

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**Factores asociados a pacientes con Trastorno de
Personalidad Límite hospitalizados en el Servicio de
Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado
Espinoza en los años 2011- 2014**

Autor:

JOSÉ MANUEL PRADO BUSTAMANTE

Trabajo de Investigación para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA

*A mis padres Manuel y Dayssie, y a mi hermana Carmen
Lucía, que me han acompañado en cada paso de este
largo camino*



Epígrafe

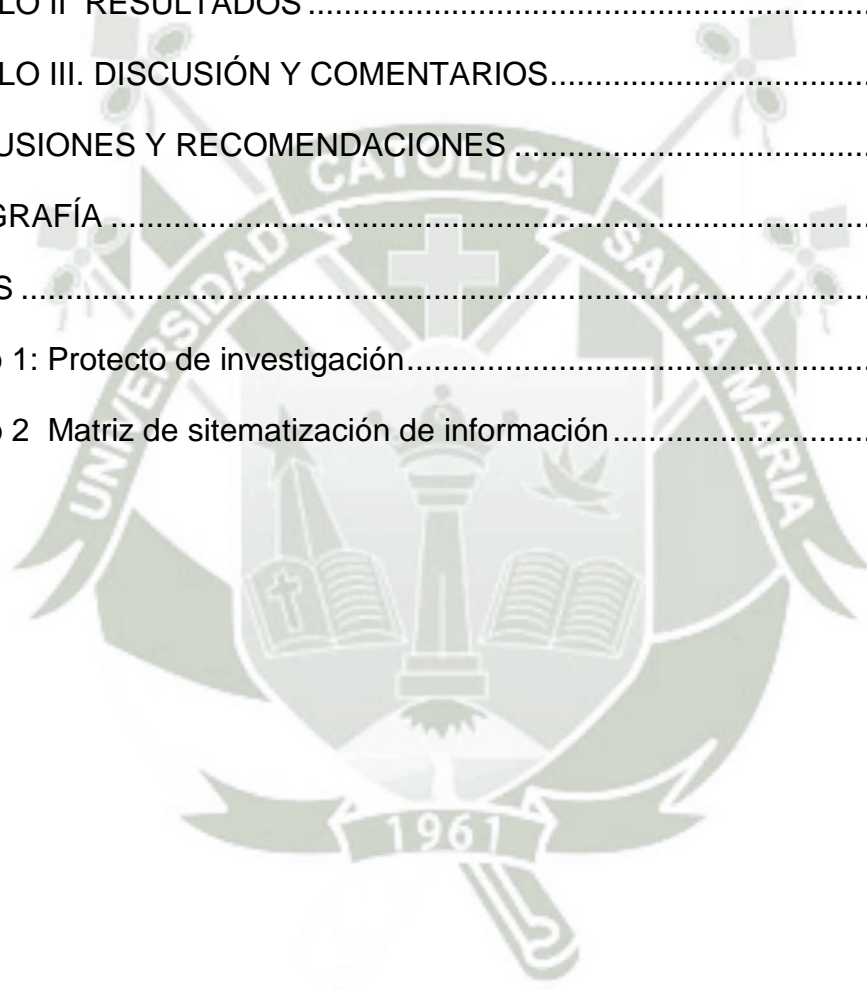
No cedas; no bajes el tono, no trates de hacerlo lógico, no edites tu alma de acuerdo a la moda. Mejor, sigue sin piedad tus obsesiones más intensas.

Franz Kafka



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	65
Anexo 1: Protocolo de investigación.....	66
Anexo 2 Matriz de sistematización de información.....	115



RESUMEN

La personalidad límite es un trastorno de personalidad con inestabilidad en las relaciones interpersonales y escaso control de impulsos. Este estudio tiene como objetivo determinar los factores asociados al trastorno de personalidad límite en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014. Se estudió a todos los casos hospitalizados en el servicio que cumplieron los criterios de trastorno de personalidad límite, y se muestran los resultados mediante estadística descriptiva. En el periodo de 4 años de estudio se han hospitalizado 71 casos, con un incremento de 2.5 veces de 14 casos en el 2011 a 35 casos en el 2014. El 32.39% de casos tuvo de 16 a 20 años y 30.99% entre 21 y 25 años. Predominaron las mujeres en 77.46% de casos. El 56.34% de casos no tienen hijos. El nivel de instrucción predominante fue de superior incompleta (39.44%) seguido de secundaria (23.94%). La ocupación predominante fue en las labores del hogar (36.62%) o de estudiante (29.58%). Se encontraron comorbilidades psiquiátricas en 77.46% de casos, siendo la principal el trastorno depresivo mayor (22.54%) y el trastorno distímico (18.31%). Se encontró antecedente de abuso sexual en 42.25% y en 39.44% de casos hubo antecedente de violencia física. Hubo antecedente de intento de suicidio en 80.28% de casos, sobre todo por problemas familiares (52.63%) y por sobredosis de fármacos (57.89%). Hubo conducta automutilatoria en 46.48% de casos. Se concluye que existe una creciente frecuencia de hospitalizaciones por personalidad límite.

PALABRAS CLAVE: personalidad límite – comorbilidades – factores de riesgo.

ABSTRACT

Borderline personality disorder is a personality with instability of interpersonal relationships and poor impulse control. This study aims to determine the factors associated with borderline personality disorder in hospitalized patients in the Department of Psychiatry of Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital in the years 2011-2014. We studied all cases hospitalized in the service that met criteria for borderline personality disorder, and the results are shown using descriptive statistics. In the period of four years of study have been hospitalized 71 cases, an increase of 2.5 times from 14 cases in 2011 to 35 cases in 2014. The cases had 32.39% of 16-20 years, 30.99% between 21 and 25 years. Women predominated in 77.46% of cases. The 56.34% of cases have no children. The predominant level of education was incomplete higher (39.44%) followed by secondary (23.94%). The predominant occupation was in housework (36.62%) or student (29.58%). Psychiatric comorbidities in 77.46% of cases were found to be the main major depressive disorder (22.54%) and dysthymic disorder (18.31%). There was a history of sexual abuse found in 42.25% and 39.44% of cases there was a history of physical violence. There was a history of suicide attempt in 80.28% of cases, mainly because of family problems (52.63%) and drug overdose (57.89%). There was automutilatory conduct in 46.48% of cases. We conclude that there is an increased frequency of hospitalization for borderline personality.

KEYWORDS: Borderline Personality - comorbidities - risk factors.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno de personalidad caracterizado por inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen, además de escaso control de impulsos. Es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas muy variables entre distintos individuos y aún en el mismo dependiendo del momento de evolución.

Este tipo de pacientes presentan mucha dificultad en sus relaciones sociales y en el desempeño de sus respectivos roles en la sociedad. Las personas con TLP pueden experimentar dificultades como: significantes cambios de humor, pérdida de la confianza, conductas impulsivas y de autodestrucción, abuso de sustancias, excesiva sensibilidad y temor al rechazo y a la crítica.

El estudio epidemiológico de este trastorno es complejo debido a su característica elevada comorbilidad y a la dificultad que existe en ciertos casos para el diagnóstico de este trastorno. Su incidencia en el ámbito nacional y regional no está bien determinada, pero es sabido que es uno de los trastornos de personalidad más frecuentemente diagnosticados así como por el hecho de que ocupa una gran proporción de pacientes hospitalizados en los servicios de psiquiatría, siendo el intento de suicidio el motivo principal de ingreso.

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable,

con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos. El intento de suicidio se posiciona como el principal motivo de hospitalización de estos pacientes.

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. Se han descrito distintos factores que pueden estar implicados en su etiología, siendo los más notables la vulnerabilidad genética, alteración en neurotransmisores, disfunción neurobiológica y factores psicosociales.

El conocimiento disponible actualmente en relación a los determinantes etiológicos del trastorno de personalidad límite es polémico ya que no existen datos suficientes que avalen la contribución de cada uno de ellos en la aparición del trastorno.

Es por eso que el conocimiento de los factores más frecuentemente asociados a esta personalidad patológica en nuestra población cobra importancia para su posible prevención y tratamiento, y así poder evitar la gran alteración en la calidad de vida y sobretodo el posible desenlace fatal por suicidio al que están predispuestos estos pacientes.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la observación documental.

Instrumentos: Se aplicó como instrumento una ficha de recolección de datos, la cual está estructurada en tres partes: en la primera se consignaron datos de las características sociodemográficas de los pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados, la segunda se destinó para la comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes y en la tercera se establecieron factores de riesgo de estos pacientes.

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, hospital perteneciente a la Red MINSA Arequipa. El hospital está ubicado en la Av.

Alcides Carrión N°505, en el distrito de Cercado, provincia y departamento de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica en el periodo de Enero 2011 – Diciembre 2014.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes con trastorno de personalidad límite que fueron hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado.

Población: Todas las historias clínicas de pacientes con trastorno de personalidad límite que fueron hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado en los años 2011-2014.

Muestra: El estudio se realizó con el universo de pacientes hospitalizados con trastorno de personalidad límite y que cumplieron con los criterios de inclusión (número aproximado: 80)

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Historias clínicas de pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años, con el diagnóstico confirmado de trastorno de personalidad límite según el DSM-5
 - Pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
 - Pacientes hospitalizados en los años 2011-2014

- **Exclusión**

- Historias clínicas que no cuenten con los datos suficientes
- Historias de pacientes con enfermedades crónicas

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio descriptivo.

4. **Nivel de investigación:** se trata de un estudio correlacional, retrospectivo, transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto, se realizaron las coordinaciones necesarias con el Decano de la Facultad de Medicina Humana para el envío de una carta de presentación al hospital, solicitándole la autorización para la realización del estudio.

Se solicitó una autorización del director del hospital y posteriormente del jefe de departamento de Psiquiatría para poder revisar el cuaderno de registro del servicio y posteriormente se solicitó el acceso a las historias clínicas en el Área de estadística.

Se procedió a la extracción de información de las historias clínicas y con los resultados obtenidos se procedió a la elaboración de la matriz de datos y posteriormente el análisis, interpretación y presentación de los mismos en tablas estadísticas.

5.2. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos es únicamente una hoja de recolección de información, por lo que no requiere validación.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.





**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°1

**Frecuencia de pacientes con trastorno de la personalidad límite en el
periodo de estudio**

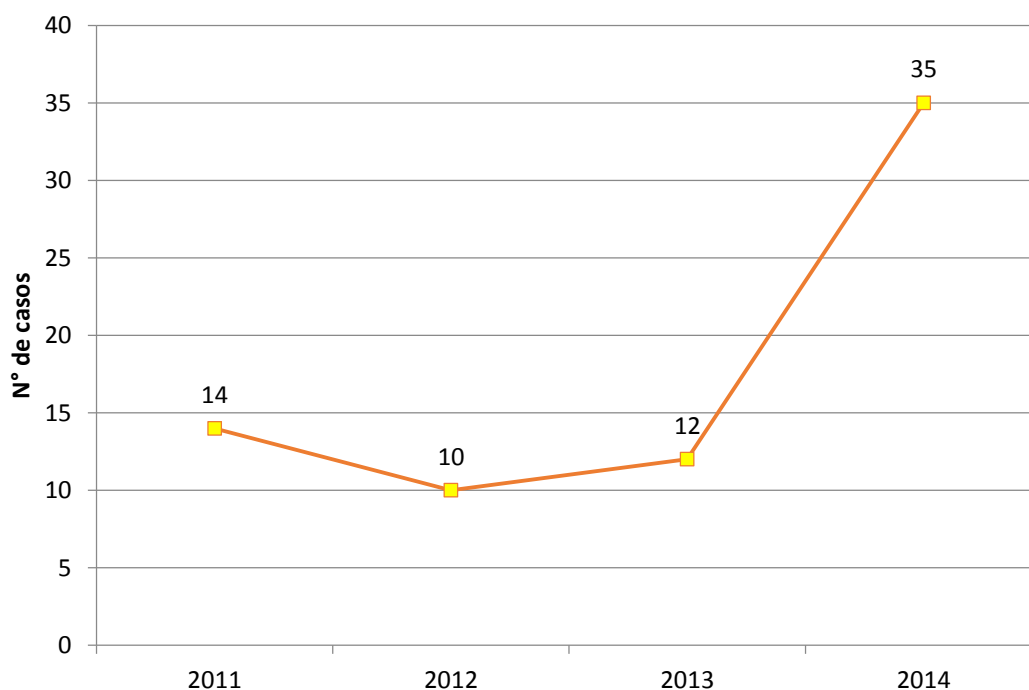
Año	N°	%
2011	14	19.72%
2012	10	14.08%
2013	12	16.90%
2014	35	49.30%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°1

**Frecuencia de pacientes con trastorno de la personalidad límite en el
periodo de estudio**



En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la frecuencia de casos hospitalizados en los 4 años de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión, en total 71 casos. Se evidencia un incremento de dos veces y media del 2011 al 2014.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°2

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
edad**

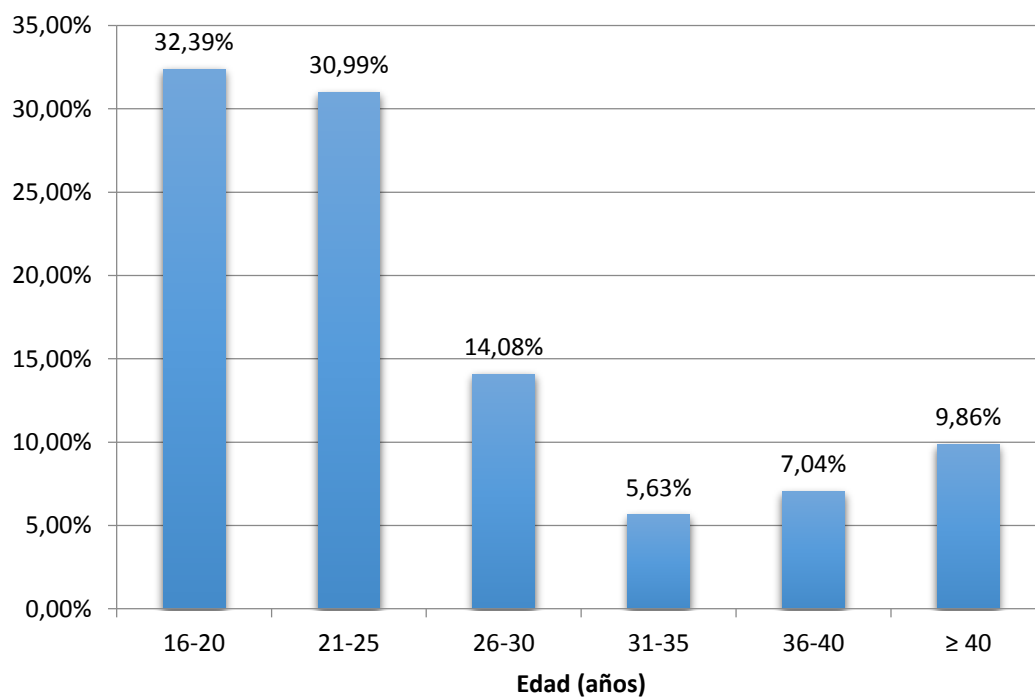
Edad (años)	N°	%
16-20	23	32.39%
21-25	22	30.99%
26-30	10	14.08%
31-35	4	5.63%
36-40	5	7.04%
≥ 40	7	9.86%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°2

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
edad**



En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la edad de los pacientes hospitalizados; el 32.39% de casos tuvo de 16 a 20 años y 30.99% entre 21 y 25 años. En menor proporción se encontraron pacientes de 26 años a más.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°3

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
sexo**

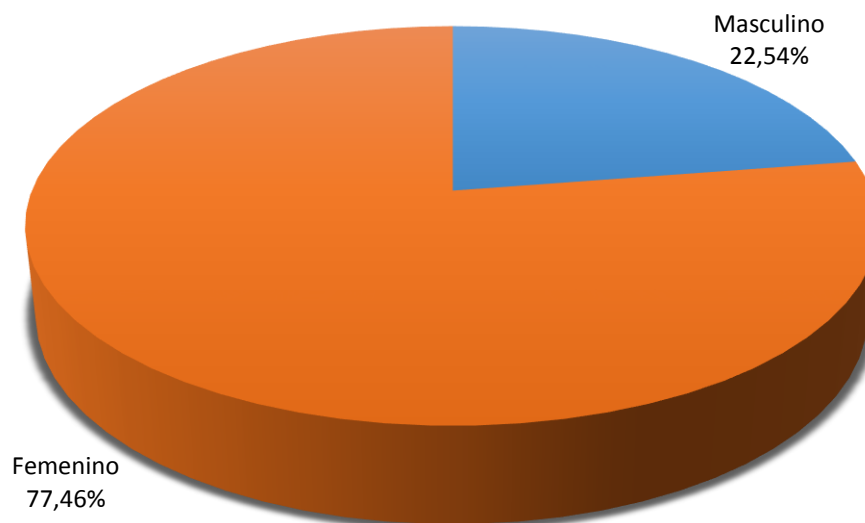
Sexo	N°	%
Masculino	16	22.54%
Femenino	55	77.46%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°3

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
sexo**



En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra que el sexo de los pacientes fue predominantemente femenino con una proporción aproximada de 3 a 1 frente a pacientes masculinos.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°4

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
número de hijos**

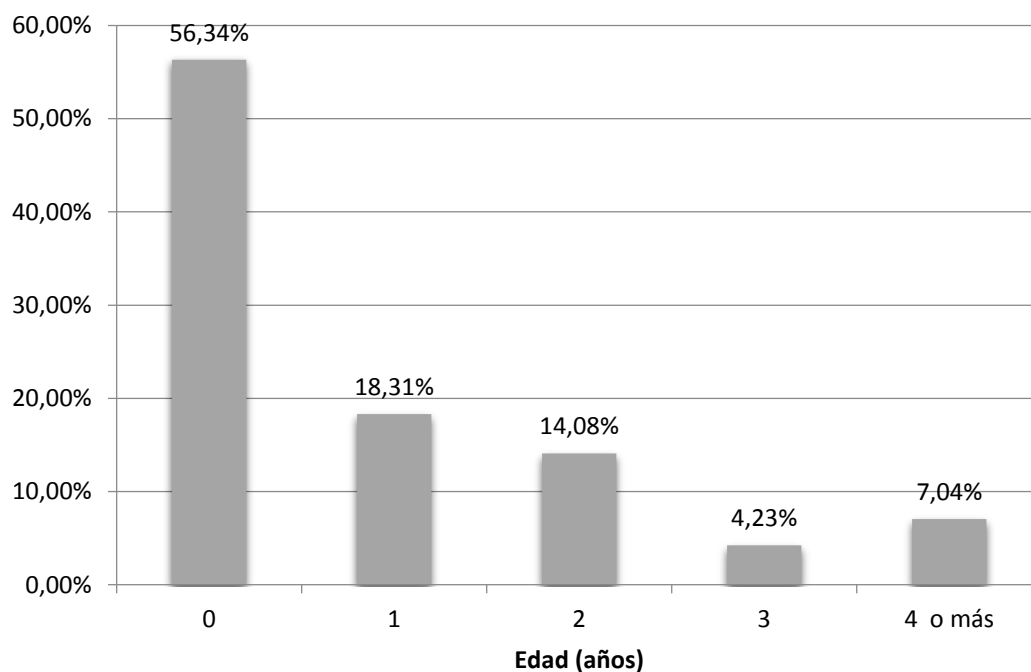
Número de hijos	N°	%
0	40	56.34%
1	13	18.31%
2	10	14.08%
3	3	4.23%
4 o más	5	7.04%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°4

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
número de hijos**



La **Tabla y Gráfico 4** muestran que el 56.34% de casos no tienen hijos, 43.66% de pacientes tienen un hijo o más.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°5

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
nivel de instrucción**

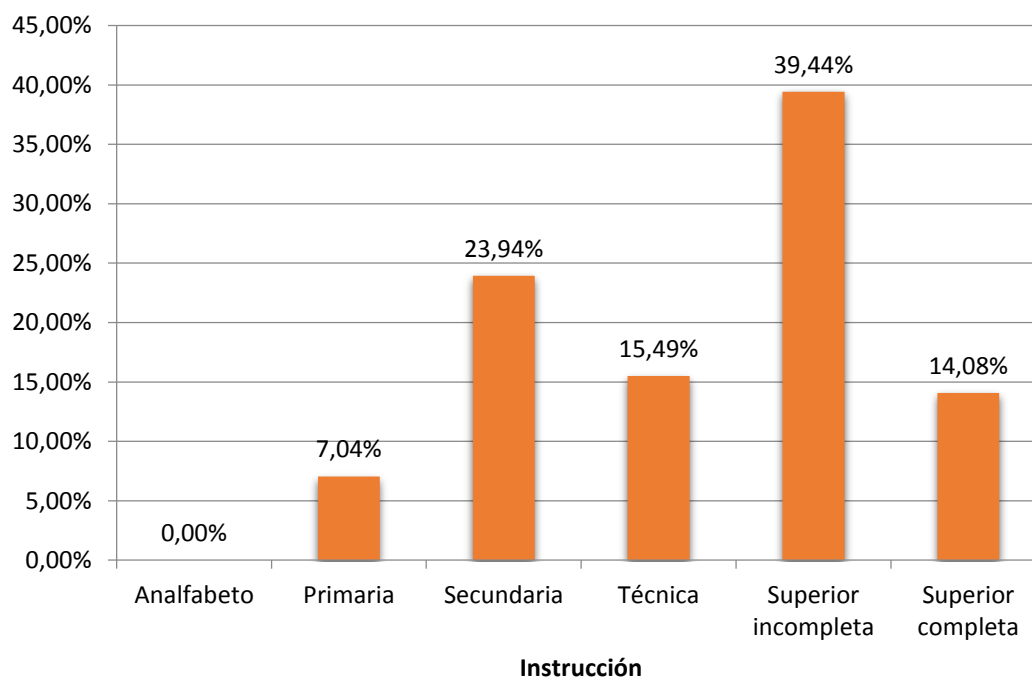
Instrucción	N°	%
Analfabeto	0	0.00%
Primaria	5	7.04%
Secundaria	17	23.94%
Técnica	11	15.49%
Superior incompleta	28	39.44%
Superior completa	10	14.08%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°5

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
nivel de instrucción**



En la **Tabla y Gráfico N°5**, el nivel de instrucción predominante fue de superior incompleta (39.44%) seguido de secundaria (23.94%).

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°6

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
ocupación**

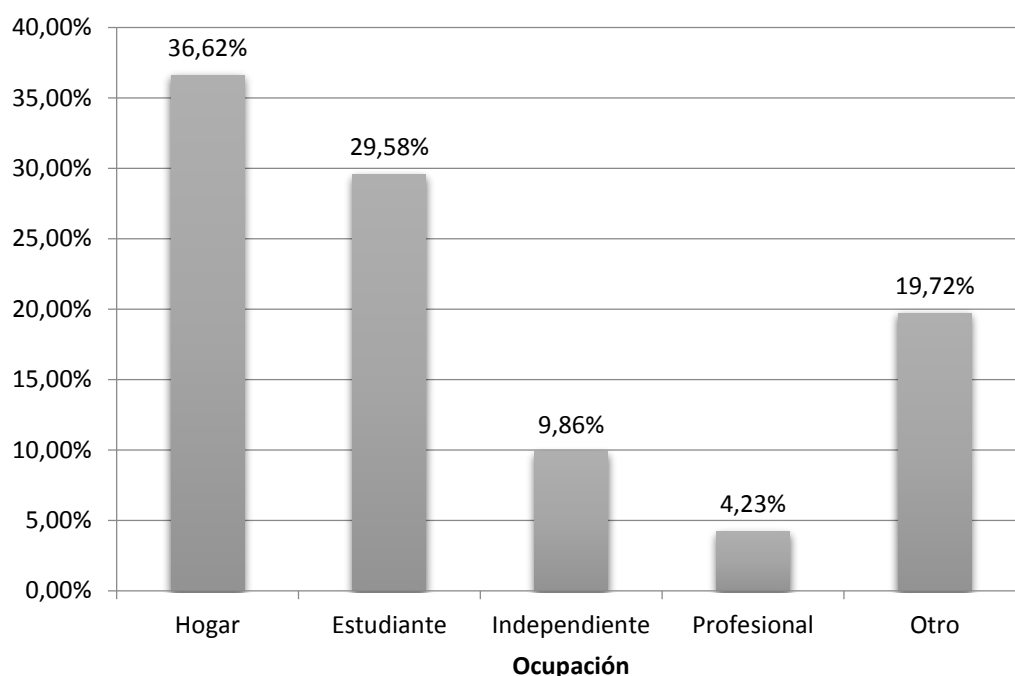
Ocupación	N°	%
Hogar	26	36.62%
Estudiante	21	29.58%
Independiente	7	9.86%
Profesional	3	4.23%
Otro	14	19.72%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°6

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
ocupación**



En la **Tabla y Gráfico 6** se evidencia que las ocupaciones más predominantes fueron en las labores del hogar (36.62%) y de estudiante (29.58%), habiendo otras ocupaciones en el 33.8%.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°7

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
comorbilidad psiquiátrica**

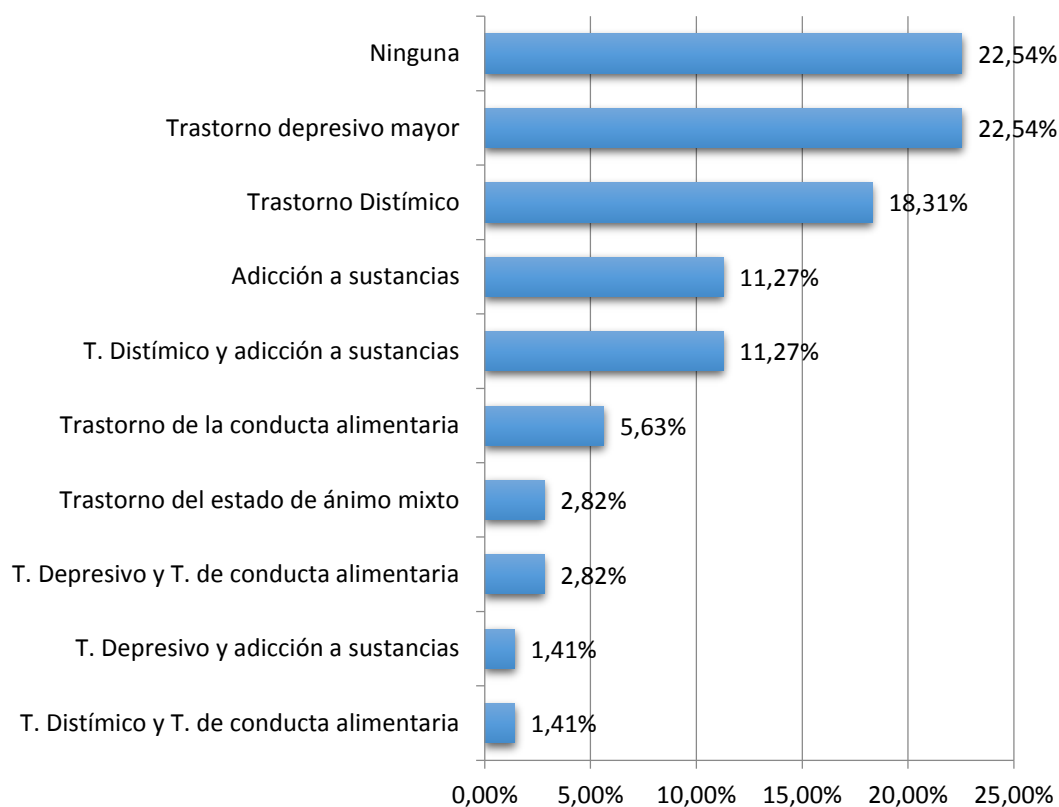
Comorbilidad	N°	%
Ninguna	16	22.54%
Trastorno depresivo mayor	16	22.54%
Trastorno Distímico	13	18.31%
Adicción a sustancias	8	11.27%
T. Distímico y adicción a sustancias	8	11.27%
Trastorno de la conducta alimentaria	4	5.63%
Trastorno del estado de ánimo mixto	2	2.82%
T. Depresivo y T. de conducta alimentaria	2	2.82%
T. Depresivo y adicción a sustancias	1	1.41%
T. Distímico y T. de conducta alimentaria	1	1.41%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°7

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
comorbilidad psiquiátrica**



La **Tabla y Gráfico 7** muestran que más del 77.46% de pacientes cuentan con alguna comorbilidad psiquiátrica, siendo la principal el trastorno depresivo mayor (22.54%) y el trastorno distímico (18.31%), seguido de adicción a sustancias y la combinación de estos dos últimos en 11.27% cada uno.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°8

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
otros trastornos de la personalidad**

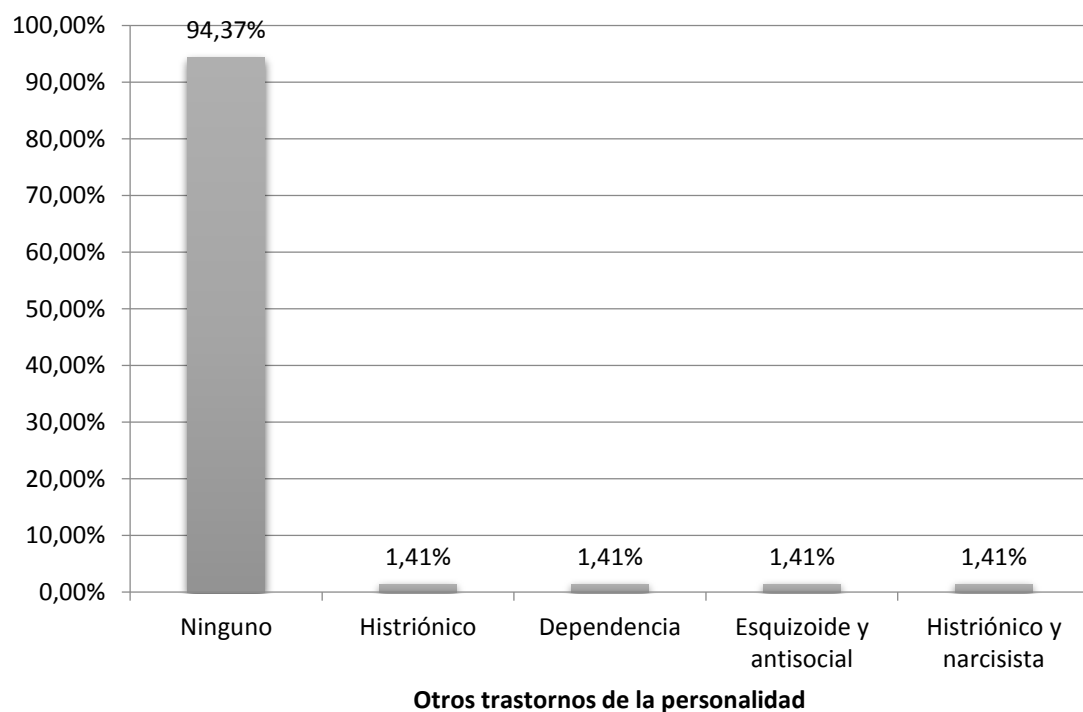
Otros trastornos	N°	%
Ninguno	67	94.37%
Histriónico	1	1.41%
Dependencia	1	1.41%
Esquizoide y antisocial	1	1.41%
Histriónico y narcisista	1	1.41%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°8

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
otros trastornos de la personalidad**



En la **Tabla y Gráfico 8** se identificaron otros trastornos de la personalidad en 5.63% de casos.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°9

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de abuso sexual**

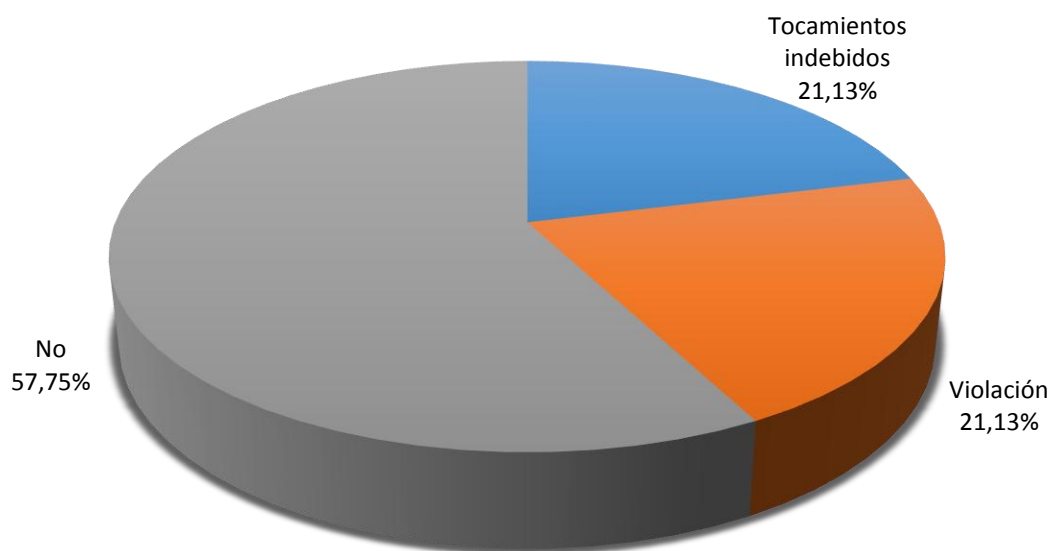
Antecedente	N°	%
Tocamientos indebidos	15	21.13%
Violación	15	21.13%
No	41	57.75%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°9

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de abuso sexual**



La **Tabla y Gráfico 9** muestran el antecedente de abuso sexual en los pacientes; se encontró antecedentes en 42.25%, tanto por tocamientos indebido como por violación en 21.13% de casos cada uno.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°10

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de violencia física**

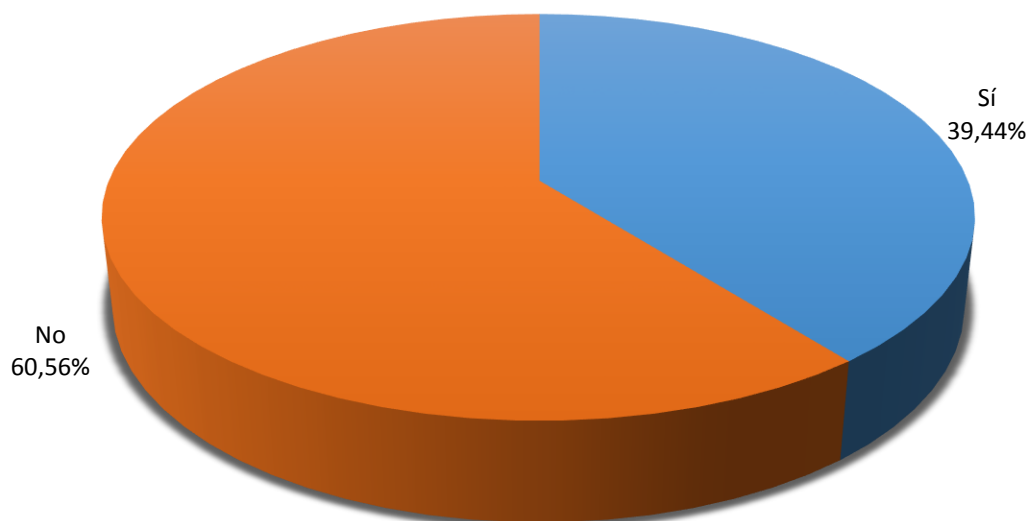
Antecedente	N°	%
Sí	28	39.44%
No	43	60.56%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014

Gráfico N°10

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de violencia física



En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra que el 39.44% de casos presentó antecedente de violencia física

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°11

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de separación de la pareja**

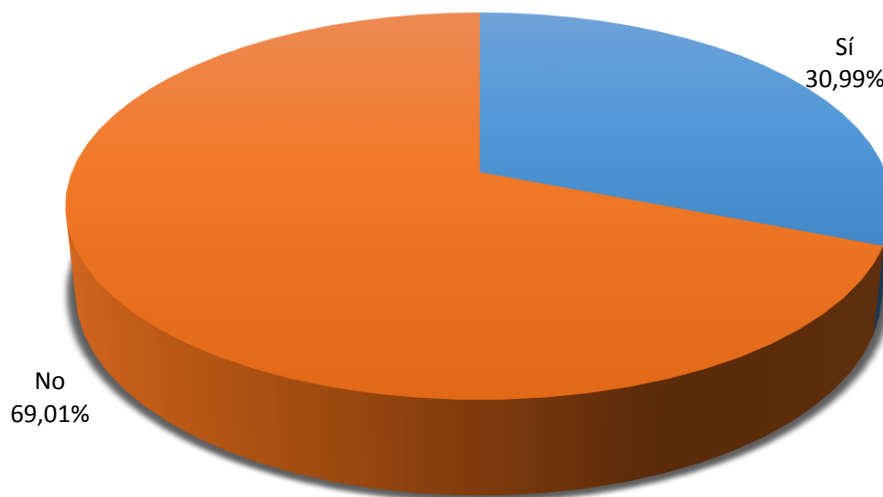
Separación de pareja	N°	%
Sí	22	30.99%
No	49	69.01%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°11

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de separación de la pareja**



La **Tabla y Gráfico 11** muestran el antecedente de separación de la pareja en 30.99% de los pacientes hospitalizados.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°12

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de padres separados**

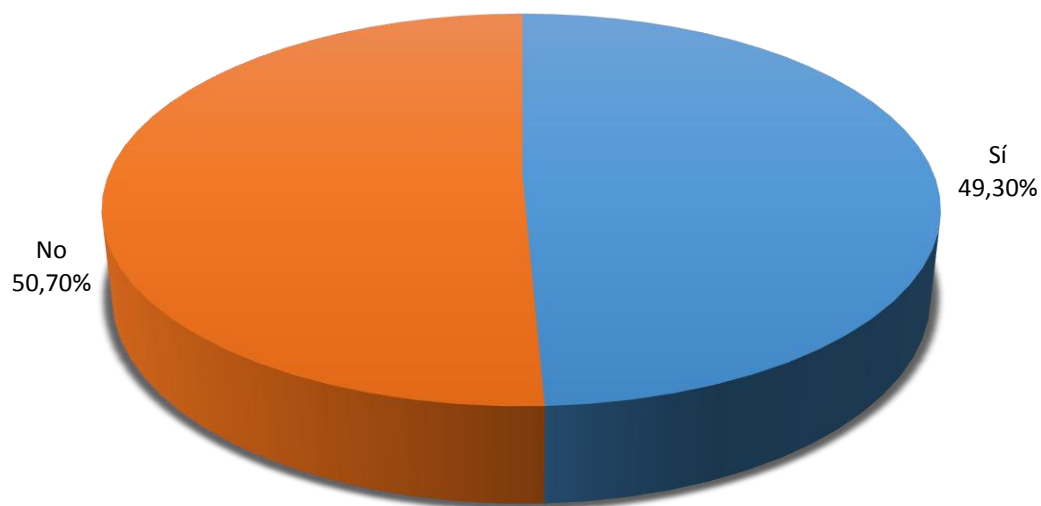
Padres separados	N°	%
Sí	35	49.30%
No	36	50.70%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°12

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de padres separados**



En la **Tabla y Gráfico 12** se evidencia que casi la mitad de pacientes tuvo el antecedente de provenir de familia con padres separados.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°13

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de alcoholismo en familiares de primer grado**

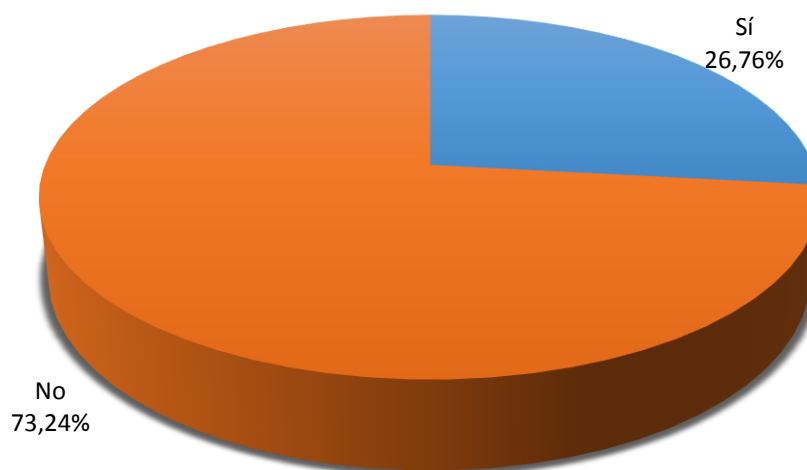
Alcoholismo familiar	N°	%
Sí	19	26.76%
No	52	73.24%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014

Gráfico N°13

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de alcoholismo en familiares de primer grado



La **Tabla y Gráfico 13** muestran que el 26.76% de casos tuvo antecedente de alcoholismo en algún familiar de primer grado.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°14

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de trastorno psiquiátrico en familiares**

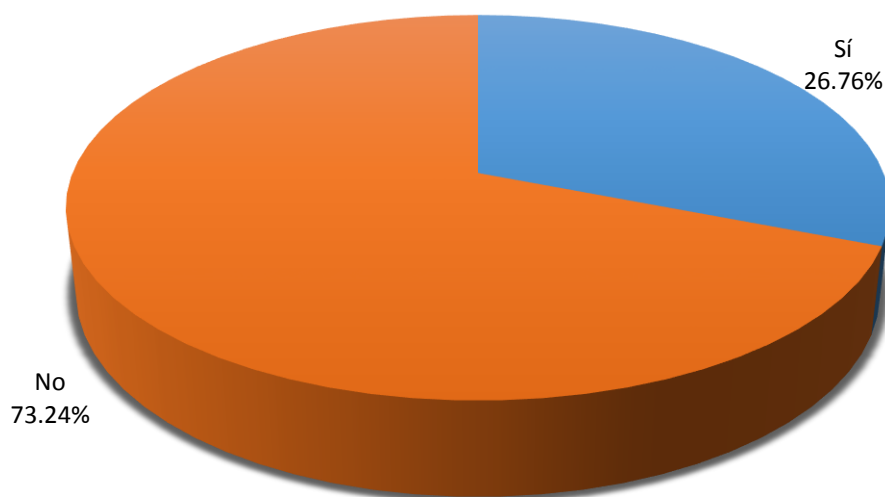
T. psiquiátrico	N°	%
Sí	19	26.76%
No	52	73.24%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°14

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de trastorno psiquiátrico en familiares**



La **Tabla y Gráfico 14** muestran que hay un antecedente de trastorno psiquiátrico en familiares de 26.76% de pacientes

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°15

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de intentos de suicidio previos**

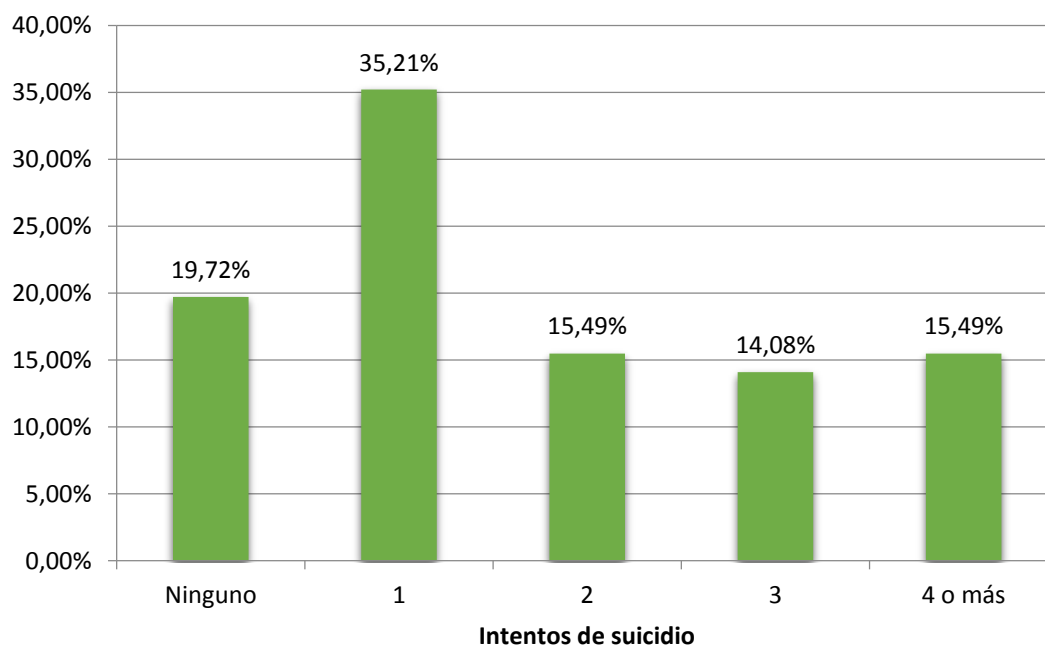
Intento suicida	N°	%
Ninguno	14	19.72%
1	25	35.21%
2	11	15.49%
3	10	14.08%
4 o más	11	15.49%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Grafico N°15

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
antecedente de intentos de suicidio previos**



En la **Tabla y Gráfico 15** se muestra el antecedente de intento suicida en 80.28% de casos, con un episodio previo en 35.21% y dos o más episodios en 45.06%.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°16

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
motivo del intento de suicidio (n = 57)**

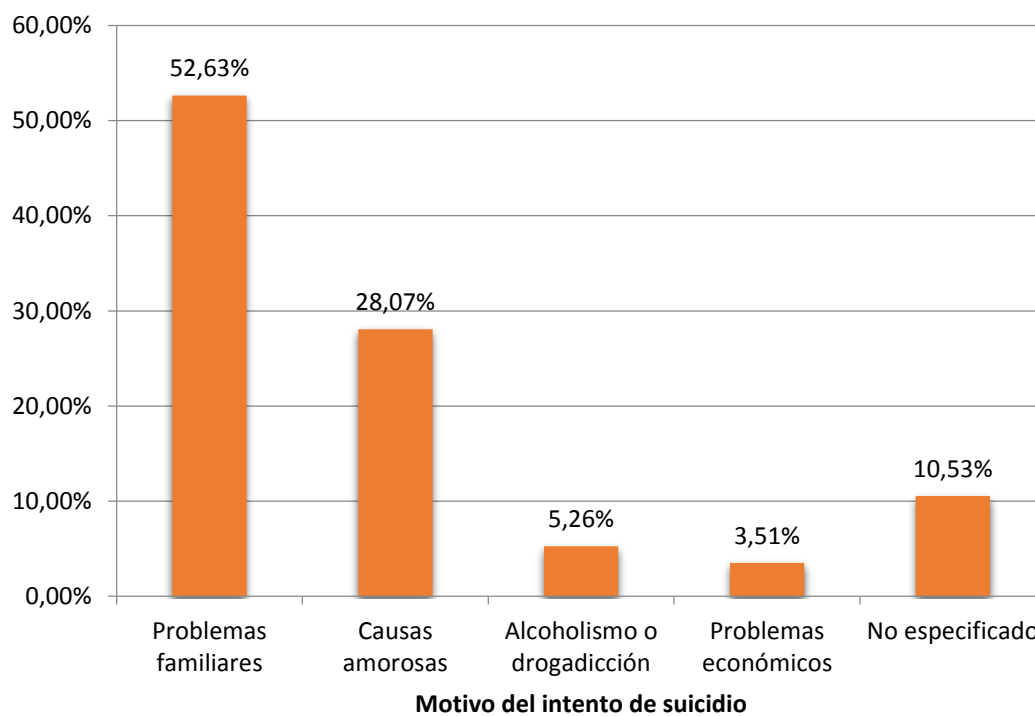
Motivo	N°	%
Problemas familiares	30	52.63%
Causas amorosas	16	28.07%
Alcoholismo o drogadicción	3	5.26%
Problemas económicos	2	3.51%
No especificado	6	10.53%
Total	57	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°16

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
motivo del intento de suicidio (n = 57)**



La **Tabla y Gráfico 16** muestra que los motivos referidos para el intento de suicidio más frecuentes fueron el presentar problemas familiares (52.63%) y problemas amorosos (28.07%), habiendo otras causas en el 19.3%.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°17

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
método utilizado en el último intento de suicidio (n = 57)**

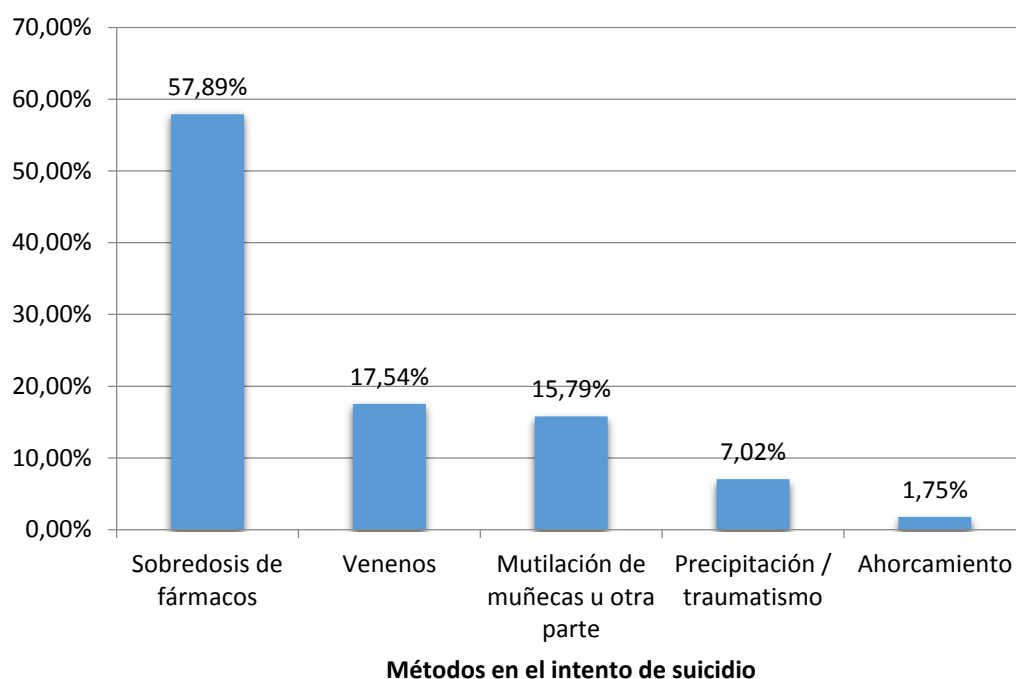
Método	N°	%
Sobredosis de fármacos	33	57.89%
Venenos	10	17.54%
Mutilación de muñecas u otra parte	9	15.79%
Precipitación / traumatismo	4	7.02%
Ahorcamiento	1	1.75%
Total	57	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°17

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
método utilizado en el último intento de suicidio (n = 57)**



La **Tabla y Gráfico 17** muestran que el método más empleado en el último intento suicida fue la sobredosis de fármacos en 57.89% seguido del uso de venenos en 17.54% y la mutilación de muñecas en 15.79%.

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Tabla N°18

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
conducta automutilatoria**

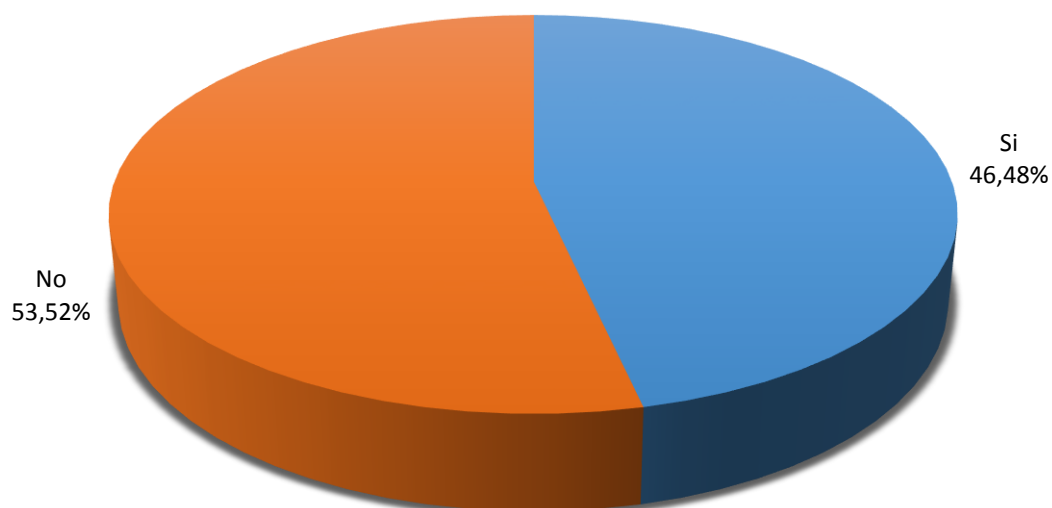
Conducta automutilat.	N°	%
Si	33	46.48%
No	38	53.52%
Total	71	100.00%

Fuente: el investigador

**FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014**

Gráfico N°18

**Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según
conducta automutilatoria**



En la **Tabla y Gráfico 18** se muestra que la conducta automutilatoria se presentó en 46.48% de casos.

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar los factores asociados al trastorno de personalidad límite en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014. Se realizó la presente investigación debido a que siendo el trastorno de personalidad límite un diagnóstico recurrente en pacientes hospitalizados en este servicio y dada la elevada tasa de suicidio, cobra importancia el conocimiento de los factores relacionados a esta entidad para poder prevenir o tratar esta patología y de esta forma evitar el posible desenlace fatal de estos pacientes.

Para tal fin se estudió a todos los casos hospitalizados en el servicio que cumplieron los criterios de trastorno de personalidad límite, y se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la frecuencia de casos hospitalizados con diagnóstico de personalidad límite en el periodo de 4 años de estudio; se han hospitalizado 71 casos que cumplieron los criterios diagnósticos. En los últimos años se ha producido un incremento de 14 casos en el 2011 a 35 casos en el 2014, un incremento de 2 veces y media. Pese a que en el estudio no se han incluido numerosas historias clínicas de los años 2011-2013 por no cumplir con los criterios de inclusión (casi en su totalidad por no contar con la

información suficiente) el número de pacientes hospitalizados en el 2014 es notablemente superior. El incremento probablemente se deba a una mayor disponibilidad de camas en el servicio en ese año, puesto que muchos pacientes pese a requerir hospitalización son tratados ambulatoriamente. Otro posible motivo es que, siendo el suicidio el motivo más frecuente de hospitalización en estos pacientes, distintos factores socioeconómicos como el aumento de competencia laboral, el creciente descontento social y el aumento en la incidencia de alcoholismo puedan de alguna forma contribuir al intento de suicidio en pacientes con TLP. En un estudio clínico descriptivo en el centro de Salud Mental Moisés Heresi en Arequipa se halló que en el 2011 el diagnóstico psicológico y psiquiátrico generales de trastornos de personalidad eran de 6.9% y 7.7% respectivamente, en los que resalta el trastorno de personalidad límite.⁴⁸ A nivel nacional, en Febrero del 2008, el Hospital Hermilio Valdizán halló que el 1.94% de pacientes atendidos en consulta externa y 2.86% de pacientes hospitalizados presentan este diagnóstico¹⁶. Es sabido que hay un aumento progresivo en la incidencia de trastornos de personalidad ¹⁶ ocupando el TLP el 30-60% de éstos.²⁸

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la edad de los pacientes hospitalizados; el 32.39% de casos tuvo de 16 a 20 años y 30.99% entre 21 y 25 años. En menor proporción se encontraron pacientes de 31 años a más. Este dato concuerda con una guía práctica clínica realizada en Barcelona ²⁸ que indica que la edad en la que se realiza el diagnóstico de TLP es de 19 a 34 años en su mayoría. El DSM 5 ³ indica que la prevalencia del TLP decrece con la edad.

El sexo de los pacientes fue predominantemente femenino en 77.46% de casos y el 22.54% fueron varones (**Tabla y Gráfico 3**). En un estudio de prevalencia de este diagnóstico en pacientes de consulta externa realizado en Lima en el 2008, el 83% de pacientes son de sexo femenino. Esto coincide con la bibliografía, Kaplan & Sadock ¹ estima una mayor frecuencia de esta entidad en mujeres frente a hombres con una relación de 3:1.

En relación a las características sociales de los casos con personalidad límite, la **Tabla y Gráfico 4** muestran que el 56.34% de casos no tienen hijos, y un 18.31% de ellos tenía un hijo y 14.08% dos hijos, con 11.27% de pacientes con 3 a más hijos. Esto es debido a que la mayoría de pacientes incluidos en el estudio tienen menos de 25 años y hay una menor proporción de mayores de 30 años, que son los pacientes que regularmente tienen más hijos. No se dispone de otro estudio con estos datos para poder realizar comparaciones.

El nivel de instrucción predominante fue de superior incompleta (39.44%) seguido de secundaria (23.94%), y un 15.49% de casos tuvieron instrucción superior técnica (**Tabla y Gráfico 5**). Esto, al igual que en la tabla anterior, es debido a que la mayoría de pacientes en el estudio tienen entre 15 y 25 años, y pacientes en ese rango etario son frecuentemente estudiantes, tanto de colegios así como de institutos o universidades.

Además, en la etapa de recolección de datos de este estudio se evidenció que la mayoría de los afectados por este trastorno no logran completar sus estudios. Estos datos concuerdan con un estudio similar de

pacientes con TLP realizado en México⁴⁵ en el que el 66% de pacientes contaban con estudios secundarios y superior incompleto. Selva G, Bellver F y Carabal⁴⁶ señalan que el abandono de estudios escolares durante la secundaria podría intervenir en el desarrollo de un trastorno de personalidad límite.

La ocupación predominante fue en las labores del hogar (36.62%) o de estudiante (29.58%) y otras ocupaciones en 19.72%) como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 6**. La alta proporción de estudiantes es debida, al igual que el cuadro anterior, a que la mayoría de pacientes en el estudio tienen 15-25 años. El hecho que haya una gran proporción que se dedique sólo a su hogar es probablemente debido a la disfunción social y dificultad con las relaciones que tienen los pacientes afectados por esta entidad. En la etapa de recolección de datos de este estudio se observó que muchos de estos pacientes que se quedan en casa, es porque previamente abandonaron sus estudios. En un estudio similar realizado en México ⁴⁵ se presentó un porcentaje similar (40%) que se dedicaba a su casa, sin embargo este estudio presenta una proporción menor de estudiantes (7%). En un estudio realizado en Argentina⁴⁹ en pacientes tratados ambulatoriamente, se vio que el desempleo en los pacientes con TLP era significativamente superior a pacientes con otro trastorno de personalidad o sin algún trastorno de personalidad.

La **Tabla y Gráfico 7** muestran las comorbilidades psiquiátricas de los pacientes; estas se encontraron en 77.46% de casos, siendo la principal el

trastorno depresivo mayor (22.54%) y el trastorno distímico (18.31%), seguido de adicción a sustancias y la combinación de estos dos últimos en 11.27% cada uno. El 5.63% presenta trastornos de la conducta alimentaria, o combinada con trastorno depresivo en 2.82% y con trastorno distímico en 1.41%, entre otras. Más del 80% de los pacientes en el estudio cuentan con alguna comorbilidad psiquiátrica, lo que confirma la elevada comorbilidad de este trastorno mencionado en la bibliografía¹, incluso llegando a ser llamado en otros textos “la reina de las comorbilidades”. Hay reportes en la literatura⁵⁰ que indican que la comorbilidad con el eje puede llegar a ser del 91-100%. El resultado es desfavorable, según el DSM 5, precisamente la comorbilidad con trastornos depresivos y con adicción a sustancias incrementa el riesgo suicida. Se evidenció que casi la totalidad de trastornos de la conducta alimentaria en estos pacientes correspondía a bulimia, dato que también concuerda con la bibliografía^{1,45}. Otro estudio⁵¹ concluye que el Trastorno por consumo de alcohol es hasta 7 veces que en pacientes sin este trastorno de personalidad. Este resultado concuerda con otro estudio similar realizado en México⁴⁵, en el que el trastorno depresivo y distímico son también las 2 comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en pacientes con TLP. En un estudio realizado en Argentina⁴⁹, se evidenció que la comorbilidad psiquiátrica con el Eje I era superior y estadísticamente significativa en pacientes con TLP en comparación a pacientes que no padecen de ningún trastorno de personalidad. Además, al igual que este trabajo, el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico eran las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes. Además en este estudio se concluyó que la comorbilidad por Trastorno por

Sustancias era mayor que en pacientes con trastorno de personalidad, siendo las relacionadas con drogas más frecuentes en el TLP frente a otros trastornos de personalidad.

Otros trastornos de la personalidad se identificaron en 5.63% de casos y se muestran en la **Tabla y Gráfico 8**. Estos fueron la personalidad histriónica, la dependencia, la personalidad esquizoide y antisocial y el histrionismo-narcisismo, que se presentaron en casos individuales. En unos pocos pacientes además del TLP se presentaron rasgos de otros trastornos de personalidad, sobre todo rasgos disociales. El diagnóstico diferencial del TLP con otros trastornos de personalidad puede ser difícil en algunos pacientes, sin embargo cada diagnóstico consignado en las historias clínicas del servicio es cuidadosamente discutido. Este resultado discrepa con otro estudio similar realizado en México⁴⁵ en el que hay elevada comorbilidad con otros trastornos de personalidad, siendo los más frecuentes los de personalidad narcisista y de dependencia.

La **Tabla y Gráfico 9** muestran el antecedente de abuso sexual en los pacientes; se encontró antecedentes en 42.25%, tanto por tocamientos indebido como por violación en 21.13% de casos cada uno. En la recolección de datos se evidenció que la gran mayoría de agresiones sexuales fue en la niñez. La agresión sexual es considerada un factor psicosocial de riesgo, por otro lado se reconoce que la impulsividad de estos pacientes los puede hacer propensos a ser víctima de este tipo de agresión. Otros estudios ⁴⁵ señalan que el abuso sexual no está asociado directamente al TLP, ni está ligado como

causa específica de algún trastorno, sin embargo es un factor que incrementa la sintomatología del trastorno límite y en algunas ocasiones está ligado a la severidad de las conductas de automutilación o parasuicidas. Un estudio realizado en el Hospital Hermilio Valdizán en el 2011 ⁴⁷muestra que un 58% de pacientes limítrofes con intento de suicidio presentan este antecedente, siendo el 35% de pacientes menores de 9 años y siendo responsable un familiar en el 76% de casos. Un estudio similar realizado en México⁴⁵ muestra el antecedente de abuso sexual en el 86% de los pacientes del estudio.

El 39.44% de casos refirió antecedente de violencia física (**Tabla y Gráfico 10**). El abuso sexual y físico se encuentran como antecedente en la infancia de la mayoría de pacientes con TLP. ^{2,28} Asimismo, otro estudio²⁸ indica que el abuso físico y el psicológico no son necesarios ni suficientes para que una persona sufra TLP. Un estudio realizado en Chile⁵² revela que de un grupo de pacientes con TLP, el 71.4% reveló antecedente de violencia física en la infancia.

La **Tabla y Gráfico 11** muestran el antecedente de separación de la pareja en los pacientes hospitalizados; el 30.99% de casos refirió haberse separado. En 49.30% de pacientes además hubo la referencia de provenir de familia con padres separados (**Tabla y Gráfico 12**). Ambos son considerados parte de un entorno familiar inestable poco favorable para el desarrollo de la persona y son facilitadores de malos tratos y disfunción de la personalidad.²⁸ Un estudio similar realizado en México⁴⁵ encontró separación de pareja y divorcio de padres en 47% y 40% de los pacientes del estudio.

El 26.76% de casos tuvo antecedente de alcoholismo en algún familiar de primer grado (**Tabla y Gráfico 13**) o antecedente de trastorno psiquiátrico en la familia en 26.76% de pacientes (**Tabla y Gráfico 14**). Ambos son factores psicosociales que pueden ser importantes en la aparición del TLP por ser parte de un entorno familiar inestable²⁸; sobre todo el alcoholismo en padres y hermanos, que es además un facilitador de violencia física y verbal. En este estudio, el trastorno psiquiátrico más frecuentemente encontrado en familiares es la depresión.

En la **Tabla y Gráfico 15** se muestra el antecedente de intento suicida en los pacientes hospitalizados; se encontró el antecedente en 80.28% de casos, con un episodio previo en 35.21%, dos episodios en 15.49%, tres en 14.08% y de 4 a más en 15.49% de casos. Entre los motivos referidos para el intento de suicidio el más frecuente fue el presentar problemas familiares 52.63%), los problemas amorosos (28.07%) y en menor proporción el alcoholismo o drogadicción (5.26%) y los problemas económicos (3.51%), entre otros no especificados (10.53%; **Tabla y Gráfico 16**). En un estudio⁵³ realizado en Bogotá mostró que al igual que en este estudio, los motivos más frecuentes de suicidio son problemas familiares y amorosos. El método empleado en el último intento suicida, que se muestra en la **Tabla y Gráfico 17**, fue la sobredosis de fármacos en 57.89% (en su mayoría benzodiazepinas), el uso de venenos en 17.54%, la mutilación de muñecas en 15.79%, la precipitación o los traumatismos en 7.02%, y el ahorcamiento en 1.75% de casos. La conducta suicida es una parte innegable de este trastorno de personalidad, siendo un criterio diagnóstico del DSM 5, asimismo

es el principal motivo de hospitalización de pacientes con TLP y un factor de mal pronóstico en éstos pacientes. El intento de suicidio llega a consumarse en un 8-10% de estos pacientes², especialmente en menores de 30 años⁴⁵, lo que convierte al TLP el trastorno del Eje II más relacionado al suicidio. Otras investigaciones¹⁵ describen que una historia de múltiples intentos es un predictor de futuras conductas suicidas y aumentan el riesgo suicida. Los motivos de suicidio y el método utilizado concuerdan con un estudio realizado en México ⁴⁵, siendo en este también los problemas familiares y la intoxicación medicamentosa los motivos y métodos más frecuentes.

El gran número de intentos de suicidio por intoxicación por medicamentos es debido probablemente al rápido y fácil acceso que tiene la población general a estos medicamentos, sobre todo a las benzodiazepinas y al miedo que siente el paciente por usar métodos más agresivos.

En la **Tabla y Gráfico 18** se muestra la frecuencia de conducta automutilatoria en los pacientes con trastorno de la personalidad límite hospitalizados. Esta se presentó en 46.48% de casos. La conducta automutilatoria es muy común en pacientes con TLP y es también parte de los criterios diagnósticos para esta entidad. En muchos pacientes es difícil diferenciar si esta conducta implica una verdadera intención autolítica o sólo una forma de llamar la atención. En un estudio similar realizado en México⁴⁵ se encontró en 80% de los pacientes, considerando intentos de automutilación los que no presentaban compromiso de riesgo real de morir en la tentativa suicida.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. Se hospitalizaron 71 casos en el periodo del estudio, con una tendencia creciente en los últimos años.

Segunda. Los aspectos sociodemográficos más frecuentes asociados a éstos pacientes fueron el sexo femenino, la edad menor a 25 años, ausencia de hijos, nivel de instrucción superior incompleta y ocupación estudiante o su casa.

Tercera.- La mayoría de pacientes con trastorno de personalidad límite presentaron comorbilidad psiquiátrica, con predominio de trastorno depresivo mayor y trastorno distímico.

Cuarta.- Los factores de riesgo más frecuentes en pacientes con trastorno de personalidad fueron el abuso sexual, el abuso físico y el divorcio de los padres.

RECOMENDACIONES

Primera

Desarrollar trabajos de investigación similares acerca de pacientes con trastorno de personalidad límite en otros hospitales de nuestra localidad, tanto del MINSA como de ESSALUD, para poder realizar comparaciones y para poder determinar la causa del aumento de la incidencia de la hospitalización de estos pacientes.

Segunda

Implementar de programas de despistaje de Trastorno de Personalidad Límite en pacientes con factores de riesgo y comorbilidad psiquiátrica en colegios, institutos y universidades.

Tercera

Seguimiento cauteloso de pacientes con este diagnóstico para asegurar una buena adherencia al tratamiento, tratar oportunamente las probables recaídas y prevenir futuros intentos suicidas y de automutilación.

Cuarta

Dialogar con el servicio de Estadística del Hospital Regional Honorio Delgado para realizar una adecuada colocación del código CIE-10 en las historias clínicas de los pacientes dados de alta en el sistema de registro electrónico del Hospital para facilitar cualquier futura recolección de datos.

Quinta

- Capacitación a los futuros médicos que realizarán el SERUMS para lograr una mayor captación de casos mediante un adecuado llevado de la estrategia de salud mental



BIBLIOGRAFÍA

1. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock: Sinopsis de Psiquiatría, Décima Edición. Barcelona (España). LWW; Spanish Language Program edition. 2008.
2. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Medellín, Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2010
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington Dc. American Psychiatric Publishing. 2013
4. Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco JL. Trastorno límite de la personalidad. En: Roca M, editor. Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2004.
5. Rubio V, Pérez A. Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier; 2003.
6. Perry JC, Klerman GL. The borderline patient. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. Arch Gen Psychiatry. 1978;35(2):141-50.
7. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. Psychoanalytic Quarterly. 1938;7:467-89.
8. Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(3):641 85.

9. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975;132(1):1-10.
10. Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry*. 1977;134(11):1227-33.
11. Zanarini MC. Borderline personality as an impulse spectrum disorder. A: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1993.
12. Kroll L. *PTSD/Borderlines in therapy*. New York, NY (US): Norton; 1993.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (3ª ed.)*. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1980.
14. OMS, Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
15. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco R. El suicidio conceptos actuales. *Salud Mental* 2006; 29(5): 66-74
16. Saravia J, *Sentido de coherencia en pacientes limítrofes y estudiantes de ingeniería*. PUCP: PUCP; 2011.
17. National Collaborating Centre for Mental Health. *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.

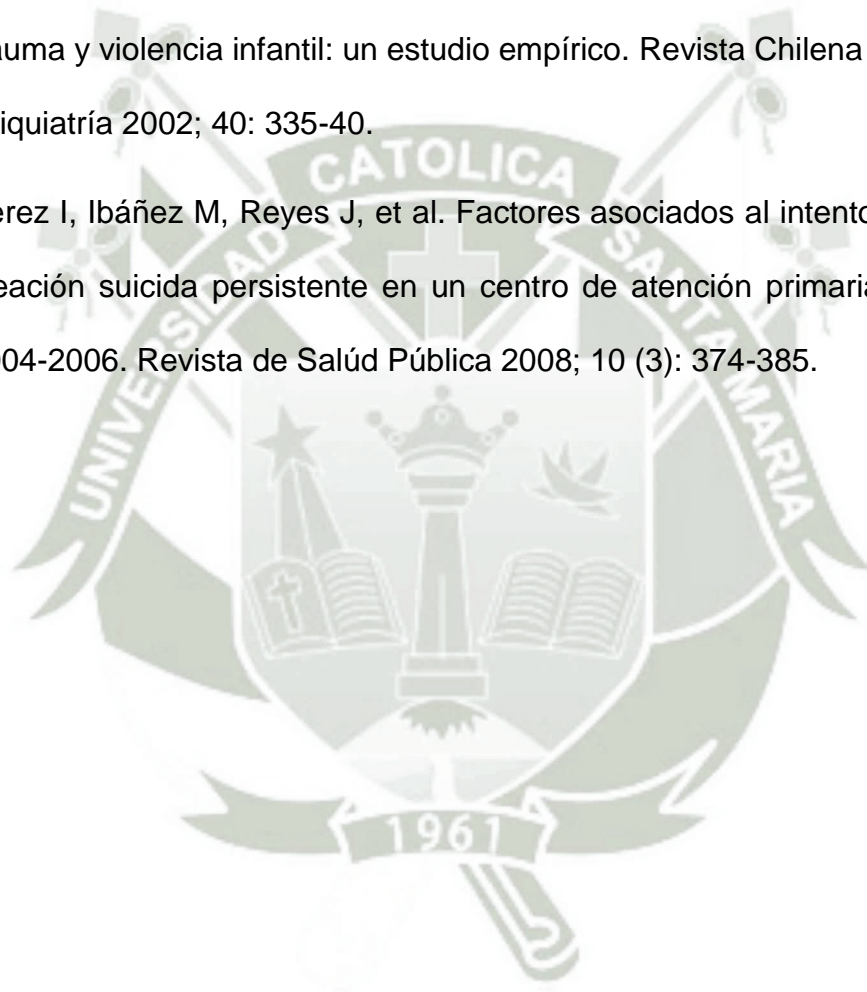
18. White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI. Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11(1):8-19.
19. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.
20. Rusch N, Van Elst LT, Ludaescher P, Wilke M, Huppertz HJ, Thiel T, et al. A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2003;20(1):385-92.
21. Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder a: volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*. 2003;54:163-71.
22. De la Fuente JM, Goldman S, Stanus E, Vizuete C, Morlan I, Bobes J, et al. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 1997;31(5):531-41.
23. Kunert HJ, Druecke HW, Sass H, Herpertz SC. Frontal lobe dysfunctions in borderline personality disorder? Neuropsychological findings. *J Pers Disord*. 2003;17(6):497-509
24. Stein DJ, Hollander E, Cohen L, Frenkel M, Saoud JB, DeCaria C, et al. Neuropsychiatric impairment in impulsive personality disorders. *Psychiatry Res*. 1993;48(3):257-66.
25. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during

- late adolescence and early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(8):741-9.
26. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(7):600-6.
27. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. J Pers Disord. 2000;14(3):264-73.
28. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Guía práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, Barcelona (España), 2011 junio.
29. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. J Pers Disord. 2000;14(3):264-73.
30. Fonagy P, Target M, Gergely G, et al. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. Psychoanalytic Inquiry. 2003; 23 :412-59.
31. Sandoval, L & Villamil, V. La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. Salud Mental. 1992; 22 (2)
32. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. Lancet. 2002; 359(9325):2253-4.
33. Paris J. Personality Disorders over time. Washington, DC (US): Am J Psychiatry; 2003.

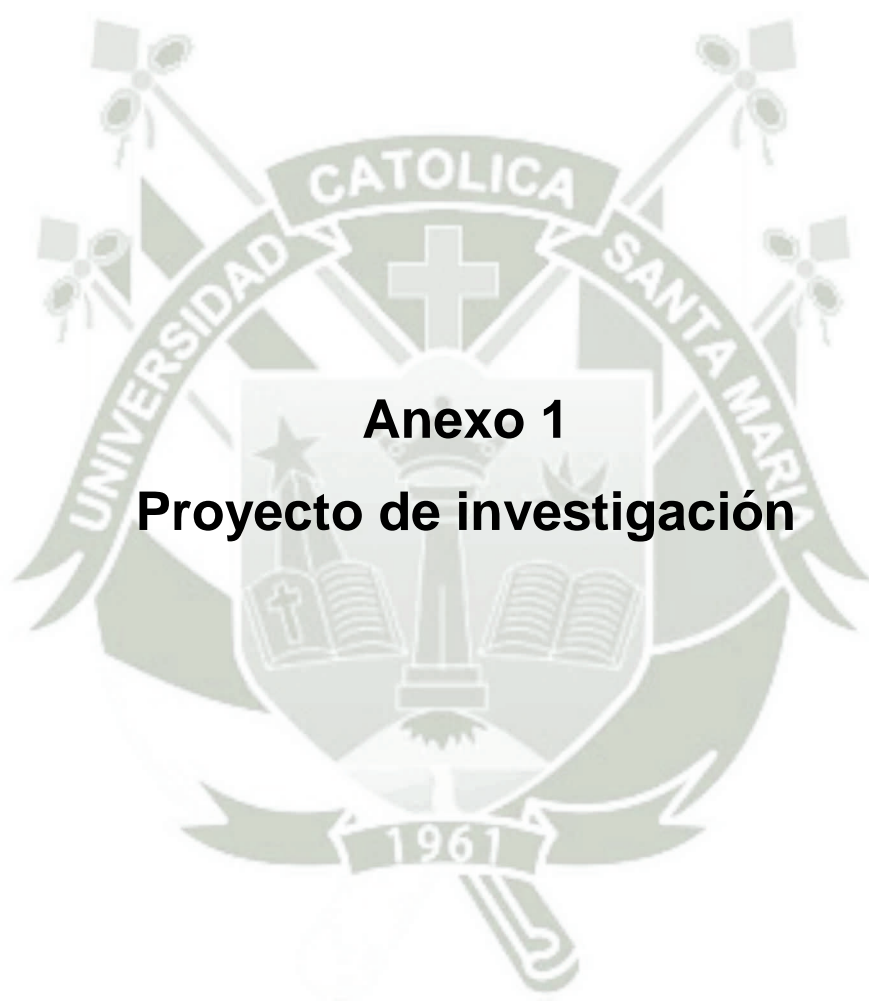
34. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(2):274-83.
35. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry*. 1987;28(6):530-5.
36. Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP. 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Compr Psychiatry*. 1985; 26(5):448-55.
37. Mc Glashnan TH. The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:2-30.
38. American Psychiatric Association. Guía Clínica para el tratamiento de los Trastornos Límite de Personalidad. Barcelona (España): Ed. Ars Medica, 2002.
39. Beck A; et al. Principios Generales de la Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Barcelona (España): Ed Paidós, 1995.
40. Linehan, Marsha M. Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite. Barcelona (España): Ed Paidós, 2003.
41. Rodríguez Cahill C, Murias Fernández E. Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de personalidad. *Psiquiatria.com [revista electrónica]* 2006; 10 (1)
42. Boyra A, Maruottolo C, Mascaró A, Guimón J. Resultados de la psicoterapia grupal breve dinámica en pacientes borderline. *ASMR Revista Internacional On-Line [revista electrónica]* 2007; 6(2)

43. Clarkin JF, Lvy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments fo borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007 Jun; 164 (6): 922-8.
44. Paris J. Intermittent psychotherapy: an alternative to continuos long-term treatment for patients with personality disorders. *J Psychiatr Pract*. 2007 May; 13 (3): 153-8.
45. Espinosa J, Blum B, Romero M. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental* 2009; 32: 317-325.
46. Selva G, Bellver F y Carabal. Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En Cervera G, Haro G y Martínez-Raga J (Ed.). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.
47. Yoshiyama M, Apaza E. Antecedentes de abuso sexual en pacientes mujeres hospitalizadas por intento de suicidio y trastorno límite de personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizán"* 2011; 12: 37-42
48. Zegarra J, Cazorla E. Estudio clínico-descriptivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi en Arequipa. *Revista de Psicología de la Universidad Católica San Pablo* 2011; 2: 13-25
49. Cabeza G, Palomino L. Comorbilidad en el Eje I del Trastorno Límite de la personalidad. *Revista Argentina de Psiquiatría* 2010, Vol XXI: 97-104

50. Fyer MF, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J. Comorbidity of borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 348–352.
51. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (12): 1733-9.
52. Florenzano R, Weil K, Cruz C, et al. Personalidad limítrofe, somatización trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2002; 40: 335-40.
53. Pérez I, Ibáñez M, Reyes J, et al. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria, Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública* 2008; 10 (3): 374-385.







UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



FACTORES ASOCIADOS A PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN LOS AÑOS 2011- 2014

Autor:

JOSÉ MANUEL PRADO BUSTAMANTE

Proyecto de tesis para obtener el título de
Médico Cirujano

I. PREÁMBULO

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno de personalidad caracterizado por inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen, además de escaso control de impulsos. Es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas muy variables entre distintos individuos y aún en el mismo dependiendo del momento de evolución.

Este tipo de pacientes presentan mucha dificultad en sus relaciones sociales y en el desempeño de sus respectivos roles en la sociedad. Las personas con TLP pueden experimentar dificultades como: significantes cambios de humor, pérdida de la confianza, conductas impulsivas y de autodestrucción, abuso de sustancias, excesiva sensibilidad y temor al rechazo y a la crítica.

El estudio epidemiológico de este trastorno es complejo debido a su característica elevada comorbilidad y a la dificultad que existe en ciertos casos para el diagnóstico de este trastorno. Su incidencia en el ámbito nacional y regional no está bien determinada, pero es sabido que es uno de los trastornos de personalidad más frecuentemente diagnosticados así como por el hecho de que ocupa una gran proporción de pacientes hospitalizados en los servicios de psiquiatría, siendo el intento de suicidio el motivo principal de ingreso.

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por

las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos. El intento de suicidio se posiciona como el principal motivo de hospitalización de estos pacientes.

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. Se han descrito distintos factores que pueden estar implicados en su etiología, siendo los más notables la vulnerabilidad genética, alteración en neurotransmisores, disfunción neurobiológica y factores psicosociales.

El conocimiento disponible actualmente en relación a los determinantes etiológicos del trastorno de personalidad límite es polémico ya que no existen datos suficientes que avalen la contribución de cada uno de ellos en la aparición del trastorno.

Es por eso que el conocimiento de los factores más frecuentemente asociados a esta personalidad patológica en nuestra población cobra importancia para su posible prevención y tratamiento, y así poder evitar la gran alteración en la calidad de vida y sobretodo el posible desenlace fatal por suicidio al que están predispuestos estos pacientes.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de la investigación

Enunciado del problema: “Factores asociados a pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014”

a. Área del conocimiento

General: Ciencias de la salud

Específica: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Trastorno de personalidad límite

b. Análisis de variables

CUADRO 01

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR	VALORES O CATEGORÍAS	TIPO DE VARIABLE
Diagnóstico de trastorno de personalidad límite	Clínico, realizado por especialista		Si No	Categórica nominal
Factores asociados	Aspectos sociodemográficos	Edad	Número de años	Numérica de razón
		Sexo	Masculino Femenino	Categórica nominal
		Número de hijos	Número de hijos	Numérica de razón
		Escolaridad	Analfabeto Primaria Secundaria Carrera técnica Carrera universitaria incompleta Carrera universitaria completa	Categórica ordinal

		Ocupación	Hogar Estudiante Independiente Profesional Otro	Catagórica nominal
Comorbilidad	Comorbilidad psiquiátrica		T. Depresivo mayor T. Distímico T. Psicótico T. del estado de ánimo mixto (ansioso y depresivo) Dependencia a sustancias Trastorno de conducta alimentaria Epilepsia del lóbulo temporal Más de una Ninguna	Catagórica nominal
	Otro trastorno de personalidad		Paranoide Esquizoide Antisocial Histriónico Narcisista Dependencia Obsesivo compulsivo Más de uno Ninguno	
Factores de riesgo	Número de intentos de suicidio		Número de intentos de suicidio	Numérica de razón
	Motivo del último intento de suicidio		Problemas familiares Causas amorosas Problemas económicos Enfermedad grave incurable Alcoholismo o drogadicción Problemas laborales No especificado	Catagórica nominal
	Método utilizado en el último intento de suicidio		Sobredosis de fármacos Venenos Mutilación de muñecas u otra parte Estrangulamiento o ahorcamiento Gas doméstico Precipitación/traumatismo	Catagórica nominal
	Conducta automutilatoria		Si No	Catagórica nominal
	Víctima de abuso sexual		Tocamientos indebidos Violación No	Catagórica nominal
	Víctima de violencia física		Si No	Catagórica nominal
	Separación de la pareja		Si No	Catagórica nominal
	Padres separados		Si No	Catagórica nominal
	Familiar con trastorno psiquiátrico		Si No	Catagórica nominal
Alcoholismo en familiar de primer grado		Si No	Catagórica nominal	

c. Interrogantes básicas

¿Cuál es la frecuencia de pacientes con trastorno de personalidad límite que son hospitalizados en el servicio de

psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los años 2011-2014?

¿Cuáles son los factores asociados a pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014?

¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos más frecuentes asociados a pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014?

¿Cuál es la comorbilidad psiquiátrica asociada a pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014?

- d. **Tipo de investigación:** la presente investigación será un estudio descriptivo
- e. **Nivel de investigación:** se trata de un estudio correlacional, retrospectivo, transversal.

Justificación del problema

Originalidad: El presente estudio, reviste originalidad porque en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza se han hecho muy escasos estudios acerca de pacientes con trastorno de personalidad límite en los pacientes hospitalizados.

Relevancia científica: dado que el trastorno de personalidad límite es un diagnóstico frecuente en pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría es importante conocer los factores relacionados a esta entidad para su mayor entendimiento así como para su posible prevención y manejo.

Relevancia práctica: el presente estudio, a pesar de su carácter retrospectivo, brindará información respecto a los factores de riesgo asociados al trastorno de personalidad límite, de esta forma puede ser usado en la aproximación diagnóstica de esta entidad así como su prevención y manejo.

Relevancia social: el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado es uno de los pocos establecimientos a nivel regional donde se brinda apoyo profesional a pacientes que padecen de patología psiquiátrica, siendo el trastorno de personalidad límite un diagnóstico recurrente en pacientes hospitalizados y dada la elevada tasa de suicidio, cobra importancia el conocimiento de los factores relacionados a esta entidad para poder prevenir o tratar esta patología y de esta forma evitar el posible desenlace fatal de estos pacientes.

Factibilidad: el estudio es factible por tratarse de un diseño retrospectivo, por lo que se cuenta con historias clínicas completas, con las variables a investigar de estos pacientes.

Interés personal: las personas que padecen este trastorno de personalidad son muy interesantes académicamente debido a su amplia comorbilidad y debido a la complejidad de este cuadro, conocer que factores están relacionados a estos pacientes cobra interés para su mayor entendimiento así como por sus posibles fines prácticos.

Contribución académica: el presente estudio contribuirá al mejor conocimiento y manejo de esta patología y de esta forma servirá para poder determinar medidas de manejo.

2. Marco conceptual

2.1 Trastornos de personalidad

El trastorno de la personalidad es un trastorno crónico y frecuente. Su prevalencia se ha calculado entre un 10% y un 20% de la población general y es un cuadro que se prolonga durante décadas. A las personas con trastorno de personalidad se las etiqueta a menudo de irritantes, exigentes o parasitarias y por lo general se considera que su pronóstico es malo. Aproximadamente la mitad de los pacientes psiquiátricos tienen un trastorno de la personalidad que con frecuencia se asocia a procesos del Eje I. El trastorno de la personalidad es también un factor predisponente para otros trastornos psiquiátricos en los que interfiere con la respuesta al tratamiento de los síndromes el

Eje I e incrementa la incapacidad personal, la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes.

La probabilidad de que las personas con trastornos de la personalidad rechacen la ayuda psiquiátrica y nieguen sus problemas es mucho mayor que en las que sufren trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o un trastorno obsesivo compulsivo. Los síntomas de un trastorno de la personalidad son aloplásicos (es decir, capaces de adaptarse al ambiente externo y modificarlo) y egosintónicos (es decir, la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y comportarse). Las personas con trastornos de personalidad no experimentan ansiedad por su conducta inadaptada. Dado que en general estas personas no sufren por aquellos síntomas que los demás perciben como tales, están poco motivadas para el tratamiento y no muestra interés por mejorar su situación.

El DSM-IV define los rasgos de personalidad como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales".

Los cinco rasgos o factores principales se suelen denominar tradicionalmente como: factor O (Openness o apertura a nuevas experiencias), factor C (Conscientiousness o responsabilidad), factor E

(Extraversión o extroversión), factor A (Agreeableness o amabilidad) y factor N (Neuroticism o inestabilidad emocional), los cinco forman el acrónimo mnemotécnico "OCEAN". Existe cierta discusión sobre el factor O, que a veces se denomina "Intelecto". Cada uno de estos factores consiste en un conjunto más específico de rasgos. Por ejemplo, el factor E, incluye cualidades como la sociabilidad, la búsqueda de emociones o las emociones positivas. El trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son egosintónicos, se hacen inflexibles y desadaptativos (hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable), y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Los trastornos de la personalidad deben distinguirse de los rasgos de personalidad que no alcanzan el umbral para un trastorno de la personalidad. ¹

Los trastornos de personalidad constituyen un capítulo importante de la psiquiatría, a pesar de los numerosos obstáculos que dificultan su estudio a la luz de la metodología que se usa habitualmente en medicina. Si resulta difícil precisar la normalidad cuando evaluamos el comportamiento patológico es aún más difícil precisar los aspectos normales cuando evaluamos la personalidad, porque no es fácil precisar la norma de la cual difieren o se alejan y con relativa frecuencia los rasgos patológicos de la personalidad se imbrican con trastornos mentales y resulta imposible diferenciarlos del cuadro clínico, como sucede con algunos rasgos de personalidad esquizoide que pueden corresponder a síntomas negativos del proceso esquizofrénico. ²

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, es penetrante e inflexible, tiene un inicio en la adolescencia o edad adulta temprana, es estable en el tiempo, y da lugar a malestar o deterioro.

Los trastornos de la personalidad incluidos en el DSM 5 son:

- Trastorno de personalidad paranoide
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- El trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad
- El trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno de personalidad narcisista
- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de personalidad dependiente
- El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo
- Cambio de personalidad debido a otra condición médica

Otro trastorno especificado de la personalidad y trastorno de la personalidad no especificado es una categoría caracterizada por dos situaciones: 1) el patrón de personalidad del individuo cumple con los criterios generales para un trastorno de la personalidad y los rasgos de varios trastornos de personalidad diferentes están presentes, pero no se cumple con los criterios para ningún trastorno específico de la

personalidad; o 2) el patrón de personalidad del individuo cumple con los criterios generales para un trastorno de la personalidad, pero el individuo se considera que tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación DSM-5 (por ejemplo, trastorno de personalidad pasivo-agresivo).³

2.1.1 Trastorno de personalidad límite

2.1.1.1 Definición

El TLP (trastorno de personalidad límite) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos⁴. La CIE-10 lo denominó así porque lo considera como un subtipo de la personalidad emocionalmente inestable, de la cual presenta los síntomas cardinales: la inestabilidad emocional y la falta de control de los impulsos.⁵ Algunos autores consideran que el trastorno de personalidad límite no es una entidad independiente, sino que forma parte del espectro de la bipolaridad. La heterogeneidad de la presentación del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad han derivado en una gran cantidad de términos y en un desacuerdo entre los distintos autores en cuanto a los atributos esenciales que caracterizan esta entidad.

Stern en 1938 fue el primero en utilizar el término *borderline* en una publicación psicoanalítica para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las categorías neuróticas o psicóticas denominándolos “grupo límite de la neurosis”.⁷ El estado actual del concepto “*borderline*” puede sintetizarse en función de las distintas concepciones sobre el trastorno. Se lo ha considerado, dentro del espectro del desorden esquizofrénico, como una forma grave de una organización estructural de la personalidad⁸; como una forma específica de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos⁹; dentro de los trastornos afectivos¹⁰, como un trastorno de los impulsos¹¹; y, en los últimos años, como una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático por la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos¹².

En 1980 se incorpora por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” como entidad definida en el DSM-III¹³. A pesar de las numerosas críticas y propuestas alternativas, este término se ha mantenido en posteriores revisiones incluido el actual DSM-5-TR. En la CIE-10 finalmente se incorporó como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo¹⁴.

2.1.1.2 Epidemiología

A medida que pasan los años, los trastornos de personalidad se hacen más frecuentes en el Perú y en el Mundo. La prevalencia de la población media de trastorno límite de la personalidad se estima en 1,6%, pero puede ser tan alta como 5.9%. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad es alrededor del 6% en la asistencia primaria, cerca del 10% entre los individuos observados en pacientes ambulatorios clínicas de salud mental, y alrededor del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad puede disminuir en los grupos de mayor edad.

3

El estudio epidemiológico de los trastornos de la personalidad es especialmente complejo, debido, entre otros factores, a la diversidad de instrumentos de evaluación para identificar el trastorno, y la existencia de un elevada comorbilidad. Existe además dificultad al comparar los datos obtenidos en diferentes épocas y países y con metodologías completamente distintas. Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP ⁴.

En el año 2008, el Hospital Hermilio Valdizán (Lima, Perú) realizó una serie de estudios para lograr graficar la prevalencia de dicho trastorno. En el mes de febrero, el hospital computó un total de 49 casos de trastorno de personalidad límite en consulta externa, de los cuales 41 fueron mujeres y 8 hombres. Dichas cifras representan el 1.94% de los 2524 pacientes del mes y según el Minsa (2008) es el único trastorno de personalidad con una cantidad suficiente para aparecer en las encuestas. El 2.76 % de 181 pacientes hospitalizados de género femenino presentan dicho trastorno. Por otro lado, el 2.86 % de un total de 385 de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización, presenta el trastorno límite de la personalidad. Finalmente, en el Hospital Víctor Larco Herrera (Lima, Perú) se encontró en el 2007 que 1274 pacientes presentan algún trastorno de personalidad, con lo que representan la quinta causa de consulta externa.¹⁶

2.1.1.3 Etiología

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. La GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA del NICE (2009) describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología:¹⁷

- Vulnerabilidad genética: Estudios en gemelos sugieren que el factor de heredabilidad del TLP es de 0,6937, es

decir, que la influencia genética en el TLP es del 69%. Aun así, es probable que los rasgos asociados a la agresión impulsiva y a la disregulación del estado de ánimo, y no tanto el propio trastorno límite de la personalidad, sean hereditarios. La evidencia actual sugiere que la influencia genética en los trastornos de la personalidad en general, no concretamente en el TLP, actúa a nivel tanto individual como en asociación a factores ambientales anómalos.¹⁸⁻¹⁹

- Alteración de los neurotransmisores: Los neurotransmisores están implicados en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto. La serotonina ha sido el que más se ha estudiado, y se ha demostrado que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de agresión. Aunque no está clara cuál es la vía causal, la reducción de la actividad serotoninérgica puede inhibir la capacidad de la persona de modular o controlar los impulsos destructivos. Existe poca evidencia sobre la influencia de las catecolaminas (los neurotransmisores noradrenalina y dopamina) en la disregulación del afecto. Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la fenomenología del TLP son la acetilcolina, la vasopresina, el colesterol y los

ácidos grasos, así como el eje hipotálamo-hipófiso suprarrenal.

- **Disfunción neurobiológica:** En el TLP se han descrito evidencias de un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. Estas áreas son la amígdala ²⁰, el hipocampo ²¹ y las regiones orbitofrontales ²²⁻²⁴. Las personas con TLP muestran una mayor actividad en la corteza prefrontal, dorsolateral y en la cuña, y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso. Asimismo, también se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas o rostros emocionales.
- **Factores psicosociales:** En estudios de familias se han identificado varios factores que pueden ser importantes en la aparición del TLP como, por ejemplo, la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares. La evidencia reciente también sugiere que la negligencia así como la falta de implicación emocional ²⁵ por parte de los cuidadores, tienen repercusiones y pueden contribuir a las dificultades de socialización del niño y, tal vez, al riesgo de suicidio. En un mismo contexto familiar pueden

producirse abusos físicos, sexuales y emocionales de forma concurrente. La incidencia de estos malos tratos es muy alta en las personas con TLP ²⁶. Zanarini et al ²⁷ publicaron que el 84% de quienes sufren un TLP describen de forma retrospectiva una experiencia de malos tratos psíquicos y negligencia por parte de ambos progenitores antes de cumplir los 18 años. ²⁸

- Proceso de apego: Pese a que no existe una relación evidente entre el diagnóstico de TLP y una categoría de apego concreta, el trastorno está muy asociado a un apego inseguro (sólo en el 6-8% de los pacientes con TLP se codifica el apego como “seguro”) ²⁹. Fonagy et al ³⁰ sugieren que los efectos adversos derivados de relaciones de apego inseguro y/o desorganizado se deben a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización. La persona que sufre TLP describe tensión y malestar familiar, y ansiedad y problemas psicológicos propios. También, refiere problemas relacionados con la cognición social, concretamente con la capacidad de identificar y diferenciar las emociones que siente la propia persona y las que sienten los demás. Junto con otros aspectos que contribuyen a la compleja interacción descrita como invalidante, existe por parte del entorno

familiar un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene la persona en su propia mente.

2.1.1.4 Cuadro clínico y diagnóstico

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de autoimagen, afecto, y marcada impulsividad que comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno límite de personalidad hacen esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario (Criterio 1). La percepción de la separación o el rechazo inminente, o la pérdida de la estructura externa, puede dar lugar a profundos cambios en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento. Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Ellos experimentan temores de abandono intensos e ira inapropiada incluso cuando se enfrentan con una separación realista de tiempo limitado o cuando hay cambios inevitables en los planes (por ejemplo, la desesperación repentina en reacción al anuncio del final de la hora por parte de un médico, el pánico o furia cuando alguien importante para ellos lleva unos pocos minutos de retraso o cuando deben cancelar una cita). Pueden creer que este

"abandono" implica que son "malos". Estos temores de abandono están relacionados con una intolerancia a la soledad y la necesidad de tener otras personas con ellos. Sus esfuerzos frenéticos para evitar un abandono pueden incluir acciones impulsivas como la auto-mutilación o comportamientos suicidas.

Los individuos con trastorno límite de la personalidad tienen un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar cuidadores o potenciales amantes en la primera o segunda reunión, exigir a pasar mucho tiempo juntos, y compartir los detalles más íntimos temprano en una relación. Sin embargo pueden cambiar rápidamente, de idealizar a otras personas hasta la devaluación de éstas, la sensación de que a otra persona no le importa lo suficiente, no le da lo suficiente, o es "no" suficiente. Estas personas pueden identificarse con y cuidar de otras personas, pero sólo con la expectativa de que la otra persona va a "estar ahí", a cambio de satisfacer sus propias necesidades a demanda. Estos individuos son propensos a los cambios repentinos y dramáticos en su punto de vista de los demás, que alternativamente pueden ser vistos como soportes benéficos o como cruelmente punitivos.

Estos cambios reflejan a menudo la desilusión con un cuidador cuyas cualidades habían idealizado, o cuyo rechazo o abandono se espera.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una inestabilidad acusada y persistente de la autoimagen o sentido de sí (Criterio 3). Hay cambios repentinos y dramáticos en la autoimagen, caracterizados por objetivos, valores y aspiraciones profesionales cambiantes. Puede haber cambios bruscos de opinión y proyectos sobre la carrera, la identidad sexual, valores y tipos de amigos. Estos individuos pueden cambiar de repente desde el papel de un suplicante necesitado de ayuda a la de un vengador justo del maltrato pasado.

Aunque por lo general tienen una autoimagen que se basa en ser malo o ser el mal, las personas con este trastorno pueden a veces tener sentimientos que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el individuo se siente con una falta significativa de relación y apoyo. Estos individuos pueden mostrar un peor rendimiento en el trabajo, la escuela o situaciones no estructuradas.

Los individuos con trastorno de personalidad límite presentan impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismos (Criterio 4). Pueden jugar, gastar dinero de manera irresponsable, comer compulsivamente, abuso de sustancias, relaciones sexuales sin protección o conducir imprudentemente.

Los individuos con este trastorno del comportamiento presentan conductas suicidas recurrentes, gestos o amenazas, o comportamiento de automutilación (Criterio 5). El suicidio consumado se produce en el 8% -10% de esas personas, y los actos de auto-mutilación (por ejemplo, corte o quemadura), amenazas e intentos de suicidio son muy comunes. La tendencia suicida recurrente es a menudo la razón de que estos individuos acudan en busca de ayuda.

Estos actos autodestructivos suelen ser precipitados por amenazas de separación, rechazo o incluso por la expectativa de que el individuo asuma una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante las experiencias disociativas y a menudo trae alivio al reafirmar la capacidad de sentir o expiando el sentido individual de estar mal.

Los individuos con trastorno límite de la personalidad pueden mostrar inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, intensa disforia episódica, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez más de unos pocos días) (Criterio 6). El estado de ánimo disfórico básico de las personas con trastorno límite de la personalidad es a menudo interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación y rara vez se alivia con períodos de bienestar o satisfacción. Estos episodios pueden reflejar la

reactividad extrema del individuo a las tensiones interpersonales.

Los individuos con trastorno límite de personalidad pueden ser perturbados por sentimientos crónicos de vacío (Criterio 7). Se aburren fácilmente, pueden buscar constantemente algo que hacer.

Las personas con este trastorno con frecuencia expresan ira inapropiada e intensa o dificultad para controlar su ira (Criterio 8). Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura perdurable, o arrebatos verbales. La ira es a menudo provocada cuando un cuidador o amante es visto como negligente, indiferente, o muestra deseos de abandono. Tales expresiones de ira a menudo son seguidas por la vergüenza y la culpa y contribuyen a la sensación que tienen de ser malvados.

Durante períodos de estrés extremo, puede ocurrir una ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos, como la despersonalización (Criterio 9), pero estas son generalmente de gravedad o duración suficientes para justificar un diagnóstico adicional. Estos episodios ocurren con mayor frecuencia en respuesta a un abandono real o imaginario. Los síntomas tienden a ser transitorios, de minutos u horas de duración. El rendimiento real o percibido de la crianza del cuidador puede resultar en una remisión de los síntomas. ³



CUADRO 02

CIE-10	DSM-5
<p>F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</p> <p>F60.30 Tipo impulsivo</p> <p>A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60). B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. 	<p>301.83 (F60.3)</p> <p>Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.) 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una

<p>4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.</p> <p>5) Humor inestable y caprichoso.</p> <p>F60.31 Tipo límite (borderline)</p> <p>A. Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).</p> <p>B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:</p> <p>1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).</p> <p>2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.</p> <p>3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.</p> <p>4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.</p> <p>5) Sentimientos crónicos de vacío.</p>	<p>alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.</p> <p>3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.</p> <p>4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)</p> <p>5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.</p> <p>6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).</p> <p>7. Sensación crónica de vacío.</p> <p>8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</p> <p>9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.</p>
---	---

2.1.1.5 Diagnóstico diferencial

Por lo general, el trastorno de personalidad suele estar asociado con trastornos del estado del ánimo. Al existir gran comorbilidad entre ambos, la persona es diagnosticada con un trastorno del ánimo, así como también con uno de personalidad.³¹

- Trastornos depresivos y bipolares: el trastorno límite de la personalidad a menudo ocurre simultáneamente con trastornos depresivos o bipolares, y cuando se cumplan

los criterios para ambos, ambos pueden ser diagnosticados. Debido a que la presentación transversal del trastorno límite de la personalidad puede ser imitada por un episodio de depresión o trastorno bipolar, el médico debe evitar dar un diagnóstico adicional de trastorno límite de la personalidad basado sólo en la presentación transversal sin haber documentado que el patrón de comportamiento tenía un inicio temprano y un curso de larga data.

- Otros trastornos de la personalidad: otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno límite de la personalidad, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basados en diferencias en sus rasgos característicos. Aunque el trastorno histriónico de la personalidad también se caracteriza por la búsqueda de atención, conducta manipuladora y emociones rápidamente cambiantes, el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por la autodestrucción, reacciones agresivas en personas cercanas, y sentimientos crónicos de vacío y soledad profunda. Ideas o ilusiones paranoides pueden estar presentes tanto en el trastorno límite de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad, pero estos síntomas son

más transitorios, interpersonal reactiva, y que responde a la estructuración externa en el trastorno límite de la personalidad. Aunque el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno narcisista de la personalidad también pueden caracterizarse por una airada reacción a los estímulos de menor importancia, la relativa estabilidad de la propia imagen, así como la relativa falta de auto-destrucción, impulsividad e inquietudes de abandono, que distingue a estos trastornos de la frontera trastorno de la personalidad. Aunque el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de la personalidad se caracterizan tanto por comportamiento manipulador, las personas con trastorno de personalidad antisocial son manipuladores de obtener beneficios, poder, o alguna otra gratificación material, mientras que la meta en el trastorno límite de la personalidad se dirige más hacia la obtención de la preocupación de los cuidadores. Tanto el trastorno de personalidad dependiente y el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por miedo al abandono; sin embargo, la persona con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que la persona con trastorno de personalidad dependiente reacciona con el aumento de

apaciguamiento y la sumisión y la urgencia busca una relación de sustitución para proporcionar cuidados y apoyo. El trastorno límite de la personalidad más se puede distinguir de trastorno de personalidad dependiente por el patrón típico de relaciones inestables e intensas.

- Cambio de personalidad debido a otra condición médica: el desorden de personalidad límite debe distinguirse de cambio de personalidad debido a otra condición médica, en la que los rasgos que surgen son atribuibles a los efectos de otra condición médica en el sistema nervioso central.
- Trastornos por uso de sustancias: el trastorno límite de la personalidad también debe distinguirse de los síntomas que se pueden desarrollar en asociación con el consumo de sustancias persistentes.
- Problemas de identidad: trastorno límite de la personalidad debe ser distinguido de un problema de identidad, que está reservado para los problemas de identidad relacionados con una fase de desarrollo (por ejemplo, la adolescencia) y no califica como un trastorno mental.³

2.1.1.6 Desarrollo y curso

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo. ²⁸

Los individuos con trastorno límite de la personalidad tienen un mejor desenlace general que las personas que sufren una esquizofrenia o una personalidad esquizotípica, en lo que se refiere al funcionamiento laboral social o global. ²

En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral ³²⁻³⁴ Zanarini et al ³² llevaron a cabo un estudio que incluía el seguimiento a 6 años de 362 pacientes ingresados con trastorno de la personalidad con el objetivo de realizar un estudio longitudinal de la fenomenología sindrómica y subsindrómica del TLP. De los 362 pacientes evaluados, 290 cumplieron criterios diagnósticos de TLP. De los pacientes con TLP, 34,5% cumplían criterios de

remisión a los 2 años, 49,4% a los 4 años, 68,6% a los 6 años y el 73,5% a lo largo de todo el seguimiento. Sólo el 5,9% de estos pacientes mostraron recaídas. Los síntomas impulsivos tuvieron la evolución más favorable, en especial las autolesiones, el abuso de tóxicos y la promiscuidad sexual. En segundo lugar, los síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales. Finalmente, los síntomas afectivos fueron los que menos remitieron ya que la mayoría seguían presentando un afecto disfórico. Los diferentes estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares.³⁵⁻³⁷

El desenlace más desafortunado es el suicidio, cuya tasa estimada es de 8 a 10%, por lo que es perentorio identificar en forma precoz los comportamientos suicidas. Otro desenlace también infortunado es el alcoholismo y el abuso de sustancias psicoactivas.²

2.1.1.7 Intervenciones terapéuticas

El tratamiento del paciente con TLP puede abordarse de diversas maneras pero en general los pacientes con sintomatología poco intensa y/o un adecuado nivel funcional pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio centrado en psicoterapia individual, precisando o no tratamiento psicofarmacológico. Mientras que los pacientes con intensa sintomatología y/o un pobre nivel funcional precisan de un

tratamiento multidisciplinar más intensivo centrado en psicoterapia individual, familiar y grupal junto con tratamiento psicofarmacológico coadyuvante que se administra en unidades más especializadas.

En ocasiones, dada las dificultades de contención y la inestabilidad del paciente es preciso su ingreso. Así pues, el abordaje del TLP requiere de un plan de tratamiento integral. Desde una visión más sencilla, podemos entender el tratamiento integral como el tratamiento con psicoterapia y/o fármacos aplicado a un paciente con TLP. Una vez planteado el tipo de tratamiento idóneo para el TLP, cabe preguntarse por la evaluación de sus resultados.

Se debe mencionar, sin ser la parte más importante del tratamiento del TLP, las características generales del tratamiento psicofarmacológico. No existe ningún trabajo que haya demostrado ninguna especificidad o eficacia por ningún tratamiento farmacológico específico y esto podría estar en relación con dificultades al diseñar los estudios. En primer lugar por la gran variabilidad de criterios diagnósticos y la heterogeneidad clínica, en segundo lugar por la alta frecuencia de comorbilidad y finalmente por la alta tasa de abandonos y de incumplimiento terapéutico asociada a la alta inestabilidad del

paciente con TLP. Debido a todo lo anterior, el uso de un determinado fármaco no puede ayudar a definir el subtipo clínico del paciente, por lo que los objetivos del tratamiento farmacológico serían tratar el síntoma estado y la vulnerabilidad del rasgo.

Pueden utilizarse desde ISRS, antipsicóticos, Litio y eutimizantes a otros más recientes como la Naltrexona y los ácidos grasos Omega-3 que ayudarían al control de la impulsividad y finalmente en casos de comorbilidad con trastorno depresivo mayor grave incluso TEC (terapia electroconvulsiva). Los fármacos que deben usarse con mucho cuidado son las benzodiacepinas (BZD) ya que con mayor frecuencia que en la población general, se dan reacciones paradójicas asociadas presentando inquietud y agitación en vez de efecto ansiolítico.^{38,}

39

No cabe duda, que la parte más importante del tratamiento del TLP es la psicoterapia. En el TLP se trabaja desde dos orientaciones psicoterapéuticas diferentes: la Psicodinámica (como ejemplos de grupos de esta orientación tenemos la Mentalización de Bateman y Fonagy y la Terapia Focalizada en la Transferencia de Kernberg y Clarkin) y la Cognitivo-conductual (como la Terapia Cognitiva para los TP de Beck y Freeman, la

Terapia de Esquemas de Young, la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan y la Terapia Icónica de Soledad Santiago) ⁴⁰.

Pueden encontrarse en la literatura multitud de trabajos que evalúan diferentes psicoterapias para el tratamiento del TP y del TLP en los que dadas las dificultades para comparar una determinada psicoterapia con un placebo (el no intervenir podría considerarse una intervención en sí y no se ha consensuado una psicoterapia estándar) se opta por comparar una determinada psicoterapia con otra y evaluar si significativamente una es más eficaz que la otra ⁴¹⁻⁴². Como ejemplo de lo anterior de Kernberg y Clarkin en 2007 ⁴³ en el que publicaban los resultados de un ensayo clínico randomizado realizado por ellos en el que se comparaban tres psicoterapias diferentes a nivel ambulatorio para TLP: la dialéctico conductual (TDC), la psicodinámica de soporte y la centrada en la transferencia (TFP) y que concluía que: aunque las tres intervenciones mejoraban la ansiedad, la depresión y el funcionamiento global, la TFP mejoraban el funcionamiento en más variables que las otras dos (destacando la disminución de conducta suicida, la ira y la impulsividad, la irritabilidad y la heteroagresividad) sin concretar qué mecanismos permitían esta mejoría. Como caso anecdótico, y por eso se cita, Paris en 2007 ⁴⁴ publicó un trabajo en el que

describe dos casos ambulatorios en los que se realizó “psicoterapia intermitente”, es decir se atendieron de forma aislada a pacientes en fase de crisis sin poderse realizar seguimiento posteriormente (lo que en la práctica clínica es bastante habitual). Paris, postula que dado que en la mayoría de los pacientes con TP las intervenciones a nivel ambulatorio en la práctica suelen ser de este tipo sin que posteriormente haya un empeoramiento del funcionamiento del paciente quizás este tipo de intervenciones podrían aplicarse a casos de TP no graves en los que la sintomatología remite con el tiempo (como por ejemplo el TLP) permitiendo un tratamiento breve y facilitando el retorno del paciente si fuese preciso.

3. Análisis de antecedentes investigatorios

Autor: Javier Jaime Espinosa, Bertha Blum Grynberg, Martha Patricia Romero Mendoza

Título: Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. México DF, año 2009

Fuente: Salud Mental 2009; 32:317-325

Resumen: El objetivo de esta investigación consistió en la evaluación del riesgo y la letalidad suicida, en pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, en un

hospital de psiquiatría del Valle de México, por medio de: la historia clínica, la ficha de identificación para estudios clínicos y epidemiológicos, la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad SCID-II, la Escala de Desesperanza, el Cuestionario del Síndrome Depresivo, la Escala de Ideación Suicida, la Escala de Riesgo-Rescate y algunos factores de riesgo, tales como el abuso sexual, la separación de la pareja, el divorcio de los padres, el suicidio de algún familiar cercano, el abuso de sustancias y alcohol. El diseño de este estudio fue descriptivo y transversal. Los resultados mostraron que la comorbilidad con los trastornos depresivos fue del 86.6%, esto concuerda con otras investigaciones. La letalidad del intento suicida coincide con los resultados de otras investigaciones en cuanto a que las mujeres presentan mayor número de tentativas suicidas de menor letalidad. La escala de Riesgo-Rescate sugiere que la mayoría de los casos (n=13) realizó conductas de automutilación, ej., cortarse la piel superficialmente a la altura de la muñeca, ingerir medicamentos o intoxicarse en presencia de personas-clave que estaban en posibilidad de rescatarlas o solicitar el rescate. Con relación a los factores de riesgo, el 86.6% (n=13) respondió haber vivido algún tipo de abuso sexual, 46.6% (n=7) separación de la pareja, 40% (n=6) padres divorciados, y 6.6% (n=1) suicidio de algún familiar cercano. El consumo de alcohol y drogas no potencializaron el riesgo suicida.

Autor: Simón Guendelman, Loreto Garay, Viviana Miño

Título: Neurobiología del trastorno de personalidad límite. Santiago, Chile. Año 2014

Fuente: Rev. méd. Chile vol.142 no.2 Santiago feb. 2014

Resumen: En este artículo se presenta una revisión no sistemática de la literatura sobre la neurobiología del TPL, utilizando la base de datos PubMed, se realizaron búsquedas en inglés utilizando los siguientes términos: neurobiology, borderline personality disorder, affect dysregulation. Se ha buscado integrar coherentemente investigaciones que han caracterizado este trastorno a partir de los determinantes genéticos, alteraciones neuroquímicas, disfunciones neuropsicológicas y correlatos neuro-anatómicos y neuro-funcionales. Estos hallazgos permiten concebir de forma inicial una fisiopatología particular para este trastorno.

Autor: Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez, & Onno van der Hart

Título: Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. Buenos Aires, Argentina. Año 2014

Fuente: Fundación Argentina de la Personalidad, Revista Persona 2014 10-40

Resumen: El trastorno límite de personalidad (TLP) y la disociación están fuertemente relacionadas. Los criterios DSM-IV-TR del TLP, por ejemplo, incluyen síntomas disociativos aislados (APA, 1994). Dos tercios de los TLP podrían diagnosticarse como trastornos disociativos (Korzekwa, Dell y Pain, 2009). Ambos diagnósticos se han relacionado con altas tasas de trauma infantil. La estrecha relación entre trauma, disociación y rasgos límite puede entenderse desde la perspectiva de la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2008) que va más allá de la perspectiva de describir “comorbilidad”. En este artículo se revisó la evidencia empírica que apoya la relación entre traumatización temprana y situaciones de disrupción de apego, con los síntomas límite y disociativos. El trastorno límite de la personalidad se explicó en términos de disociación estructural de la personalidad.

Autor: Juan Carlos Saravia Drago

Título: Sentido de coherencia en pacientes limítrofes y estudiantes de ingeniería. Lima, Perú. Año 2014.

Fuente: Formato Virtual de Tesis de la Pontificia Universidad Católica del Perú

Resumen: El trastorno límite de la personalidad es un desorden en el comportamiento que genera dificultades en la adaptación a las

exigencias del medio. El Hospital Valdizan realizó en febrero del 2008 un estudio epidemiológico, donde el 1.94% de casos en consulta externa y 2.76% de casos hospitalizados, presentan dicha patología, siendo el único trastorno de personalidad representado en las encuestas. El objetivo del estudio es describir y analizar el Sentido de Coherencia, detallando sus elementos (comprensibilidad, manejabilidad y sentido emocional a la vida). El objetivo específico es comparar el SOC entre pacientes límite y población no clínica. El estudio es transversal descriptivo, con muestreo no probabilístico accidental en 34 pacientes y 31 no pacientes. Se realizó el Cuestionario de Orientación hacia la Vida e inventario de síntomas a ambos grupos. A los no pacientes, se les realizó un cuestionario cualitativo descartando sintomatología límite. Los resultados del estudio muestran confiabilidad de 0.88 para pacientes y 0.90 en no pacientes. Mayor SOC en este (150.78) que pacientes (108.89), existiendo mayor diferencia en la subescala de manejabilidad. El estudio concluye que las características de los pacientes determinan un SOC inadecuado relacionado con la dificultad para motivarse ante situaciones estresantes, afectan su habilidad para comprenderlas y acceder a sus recursos, contribuyen a que experimenten inestabilidad emocional e impulsividad en sus actos pudiendo dañarse a sí mismos y otros.

4. Objetivos

General:

- Determinar los factores asociados al trastorno de personalidad límite en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014.

Específicos:

- Determinar la frecuencia de pacientes con trastorno de personalidad límite que son hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014.
- Establecer los aspectos sociodemográficos más frecuentes asociados a pacientes con trastorno de personalidad límite que son hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014.
- Establecer la comorbilidad psiquiátrica de pacientes con trastorno de personalidad límite que son hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014.
- Determinar la presencia de factores de riesgo de pacientes con trastorno de personalidad límite que son hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014.

5. Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio observacional

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: en la presente investigación se aplicará la técnica de la observación documental.

Instrumentos: se aplicará como instrumento una ficha de recolección de datos, la cual está estructurada en tres partes: en la primera se consignarán datos de las características sociodemográficas de los pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados, en la segunda se consignará comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes y en la tercera se consignarán factores de riesgo de estos pacientes.

Material:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

- 1. Ubicación espacial:** el presente estudio se realizará en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, hospital perteneciente a la Red MINSA Arequipa. El hospital está ubicado en la Av. Alcides Carrión N°505, en el distrito de Cercado, provincia y departamento de Arequipa.
 - 2. Ubicación temporal:** el estudio se realizará en forma histórica en el periodo de Enero 2011 – Diciembre 2014
 - 3. Unidades de estudio:** historias clínicas de pacientes con trastorno de personalidad límite que fueron hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado.
- Población:** todas las historias clínicas de pacientes con trastorno de personalidad límite que fueron hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado en los años 2011-2014.
- Muestra:** el estudio se realizará con el universo de pacientes hospitalizados con trastorno de personalidad límite y que cumplan con los criterios de inclusión (número aproximado: 80)

Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con el diagnóstico confirmado de trastorno de personalidad límite según el DSM-5
- Pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Pacientes hospitalizados en los años 2011-2014

Criterios de exclusión

- Historias clínicas que no cuenten con los datos suficientes
- Historias de pacientes con enfermedades crónicas

3. Estrategia de recolección de datos

Organización

Una vez aprobado el proyecto, se realizarán las coordinaciones necesarias con el Decano de la Facultad de Medicina Humana para el envío de una carta de presentación al hospital, solicitándole la autorización para la realización del estudio.

Se solicitará una autorización del director del hospital y posteriormente del jefe de departamento de Psiquiatría para poder revisar el cuaderno de registro del servicio y posteriormente se solicitará el acceso a las historias clínicas en el Área de estadística.

Se procederá a la extracción de información de las historias clínicas y con los resultados obtenidos se procederá a la elaboración de la matriz de datos y posteriormente el análisis, interpretación y presentación de los mismos en tablas estadísticas.

Recursos

- Humanos
 - Investigador: José Manuel Prado Bustamante
Alumno del Programa profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María
 - Tutor: Dr. Alfredo Vilca Arenas
Médico asistente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Institucionales:
 - Biblioteca de Universidad Católica de Santa María
 - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Materiales
Historias clínicas, ficha de recolección de datos, libros de registro, material de escritorio, computadora, paquete estadístico.
- Financieros:

La investigación será solventada con recursos propios del investigador

Validación de instrumentos

La ficha de recolección de datos es únicamente una hoja de recolección de información, por lo que no requiere validación.

Criterios de manejo de resultados

- Plan de procesamiento: los datos registrados en el Anexo 1 serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación.
- Plan de clasificación: se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).
- Plan de codificación: se procederá a la codificación de los datos que contengan indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos
- Plan de recuento: el recuento de datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.
- Plan de análisis: se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión

(rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv20.0.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

CUADRO 03

Tiempo \ Actividades	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
	2014	2014	2015	2015	2015
Planteamiento Teórico	X				
Planteamiento operacional	X				

Revisión y aprobación de proyecto		X	X		
Recolección de datos			X		
Análisis e interpretación			X		
Presentación del informe					X

V. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO

Nro. de HC :	Fecha de egreso:
Edad :	
Sexo : M () F ()	
Número de hijos :	
Grado de instrucción : Analfabeto ()	Primaria () Secundaria ()
	Carrera técnica () Carrera universitaria incompleta ()
	Carrera universitaria completa ()
Ocupación : Hogar ()	Estudiante () Independiente ()
	Profesional () Otro ()

Comorbilidad:	
Trastorno depresivo mayor	()
Trastorno psicótico	()
Trastorno Distímico	()
Trastorno del estado de ánimo mixto	()
Trastorno conducta alimentaria	()
Adicción a sustancias	()
Epilepsia del lóbulo temporal	()

Número de intentos de suicidio previos	
:	
Motivos de suicidio	
Problemas familiares	()
Causas amorosas	()
Problemas económicos	()
Enfermedad grave incurable	()
Alcoholismo o drogadicción	()

Víctima de abuso sexual	
Tocamientos indebidos	Si () No ()
Violación	Si () No ()
Víctima de violencia física	Si () No ()
Separación de pareja	Si () No ()
Padres separados	Si () No ()
Alcoholismo en familiares 1er grado	Si () No ()
Familiar con trastorno psiquiátrico	Si () No ()

Anexo 2

Matriz de sistematización de información

Tabla n°1

Frecuencia de pacientes con trastorno de personalidad límite en el periodo de estudio

Año	N°	%
2011	14	19.72%
2012	10	14.08%
2013	12	16.90%
2014	35	49.30%
Total	71	100.00%

Tabla n°2

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según edad

Edad (años)	N°	%
16-20	23	32.39%
21-25	22	30.99%
26-30	10	14.08%
31-35	4	5.63%
36-40	5	7.04%
≥ 40	7	9.86%
Total	71	100.00%

Tabla n°3

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según sexo

Sexo	N°	%
Masculino	16	22.54%
Femenino	55	77.46%
Total	71	100.00%

Tabla N°4

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según número de hijos

Número de hijos	N°	%
0	40	56.34%
1	13	18.31%
2	10	14.08%
3	3	4.23%
4 o más	5	7.04%
Total	71	100.00%

Tabla N°5

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según nivel de instrucción

Instrucción	N°	%
Analfabeto	0	0.00%
Primaria	5	7.04%
Secundaria	17	23.94%
Técnica	11	15.49%
Superior incompleta	28	39.44%
Superior completa	10	14.08%
Total	71	100.00%

Tabla N°6

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según ocupación

Ocupación	N°	%
Hogar	26	36.62%
Estudiante	21	29.58%
Independiente	7	9.86%
Profesional	3	4.23%
Otro	14	19.72%
Total	71	100.00%

Tabla N°7

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según comorbilidad psiquiátrica

Comorbilidad	N°	%
Ninguna	16	22.54%
Trastorno depresivo mayor	16	22.54%
Trastorno Distímico	13	18.31%
Adicción a sustancias	8	11.27%
T. Distímico y adicción a sustancias	8	11.27%
Trastorno de la conducta alimentaria	4	5.63%
Trastorno del estado de ánimo mixto	2	2.82%
T. Depresivo y T. de conducta alimentaria	2	2.82%

T. Depresivo y adicción a sustancias	1	1.41%
T. Distímico y T. de conducta alimentaria	1	1.41%
Total	71	100.00%

Tabla N°8

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según otros trastornos de la personalidad

Otros trastornos	N°	%
Ninguno	67	94.37%
Histriónico	1	1.41%
Dependencia	1	1.41%
Esquizoide y antisocial	1	1.41%
Histriónico y narcisista	1	1.41%
Total	71	100.00%

Tabla N°9

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según antecedente de abuso sexual

Antecedente	N°	%
Tocamientos indebidos	15	21.13%
Violación	15	21.13%
No	41	57.75%
Total	71	100.00%

Tabla N°10

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según antecedente de violencia física

Antecedente	N°	%
Sí	28	39.44%
No	43	60.56%
Total	71	100.00%

Tabla N°11

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según antecedente de separación de la pareja

Separación de pareja	N°	%
Sí	22	30.99%
No	49	69.01%
Total	71	100.00%

Tabla N°12

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según antecedente de padres separados

Padres separados	N°	%
Sí	35	49.30%
No	36	50.70%
Total	71	100.00%

Tabla N°13

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según antecedente de alcoholismo en familiares de primer grado

Alcoholismo familiar	N°	%
Sí	19	26.76%
No	52	73.24%
Total	71	100.00%

Tabla N°14

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según antecedente de trastorno psiquiátrico en familiares

T. psiquiátrico	N°	%
Sí	19	26.76%
No	52	73.24%
Total	71	100.00%

Tabla N°15

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según antecedente de intentos de suicidio previos

Intento suicida	N°	%
Ninguno	14	19.72%
1	25	35.21%
2	11	15.49%
3	10	14.08%
4 o más	11	15.49%
Total	71	100.00%

Tabla N°16

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según motivo del intento de suicidio (n = 57)

Motivo	N°	%
Problemas familiares	30	52.63%
Causas amorosas	16	28.07%
Alcoholismo o drogadicción	3	5.26%
Problemas económicos	2	3.51%
No especificado	6	10.53%
Total	57	100.00%

Tabla N°17

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según método utilizado en el último intento de suicidio (n = 57)

Método	N°	%
Sobredosis de fármacos	33	57.89%
Venenos	10	17.54%
Mutilación de muñecas u otra parte	9	15.79%
Precipitación / traumatismo	4	7.02%
Ahorcamiento	1	1.75%
Total	57	100.00%

Tabla N°18

Distribución de pacientes con trastorno de la personalidad límite según conducta autoeliminadora

Conducta autoelim.	N°	%
Si	33	46.48%
No	38	53.52%
Total	71	100.00%

