony P. George”

**Título:** “The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment”

**Resumen:**

La finalidad de este estudio fue revisar sobre la impulsividad como un marcador subyacente de vulnerabilidad para los trastornos por uso de sustancias (TUS), y el tratamiento de la impulsividad coexistente en estos. Fue un estudio cualitativo de tipo revisión sistemática. En base a los estudios revisados se concluyó que destacan tres aspectos cruciales en el complejo vínculo entre la impulsividad y los TUS: (1) el papel de la impulsividad como rasgo, que implica una reducción en la inhibición cognitiva y

conductual, (2) el impacto que el consumo agudo o prolongado de sustancias tiene en la estructura y función cerebral, y (3) la manera en que los factores genéticos y contextuales (como la edad y el género) afectan al comportamiento impulsivo vinculado con los TUS. Para la evaluación de la impulsividad se emplean métodos tanto subjetivos como objetivos. Por tanto, los avances en los tratamientos (incluyendo enfoques farmacológicos, conductuales y neurofisiológicos) deben tomar en cuenta estas dimensiones importantes desde la perspectiva clínica, medidos a través de diversas herramientas, lo cual repercute en la selección de tratamientos adecuados para personas con TUS. A pesar de la variedad de manifestaciones de la impulsividad, se reconoce como un indicador relacionado con los TUS, entendido como un desbalance entre los sistemas neuronales que regulan nuestro comportamiento. Investigaciones futuras en este ámbito prometen mejorar la efectividad de los tratamientos para los TUS (8).

**Autor:** “Esperanza María González Marín, Juliana Andrea Montoya Otálvaro, Mónica Alexandra Cadavid Buitrago, Ana Milena Gaviria Gómez, Elisabet Vilella, Alfonso Gutiérrez-Zotes”

**Título:** “**Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática**”

**Resumen:**

Esta investigación buscó evaluar de manera sistemática las pruebas existentes sobre cómo la adversidad temprana y los sesgos cognitivos influyen en la exacerbación de los síntomas del TLP, identificando además el hueco en la investigación respecto a cómo tipos específicos de adversidad temprana se relacionan con tipos particulares de sesgos cognitivos y la evolución del TLP en pacientes diagnosticados. Fue un estudio cualitativo de tipo revisión sistemática. Se eligieron para el análisis 13 artículos que cumplieron con determinados criterios de inclusión. Se llegó a la conclusión de que, aunque se acepta que la adversidad temprana representa un riesgo general para el TLP, se requiere una investigación más detallada para identificar qué formas específicas de adversidad están más estrechamente relacionadas con el desarrollo del trastorno. A pesar de que se han observado sesgos cognitivos en individuos con TLP, aún no se comprende completamente cómo estos sesgos se manifiestan y cambian con el tiempo o dependiendo del momento en que el paciente fue expuesto a la adversidad temprana (27).

**Autor:** “Jean Marc Guilé, Laure Boissel, Stéphanie Alaux-Cantin, Sébastien Garny de La Rivière”

**Título:” Trastorno límite de la personalidad en adolescentes: estrategias de prevalencia, diagnóstico y tratamiento”**

**Resumen:**

Aplicando el mismo criterio del DSM-V que se usa para adultos, el TLP en adolescentes se particulariza por un patrón de conducta inmadura de al menos un año de duración, manifestándose en cinco o más de las siguientes áreas: esfuerzos intensos para evitar ser abandonado, relaciones interpersonales que son volátiles, trastorno de la identidad, actos impulsivos, comportamiento suicida y autolesiones, inestabilidad emocional, sensación de vacío, rabia excesiva y pensamientos paranoicos bajo estrés. Se ha establecido que el TLP puede diagnosticarse de manera segura en jóvenes desde los 11 años de edad. Los estudios de prevalencia manifiestan que aproximadamente el 3% de los adolescentes en la población general pueden tener TLP. Esta prevalencia aumenta en contextos clínicos, variando desde el 11% en servicios ambulatorios hasta el 78% en adolescentes suicidas que buscan ayuda en emergencias. El diagnóstico se realiza a través de una evaluación clínica detallada, enfocándose en el desarrollo evolutivo y el entorno social del adolescente. Un elemento diagnóstico esencial es la constancia de los síntomas durante al menos un año. Para facilitar la evaluación, se cuentan con herramientas estandarizadas dirigidas por profesionales (por ejemplo, la entrevista de diagnóstico para Borderlines-Revisado y la entrevista infantil para DSM-IV-TR BPD). Es crucial evaluar el riesgo de suicidio. Diferenciar el TLP de otros trastornos puede ser complicado debido a la alta incidencia de síntomas mixtos y condiciones concurrentes. Los trastornos de conducta en la niñez temprana son indicativos de un mayor riesgo de desarrollar TLP en los primeros años de la adolescencia, mientras que los trastornos depresivos en la adolescencia señalan una predicción de TLP en la adultez. El tratamiento de TLP en adolescentes exige el involucramiento activo de los progenitores, un equipo de salud unido y un plan de tratamiento integrado. Aunque la psicofarmacología no es la opción preferida y su uso debe restringirse a antipsicóticos de segunda generación cuando sea necesario, la psicoterapia de apoyo es el tratamiento de elección. Ensayos controlados aleatorios han demostrado la eficacia de terapias específicas basadas en protocolos (como la terapia dialéctica conductual, terapia cognitiva, terapia analítica y terapia basada en la mentalización) (31).

**Autor:** “Rebata Chavez, Micaela Denisse”

**Título:** “La TDC frente a conductas que atentan la vida de pacientes con rasgos/diagnóstico TLP”

**Resumen:**

El TLP se distingue, entre otros aspectos, por la prevalencia de conductas suicidas, constituyendo la segunda causa principal de fallecimiento entre los 15 y 29 años, con más de 800,000 suicidios registrados en todo el mundo anualmente (Boggiano & Gagliesi, 2018). Además, se ha estimado que un 10-40% de individuos que consuman el suicidio han incurrido previamente en autolesiones (Boggiano & Gagliesi, 2018). En este contexto, esta investigación buscó evaluar la efectividad de la terapia dialéctico-conductual (TDC) para controlar los comportamientos autodestructivos, como autolesiones y tendencias suicidas, en personas con rasgos o diagnóstico de TLP. Con ese fin, se realizó una revisión sistemática detallando los criterios de selección, las metodologías de búsqueda y un flujograma del proceso. Los hallazgos indican que la terapia dialéctica conductual muestra eficacia en mitigar los comportamientos autodestructivos en personas con rasgos o diagnóstico de TLP. A partir del análisis de diez estudios revisados, se concluyó que la TDC reduce significativamente tanto las autolesiones como las conductas suicidas. Se propone una versión de la terapia de duración reducida que resulte ser breve pero igualmente efectiva que el enfoque terapéutico completo (18).

**Autor:** “Abarca Rojas, Melanie Grace”

**Título:** “Relación entre los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP Borderline Borderline”

**Resumen:**

El TLP se distingue por sus emociones abrumadoras y las dificultades en sostener relaciones interpersonales saludables; aunque varios investigadores han intentado identificar una sola causa para el TLP, la presencia de múltiples factores de riesgo ha complicado esta tarea. En consecuencia, este estudio buscó examinar cómo los síntomas del TLP se asocian con el estilo de apego utilizando como participantes a 300 miembros femeninos de un grupo de Facebook, de 18 a 35 años. Los hallazgos revelaron que el 81.3% de las participantes mostró un grado elevado de síntomas del TLP, mientras que el 18.7% presentó un grado medio. En lo que respecta a los estilos de apego, el 51%

evidenció un apego ambivalente, el 28% mostró un apego evitativo y únicamente el 21% reveló un apego seguro. Se encontró un vínculo significativo, inverso y de magnitud baja ( $r = -0.194$ ;  $p = 0.000$ ,  $p < 0.05$ ) entre el apego seguro y los síntomas del TLP, indicando que a mayor nivel de síntomas del TLP, menor es la presencia de un apego seguro. Por lo tanto, el estudio concluyó que hay un vínculo significativo entre los síntomas del TLP y los patrones de apego (19).

**Autor:** “Salvatierra Aguilar, Dafne V, Montes Iturriazaga, Ivan”

**Título:** “Dominios de la función ejecutiva alterados en el trastorno límite de la personalidad: una revisión de la literatura”

**Resumen:**

El TLP se identifica por un espectro amplio de síntomas, que incluyen inestabilidad emocional, comportamientos impulsivos y problemas para establecer relaciones interpersonales saludables. Existe un vínculo sugerido entre el TLP y las alteraciones en las funciones neuropsicológicas. Sin embargo, la investigación sobre cómo la función ejecutiva impacta en los síntomas del TLP es limitada, lo que señala la necesidad de investigaciones más profundas y estructuradas en esta área. El estudio buscó evaluar las áreas de la función ejecutiva que se ven comprometidas en pacientes con TLP, mediante un análisis exhaustivo de la literatura científica disponible. Para este propósito, se revisaron artículos disponibles en diferentes bases de datos, identificando 13 estudios que cumplían con los criterios establecidos, cuyas muestras en conjunto sumaban un total de 738 sujetos. En los resultados se encontró que, de la mayoría de los estudios revisados, el 85%, identificaron deficiencias en varios dominios de la función ejecutiva en individuos con TLP comparados con grupos control. Un 23% (equivalente a tres estudios) encontró evidencia significativa de deficiencias en la capacidad de inhibición. Asimismo, un 23% reportó puntuaciones reducidas en la capacidad para resolver problemas, y la misma proporción indicó limitaciones en la planificación y la toma de decisiones. Se concluyó que habilidades para planificar, resolver problemas y tomar decisiones son las que presentan mayor deterioro en personas diagnosticadas con TLP. Se presentan discrepancias respecto a las deficiencias en inhibición y flexibilidad cognitiva, las cuales podrían relacionarse con la impulsividad y la desregulación emocional características del TLP, aunque los resultados aún no son definitivos (20).

**Autor:** “Marquez Zapata, Lucia”

**Título:** “Apego adulto y trastorno límite de personalidad: una revisión integrativa de la literatura (2001-2021)”

**Resumen:**

El TLP se distingue por un marcado temor al desamparo, emociones inestables y dificultades en las relaciones con otras personas. Se sugiere que la teoría del apego, que examina los patrones de interacción y las percepciones internas que afectan la estructura de la personalidad, puede ofrecer una comprensión sobre el origen del TLP. Las revisiones narrativas existentes sobre la conexión entre el TLP y el apego muestran limitaciones en cuanto a actualidad y evidencia empírica, lo que señala la importancia de investigar estudios recientes. Este estudio tiene como finalidad explorar la asociación entre el TLP y los patrones de apego en adultos, mediante la revisión de investigaciones publicadas en el periodo 2001-2021. Para este propósito, se hizo una búsqueda en diferentes bases de datos, eligiendo aquellos trabajos que aplicaran instrumentos de medición del apego en adultos y que incluyeran muestras con síntomas o diagnóstico de TLP. Tras revisar 13 estudios, con participantes de entre 18 y 65 años, se realizó una evaluación crítica. Los resultados indican una inclinación de individuos con TLP hacia estilos de apego ansioso y temeroso, así como una prevalencia de experiencias de abuso en la infancia. Se encontró que la dinámica entre el TLP y el apego está influenciada por factores como el desequilibrio emocional, la escasa autoeficacia, la sensibilidad al rechazo, las percepciones desfavorables sobre sí mismo, la reducida capacidad de reflexión y altos grados de neuroticismo, especialmente notorios durante la adultez temprana y asociados a patrones de apego desorganizados. Se sugiere la realización de investigaciones longitudinales para una comprensión más profunda de estas relaciones (21).

**Autor:**” Reynoso Aguirre, Lais Alezandra Año: 2017”

**Título:** “Asociación entre los Rasgos de Trastorno Limítrofe de la Personalidad y la Dependencia a Sustancias Psicoactiva – Arequipa, 2017”

**Resumen:**

El TLP es una condición compleja y diversa en sus manifestaciones clínicas, lo que representa un desafío diagnóstico a pesar de los criterios definidos por el DSM-IV. Este estudio buscó investigar el vínculo entre la presencia de rasgos de TLP y el consumo de sustancias psicoactivas en individuos de 18 a 35; asimismo, se buscó identificar el rasgo de TLP más frecuente en esta población. Se llevó a cabo una investigación observacional, analítica y retrospectiva, de diseño transversal, empleando dos herramientas validadas: el Cuestionario McLean para evaluar rasgos de TLP y otro cuestionario para determinar la dependencia a sustancias psicoactivas. La muestra incluyó 33 sujetos diagnosticados con dependencia a drogas y 68 controles sin trastornos neurocognitivos ni psiquiátricos. De estos, 12 casos y 3 controles cumplieron con los criterios para TLP, sugiriendo una asociación del 36% entre la dependencia a sustancias psicoactivas y el TLP. En cuanto a los rasgos específicos de TLP, se observó una prevalencia significativa de impulsividad, alteraciones en las relaciones interpersonales, inestabilidad emocional e ideación paranoide entre los pacientes dependientes en comparación con los controles. Además, se determinó que los sujetos con adicción a sustancias tenían una probabilidad 12,38 veces mayor de presentar TLP y que el TLP tenía una influencia significativa (31,59%) en el desarrollo de esta dependencia. También se encontró que el tipo de sustancia consumida variaba según la presencia de TLP, predominando el uso de drogas del grupo I y alucinógenos. En conclusión, este estudio evidencia un vínculo significativo entre los rasgos de TLP y la dependencia a sustancias psicoactivas, destacando la importancia de considerar el TLP en el tratamiento y prevención de la dependencia a sustancias (22).

**Autor:** “Morante Vega, Marco Año: 2017”

**Título:** “Antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a trastorno límite de la personalidad en adultos”

**Resumen:**

Este estudio buscó investigar si los eventos traumáticos en la infancia contribuyen a la formación del TLP en la edad adulta. Se llevó a cabo una investigación observacional y

retrospectiva de tipo caso-control en el departamento de psiquiatría de un hospital, involucrando a 90 pacientes, de los cuales 30 presentaban trastorno límite de la personalidad (TLP) y los 60 restantes no. Los resultados mostraron que, de las variables analizadas como posibles factores de riesgo, solo el abuso sexual en la infancia (OR: 3,33;  $p < 0.05$ ) se identificó como un factor significativo para la formación de TLP en adultos. Las otras variables, incluyendo abuso emocional y físico, así como la negligencia emocional y física, no se asociaron significativamente con un incremento en el riesgo de desarrollar TLP. Por lo tanto, se concluyó que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo para la formación de TLP en la adultez, mientras que otros tipos de maltrato infantil no mostraron una asociación significativa (23).

**Autor:** “Glauco Valdivieso-Jiménez, Edgar Vásquez-Dextre y Sergio A. Barroilhet  
Año: 2023”

**Título:** “Indicadores de severidad clínica en la comorbilidad de trastorno bipolar y trastorno límite de personalidad: una revisión sistemática”

**Resumen:**

Este estudio tuvo como meta explorar las diferencias en la severidad clínica entre pacientes con la comorbilidad TB-TLP y aquellos diagnosticados únicamente con uno de estos trastornos. Para ello, se hizo una revisión de estudios transversales, casos-controles, así como cohortes, los cuales compararon a pacientes diagnosticados con TB o TLP con aquellos que presentaban ambos diagnósticos. La revisión se limitó a estudios en inglés y español, centrados en poblaciones de 18 a 65 años. Se seleccionaron 12 estudios, abarcando un total de 4.246 pacientes de ambos géneros. Los resultados indican que los individuos que cuentan tanto con TB como TLP tienen una mayor probabilidad de sufrir comportamientos suicidas, así como más episodios depresivos y de manía/hipomanía. También exhiben niveles más altos de agresividad, ira y hostilidad, junto con una mayor cantidad de hospitalizaciones, deterioro funcional y una mayor gravedad sintomática en comparación con aquellos que tienen solo uno de los diagnósticos, especialmente en los casos de TB. Se concluyó que los pacientes con coexistencia de TB y TLP muestran un curso clínico más grave y desfavorable que aquellos con un solo diagnóstico, subrayando la necesidad de un abordaje terapéutico especializado y atención clínica integral para esta población (39).

**Autor:** “Berenice Serrano Zárata, Andrea Delgado Carreter”

**Título:** “Diseño de una intervención basada en técnicas de regulación emocional y psicología positiva para un caso de trastorno de depresión mayor y rasgos de personalidad límite”

**Resumen:**

Este estudio tuvo como propósito crear un plan de tratamiento específico para un individuo diagnosticado con TDM y características de TLP, empleando estrategias de manejo emocional y psicología positiva. Fue un estudio de tipo estudio de caso en donde implementó el tratamiento en una joven de 23 años que presentaba síntomas depresivos, problemas de manejo emocional y rasgos de TLP. Se elaboró un sistema de evaluación para comparar el antes y después del tratamiento, abarcando aspectos como el estado anímico, percepción de sí mismo, ansiedad, manejo emocional, percepción y valoración del tratamiento, alianza con el terapeuta y evaluación de la gravedad por parte del profesional. La evaluación se realizó también de manera semanal con registros diseñados para el estudio. El tratamiento incluyó psicoeducación, aumento de la conciencia, gestión emocional, psicología positiva y estrategias para evitar recaídas, y se extendió a lo largo de 13 sesiones de 60 minutos cada una por cada semana. En los resultados, se observó una disminución en los signos de depresión y ansiedad, un aumento en la autoestima y mejoras en el manejo emocional. Conclusiones: Las estrategias de manejo emocional y la psicología positiva pueden ser herramientas valiosas en el tratamiento de TDM cuando existe comorbilidad con trastornos de la personalidad (25).

**Autor:** “Minerva Romero Clausell, María Vicenta Navarro, Azucena García-Palacios  
Año: 2017 “

**Título:** “La percepción de control de la ansiedad en el trastorno límite de la personalidad”

**Sumario:**

Este estudio pretendió examinar y comparar los niveles de la percepción de control sobre la ansiedad (PCA) entre individuos con TLP y aquellos con trastorno de pánico (TP). Fue un estudio cuantitativo, comparativo; se contó con una muestra de 105 sujetos, de los cuales 53 presentaban TLP y 52 TP; asimismo para medir los niveles de PCA se empleó el inventario ACQ-R. En los resultados se identificó un contraste significativo

en las subescalas de control de amenazas, control del estrés, y en la puntuación total del ACQ-R. Se concluyó que los individuos con TLP experimentan un manejo de la ansiedad menos eficaz comparados con los pacientes con TP (26).

**Autor:** “Ángela Trujillo Galeano”

**Título:** “Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor”

**Sumario:**

El propósito de este estudio fue describir, utilizando el marco teórico de la Terapia Cognitiva y mediante un estudio de caso clínico, el enfoque terapéutico aplicado a una paciente con TLP, que además presenta comorbilidad con depresión mayor. Se detalló la evaluación y diagnóstico realizado según los criterios del DSM 5, se formuló un plan de tratamiento, y se llevó a cabo la intervención específica para este caso. Se exploraron diversos modelos para ahondar en la comprensión de ambos trastornos. Se extrajeron conclusiones importantes del caso después de todo el proceso. Se destacó la dificultad en el proceso diagnóstico, que involucró considerar diagnósticos diferenciales como el trastorno explosivo intermitente, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno bipolar y TLP. Aunque se confirmó la presencia de TLP, no fue posible diagnosticar a la paciente con este trastorno debido a que tenía menos de 18 años y el proceso terapéutico no había alcanzado la duración suficiente; por lo tanto, se decidió establecer un diagnóstico provisional de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo durante un año, en conjunto con el trastorno depresivo mayor. A pesar del diagnóstico, se abordaron desde el principio los aspectos de intervención asociados al TLP, que eran relevantes para los problemas de la paciente (40).

**Autor:** “Constanza Vera-Varela Lucas Giner Enrique, Baca-García y María L. Barrigón”

**Título:** “Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis”

**Resumen:**

El tratamiento del TLP supone un desafío para los profesionales sanitarios, especialmente en entornos de atención de urgencia hospitalaria, donde se requieren decisiones rápidas que sean convenientes y tomadas en colaboración con el paciente, fomentando su independencia e involucramiento en la gestión de la crisis. En ese

artículo, el objetivo fue revisar de manera práctica el abordaje de crisis y, proporcionar pautas para los profesionales que se encontraban ante esas situaciones. Estas sugerencias se basaron en las pruebas empíricas disponibles hasta el momento e incluyeron pautas para la evaluación de la intención suicida, que era una de las razones más comunes por las que esos pacientes acudían a urgencia. Además, se repasaron los diferentes enfoques de tratamiento y los criterios para la hospitalización, así como los objetivos de este. Se determinó que el propósito de los profesionales de urgencias al tratar a pacientes con TLP es llevar a cabo intervenciones durante crisis como parte integral del tratamiento. Además, es esencial descartar condiciones médicas adicionales, evaluar el riesgo suicida y permitir la participación del paciente en el proceso decisional. Se recomienda una hospitalización corta con objetivos específicos previamente establecidos, en la que se lleve a cabo una intervención en el momento de la crisis, se formule un plan de tratamiento integral y se diseñen estrategias psicosociales para apoyar el retorno del paciente a su comunidad (28).

**Autor:** “Matthew S. Stanford, Charles W. Mathias, Donald M. Dougherty, Sarah L. Lake, Nathaniel E. Anderson, Jim H. Patton”

**Título:** “Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review”

**Resumen:**

Este estudio presentó tres objetivos: (1) exponer la evolución histórica de la BIS-11; (2) ofrecer datos actualizados que respalden las características psicométricas de las subescalas; y (3) examinar la literatura clínica y de personalidad que ha abordado las subescalas de la BIS-11. Fue un estudio cualitativo de tipo revisión sistemática. De acuerdo a la revisión de los estudios se concluyó que el BIS-11 ha sido fundamental en la conceptualización y el avance de los estudios sobre la impulsividad durante los últimos 50 años; su influencia se extiende a varias áreas como la salud mental, los negocios, la justicia penal y la formación académica; asimismo, se espera que la BIS-11 se convierta en un punto de referencia estándar en futuras investigaciones sobre impulsividad, promoviendo la uniformidad en la definición y permitiendo comparaciones entre estudios; por último se sugirió una investigación más detallada de las subescalas de la BIS-11 en diferentes psicopatologías para mejorar el diagnóstico y el tratamiento (30).

**Autor:**” Dolores Mosquera”

**Título:** “Trastorno límite de la personalidad. una aproximación conceptual a los criterios del DSM”.

**Resumen:**

Los individuos que sufren del TLP enfrentan numerosos desafíos en su vida cotidiana, muchos de los cuales están relacionados con historias traumáticas que no son plenamente consideradas si solo se analizan los criterios del DSM. Este artículo exploró cómo los criterios del DSM están interrelacionados y cómo ciertos aspectos pueden desencadenar la presencia de síntomas en pacientes con problemas sociales más severos. Interpretar los criterios del DSM de forma aislada resulta superficial y poco esclarecedor. En el ejercicio clínico, se observa cómo estos criterios se influyen mutuamente. El trauma experimentado en etapas tempranas de la vida afecta la formación del niño y del futuro adulto, teniendo un impacto significativo en sus relaciones interpersonales. La contratransferencia representa uno de los desafíos en el manejo de pacientes con TLP. Al comprender la interrelación entre los criterios del DSM, podemos comprender mejor la problemática subyacente que se manifiesta a través de los síntomas (31).

#### 4. HIPÓTESIS

**H1:** Existe relación entre los niveles de impulsividad en pacientes diagnosticados con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite asociado a su comorbilidad psiquiátrica.

**H0:** No existe relación entre los niveles de impulsividad en pacientes diagnosticados con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite asociado a su comorbilidad psiquiátrica.



## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnica

La técnica a usar es la ficha de recolección de datos y un cuestionario.

### 1.2. Instrumentos

El instrumento seleccionado es la Escala de Barratt BIS-11, ampliamente reconocida y utilizada a nivel mundial. Ha sido validada en diversos grupos poblacionales y es frecuentemente empleada tanto en adolescentes como en adultos. Consiste en un cuestionario autoadministrado que requiere que el sujeto responda preguntas sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas. El individuo elige una respuesta de entre cuatro opciones proporcionadas, cada una con una puntuación asignada (9).

### 1.3. Materiales

En el proceso de investigación y recojo de datos se utilizarán fichas impresas, papel, lapiceros, folders, laptop y materiales de escritorio.

Además, se utilizará un software R.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

El estudio se hará en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, situado en la Avenida Daniel Alcides Carrión 505 del distrito, provincia y departamento de Arequipa.

### 2.2. Ubicación Temporal

La investigación se hará durante los meses de enero a febrero de 2024.

### 2.3. Unidades de Estudio

Pacientes diagnosticados con TLP atendidos por consultorio externo del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

### 2.4. Población

#### 2.4.1. Universo:

Todos los sujetos diagnosticados con TLP que son usuarios del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

#### 2.4.2. Muestra:

El tipo de muestreo corresponde al no probabilístico por conveniencia. El número de participantes en este estudio se estableció utilizando la fórmula de muestreo para poblaciones finitas conocidas: Criterios de Selección:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

$n$  = Tamaño de muestra

$N$  = Tamaño de población

$Z$  = Nivel de confianza

$e$  = Error de estimación máximo aceptado

$P$  = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

$q$  = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Para una población total de 117 pacientes ( $N$ ), a una confiabilidad del 95% ( $Z$ ), un margen de error del 5% ( $e$ ) y una probabilidad de que ocurra el evento estudiado del 50% ( $p$ ), se obtuvo una muestra de 90 pacientes ( $n$ ).

El tamaño muestral ajustado a pérdidas se calculó mediante la fórmula de muestra ajustada a pérdidas:

$$Mp = \frac{n}{(1 - R)}$$

Donde:

$n$  = Tamaño de muestra calculado

$Mp$  = Muestra ajustada a pérdidas

$R$  = Proporción esperada de pérdidas

Con una proporción esperada de pérdidas del 10%, y un tamaño de muestra calculado de 90 pacientes, la muestra ajustada a pérdidas se calculó en 100 pacientes.

#### **2.4.2.1. Criterios de Inclusión:**

- Individuos diagnosticados con TLP, registrado en la historia clínica con la codificación CIE 10 de F60.3.
- Personas diagnosticadas con TLP que hayan sido atendidas en el Servicio de Psiquiatría a través de consultas externas en el Hospital evaluado.
- Participación voluntaria de los sujetos diagnosticados con TLP señalada con su firma en el consentimiento informado.
- Individuos diagnosticados TLP que tengan una edad igual o superior a 18 años.

#### **2.4.2.2. Criterios de Exclusión:**

- Individuos que opten por no tomar parte en el estudio.
- Formulario de Recopilación de Datos que esté incompleto o haya sido llenado incorrectamente.
- Individuos diagnosticados con un Trastorno de Personalidad no especificado.
- Individuos diagnosticados con TLP que no hayan recibido atención en el consultorio externo del Servicio de Psiquiatría del Hospital evaluado.

### **3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

#### **3.1. Organización**

- Se enviará una solicitud al Gerente Regional de Salud de Arequipa de la Gerencia Regional de Salud, donde se pedirá la autorización para ejecutar el presente trabajo de investigación.
- La Gerencia Regional de Salud aprobará el trabajo de investigación y enviará el documento al área de Capacitación del Hospital Regional Honorio Delgado para luego ser enviado al departamento de Psiquiatría y de Medicina para su aprobación.
- El trabajo de investigación será evaluado por un Comité de Ética del Hospital Regional Honorio Delgado.

### **3.2. Recursos:**

#### **3.2.1. Humanos**

Investigadores - Asesor.

#### **3.2.2. Materiales**

Ficha física de Recolección de Datos.

Historias Clínicas.

Consentimiento Informado.

Computadora propia con software de procesamiento de texto, organización de datos y análisis estadístico.

#### **3.2.3. Financieros**

Autofinanciado por los investigadores

### **3.3. Validación de los Instrumentos**

#### **3.3.1. Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) .-**

La impulsividad es una construcción multidimensional, que incorpora clasificaciones de estados y rasgos, y una variedad de comportamientos asociados, por lo que con el tiempo ha adquirido una relevancia progresiva en los trabajos de investigación, tanto por su relación con trastornos mentales, como su facultad para explicar contrastes normales y patológicos de la personalidad de un individuo.

Las mediciones de impulsividad reflejan la variabilidad en las definiciones del término y comprenden varias formas que van desde las evaluaciones de autoinforme hasta las medidas de comportamiento y los análisis electrofisiológicos. El autoinforme se basa en el recuerdo preciso de un individuo de su propio comportamiento, mientras que las medidas de comportamiento son más objetivas. A menudo hay poca superposición entre el autoinforme y las medidas conductuales de impulsividad (9).

El BIS-11 ha sido diseñado con el fin de evaluar los niveles de impulsividad. Este ha sido usado en entornos de investigación y clínicos. Se describe de igual manera como una medida de autoinforme la cual fue creada en 1990 por el Dr. Barratt. Este consta de 30 ítems, con tres subescalas:

- La Impulsividad Cognitiva, también referida como Impulsividad de Atención, se evidencia por la falta de control y la dificultad para mantener la concentración en respuestas o en temas específicos. Este componente abarca 8 enunciados: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27.
- La Impulsividad Motora implica acciones rápidas y espontáneas influenciadas por las emociones del momento; comprende 10 enunciados: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29.
- La Impulsividad espontánea o no planificada, asociada con una falta de consideración hacia el futuro, se refiere a un estilo de toma de decisiones apresuradas y sin previsión. Este aspecto incluye 12 enunciados: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30 (8).

Este cuestionario utiliza una escala Likert de 4 opciones de respuesta, donde: 0 = raramente o nunca; 1 = ocasionalmente; 3 = a menudo; y 4 = siempre o casi siempre. Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 120, y son directamente proporcionales, es decir, entre más altas son las puntuaciones en el BIS-11, estos van a reflejar niveles más altos de impulsividad.

Desde una perspectiva clínica, se otorga mayor importancia al valor numérico total de la puntuación. Los enunciados 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 se puntúan de manera inversa. Para obtener los valores de cada dimensión se deben sumar los puntajes directos de los ítems que las conforman; asimismo, la puntuación general se obtiene mediante la suma de todos los ítems (9).

Se han realizado estudios previos que han utilizado la puntuación total de 74 como punto de corte para designar una alta impulsividad, una desviación estándar por encima de la media según Patton et al. Sin embargo una revisión de datos más recientes sugieren que se debe utilizar puntuaciones de mayor igual a 72 puntos para clasificar a un individuo altamente como impulsivo, por lo que nos basaremos en esta puntuación para el presente trabajo de investigación ya que estudios sugieren que tiene una buena validez concurrente (8).

Además, se considera que las puntuaciones obtenidas entre 52 y 71 puntos deben considerarse como límites normales de impulsividad, y que las puntuaciones inferiores a 52 puntos representan que es un individuo que tiene bastante control o que no ha completado honestamente el cuestionario (9).

Como se mencionó anteriormente, el BIS-11 se caracteriza por su estructura robusta, fiabilidad satisfactoria y varios índices de validez comprobada.

Respecto al análisis de fiabilidad del BIS-11, los hallazgos de investigaciones previas indican un coeficiente de alfa, que fluctúa entre 0.7 y 0.9, siendo los valores ideales aquellos que se sitúan entre 0.8 y 0.9. La versión más reciente de este instrumento ha demostrado poseer una excelente fiabilidad ( $\alpha = .83$ ) y una elevada validez predictiva en la medición de comportamientos de riesgo, incluyendo síntomas de trastornos conductuales, TDAH, consumo de sustancias y tentativas de suicidio, tanto en poblaciones adultas como juveniles (5,7).

### **3.4. Criterios para manejo de resultados**

#### **3.4.1. Plan de Procesamiento**

Para el tratamiento de los datos, se realizó inicialmente una organización analítica, en la cual se codificaron y agruparon los datos en una matriz, empleando el software Microsoft Office Excel.

Posteriormente, esta matriz se importó al software estadístico R para su análisis. En la fase de análisis descriptivo, se determinaron las frecuencias absolutas y relativas según las categorías de cada variable. A continuación, se efectuó un análisis inferencial bivariado por medio de la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) o la prueba exacta de Fisher, elegidos en función del tamaño de muestra en cada categoría de las variables. Los resultados se evaluaron como estadísticamente significativos si el valor de p era inferior a 0.05.



**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

## PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Este capítulo detalla los hallazgos clave de la investigación utilizando las metodologías y herramientas de recojo de información previamente descritas. El análisis de la información se hizo mediante el uso de técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales, y los resultados se exponen en tablas diseñadas específicamente para esta investigación.

Comenzando con una descripción de las características sociodemográficas de la población estudiada y las comorbilidades identificadas en los pacientes participantes, el estudio prosigue con la presentación de los grados de impulsividad, categorizados según un umbral predeterminado de 72 puntos. Finalmente, se analiza cómo los factores sociodemográficos y las comorbilidades influyen en los niveles de impulsividad encontrados.



**1. Características Sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024.**

**Tabla 1**

**Características Sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de TLP.**

	N = 90
	n (%)
<b>Sexo</b>	
Femenino	82 (91.1%)
Masculino	8 (8.9%)
<b>Edad</b>	
18-21	27 (30.0%)
22-25	24 (26.7%)
26-29	19 (21.1%)
30-34	11 (12.2%)
≥34	9 (10.0%)
<b>Estado civil</b>	
Soltero	87 (96.7%)
Conviviente	1 (1.1%)
Divorciado	2 (2.2%)
<b>Procedencia</b>	
Arequipa	67 (74.4%)
Otros	23 (25.6%)
<b>Grado de instrucción</b>	
Primaria completa	1 (1.1%)
Secundaria incompleta	3 (3.3%)
Secundaria completa	28 (31.1%)
Superior incompleta	45 (50.0%)
Superior completa	13 (14.4%)
<b>Ocupación</b>	
Desocupado	17 (18.9%)
Estudiante	52 (57.8%)
Trabajador dependiente	14 (15.6%)
Trabajador independiente	7 (7.8%)

En la tabla 1, se describen las particularidades generales de los pacientes con TLP incluidos en el estudio. En total, se incluyeron 90 pacientes. La mayoría eran del sexo femenino (91.1%), tenían una edad entre 18-21 años (30.0%), un estado civil de soltero (96.7%), con procedencia de Arequipa (74.4%), un grado de instrucción superior incompleta (50.0%) y una ocupación de estudiante (57.8%).

**2. Comorbilidad Psiquiátrica de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024.**

**Tabla 2**

**Comorbilidad Psiquiátrica de los pacientes los pacientes con diagnóstico de TLP.**

<b>Trastorno Bipolar</b>		<b>Trastorno Relacionado a Cannabis</b>	
No	81 (90.0%)	No	83 (92.2%)
Si	9 (10.0%)	Si	7 (7.8%)
<b>Depresión mayor</b>		<b>Trastorno Relacionado con sedantes, ansiolíticos, hipnóticos</b>	
No	46 (51.1%)	No	82 (91.1%)
Si	44 (48.9%)	Si	8 (8.9%)
<b>Trastorno depresivo recurrente</b>		<b>Trastorno relacionado con Cocaína</b>	
No	79 (87.8%)	No	85 (94.4%)
Si	11 (12.2%)	Si	5 (5.6%)
<b>Trastornos Persistentes del Estado del Ánimo</b>		<b>Trastorno de Déficit Atención e Hiperactividad</b>	
No	82 (91.1%)	No	84 (93.3%)
Si	8 (8.9%)	Si	6 (6.7%)
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>		<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo</b>	
No	77 (85.6%)	No	86 (95.6%)
Si	13 (14.4%)	Si	4 (4.4%)
<b>Trastorno mixto ansioso depresivo</b>		<b>Trastorno de Estrés Post-Traumático</b>	
No	77 (85.6%)	No	76 (84.4%)
Si	13 (14.4%)	Si	14 (15.6%)
<b>Trastornos de ansiedad fóbica</b>		<b>Trastorno Adaptativo</b>	
No	86 (95.6%)	No	83 (92.2%)
Si	4 (4.4%)	Si	7 (7.8%)
<b>Anorexia nerviosa</b>		<b>Otros trastornos Psicóticos</b>	
No	78 (86.7%)	No	88 (97.8%)
Si	12 (13.3%)	Si	2 (2.2%)
<b>Bulimia nerviosa</b>		<b>Trastorno disociativo y de conversión</b>	
No	75 (83.3%)	No	87 (96.7%)
Si	15 (16.7%)	Si	3 (3.3%)
<b>Otros trastornos de conducta alimentaria</b>		<b>Trastorno de personalidad dependiente</b>	
No	86 (95.6%)	No	88 (97.8%)
Si	4 (4.4%)		
<b>Trastorno Asociado Consumo Alcohol</b>		<b>Trastorno de personalidad Antisocial</b>	
No	62 (68.9%)	No	86 (95.6%)
Si	28 (31.1%)	Si	4 (4.4%)

<b>Trastornos del Estado de Ánimo</b>	
No	23 (25.6%)
Si	67 (74.4%)
<b>Trastornos de Ansiedad</b>	
No	61 (67.8%)
Si	29 (32.2%)
<b>Trastornos de Conducta Alimentaria</b>	
No	59 (65.6%)
Si	31 (34.4%)
<b>Trastornos de Personalidad</b>	
No	85 (94.4%)
Si	5 (5.6%)
<b>Trastornos de Consumo de Sustancias</b>	
No	53 (58.9%)
Si	37 (41.1%)
<b>Impulsividad</b>	
< 72	42 (46.7%)
≥ 72	48 (53.3%)

En la tabla 2, con respecto a las comorbilidades, las que resultaron más frecuentes fueron la Depresión mayor (48.9%), trastorno asociado a consumo de Alcohol (31.1%), bulimia nerviosa (16.7%), TEPT (15.6%), trastorno mixto ansioso depresivo (14.4%), TAG (14.4%), anorexia nerviosa (13.3%) y trastorno depresivo recurrente (12.2%).

### 3. Comorbilidad Psiquiátrica según Síndromes de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024

Tabla 3

#### Comorbilidad Psiquiátrica según Síndromes de los pacientes con diagnóstico de TLP

Trastornos del Estado de Ánimo	
No	23 (25.6%)
Si	67 (74.4%)
Trastornos de Ansiedad	
No	61 (67.8%)
Si	29 (32.2%)
Trastornos de Conducta Alimentaria	
No	59 (65.6%)
Si	31 (34.4%)
Trastornos de Personalidad	
No	85 (94.4%)
Si	5 (5.6%)
Trastornos de Consumo de Sustancias	
No	53 (58.9%)
Si	37 (41.1%)

En la tabla 3, al momento de agrupar las comorbilidades en síndromes, se obtuvo que el 74.4% de los pacientes tenía trastornos del estado de ánimo, el 32.2% tenían trastornos de ansiedad, el 34.4% tenían TCA, el 5.6% tenía trastornos de personalidad y el 41.1% tenía trastornos de consumo de sustancias (Figura 2). Finalmente, la Impulsividad  $\geq 72$  tuvo una prevalencia del 53.3%

**4. Número de Comorbilidades Psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024.**

**Tabla 4**

**Número de Comorbilidades Psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de TLP**

<b>Número de Comorbilidades</b>	<b>n</b>
0	3 (3.33%)
1	22 (24.44%)
2	24 (26.67%)
3	18 (20%)
4	16 (17.78%)
5	7 (7.78%)

En la tabla 4, se aprecia que de los 90 pacientes, el 26,67% tenían 2 comorbilidades concurrentes con el TLP. El 3 % tenían 0 comorbilidades concurrentes, el 24,44% tenían 1 comorbilidad concurrente, el 20% (18) tenían 3 comorbilidades concurrentes, el 17,78% presentaban 4 comorbilidades concurrentes y por último el 7,78% (7) de los pacientes presentaban 5 trastornos comórbidos psiquiátricos.

**5. Niveles de impulsividad de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Enero a Febrero de 2024.**

**Tabla 5**

**Niveles de impulsividad de los pacientes con diagnóstico de TLP**

Impulsividad	
< 72	42 (46.7%)
≥ 72	48 (53.3%)

En la tabla 5, se encontró que, de los 90 pacientes, el 53.3% (48) tienen un puntaje mayor a igual a 72, lo cual nos indica que este grupo tiene altos niveles de impulsividad. El 46.7% (42) tienen niveles de impulsividad menor igual a 72 puntos.

**6. Características sociodemográficas asociado con los niveles de impulsividad de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital meses de Enero a Febrero de 2024.**

**Tabla 6**

**Características sociodemográficas asociado con los niveles de impulsividad de los pacientes con diagnóstico de TLP.**

	Impulsividad		Valor p
	<72 N = 42	≥ 72 N = 48	
<b>Características sociodemográficas</b>			
Sexo			0.5
Femenino	37 (45.1%)	45 (54.9%)	
Masculino	5 (62.5%)	3 (37.5%)	
Edad			0.8
18-21	14 (51.9%)	13 (48.1%)	
22-25	12 (50.0%)	12 (50.0%)	
26-29	7 (36.8%)	12 (63.2%)	
30-34	4 (36.4%)	7 (63.6%)	
≥34	5 (55.6%)	4 (44.4%)	
Estado civil			0.2
Soltero	40 (46.0%)	47 (54.0%)	
Conviviente	0 (0.0%)	1 (100.0%)	
Divorciado	2 (100.0%)	0 (0.0%)	
Procedencia			0.2
Arequipa	34 (50.7%)	33 (49.3%)	
Otros	8 (34.8%)	15 (65.2%)	
Grado de instrucción			0.5
Primaria completa	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Secundaria incompleta	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
Secundaria completa	16 (57.1%)	12 (42.9%)	
Superior incompleta	19 (42.2%)	26 (57.8%)	
Superior completa	5 (38.5%)	8 (61.5%)	
Ocupación			0.7
Desocupado	6 (35.3%)	11 (64.7%)	
Estudiante	25 (48.1%)	27 (51.9%)	
Trabajador dependiente	8 (57.1%)	6 (42.9%)	
Trabajador independiente	3 (42.9%)	4 (57.1%)	

En la tabla 6, se describen las particularidades sociodemográficas de los pacientes incluidos de acuerdo con los niveles de impulsividad. En cuanto a las variables sociodemográficas, no se halló una diferencia estadísticamente significativa al distribuirlos entre ambos grupos de acuerdo con los niveles de impulsividad.



**7. Niveles de impulsividad asociado con la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital meses de Enero a Febrero de 2024.**

**Tabla 7**

**Niveles de impulsividad asociado con la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes con diagnóstico de TLP.**

	Impulsividad		Valor p
	<72 N = 42	≥ 72 N = 48	
<b>Comorbilidades</b>			
<b>Trastorno Bipolar</b>			0.7
No	37 (45.7%)	44 (54.3%)	
Si	5 (55.6%)	4 (44.4%)	
<b>Depresión mayor</b>			0.045*
No	26 (56.5%)	20 (43.5%)	
Si	16 (36.4%)	28 (63.6%)	
<b>Trastorno depresivo recurrente</b>			0.2
No	39(49.4%)	40 (50.6%)	
Si	3(27.3%)	8 (72.7%)	
<b>Trastornos Persistentes del Estado del Ánimo</b>			0.5
No	37 (45.1%)	45 (54.9%)	
Si	5 (62.5%)	3 (37.5%)	
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>			0.2
No	34 (44.2%)	43 (55.8%)	
Si	8 (61.5%)	5 (38.5%)	
<b>Trastorno mixto ansioso depresivo</b>			0.2
No	38 (49.4%)	39 (50.6%)	
Si	4 (30.8%)	9 (69.2%)	
<b>Trastornos de ansiedad fóbica</b>			0.044
No	38 (44.2%)	48 (55.8%)	
Si	4 (100.0%)	0 (0.0%)	
<b>Anorexia nerviosa</b>			0.11
No	39 (50.0%)	39 (50.0%)	
Si	3 (25.0%)	9 (75.0%)	
<b>Bulimia nerviosa</b>			0.9
No	35 (46.7%)	40 (53.3%)	
Si	7 (46.7%)	8 (53.3%)	
<b>Otros trastornos de conducta alimentaria</b>			0.9
No	40 (46.5%)	46 (53.5%)	
Si	2 (50.0%)	2 (50.0%)	
<b>Trastorno Asociado Consumo Alcohol</b>			0.2*
No	32 (51.6%)	30 (48.4%)	
Si	10 (35.7%)	18 (64.3%)	

	Impulsividad		Valor p
	<72 N = 42	≥ 72 N = 48	
Trastorno Relacionado a Cannabis			
No	38 (45.8%)	45 (54.2%)	
Si	4 (57.1%)	3 (42.9%)	
Trastorno Relacionado con sedantes, ansiolíticos, hipnóticos			0.7
No	39 (47.6%)	43 (52.4%)	
Si	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
Trastorno relacionado con Cocaína			0.7
No	39 (45.9%)	46 (54.1%)	
Si	3 (60.0%)	2 (40.0%)	
Trastorno de Déficit Atención e Hiperactividad			0.2
No	41 (48.8%)	43 (51.2%)	
Si	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
Trastorno Obsesivo Compulsivo			0.3
No	39 (45.3%)	47 (54.7%)	
Si	3 (75.0%)	1 (25.0%)	
Trastorno de Estrés Post-Traumático			0.8
No	35 (46.1%)	41 (53.9%)	
Si	7 (50.0%)	7 (50.0%)	
Trastorno Adaptativo			0.4
No	40 (48.2%)	43 (51.8%)	
Si	2 (28.6%)	5 (71.4%)	
Otros trastornos Psicóticos			0.9
No	41 (46.6%)	47 (53.4%)	
Si	1 (50.0%)	1 (50.0%)	

En la tabla 7, con respecto a las comorbilidades: la depresión mayor y el trastorno de ansiedad fóbica estaban asociados estadísticamente con la impulsividad. Se encontró que una mayor proporción de pacientes con depresión mayor que tenían niveles de impulsividad más altos

(63.3%) mientras que aquellos que no tenían depresión mayor tenían una proporción mayor de niveles de impulsividad bajo (56.5%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.045$ ). Asimismo, se encontró que una mayor cantidad de sujetos con trastorno de ansiedad fóbica tenían mayores niveles de impulsividad bajo (100.0%), mientras los que no tenían trastorno de ansiedad fóbica tenían niveles más altos de impulsividad (55.8%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.044$ ). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las demás comorbilidades psiquiátricas del TLP.



**8. Niveles de impulsividades asociado con la comorbilidad psiquiátrica agrupados según Síndromes de los pacientes con diagnóstico de TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital meses de Enero a Febrero de 2024.**

**Tabla 8**

**Niveles de impulsividad asociado con la comorbilidad psiquiátrica agrupados según Síndromes de los pacientes con diagnóstico de TLP**

	Impulsividad		Valor p
	<72 N = 42	≥ 72 N = 48	
<b>Síndromes</b>			
<b>Trastornos del Estado de Ánimo</b>			
No	13 (56.5%)	10 (43.5%)	0.3*
Si	29 (43.3%)	38 (56.7%)	
<b>Trastornos de Ansiedad</b>			
No	27 (44.3%)	34 (55.7%)	0.5*
Si	15 (51.7%)	14 (48.3%)	
<b>Trastornos de Conducta Alimentaria</b>			
No	30 (50.8%)	29 (49.2%)	0.3*
Si	12 (38.7%)	19 (61.3%)	
<b>Trastornos de Personalidad</b>			
No	40 (47.1%)	45 (52.9%)	0.9
Si	2 (40.0%)	3 (60.0%)	
<b>Trastornos de Consumo de Sustancias</b>			
No	27 (50.9%)	26 (49.1%)	0.3*
Si	15 (40.5%)	22 (59.5%)	

\* Prueba Chi-cuadrado.

Finalmente, en esta tabla 8, al agrupar las comorbilidades por síndromes, no se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas con la impulsividad.

**9. Asociación de características sociodemográficas y comorbilidad psiquiátrica con niveles de impulsividad en pacientes con TLP atendidos por consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital meses de Enero a Febrero de 2024.**

**Tabla 9**

**Asociación de características sociodemográficas y comorbilidad psiquiátrica con niveles de impulsividad en pacientes con TLP**

Características sociodemográficas	Impulsividad		p	Comorbilidades	Impulsividad		p
	<72 N =42	> 72 N = 48			<72 N = 42	>72 N =48	
<b>Sexo</b>			<b>0.5</b>	<b>Depresión mayor</b>			<b>0.045*</b>
Femenino	37 (45.1%)	45 (54.9%)		No	26 (56.5%)	20 (43.5%)	
Masculino	5 (62.5%)	3 (37.5%)		Si	16 (36.4%)	28 (63.6%)	
<b>Edad</b>			<b>0.8</b>	<b>Trastorno depresivo recurrente</b>			<b>0.2</b>
18-21	14 (51.9%)	13 (48.1%)		No	39 (49.4%)	40 (50.6%)	
22-25	12 (50.0%)	12 (50,0%)		Si	3 (27.3%)	8 (72.7%)	
26-29	7 (36.8%)	12 (63.2%)		<b>Trastornos persistentes del estado del ánimo</b>			<b>0.5</b>
30-34	4 (36.4%)	7 (63.6%)		No	37 (45.1%)	45 (54,9%)	
>=34	5 (55.6%)	4 (44,4%)		Si	5 (62.5%)	3 (37.5%)	<b>0.2</b>
<b>Estado civil</b>			<b>0.2</b>	<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>			
Soltero	40 (460%)	47 (54,0%)		No	34 (44.2%)	43 (55.8%)	
Conviviente	0 (0.0%)	1 (100.0%)		Si	8 (61.5%)	5 (38.5%)	
Divorciado	2 (100.0%)	0 (0.0%)		<b>Trastornos de ansiedad fóbica</b>			<b>0.044</b>
<b>Procedencia</b>			<b>0.2</b>	NO	38 (44.2%)	48 (55,8%)	
Arequipa	34 (50.7%)	33 (49.3%)		Si	4 (100.0%)	0 (0.0%)	
Otros	8 (34.8%)	15 (65.2%)		<b>Anorexia nerviosa</b>			<b>0.11</b>
<b>Instrucción</b>			<b>0.5</b>	No	39 (50.0%)	39 (50.0%)	
Primaria completa	1 (100.0%)	0 (0.0%)		Si	3 (25.0%)	9 (75.0%)	
Secundaria In.	1 (33.3%)	2 (66.7%)		<b>Bulimia nerviosa</b>			<b>0.9</b>
Secundaria Com.	16 (57.1%)	12 (42.9%)		No	35 (46.7%)	40 (53.3%)	
Superior In.	19 (42.2%)	26 (57.8%)		Si	7 (46.7%)	8 (53.3%)	
Superior Com.	5 (38.5%)	8 (61,5%)		<b>Trastorno asociado al consumo alcohol</b>			<b>0.2</b>
<b>Ocupación</b>			<b>0.7</b>	No	32 (51.6%)	30 (48.4%)	
Desocupado	6 (35.3%)	11 (64.7%)		Si	10 (35.7%)	18 (64.3%)	
Estudiante	25 (48.1%)	27 (51.9%)		<b>Trastorno relacionado con sedantes ansiolíticos hipnóticos</b>			<b>0.7</b>
Trabajador De.	8 (57.1%)	6 (42.9%)		No	39 (47.6%)	43 (52.4%)	
Trabajador In.	3 (42.9%)	4 (57.1%)		Si	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
				<b>Trastorno relacionado con cocaína</b>			<b>0.7</b>
				NO	39 (45.9%)	46 (54.1%)	
				Si	3 (60.0%)	2 (40.0%)	

<b>Trastorno de déficit de atención e hiperactividad</b>			<b>0.2</b>
No	41 (48.8%)	43 (51.2%)	
Si	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>			<b>0.3</b>
No	39 (45.3%)	47 (54.7%)	
Si	3 (75.0%)	1 (25.0%)	
<b>Trastorno de estrés postraumático</b>			<b>0.8</b>
No	35 (46.1%)	41 (53.9%)	
Si	7 (50.0%)	7 (50.0%)	

En la tabla 9, se describen las asociaciones de las características sociodemográficas de los pacientes incluidos de acuerdo con los niveles de impulsividad, así como la asociación de la comorbilidad psiquiátrica con los niveles de impulsividad. En cuanto a las variables sociodemográficas, no se halló una diferencia estadísticamente significativa al distribuirlos entre ambos grupos en ninguna de las categorías de sexo, edad, estado civil, procedencia, instrucción y ocupación de acuerdo con los niveles de impulsividad. De acuerdo a la comorbilidad psiquiátrica se identificó que la depresión mayor y el trastorno de ansiedad fóbica estaban asociados estadísticamente con la impulsividad. Encontramos que había una mayor proporción de pacientes con depresión mayor que tenían niveles de impulsividad más altos, mientras que aquellos que no tenían una depresión mayor tenían una proporción mayor de niveles de impulsividad bajo (56.5%); la cual nos indica que estas diferencias fueron estadísticamente significativas con una  $p=0.045$ . Así mismo los pacientes que presentaban el trastorno de ansiedad fóbica tenían mayores niveles de impulsividad bajo (100.0%), mientras que los que no tenían trastorno de ansiedad fóbica tenían más altos niveles de impulsividad (55.8%). No encontramos asociaciones estadísticamente significativas con las demás comorbilidades psiquiátricas del TLP.

## DISCUSIÓN

La finalidad de este estudio fue establecer si hay asociación entre niveles de impulsividad y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados con TLP que hayan sido atendidos en el Servicio de Psiquiatría por consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa. En donde, para determinar los niveles de impulsividad, se empleó el instrumento BIS-11.

Según las investigaciones realizadas sobre el TLP, hay un predominio en las personas jóvenes y aquellas que pertenecen al sexo femenino cuyas edades se sitúan entre los 22 a 25 años. Además, existen diversos estudios donde la ideación suicida es uno de los criterios clínicos más frecuentes que se presentan en estos pacientes (14,20,33).

En el presente estudio se establece que de un total de 90 pacientes que formaron parte de nuestra muestra, hubo una predominancia del sexo femenino (91.1%), con una edad comprendida entre 18-21 años (30%). Respecto a las demás características sociodemográficas se encontró que el estado civil de la mayoría fue soltero (96.7%), con procedencia de Arequipa (74.4%), con un grado de instrucción superior incompleta (50.0%) y una ocupación de estudiante (57.8%). En relación a las comorbilidades psiquiátricas que presentaron estos pacientes, las que con mayor frecuencia encontramos, fueron la Depresión mayor con un 48.9%, en segundo lugar, tenemos el trastorno asociado a consumo de sustancias como Alcohol con 31.1% y en tercer lugar los TCA, dentro de ellas la bulimia nerviosa la cual representó un 16.7%. En cuanto a la asociación de comorbilidad psiquiátrica y niveles de impulsividad se encontró una mayor proporción de pacientes con depresión mayor que tenían niveles de impulsividad más altos (63.3%) mientras que aquellos que no tenían depresión mayor tenían una proporción mayor de niveles de impulsividad bajo (56.5%). Esta asociación entre depresión mayor y los niveles altos de impulsividad mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.045$ ) a comparación de las otras comorbilidades psiquiátricas.

Según el estudio realizado por Shah Zanarini realizado en el 2018, se encontraron que la existencia de trastornos de ansiedad, trastorno de estado de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, TOC, TAG y TEPT fueron de 60.2%, 29.2%, 17.4%, 6.4% y 7.2%, 34.9% respectivamente en pacientes con un diagnóstico de TLP. Por otro lado, según el estudio realizado por Links en el mismo año revela que para los trastornos de ansiedad fóbica, el TOC y TAG fueron de 14.8%, 3.7% y 7.4%, respectivamente en pacientes con TLP. Mientras que el estudio MSAD realizado por Silverman, describe que el trastorno de ansiedad en pacientes límite fue del 37,8%, mientras

que, para el pánico, el de ansiedad fobia, el TOC y el TAG fueron del 22.9%. 7.2%, 10% y 4.4%, respectivamente (32).

Después de lo expuesto, acorde a lo obtenido en la presente investigación se encontraron como resultados que en pacientes con TLP, el 72.2% presentaron por lo menos 2 comorbilidades psiquiátricas como la depresión mayor (48.9%) y el trastorno de relacionados al consumo de alcohol (31.1%), cabe resaltar, también que para el TAG se obtuvo un porcentaje de 14.4%, respecto al TOC con un 4.4%, y para el TEPT se contó con 15.6%, lo cual demuestra que en nuestro medio los problemas que más se asocian a un trastorno de inestabilidad emocional son los relacionados con el estado de ánimo de tipo depresivo; a comparación de lo que ocurre en países estadounidenses, donde la comorbilidad psiquiátrica con mayor índice fueron: el TEPT y trastornos de ansiedad (17).

Respecto a los niveles de impulsividad y la comorbilidad psiquiátrica se encontró según un estudio propuesto por Linhartová en el año 2019, que los individuos con diagnóstico de TLP, de la muestra de un total de 100 pacientes con comorbilidad psiquiátrica de TDAH, presentaron dicha comorbilidad un 67% de la población estudiada; además dicha población poseen una mayor tendencia a la elección impulsiva lo cual fue demostrado a través de la aplicación del test Bonferroni y ANNOVA con una muestra estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) (34).

A diferencia del estudio anterior, en nuestro trabajo de investigación los pacientes diagnosticados con TLP y TDAH no tuvieron un porcentaje elevado ya que solo 6.7% presentaron tal comorbilidad, siendo una muestra no estadísticamente significativa ( $p: 0.2$ ) sin embargo los niveles de impulsividad que se obtuvieron a través de la aplicación del BIS-11 fueron altos con un índice de impulsividad  $\geq 72$ .

En otro estudio revisado según Surjeet Sahoo en el año 2020, en individuos diagnosticados como depresión mayor y personalidad límite donde se utilizó el BIS-11, los resultados muestran puntuaciones significativamente altas en individuos con TLP ( $p: < 0,001$ ). Lo que se confirma con nuestro estudio, ya que, se encontró que efectivamente los pacientes diagnosticados con TLP y con comorbilidad psiquiátrica de depresión mayor, tuvieron altos índices de impulsividad, aproximadamente el 48.8 %, representando una muestra estadísticamente significativa ( $p: 0.045$ ) (33).

Por lo que hay que tener claro, que al hacer una comparación crítica y analítica de los hallazgos que se obtuvieron en el presente estudio, se encontró que efectivamente los pacientes con trastornos de estado de ánimo, específicamente, el trastorno depresivo mayor tuvo altos índices

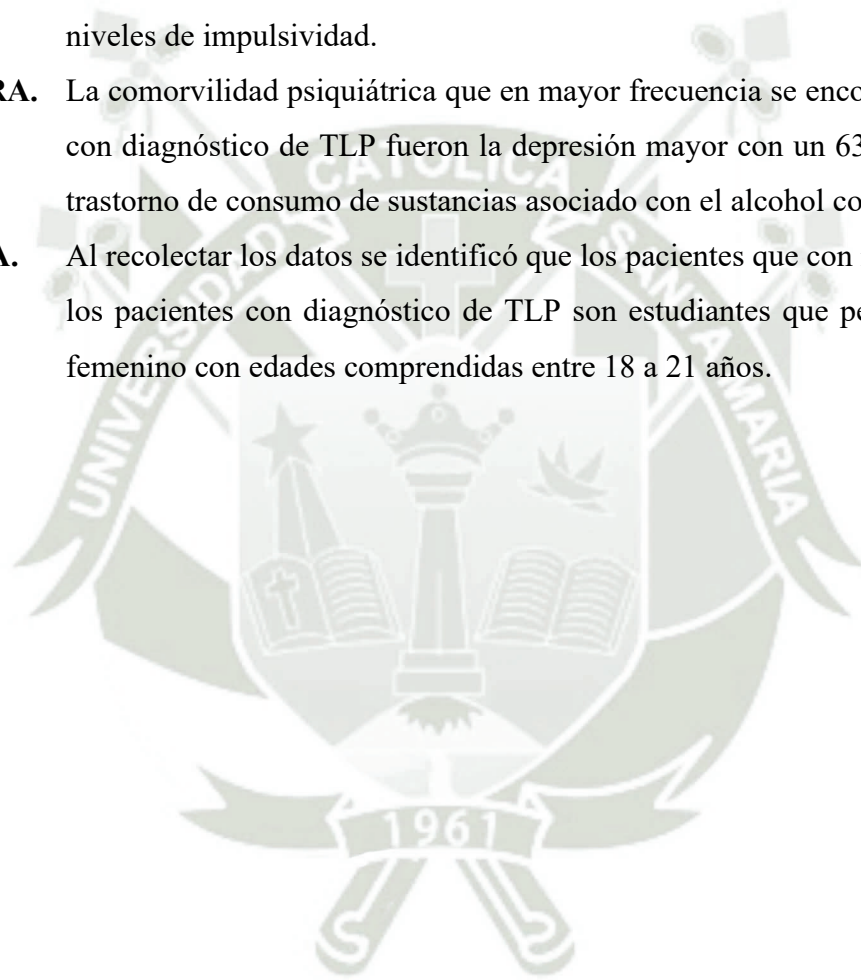
de impulsividad. Además, se vio durante la realización del estudio que la ideación autolítica era uno de los criterios que con más presencia se encontraba en los pacientes.

Dentro de las principales limitaciones que se encontraron, fueron no contar con una gran muestra para el estudio, así mismo, que el tiempo para la realización de este fue corto para poder recolectar una muestra, la cual con una mayor cantidad de pacientes se obtendrían más resultados estadísticamente significativos. Se realizó la presente investigación para conocer si existía una correlación entre dichas variables ya que al momento no existe ningún trabajo a nivel mundial sobre la medición de los niveles de impulsividad en pacientes diagnosticados con TLP y cuyos resultados se correlacionen con la comorbilidad psiquiátrica que puedan presentar estos pacientes.



## CONCLUSIONES

- PRIMERA.** Existe asociación estadísticamente significativa entre los niveles de impulsividad y el trastorno de depresión mayor (63.6%) en pacientes diagnosticados con TLP atendidos en el Servicio de Psiquiatría por consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- SEGUNDA.** Se encontró que los niveles de impulsividad en pacientes con diagnóstico de TLP, fueron altos en el 53.3% lo cual nos indica que este grupo tienen altos niveles de impulsividad.
- TERCERA.** La comorbididad psiquiátrica que en mayor frecuencia se encontró en pacientes con diagnóstico de TLP fueron la depresión mayor con un 63.3%, seguido del trastorno de consumo de sustancias asociado con el alcohol con un 31%.
- CUARTA.** Al recolectar los datos se identificó que los pacientes que con mayor frecuencia los pacientes con diagnóstico de TLP son estudiantes que pertenecen al sexo femenino con edades comprendidas entre 18 a 21 años.



## RECOMENDACIONES

1. Al Equipo de Psiquiatría y Psicología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza: Consideramos que, en base a que la mayoría de nuestros pacientes con TLP hayan arrojado altos niveles de impulsividad se podría tener mayor relevancia en el abordaje de su tratamiento por consulta externa enfatizando sobre todo las intervenciones de psicoterapia.
2. Al Vicerrector Académico de la Universidad Católica de Santa María: Realizar un estudio más amplio acerca del Trastorno Límite de la Inestabilidad Emocional de Tipo Límite, enfatizando sobre todo en el análisis de la comorbilidad psiquiátrica asociado a este trastorno, ya que hemos visto que esta última es bastante frecuente en nuestro medio sobre todo en la población joven universitaria puede repercutir en su salud mental y su desenvolvimiento en la sociedad.
3. Al médico jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza: Establecer estrategias que permitan captar a pacientes con diagnóstico de TLP que tengan altos niveles de impulsividad en las diferentes dimensiones, que no puedan controlar y que estén afectando su entorno familiar, social, académico, etc., mediante charlas de motivación, talleres de habilidades sociales, psicoterapia, todo esto coordinado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fariba, K. A., & Gokarakonda, S. B. Impulse Control Disorders. StatPearls Publishing 2023. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562279/>.
2. Benjamin J. Sadock, M.D., Samoon Ahmad, M.D., Virginia A. Sadock, M.D. Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 6ta. Edición. Publicada por Wolters Kluwer, 2018. P. 343-346.
3. Flores, E., & Kiara, G. Impulsividad y agresividad en jóvenes de Lima Metropolitana. 2020. <https://repositorio.usil.edu.pe/handle/20.500.14005/10871> .
4. Pari Roque, K. Y., & Sanchez Del Pozo, W. J. Desregulación emocional e impulsividad asociadas a las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana. Universidad César Vallejo. 2022. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/97164>
5. Salvo G, L., & Castro S, A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 2013.51(4), 245–254. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272013000400003>
6. Sánchez-Sarmiento, P., Giraldo-Huertas, J. J., & Quiroz-Padilla, M. F. Impulsivity: A view from the behavioral neuroscience and developmental psychology. Avances En Psicología Latinoamericana, 2013.31(1), 241–251. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S179447242013000100019&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S179447242013000100019&script=sci_abstract)
7. Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP, 2015. 15(3), 274–282. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.002>.
8. Kozak K, Lucatch AM, Lowe DJE, Balodis IM, MacKillop J, George TP. The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2019;1451(1):71–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nyas.13977>
9. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. Pers Individ Dif [Internet]. 2009;47(5):385–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
10. Loyola Alvarez N. Validez y confiabilidad de la escala de impulsividad de Barratt versión 11 (BIS - 11) en mujeres encarceladas. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2012.

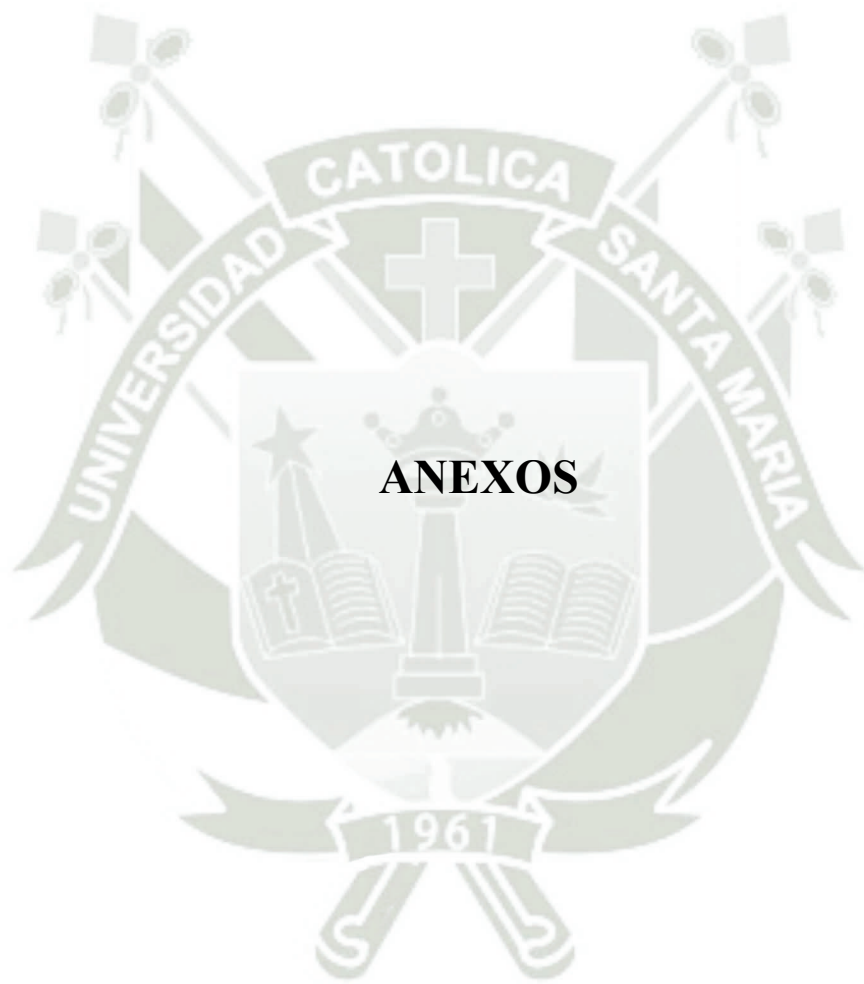
11. Tapia-Ortiz, Lucero. B, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Vista de Trastorno Límite de la Personalidad. Edu.mx. Retrieved October 24, 2023, from <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/9176/10233>
12. González Marín, Esperanza María, et al. Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud, 2023, vol. 5, no 1, p. 273-293. <http://www.scielo.org.co/pdf/riics/v5n1/2665-2056-riics-5-01-273.pdf>
13. Ballestar, I. C., González, M. C., Collado, G. E., & Navarro, R. M. (2023). El trastorno límite e histriónico de la personalidad y sus estrategias de regulación emocional: una revisión sistemática y crítica desde el modelo dimensional. Escritos de psicología, 16(1), 33-43. from <https://revistas.uma.es/index.php/espsi/article/view/15194/17116>
14. Maislin NL. El Trastorno Límite de la Personalidad: el abordaje de la impulsividad desde la Terapia Cognitivo Conductual [trabajo final de integración]. Buenos Aires: Universidad de Palermo, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Carrera de Psicología; 2021.. Retrieved October 24, 2023, from <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2370/Maislin%2C%20Nahuel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Castañeda Bermúdez EJ. Eficacia y seguridad comparativas de estabilizadores del ánimo para conducta agresiva e impulsiva en pacientes con trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática y metaanálisis [tesis de especialidad]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; 2022. from <http://eprints.uanl.mx/24228/7/24228.pdf>
16. Pérez Longares Patricia; Revisión de los factores de riesgo que influyen en el trastorno límite de la personalidad 2021 <https://riuev.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1879/REVISION%20DE%20LOS%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20QUE%20INFLUYEN%20EN%20EL%20DESARROLLO%20DEL%20TRASTORNO%20LIMITE%20DE%20PERSONALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed>.
17. Mosqueira, P., & Micaela, L. Estudio de la base traumática del trastorno de identidad disociativo, esquizofrenia, trastorno por estrés posttraumático y trastorno límite de la personalidad. 2023. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/37069>
18. Rebata Chavez, & Denisse, M. La TDC frente a conductas que atentan la vida de pacientes con rasgos/diagnóstico TLP. Universidad de Lima. 2022.

19. Abarca Rojas, A., & Grace, M. Relación entre los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP Borderline Borderline 2021. Universidad Continental.
20. Salvatierra-Aguilar, D. V., Universidad César Vallejo, Montes-Iturrizaga, I., Universidad César Vallejo. Dominios de la función ejecutiva alterados en el trastorno límite de la personalidad: una revisión de la literatura. *Revista Médica Vallejana / Vallejian Medical Journal*, 2021;10(2), 79–92.
21. Márquez Zapata, L. Apego adulto y trastorno límite de personalidad: una revisión integrativa de la literatura (2001-2021). Pontificia Universidad Católica del Perú. 2023.
22. Reynoso Aguirre, R., & Alexandra, L. Asociación entre los Rasgos de Trastorno Límitrofe de la Personalidad y la Dependencia a Sustancias Psicoactiva – Arequipa, 2017. Universidad Católica de Santa María. 2017.
23. Morante Vega, M. Antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a trastorno límite de la personalidad en adultos. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO. 2017.
24. Vista de Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. Edu.pe. Retrieved October 24, 2023, from <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/2834/2696>
25. Berenice Serrano Zárate, Andrea Delgado Carreter. Diseño de una intervención basada en técnicas de regulación emocional y psicología positiva para un caso de trastorno de depresión mayor y rasgos de personalidad límite. Uji.Es. Retrieved October 24, 2023, from [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173700/TFM\\_2017\\_Delgado\\_Carretero\\_Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173700/TFM_2017_Delgado_Carretero_Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed)
26. Romero Clausell, M., Navarro Haro, M. V., Osma López, J. J., & García Palacios, A. La percepción de control de la ansiedad en el trastorno límite de la personalidad. *Àgora de Salut*, IV, 2017;345–354. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2017.4.36>
27. González Marín, E. M., Montoya Otálvaro, J. A., Cadavid Buitrago, M. A., Gaviria Gómez, A. M., Vilella, E., & Gutiérrez-Zotes, A. Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación En Ciencias de La Salud*, 2023;5(1), 273–293. <https://doi.org/10.46634/riics.174>
28. Constanza Vera - Varelaa, Lucas Ginerb, Enrique Baca -Garcíaa, María Barrigón. Elsevier | . Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis | *Psiquiatría Biológica*; 5 de febrero de 2019 [consultado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-trastorno-limite-personalidad-el-reto-S1134593419300065>
29. Vera-Varela, Constanza, et al. Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 2019, vol. 26, no 1, p. 1-6.
  30. Matthew S., et al. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*, 2009, vol. 47, no 5, p. 385-395. American Psychiatric Association. Boulevard Arlington VA 22209-3901. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. Chicago , EE.UU. 2020.
  31. Dolores Mosquera. Trastorno límite de la personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Rev Digit Medicina Psicosom Psicoter*. 2011:26
  32. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2018;41(4):583–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>.
  33. Choudhury S, Sahoo S, Dash SR. Impulsivity in major depressive and borderline personality disorder patients. *Int J Res Pharm Sci* [Internet]. 2020;11(1):1025–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26452/ijrps.v11i1.1931>.
  34. Linhartová P, Látalová A, Barteček R, Širůček J, Theiner P, Ejova A, et al. Impulsivity in patients with borderline personality disorder: a comprehensive profile compared with healthy people and patients with ADHD. *Psychol Med* [Internet]. 2020;50(11):1829–38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291719001892>.
  35. Martín THV, Junio C. Revisión bibliográfica sobre la comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con otros cuadros clínicos [Internet] [Tesis para optar el título profesional de Psicólogo]. 2014. Disponible en: [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/153006/TFG\\_2014\\_GasullaBellido\\_M.pdf;jsessionid=896898A44D757E8DA71549F99964308D?sequence=1](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/153006/TFG_2014_GasullaBellido_M.pdf;jsessionid=896898A44D757E8DA71549F99964308D?sequence=1)
  36. Barrigón Estévez, María Luisa. Manejo del Trastorno Límite de la Personalidad en urgencias y situaciones especiales. 12 Apr. 2019.
  37. Taherifard M, Abolghasemi A and Hajloo N Positive and negative urgency and sleep quality among patients with borderline and antisocial personality disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2015.
  38. García López MT, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet]. 2010 [citado el 6 de marzo de 2024];30(2):263–78.

39. Valdivieso-Jiménez, Glauco; Vásquez-Dextre, Edgar; Barroilhet, Sergio A. Indicadores de severidad clínica en la comorbilidad de trastorno bipolar y trastorno límite de personalidad: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2023.
40. Trujillo Galeano A. Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor [tesis]. Barranquilla: Universidad del Norte, División de Humanidades y Ciencias Sociales, Facultad de Psicología; 2017.





**Anexo 1**  
**Consentimiento Informado**

Arequipa – Perú 2024

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con número de DNI \_\_\_\_\_, acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el trabajo de investigación en mención, realizado por los investigadores:

- **Ana Lucía Campos Ramos**
- **Diego Alonso Reyes Delgado**

Accedo a participar en esta actividad que es estrictamente voluntaria y anónima y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de la forma más honesta posible, así como de participar en caso de ser requerido en actividades propias del proceso. Autorizo a que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados para efectos de sistematización y publicación del resultado final de la investigación. La información que se recoja será confidencial, no se usará para otro propósito fuera de esta investigación.

Expreso que los investigadores me han explicado con antelación el objetivo y alcances de dicho proceso.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

**Anexo 2**

**Ficha de Recolección de Datos**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Ficha N°:** \_\_\_\_\_

1. **Sexo:** Masculino (  ); Femenino (  )
  
2. **Edad:** 18-21 años (  ); 22-25 años (  ); 26-29 años (  ); 30-33 años (  );  
Mayor o igual a 34 años (  )
  
3. **Estado Civil:** Soltero (  ); Casado (  ); Conviviente (  ); Viudo (  );  
Divorciado (  ).
  
4. **Procedencia:** Arequipa (  ) Otros: (  ). Especificar: \_\_\_\_\_.
  
5. **Nivel de Instrucción:**  
Primaria Incompleta (  ); Primaria Completa (  );  
Secundaria Incompleta (  ); Secundaria Completa (  );  
Superior Incompleta (  ); Superior Completa (  )
  
6. **Ocupación:**  
Desocupado (  ); Estudiante (  ); Trabajador Dependiente (  );  
Trabajador Independiente (  ).
  
7. **Diagnóstico Comórbido (Según CIE 10):**

---

---

---

---

### Anexo 3

#### Escala de Barratt (BIS 11)

<b>Escala de Barratt (BIS 11)</b>	<i>Raramente o nunca</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>
1. Planifico mis tareas con cuidado.				
2. Hago las cosas sin pensarlas.				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad).				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente).				
5. Planifico mis viajes con antelación.				
6. Soy una persona con autocontrol.				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme).				
8. Ahorro con regularidad.				
9. Se me hace difícil estar quieto(a) por largos períodos de tiempo.				
10. Pienso las cosas cuidadosamente.				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos).				
12. Digo las cosas sin pensarlas.				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en un mismo trabajo por largos períodos de tiempo) (o cambio				
15. Actúo impulsivamente.				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo).				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad.				
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren.				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo).				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo).				
21. Compró cosas impulsivamente.				
22. Yo termino lo que empiezo.				
23. Camino y me muevo con rapidez.				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona).				
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano).				
26. Hablo rápido.				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso).				
28. Me interesa más el presente que el futuro.				
29. Me siento inquieto(a) en clases o charlas (me siento inquieto(a) si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo).				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente).				

**Nota: Stanford, (9).**

## **Anexo 4**

### **Declaración de Compromiso de Asesoría de Tesis**

UCSM-ERP

## **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

### **DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, TRABAJOS ACADÉMICOS Y/O TESIS**

Arequipa, 31 de Enero del 2024

Mediante el presente documento doy conformidad y soy responsable de la asesoría de tesis y/o trabajo de investigación y/o trabajo académico cumpliendo las normas vigentes establecidas por la Universidad Católica de Santa María

Título:

**NIVELES DE IMPULSIVIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LÍMITE EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ENERO A FEBRERO DE 2024**

Autor(es):

**REYES DELGADO DIEGO ALONSO  
CAMPOS RAMOS ANA LUCIA**

Escuela Profesional, Segunda Especialidad, Maestría o Doctorado

**MEDICINA HUMANA**

Datos del Asesor:

**29698155 - MIRANDA PINTO ALEJANDRO RUTHBALDO**



Anexo 5

Solicitud de ejecución de trabajo de tesis en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

22

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO".

Arequipa, 11 de enero de 2024

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS.**

**GERENTE REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA**

**Dr. Abraham Rodríguez Rivas**

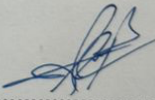
ANA LUCÍA CAMPOS RAMOS, identificada con DNI N° 72223306, señalando como número telefónico 952952197 y correo institucional para notificaciones [72223306@ucsm.edu.pe](mailto:72223306@ucsm.edu.pe); y DIEGO ALONSO REYES DELGADO, identificado con DNI N° 70417313, con domicilio real en Urbanización Los Ángeles de Cayma J-11, señalando como número telefónico 986670084 y correo electrónico institucional para notificaciones [70417313@ucsm.edu.pe](mailto:70417313@ucsm.edu.pe); siendo estudiantes de séptimo año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, nos dirigimos ante Usted, con el debido respeto, presentando y exponiendo lo siguiente:


Que, siendo requisito para la obtención del Título profesional de Médico Cirujano, la realización y sustentación de una tesis y habiendo sido aprobado por nuestros dictaminadores el proyecto denominado "NIVELES DE IMPULSIVIDAD Y SU ASOCIACION CON COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE TIPO LÍMITE EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DEL AÑO 2024", solicitamos autorización para la revisión de historias clínicas y la realización de encuestas, para lo cual se aplicará los instrumentos del proyecto de tesis a los pacientes que acudan por atención en el Área de Consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado en los meses de Enero y Febrero del presente año. Para tal efecto, se adjunta el dictamen de aprobación y el proyecto de tesis en mención.

**POR LO EXPUESTO**

Pedimos a Usted acceder a nuestra solicitud.

Atentamente

  
.....  
**Ana Lucía Campos Ramos**  
DNI: 72223306

  
.....  
**Diego Alonso Reyes Delgado**  
DNI: 70417313

*Alan Zea Olivera*  
MEDICINA INTERNA  
CNP: 87217 RNE: 30950

*Rp. b. h. y r. m. o. a.*

*B.H.*

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
TRAMITE DOCUMENTARIO

11 ENE. 2024

Doc. 6533258 p. 4097995  
Folios: 22 Hora: 9 Firma: *[Signature]*

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
OFICINA EJECUTIVA DE RECURSOS HUMANOS

12 ENE. 2024

Reg. Folios  
Hora Firma

Anexo 6

Aprobación de ejecución de trabajo de tesis

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
REGISTRO N°: ..... N°: .....  
07 FEB. 2024  
GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA  
INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"  
FOLIO: ..... HORA: 11:30  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
DIRECCIÓN GENERAL  
22 ENE. 2024  
RECIBIDO  
Hora: 10:29 Folios: 23

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA

Arequipa, 16 de Enero del 2024

**OFICIO N° 014 – 2024-GRA/GRS/GR-OERRHH-INV**

Sr.  
Dr. ALEXIS PABLO URDAY HUARILLOCLLA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
Presente.-

ASUNTO : Autorización para Proyecto de Investigación  
REFERENCIA : Exp. N° 4097995 Doc. 6533258

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y por medio del presente remitirle el siguiente Proyecto de Investigación el mismo que cumple con los requisitos establecidos y con la aprobación y Registro del Proyecto en la Universidad.

N° EXPEDIENTE	N° DOCUMENTO	SOLICITADO POR	TÍTULO DEL PROYECTO
4097995	6533258	ANA LUCIA CAMPOS RAMOS y DIEGO ALONSO REYES DELGADO	"NIVELES DE IMPULSIVIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES CON TRANSTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE TIPO LIMITE EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DEL AÑO 2024"

Al respecto, la Unidad de Investigación de la Dirección Ejecutiva de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud, da opinión favorable para que continúe con el trámite que corresponda.

Asimismo, deberán enviar a esta Gerencia un ejemplar empastado de la Investigación realizada, bajo responsabilidad.

Sin otro particular, sea propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración

Atentamente,  
GRA-GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado  
Departamento de Medicina  
Servicio de Medicina Interna  
Dr. Aldo Gerardo López Ticona  
JEFE DE SERVICIO  
C.M.P. 38988 - R.N.E. 19254

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
MBS ABRAHAM RODRIGUEZ RIVAS  
GERENTE REGIONAL DE SALUD  
C.M.P. 44719 - R.N.E. 14199

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RECIBIDO  
23 ENE. 2023  
11:47

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
TRAMITE DOCUMENTARIO  
22 ENE. 2024  
RECIBIDO  
Hora: 10:15 Folios: 23

ARR/ MADC/CLLE/DCHP.  
c.c. Archivo  
SIGEDO  
Documento: 6517313  
Expediente: 4097995

www.saludarequipa.gob.pe  
Av. De La Salud S/N Cercado  
Telfs. 054-235185 054-235155 Fax: 054-247659  
mesadepartes@saludarequipa.gob.pe

-23

## Anexo 7

### Sistematización de datos

Cód.Id.	Sexo (0=F, 1=M)	Edad (0=18-21, 1=22-25, 2=26-29, 3=30-33, 4= $\geq$ 34)	Estado Civil (0=Soltero, 1=Casado, 2=Conviviente, 3=Viudo, 4=Divorciado)	Procedencia (0=Arequipa, 1=Otros)	G.I (0=Primaria Incompleta, 1=Primaria Completa, 2=Secundaria Incompleta, 3=Secundaria Completa, 4=Superior Incompleta, 5= Superior Completa)	Ocupación (0=Desocupado, 1=Estudiante, 2= trabajador dependiente, 3= trabajador independiente)	Nivel de Impulsividad (0= $\leq$ 51, 1=52-71, 2= $\geq$ 72)	Impulsividad Cognitiva	Impulsividad Motora	Impulsividad No planificada
1	0	0	0	0	4	1	1	9	21	23
2	0	4	0	0	4	1	1	12	21	35
3	0	0	0	0	4	1	1	18	27	20
4	0	0	0	1	4	1	2	21	36	33
5	0	1	0	0	3	0	2	8	24	43
6	0	0	0	1	3	1	2	13	26	40
7	0	2	0	0	4	0	1	7	22	33
8	0	4	0	0	5	0	2	16	30	37
9	0	3	0	0	3	0	2	14	28	23
10	0	4	4	1	1	0	1	22	29	18
11	0	0	0	0	3	1	2	21	22	31
12	0	2	0	0	5	0	1	18	11	23
13	0	0	0	0	4	0	2	23	28	22
14	0	3	0	0	4	0	2	24	30	26
15	0	1	0	1	5	1	2	21	33	32
16	0	2	0	1	5	0	2	15	26	33

17	0	0	0	0	4	1	1	12	22	26
18	0	1	0	0	2	1	1	18	25	23
19	0	0	0	1	3	1	2	13	26	40
20	0	0	0	0	4	1	1	21	23	13
21	0	0	0	0	4	1	2	23	27	21
22	0	2	0	0	4	1	0	12	9	13
23	0	2	0	0	3	0	2	20	30	31
24	0	0	0	0	3	1	1	12	21	35
25	0	1	0	0	3	3	1	19	18	24
26	0	1	0	1	4	1	2	27	22	23
27	0	4	0	0	3	3	2	23	26	46
28	0	0	0	1	3	0	1	21	13	19
29	0	1	0	0	3	1	0	15	9	25
30	0	4	0	0	2	3	2	26	30	23
31	1	3	0	1	5	2	1	13	24	16
32	0	3	0	0	3	2	0	16	14	20
33	1	1	0	0	4	1	1	16	24	24
34	0	0	0	0	4	1	2	24	34	15
35	0	1	0	1	4	1	2	20	31	39
36	0	2	0	1	5	3	1	24	22	13
37	0	3	0	1	5	2	1	20	23	19
38	0	3	0	1	3	2	0	16	14	20
39	0	4	0	0	3	2	2	24	34	20
40	0	3	0	0	2	1	2	24	30	26
41	0	1	0	1	4	1	2	23	28	36
42	0	0	0	0	4	1	2	25	36	19
43	0	3	0	0	5	3	2	23	29	22

44	0	0	0	1	4	1	2	17	36	28
45	0	2	0	0	4	0	2	20	25	33
46	0	2	0	0	3	0	1	25	25	19
47	0	0	0	0	3	1	1	15	31	21
48	0	2	0	0	4	2	2	17	32	27
49	1	2	0	0	5	0	2	27	33	29
50	0	2	0	0	4	2	2	27	29	39
51	0	3	0	0	3	3	2	17	31	25
52	0	2	0	0	4	1	2	21	35	21
53	0	2	0	0	4	2	2	21	22	30
54	0	1	0	0	4	1	2	25	34	28
55	0	4	4	0	4	2	1	16	21	32
56	0	0	0	0	3	1	1	20	28	19
57	0	1	0	0	4	1	2	23	30	20
58	0	1	0	1	4	1	2	19	28	19
59	0	0	0	0	4	1	1	19	16	22
60	0	1	0	0	4	1	0	11	19	16
61	0	0	0	1	4	1	2	29	39	37
62	0	1	0	1	4	1	2	23	24	25
63	0	0	0	0	4	1	1	22	24	24
64	1	0	0	0	4	1	1	17	27	23
65	1	1	0	0	3	2	1	20	24	14
66	0	2	0	0	4	1	1	18	26	25
67	0	2	0	0	4	1	1	17	17	17
68	0	4	0	0	3	3	0	22	8	11
69	0	0	0	0	4	1	2	19	30	29
70	0	1	0	0	5	2	1	19	27	23

71	0	4	0	0	3	0	1	15	18	23
72	0	1	0	0	4	1	0	12	11	22
73	0	2	0	0	5	0	2	20	28	33
74	0	1	0	0	4	1	0	12	20	13
75	0	2	0	0	5	2	2	19	31	32
76	0	0	0	0	3	1	1	20	26	22
77	0	3	0	0	4	2	2	23	29	25
78	0	1	0	0	3	1	1	17	27	23
79	0	2	0	1	4	1	2	21	27	27
80	1	1	0	1	3	2	1	21	21	20
81	0	1	0	1	3	1	2	14	22	30
82	0	1	0	1	4	1	1	20	16	15
83	0	0	0	0	4	1	1	21	26	24
84	1	0	0	0	3	1	2	27	33	29
85	0	0	0	0	4	1	2	23	32	28
86	0	1	0	0	3	1	2	24	33	28
87	0	3	2	0	5	0	2	18	28	40
88	1	2	0	0	4	1	2	25	34	28
89	0	0	0	0	3	1	1	12	21	35
90	0	1	0	1	4	1	2	19	28	19

Trastornos del Estado de Ánimo				Trastornos de Ansiedad			T. Conducta Alimentaria		
Trastorno Bipolar (0=No, 1=Si) <b>F31</b>	Depresión mayor (0=No, 1=Si) <b>F32</b>	T. Depresivo Recurrente (0=No, 1= Si) <b>F33</b>	T. Persistentes del Estado del Ánimo (0=No, 1=Si) <b>F34</b>	T. Ansiedad Generalizada (0=No, 1=Si) <b>F41.1</b>	Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (0=No, 1=Si) <b>F41.8</b>	Trastornos Ansiedad Fóbica (0=No, 1=Si) <b>F40</b>	Anorexia Nerviosa (0=No, 1=Si) <b>F50.0</b>	Bulimia Nerviosa (0=No, 1=Si) F50.2	Otros T. de la Conducta Alimentaria (0=No, 1=Si) F50.8
0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
0	1	0	0	0	0	0	1	0	0

0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	0	1	0

0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0

0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0



T. Consumo de Sustancias					T. Déficit Atención e Hiperactividad (0=No, 1=Si) <b>F90</b>	T. Obsesivo Compulsivo (0=No, 1=Si) <b>F42</b>	T. Estrés Post-Traumático (0=No, 1=Si) <b>F43.1</b>	Esquizofrenia (0=No, 1=Si) <b>F20</b>	T. Adaptativo (0=No, 1=Si) <b>F43.2</b>	Otros Trastornos psicóticos (0=No, 1=Si) <b>F21-F29</b>	T. Disociativo y de Conversión (0=No, 1=Si) <b>F44</b>	T. Personalidad	
T. Asociado Consumo Alcohol (0=No, 1=Si) <b>F10</b>	T. Relacionado Opiáceos (0=No, 1=Si) <b>F11</b>	T. Relacionado Cannabis (0=No, 1=Si) <b>F12</b>	T. Relacionado con sedantes, ansiolíticos, hipnóticos (0=No, 1=Si) <b>F13</b>	T. Relacionado con Cocaína (0=No, 1=Si) <b>F14</b>								Dependiente (0=No, 1=Si) <b>F60.7</b>	Antisocial (0=No, 1=Si) <b>F60.2</b>
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

