

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional de Medicina Humana



**ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVA –  
AREQUIPA, 2017.**

Tesis presentada por la Bachiller:

**LAIS ALEXANDRA REINOSO AGUIRRE.**

Para optar el Título Profesional de:

**MEDICO CIRUJANO**


**Asesor: Dr. Wilfredo Pino Chávez.**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

*A Dios, por ser mi guía eterna y darme la oportunidad de estar aquí, a mis padres por ser un ejemplo constante y en base a su formación permitirme ser quien soy ahora.*



*A mi querida madre, por ser mi gran apoyo, por acompañarme siempre y darme fuerzas para seguir adelante, por ser mi amiga y confidente.*

*A quienes a pesar de no estar conmigo ahora, han sido una gran fuente de integridad, fortaleza y perseverancia, mis abuelos; Hernán y Antonio, y mi tía Teresa.*



*“Las personalidades son como cuadros impresionistas. A distancia, cada persona es 'toda una pieza'; De cerca, cada uno es una desconcertante complejidad de estados de ánimo, cogniciones y motivos”.*

*Theodore MILLON*

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>9</b>
<b>CAPITULO I MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPITULO II RESULTADOS</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPITULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</b> .....	<b>36</b>
<b>CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>40</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>43</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXO N° 1 PROYECTO DE TESIS</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXO N° 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>107</b>

## RESUMEN

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) es un síndrome heterogéneo, con límites aun poco definidos; con diversas formas de presentaciones clínicas, que varían de un individuo a otro, e incluso, dentro del mismo paciente, entre una etapa y otra en su evolución; es por ello que actualmente y pese a la existencia de criterios que lo definen adecuadamente; DSM-IV, el diagnóstico del TLP es considerado un reto.

La presente investigación tuvo como propósito fundamental determinar cuál es la asociación entre la frecuencia de rasgos de trastorno límite de la personalidad y la dependencia a sustancias psicoactivas en pacientes entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi y pacientes atendidos en el Centro de Salud de Zamacola” en Arequipa, 2017. Como objetivo secundario, además, poder establecer cuál es el rasgo de personalidad límite que se halla con mayor frecuencia en la muestra de estudio.

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo (según la direccionalidad), de casos y controles, transversal (en tiempo), para lo cual se aplicaron dos instrumentos validados; el primero, Cuestionario McLean (1), para determinar la presencia de rasgos de Trastorno Límite de la personalidad, y el segundo, para corroborar o descartar la dependencia a sustancias psicoactivas, ambos aplicados a 33 pacientes con diagnóstico de farmacodependencia para los casos, y a 68 pacientes sin patología neurocognitiva ni psiquiátrica para los controles.

Se encontraron; de todos los pacientes evaluados, 12 con criterios positivos para TLP dentro de los casos y 03 dentro de los controles, por tanto se infiere que la dependencia a sustancias psicoactivas se asocia en un 36% al Trastorno Límite de la Personalidad. En la evaluación de rasgos de TL; el temor al abandono se encontró en 45.45% de los casos y 17.65% de los controles; la alteración en las relaciones interpersonales en 69.70% de casos y 35.29% de controles; alteración en la identidad y autoimagen en 42.42% de casos y 19.11% de controles, el rasgo de impulsividad se halló en el 100% de casos y 36.76% de controles; las conductas autodestructivas estuvieron presentes en el 42.42% de casos y 10.29% de controles; la característica inestabilidad afectiva en 84.85% de casos y 51.47% de controles; la disforia crónica se manifestó en 48.48% de

casos y 13.24% de controles; el rasgo de ira y control presente en 51.52% de casos y 20.59% de controles. Por último, la ideación paranoide se encontró presente en 72.73% de casos y 60.29% de controles. Además, se obtuvo que los pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas tienen 12,38 más de probabilidad de tener TLP que los que no tienen dependencia. Asimismo, que el 47.87% de la dependencia a sustancias psicoactivas puede ser explicado por las variables consideradas; edad, sexo, grado de Instrucción, estado civil, estado socioeconómico, y TLP; donde esta última destaca por su influencia (31,59%) para el desarrollo de dependencia a sustancias psicoactivas, indicando que los pacientes con TLP tienen 25.65 veces mayor probabilidad de desarrollar dependencia.

Finalmente, se obtuvo que la presencia de TLP también se encuentra asociada al tipo de sustancia consumida por los pacientes con dependencia; mostrando que los pacientes con TLP presentan en su totalidad consumo de drogas del grupo I, seguido del consumo de alucinógenos, en un 91.67%.

Concluyendo así, que existe una fuerte asociación entre los rasgos de trastorno límite de la personalidad y la dependencia a sustancias psicoactivas.

**PALABRAS CLAVE:** Personalidad, dependencia a sustancias psicoactivas, trastorno límite de personalidad.

## ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a heterogeneous syndrome, with limited limits; With different forms of clinical presentations, which vary from one individual to another, and even within the same patient, from one stage to another in their evolution; It is for that reason that at the moment and in spite of the existence of criteria that define it properly; DSM-IV, the diagnosis of BPD is considered a challenge.

The present study aimed to determine the association between the frequency of borderline personality disorder traits and psychoactive substance dependence in patients between 18 and 35 years of age at the Moisés Heresi Mental Health Center and patients treated at the Center Of Health of Zamacola "in Arequipa, 2017. As a secondary objective, in addition, to be able to establish which is the personality trait limit that is more frequently in the sample of study.

An observational, analytical, retrospective (according to directionality) case-control study was carried out, transversal (in time), for which two validated instruments were applied; The first, the McLean Questionnaire, to determine the presence of personality limiting personality traits, and the second, to corroborate or rule out dependence on psychoactive substances, both applied to 33 patients with a diagnosis of drug dependence for the cases, and to 68 patients without. Neurocognitive or psychiatric pathology for the controls.

Were found; Of all patients evaluated, 12 with positive criteria for BPD within the cases and 03 within the controls, therefore it is inferred that the dependence on psychoactive substances is associated in 36% to Personality Limit Disorder. In the evaluation of TL traits; The fear of abandonment was found in 45.45% of the cases and 17.65% of the controls; The alteration in interpersonal relations in 69.70% of cases and 35.29% of controls; Alteration in identity and self-image in 42.42% of cases and 19.11% of controls, the trait of impulsivity was found in 100% of cases and 36.76% of controls; Self-destructive behaviors were present in 42.42% of cases and 10.29% of controls; The

characteristic affective instability in 84.85% of cases and 51.47% of controls; Chronic dysphoria was manifested in 48.48% of cases and 13.24% of controls; The trait of anger and control present in 51.52% of cases and 20.59% of controls. Finally, paranoid ideation was present in 72.73% of cases and 60.29% of controls. In addition, it was found that patients with psychoactive substance dependence are 12.38 more likely to have BPD than those without dependence. Also, that 47.87% of the dependence to psychoactive substances can be explained by the considered variables; Age, sex, degree of Instruction, marital status, socioeconomic status, and TLP; Where the latter is notable for its influence (31.59%) for the development of dependence on psychoactive substances, indicating that patients with BPD are 25.65 times more likely to develop dependence.

Finally, it was found that the presence of BPD is also associated with the type of substance consumed by patients with dependence; Showing that patients with BPD have in their total consumption of drugs of group I, followed by the consumption of hallucinogens, in 91.67%.

In conclusion, there is a strong association between the characteristics of borderline personality disorder and psychoactive substance dependence.

**KEY WORDS:** Personality, dependence on psychoactive substances, borderline personality disorder.

## INTRODUCCIÓN


El trastorno límite de la personalidad es una entidad psicopatológica, cuyo desarrollo e investigación está cobrando interés en las últimas décadas, con bastante acogida, por diversos motivos, tales como la complejidad tanto de sus manifestaciones clínicas como en el diagnóstico y manejo. Al momento, se tiene información sobre la prevalencia de dicho trastorno en la población clínica, tanto en pacientes hospitalizados; con resultados muy variables desde 7 a 50% de pacientes, y de aquellos atendidos en forma ambulatoria, arrojando porcentajes de 30% aproximadamente (2). Asimismo, algunos reconocen al trastorno límite de la personalidad, como el TP más frecuente dentro de la población clínica (11 – 63%) (3). En ese sentido, la presente investigación pretende colaborar con tales estadísticas, mostrando la presencia de los rasgos de TLP en pacientes hospitalizados en un centro de salud mental en nuestro medio.

Puesto que actualmente se ha visto asociación entre el trastorno límite de la personalidad y otros trastornos, tanto del eje I y II (4), entre ellos se encontró relación significativa con el trastorno de abuso de sustancias, por ello se espera que esta investigación pueda ayudar en la detección temprana de estos pacientes, a fin de obtener mejores resultados mediante una intervención más oportuna, y por tanto aminorar el impacto familiar, laboral y social de este tipo de pacientes.

El TLP se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos, presentándose como un síndrome heterogéneo, actualmente, con límites poco definidos, es por ello que ha captado mi atención, y motivado el desarrollo del presente trabajo de investigación, puesto que considero importante asociar la presencia de rasgos de TLP en pacientes con historia de abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas con el objeto de determinar un posible agravante de la enfermedad de estos pacientes, y con ello intentar plantear un mejor abordaje de su patología.

El Estudio fue observacional, analítico, pseudolongitudinal, retrospectivo (según la direccionalidad), transversal (en tiempo). Se realizó un estudio correlacional, tipo analítico, de casos y controles, en pacientes entre 18 y 35 años, tanto aquellos que reciben tratamiento en el centro de salud mental Moisés Heresi, por dependencia de sustancias psicoactivas, como en pacientes que acudan al centro de salud de Zamacola, sin patología psiquiátrica, en la ciudad de Arequipa, 2017.





# **CAPITULO I**

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

## MATERIALES Y MÉTODOS

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnicas e instrumentos

Se realizó el estudio en el centro de Salud de salud mental Moises Heresi y en el centro de salud Zamacola, durante los meses de Enero y Febrero, 2017. Se hicieron las gestiones correspondientes a la dirección de dichos centros, así como el consentimiento informado de los pacientes para participar en este estudio.

Para el estudio de **CASOS** se aplicó el siguiente instrumento: **MSI-BDP (Cuestionario de Screening McLean) (Anexo1)**, cuya versión española fue validada en marzo del 2016, con el objeto de detectar la presencia de TLP de forma fiable y sencilla, en población hispanohablante.

El MSI-BPD es un cuestionario autoinformado de 10 ítems puntuados de forma dicotómica (verdadero – falso). Incluye un ítem por cada uno de los 8 primeros criterios del DSM-IV y DSM-V para el TLP y 2 ítems para el noveno criterio de paranoia/disociación, tiene un punto de corte de 7, al igual que la versión original. Presenta además, un buen nivel de consistencia interna ( $KR-20 = 0.873$ ), sensibilidad de 0.71 y especificidad de 0.68, utilizando el punto de corte mencionado.

Para la determinación de pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas se hizo uso de una anamnesis previa y/o historia clínica, luego se aplicó un instrumento obtenido de Madrid Salud, organismo que tiene a su cargo la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencias de Madrid, de esta manera, se los clasifíco según la(s) sustancias que les genere dependencia, puesto que se requerían pacientes con el

diagnostico ya establecido, y que estén recibiendo, al momento de la entrevista, tratamiento para dicha dependencia, sea este farmacológico o psicoterapéutico, se dé dentro del establecimiento de salud (pacientes hospitalizados) o en forma ambulatoria.

Para el estudio de **CONTROLES**, se aplicaron los mismos instrumentos; en este caso a pacientes mayores de edad y menores de 35 años que acudían al Centro de Salud de Zamacola, y que no tengan historia clínica de trastorno neurocognitivo, ni patología psiquiátrica.

## **1.2. Materiales de verificación**

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

## **2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. Ubicación espacial**

- El escenario del estudio fue la ciudad de Arequipa, se llevó a cabo en hospitalización y consultorio externo del Centro de Salud Mental Moisés Heresi y en el Centro de Salud de Zamacola, Arequipa.

### **2.2. Ubicación temporal**

- La investigación se realizó en un plazo de dos meses, para ejecutar la recolección de pacientes y las evaluaciones pertinentes, se recolectaron pacientes que estuvieran hospitalizados y aquellos que recibían tratamiento por consumo crónico de sustancias psicoactivas durante los meses de Enero y Febrero del 2017, además de aquellos que acudieran por atención en el Centro de Salud de Zamacola, sin patología psiquiátrica de fondo.

### 2.3. Criterios de inclusión

- **CASOS**

- Todos los pacientes hospitalizados, con el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, sin tomar en cuenta el tiempo de hospitalización, ni de tratamiento.
- Pacientes que acudieron a consulta por consumo crónico de sustancias psicoactivas o que reciban tratamiento ambulatorio por dicho motivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Se consideraron pacientes mayores de 18 y menores de 35 años al momento de la investigación.

- **CONTROLES**

- Pacientes que acudan al centro de salud de Zamacola para atención ambulatoria.
- Pacientes mayores de 18 y menores de 35 años al momento de la investigación.

### 2.4. Criterios de exclusión

- **CASOS**

- Pacientes que no cuenten con el diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas, al momento de la investigación.

- **CONTROLES**

- Pacientes que tengan alguna patología psiquiátrica diagnosticada, incluyendo consumo crónico de sustancias psicoactivas y/o estén recibiendo tratamiento para la misma.

## 2.5. Tamaño de la muestra

La muestra de casos estuvo conformada por todos aquellos pacientes internados con el diagnóstico citado en el lapso de enero y febrero del 2017, y aquellos que estaban recibiendo tratamiento para el mismo y siendo atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi al momento de la investigación, en total fueron evaluados 33 casos. Los controles fueron integrados por pacientes que acudieron al centro de salud de Zamacola, fueron evaluados 68 controles. Siendo la relación entre casos y controles de 1:2.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

### 3.1. Organización

- Se realizaron las coordinaciones con el centro de Salud Mental Moises Heresi, y con el Centro de Salud Zamacola, a fin de obtener la autorización para la realización del estudio.
- El procedimiento que se realizó para la evaluación de los pacientes de la muestra, fue por medio de la observación y posterior aplicación del instrumento, para conocer en primera instancia; sus características sociodemográficas, luego indagar sobre las características de su consumo; para determinar uso, abuso o dependencia de la(s) sustancias referidas por el paciente y finalmente detectar la presencia de rasgos de TLP en este tipo de pacientes.
- Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

### 3.2. Recursos

- **Humanos:** Investigador, asesor, colaboradores.
- **Materiales:** Fichas de investigación, laptop con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico, materiales de escritorio.
- **Financieros:** Autofinanciado.

## 4. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE DATOS

### 4.1. Plan de procesamiento

Los datos registrados en la ficha de recolección de datos (Anexo 1), fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

### 4.2. plan de clasificación

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

### 4.3. Plan de codificación

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

### 4.4. Plan de recuento

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

### 4.5. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva, con frecuencias absolutas y relativas para variables medidas en escala nominal y ordinal; para variables medidas en escala continua se empleó promedio y desviación estándar.

Para la determinación de asociaciones estadísticas bivariantes se empleó Chi cuadrado para variables cualitativas y T Student para datos independientes para

variables cuantitativas. Para el análisis de riesgo, se empleó Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95%, asimismo en el análisis multivariante, se empleó Regresión Logística. Se tomó como referencia una probabilidad menor de 0,05 como significativa. Para ellos se utilizó el software de análisis G Stat 2.0.1.





## **CAPITULO II**

# **RESULTADOS**

“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LIMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.

**TABLA 1**  
**VARIABLES DEMOGRÁFICAS POR GRUPOS DE ESTUDIO**

VARIABLE	CASOS	CONTROLES	SIGNIFICANCIA (p)
<b>EDAD X ± DE</b>	26,12 ± 6,21	26,77 ± 7,26	0,6559 (NS)*
<b>SEXO n (%)</b>			
• Masculino	23 (69,70%)	39 (57,35%)	0,2321 (NS)**
• Femenino	10 (30,30%)	29 (42,65%)	
<b>GRADO DE INSTRUCCION n (%)</b>			
• Primaria	01 (03,03%)	01 (01,47%)	0,1541 (NS)**
• Secundaria	22 (66,67%)	30 (44,12%)	
• Sup. Técnico	04 (12,12%)	14 (20,59%)	
• Sup. Universit.	06 (18,18%)	23 (33,82%)	
<b>C. SOCIOECONOMICA n (%)</b>			
• Buena	10 (30,30%)	12 (17,65%)	0,1849 (NS)**
• Regular	20 (60,61%)	53 (77,94%)	
• Mala	03 (09,09%)	03 (04,41%)	
<b>ESTADO CIVIL n (%)</b>			
• Soltero	26 (78,79%)	36 (52,94%)	0,0010 (AS)**
• Casado	02 (06,06%)	12 (17,65%)	
• Conviviente	02 (06,06%)	20 (29,41%)	
• Divorciado	03 (09,09%)	00 (00,00%)	
<b>N</b>	<b>33</b>	<b>68</b>	

NS: No existe diferencia estadística significativa  
AS: Existe diferencia estadística altamente significativa  
\* t Student para datos independientes.  
\*\* Chi Cuadrado

FUENTE PROPIA

**Interpretación:** Se ha realizado el estudio en dos grupos, los casos formados por pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas y los controles pacientes que no tenían ese criterio. En esta tabla, la diferencia entre los dos grupos para las variables edad, sexo, grado de instrucción y condición socioeconómica no es significativa, lo que nos indica que ambas muestras son comparables entre sí; el promedio de edad es 26.12 y 26.77 para casos y controles respectivamente. Solo para la variable de estado civil, se encontró una diferencia altamente significativa; en los casos; el 78.79% fueron solteros, mientras que los casados y convivientes los componían un 6.06% de participantes cada uno, y 9.09% de los participantes eran divorciados. En los controles, 52.94% eran solteros, 17.65% casados, 29.41% convivientes, no se encontraron pacientes divorciados para esta muestra.

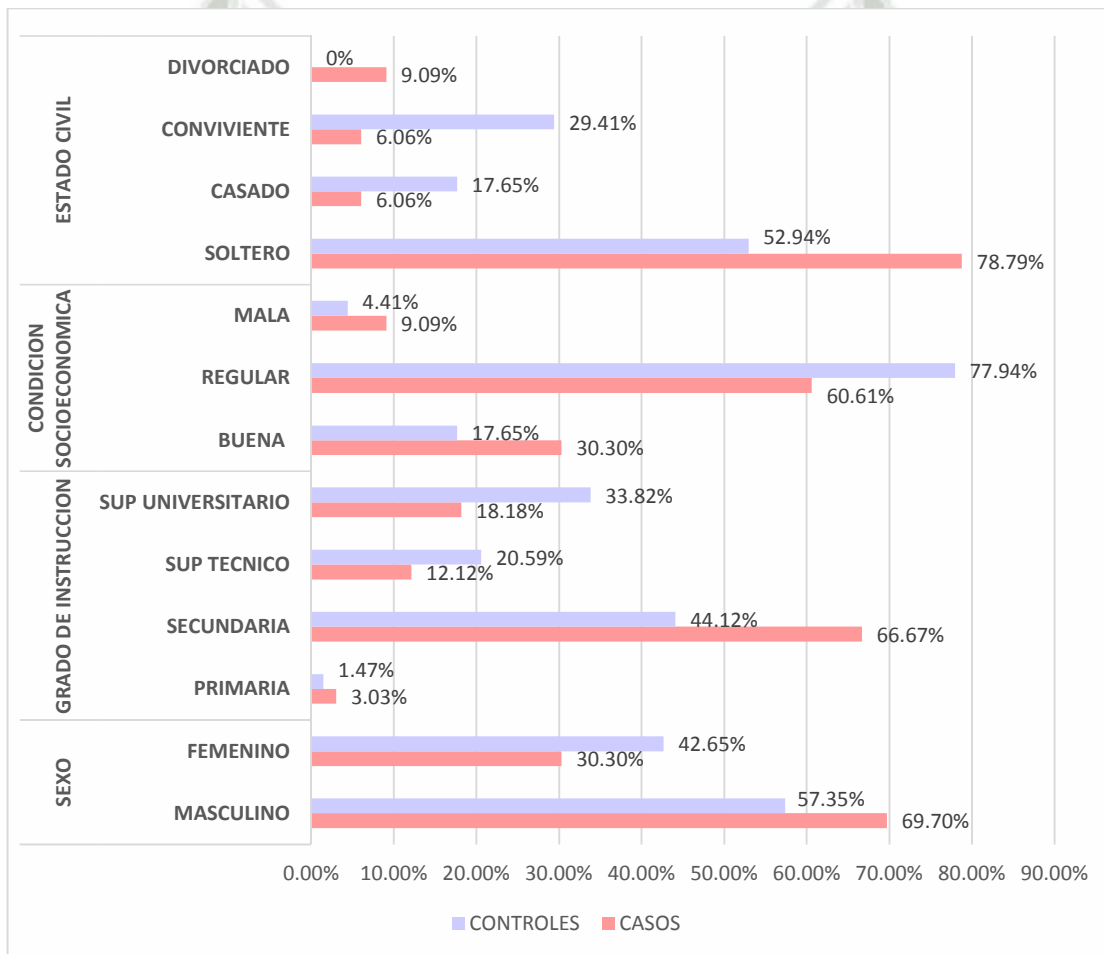


**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LIMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”**

**AREQUIPA, 2017.**

**GRAFICO 1**

**VARIABLES DEMOGRAFICAS POR GRUPOS DE  
ESTUDIO**



FUENTE PROPIA

“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.

**TABLA 2**  
**ASOCIACIÓN ENTRE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS Y RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE  
LA PERSONALIDAD (TLP)**

VARIABLE	CASOS	CONTROLES	SIGNIFICANCIA (p)
<b>TLP n (%)</b>			
• SI	12 (36,36%)	03 (04,41%)	0,0000 (AS)**
• NO	21 (63,64%)	65 (95,59%)	
<b>N</b>	<b>33</b>	<b>68</b>	

AS: Existe diferencia estadística altamente significativa ( $p < 0,01$ )

\*\* Chi Cuadrado

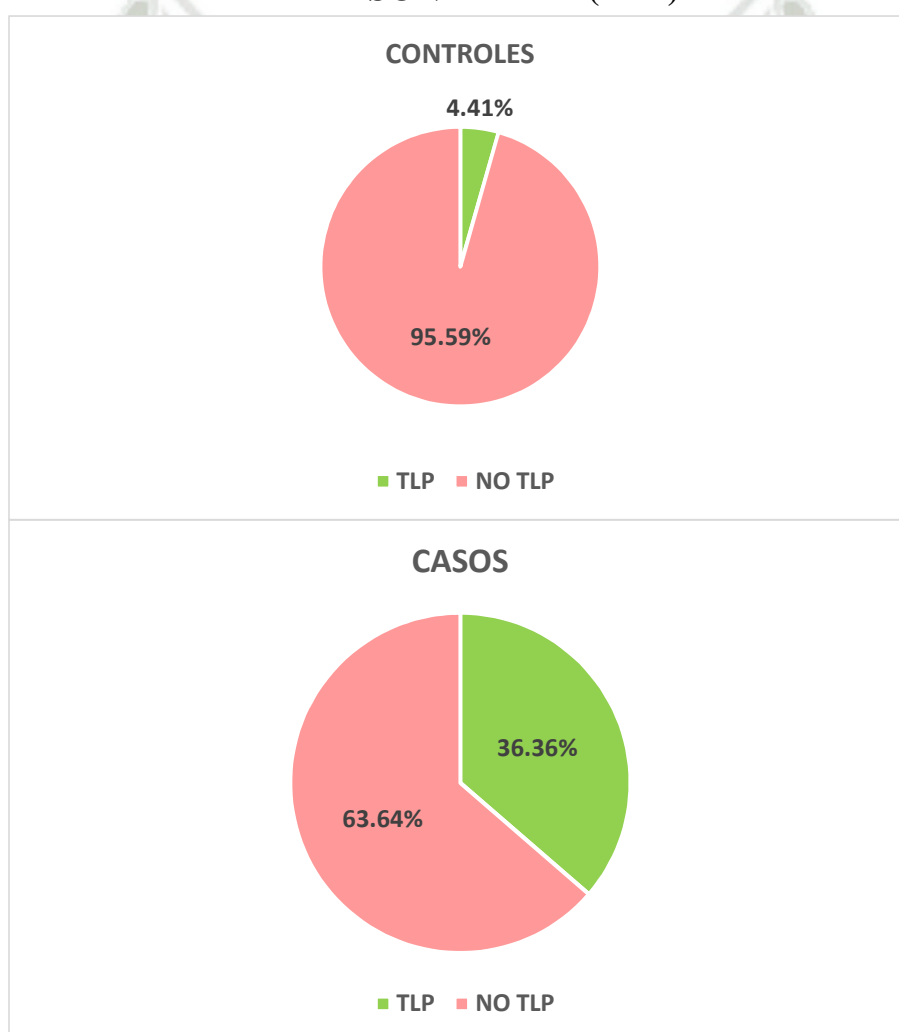
FUENTE PROPIA

**Interpretación:** Se encontraron 12 pacientes, correspondiente al 36.36% de los casos, con evaluación positiva para TLP y 3 pacientes (4.41%) de los controles. Asimismo, 21 casos (63.64%) casos y 65 controles (95.59%) que arrojaron una respuesta negativa a la variable de TLP. De ello, se identifica que aproximadamente un tercio de los pacientes con dependencia presenta Trastorno Límite de la Personalidad.

**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.**

**GRAFICO 2**

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS Y RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE  
LA PERSONALIDAD (TLP)**



FUENTE PROPIA

**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.**

**TABLA 3**  
**COMPARACION ENTRE LA FRECUENCIA DE RASGOS DE**  
**TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD (TLP)**  
**ENTRE GRUPOS DE ESTUDIO**

VARIABLE	CASOS	CONTROLES	SIGNIFICANCIA (p)
<b>RASGOS TLP n (%)</b>			
Temor al abandono	15 (45,45%)	12 (17,65%)	0,0031 (AS)**
Rel. Interpersonales	23 (69,70%)	24 (35,29%)	0,0011 (AS)**
Identidad-Autoimagen	14 (42,42%)	13 (19,11%)	0,0131 (S)**
Impulsividad	33 (100,0%)	25 (36,76%)	0,0000 (AS)**
Cond. autodestructiva	14 (42,42%)	07 (10,29%)	0,0002 (AS)**
Estabilidad afectiva	28 (84,85%)	35 (51,47%)	0,0012 (AS)**
Disforia crónica	16 (48,48%)	09 (13,24%)	0,0001 (AS)**
Ira y control	17 (51,52%)	14 (20,59%)	0,0016 (AS)**
Ideación paranoide	24 (72,73%)	41 (60,29%)	0,2211 (NS)**
<b>N</b>	<b>33</b>	<b>68</b>	

NS: No existe diferencia estadística significativa

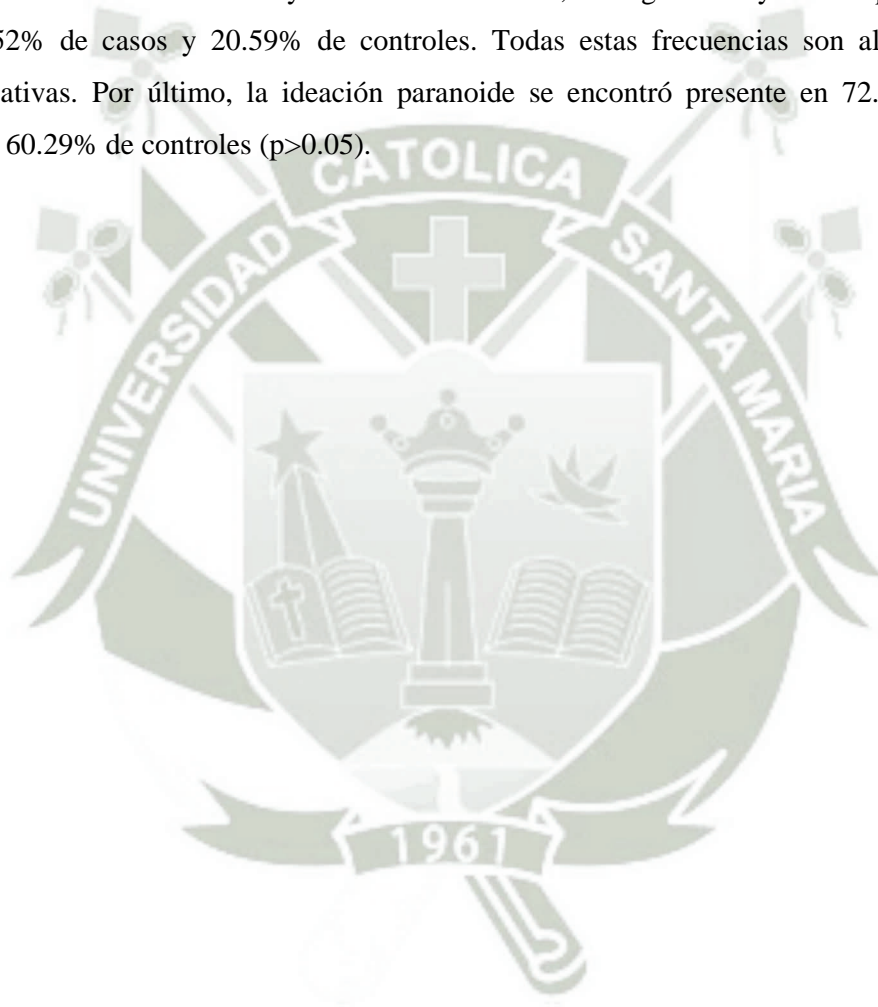
S: Existe diferencia estadística significativa ( $p < 0,05$ )

AS: Existe diferencia estadística altamente significativa ( $p < 0,01$ )

\*\* Chi Cuadrado

**FUENTE PROPIA**

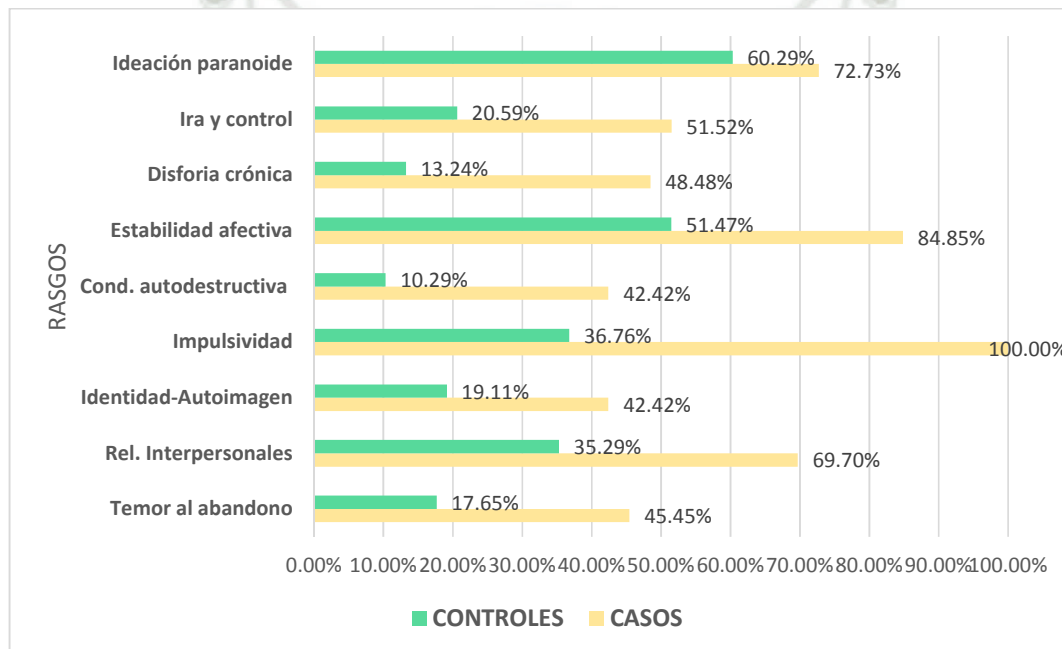
**Interpretación:** En la evaluación de rasgos de TLP; el temor al abandono se encontró en 45.45% de los casos y 17.65% de los controles; la alteración en las relaciones interpersonales en 69.70% de casos y 35.29% de controles; alteración en la identidad y autoimagen en 42.42% de casos y 19.11% de controles, el rasgo de **impulsividad** se halló en el 100% de casos y 36.76% de controles; las conductas autodestructivas estuvieron presentes en el 42.42% de casos y 10.29% de controles; la característica inestabilidad afectiva en 84.85% de casos y 51.47% de controles; la disforia crónica se manifestó en 48.48% de casos y 13.24% de controles; el rasgo de ira y control presente en 51.52% de casos y 20.59% de controles. Todas estas frecuencias son altamente significativas. Por último, la ideación paranoide se encontró presente en 72.73% de casos y 60.29% de controles ( $p > 0.05$ ).



**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.**

**GRAFICO 3**

**COMPARACION ENTRE LA FRECUENCIA DE RASGOS DE  
TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD (TLP)  
ENTRE GRUPOS DE ESTUDIO**



FUENTE PROPIA

“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.

**TABLA 4**

**ANÁLISIS BIVARIANTE DE ODDS RATIO (OR) PARA LA  
ASOCIACIÓN ENTRE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS Y RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE  
LA PERSONALIDAD (TLP)**

VARIABLE	OR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	SIGNIFICANCIA (p)
<b>TLP</b>	12,38	3,18 – 48,11	0,0000 (AS)**
<b>RASGOS TLP</b>			
Temor al abandono	3,88	1,53 – 9,82	0,0031 (AS)**
Rel. Interpersonales	2,64	1,41 – 4,96	0,0011 (AS)**
Identidad-Autoimagen	2,01	1,18 – 3,43	0,0131 (S)**
Impulsividad	49,96	3,14 – 79,3	0,0000 (AS)**
Cond. autodestructiva	6,42	2,26 – 18,22	0,0002 (AS)**
Inestabilidad afectiva	5,28	1,82 – 15,29	0,0012 (AS)**
Disforia crónica	3,66	1,81 – 7,39	0,0001 (AS)**
Ira y control	2,50	1,41 – 4,43	0,0016 (AS)**
Ideación paranoide	1,75	0,71 – 4,35	0,2211 (NS)**
<b>N</b>	<b>33</b>	<b>68</b>	

NS: No existe diferencia estadística significativa  
 S: Existe diferencia estadística significativa (p<0,05)  
 AS: Existe diferencia estadística altamente significativa (p<0,01)  
 \*\* Chi Cuadrado

**FUENTE PROPIA**

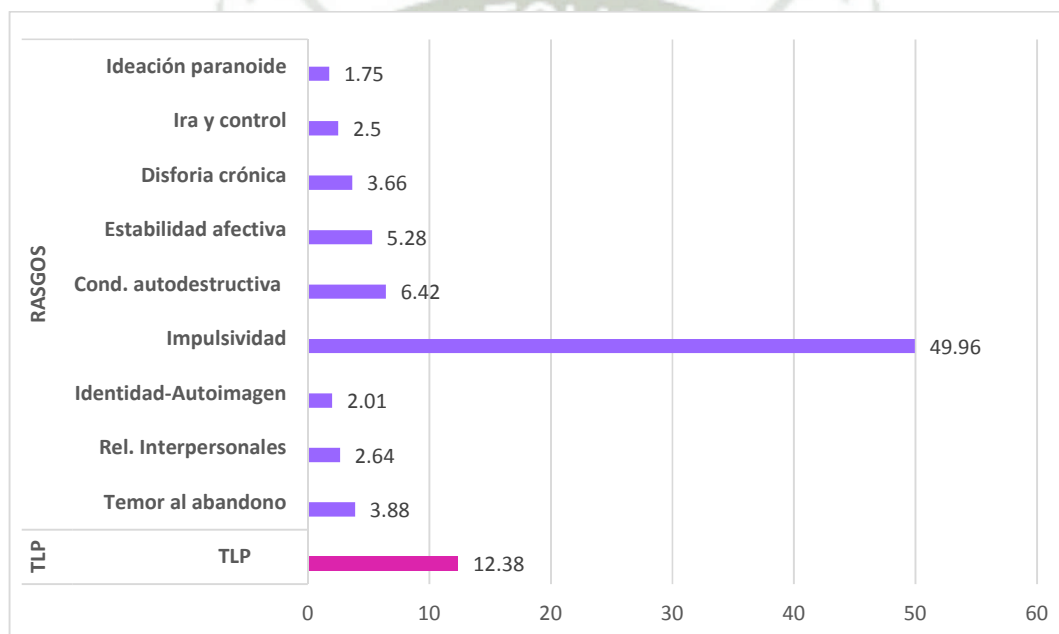
**Interpretación:** La tabla 4 nos muestra el análisis OR para la variable TLP, obteniendo que los pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas tienen **12,38** veces más probabilidad de tener TLP que los que no tienen dependencia ( $p < 0.0001$ ). Asimismo, en la tabla se analiza el OR para desarrollar dependencia a sustancias psicoactivas, en base a la manifestación de los rasgos de TLP; tenemos así que; el Temor al abandono tiene un OR de 3.88, la alteración en las relaciones interpersonales 2.64, alteración de la identidad-autoimagen 2.01, impulsividad 49.96, presencia de conductas autodestructivas 6.42, inestabilidad afectiva 5.28, disforia crónica 3.66, ira y control 2.50 y finalmente ideación paranoide 1.75.



**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.**

**GRAFICO 4**

**ANÁLISIS BIVARIANTE DE ODDS RATIO (OR) PARA LA  
ASOCIACIÓN ENTRE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS Y RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE  
LA PERSONALIDAD (TLP)**



FUENTE PROPIA

“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.

**TABLA 5**

**ANÁLISIS MULTIVARIANTE CON REGRESIÓN LOGÍSTICA  
ENTRE VARIABLES DEMOGRÁFICAS, RASGOS DE  
TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD (TLP) Y  
DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

VARIABLE	COEFICIENTE	E.E	WALD	SIGNIFICANCIA (p)	R
EDAD	0,1105	0,0479	5,3357	0,0209 (S)	0,1617
SEXO	0,6519	0,5950	1,2003	0,2733 (NS)	0,0000
INSTRUCCIÓN	1,0756	0,3534	9,2624	0,0023 (AS)	0,2385
E. CIVIL	1,3252	0,3997	10,9951	0,0009 (AS)	0,2655
C.S.E.	0,5904	0,5800	1,0359	0,3088 (NS)	0,0000
TLP	3,2449	0,8612	14,196	0,0002 (AS)	0,3091
CONSTANTE	-11,2094	2,9200	14,736	0,0001 (AS)	-0,3159

NS: No existe diferencia estadística significativa  
AS: Existe diferencia estadística altamente significativa ( $p < 0,01$ )

VARIABLE	OR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
EDAD	1,11	1,02 – 1,22
SEXO	1,92	0,60 – 6,16
INSTRUCCIÓN	<b>2,93</b>	<b>1,46 – 5,86</b>
E. CIVIL	3,76	1,72 – 8,23
C.S.E.	1,80	0,57 – 5,62
TLP	<b>25,65</b>	<b>4,74 – 138,77</b>

Chi cuadrado= 42,48      G.L.= 6      p=0.0000 (AS)

R Cuadrado del Modelo:

Cox-Snell= 0,3434

Nagelkerke = 0,4787

FUENTE PROPIA

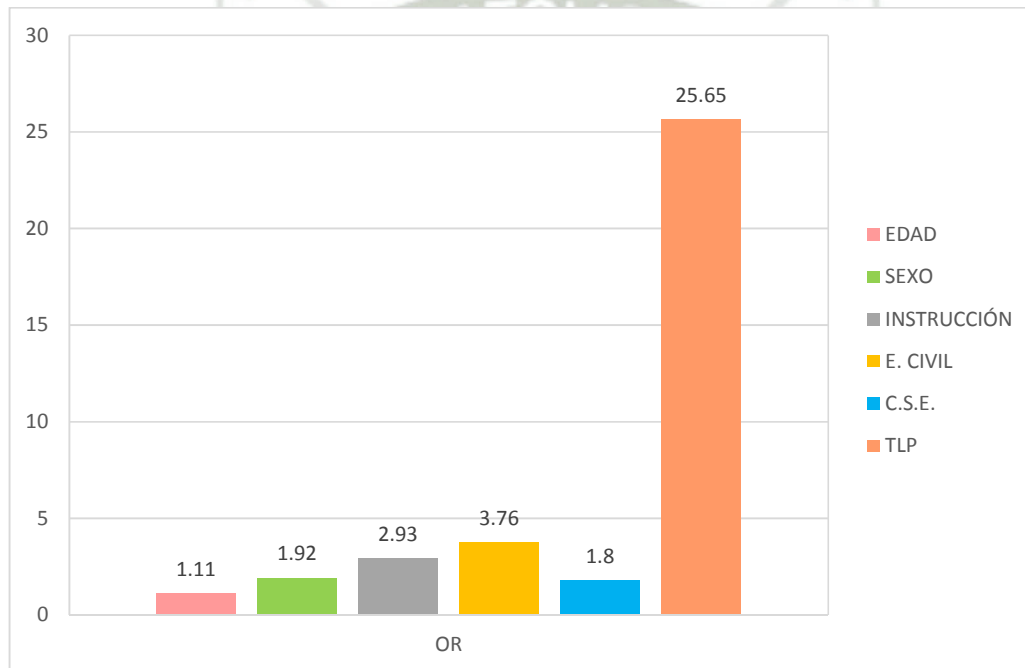
**Interpretación:** De esta tabla 5 se desprende que; según el coeficiente de determinación Nagelkerke, el modelo tiene una validez aceptable, lo que nos permite interpretar que el 47.87% de la dependencia a sustancias psicoactivas puede ser explicado por las variables consideradas en este estudio; edad, sexo, grado de Instrucción, estado civil, estado socioeconómico, y TLP. A su vez, nos muestra el OR de cada variable, indicando que; a menor edad se presenta una mayor probabilidad de dependencia con un R de 0.16 y un OR de 1,1 por lo que se le atribuye un 2.56% de influencia en el desarrollo de dependencia, en la variable sexo, no se muestra una influencia R significativa, para el grado de instrucción se muestra un OR de 2.93 y una influencia de 5.68% para pacientes con primaria y secundaria completa, en lo que respecta a estado civil, inferimos que los pacientes solteros tienen 3.76 mayor probabilidad de desarrollar dependencia que los casados, o convivientes, presentando una influencia del 7.04%, la condición socioeconómica presenta un OR de 1.80, sin influencia R y finalmente, la variable TLP, se manifiesta con un OR de 25.65, siendo su influencia (9.55%) altamente significativa para el desarrollo de dependencia a sustancias psicoactivas, indicando que los pacientes con TLP tienen 25.65 veces mayor probabilidad de desarrollar dependencia según el análisis multivariante.

**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”**

**AREQUIPA, 2017.**

**GRAFICO 5**

**ANÁLISIS MULTIVARIANTE CON REGRESIÓN LOGÍSTICA  
ENTRE VARIABLES DEMOGRÁFICAS, RASGOS DE  
TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD (TLP) Y  
DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**



FUENTE PROPIA

“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
AREQUIPA, 2017.

**TABLA 6**

**TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA ASOCIADA A RASGOS DE  
TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD (TLP) EN EL  
GRUPO CASOS**

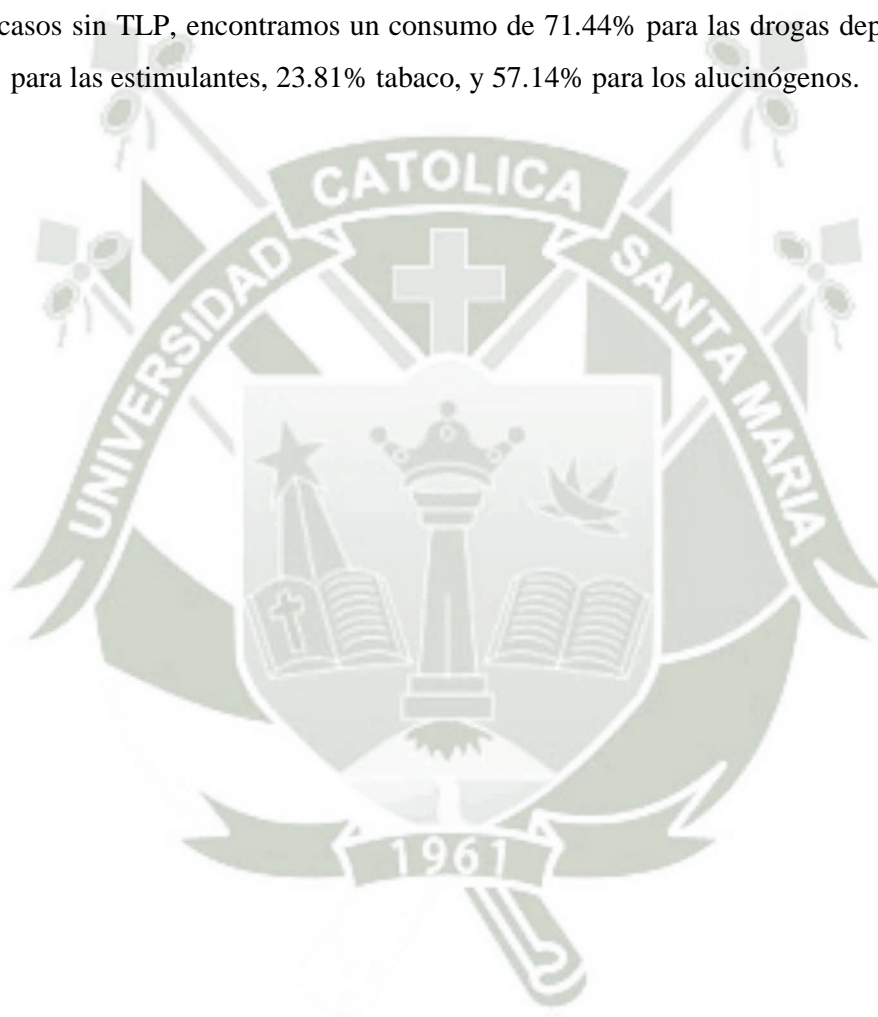
VARIABLE	TLP	NO TLP	SIGNIFICANCIA (p)
<b>TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA n (%)</b>			
Grupo I: Depresores	12 (100,00%)	15 (71,44%)	0,0407 (S)**
Grupo II: Estimulantes	08 (66,67%)	10 (47,62%)	0,2905 (NS)**
Grupo III: Tabaco	07 (58,33%)	05 (23,81%)	0,0473 (S)**
Grupo IV: Alucinógenos	11 (91,67%)	12 (57,14%)	0,0379 (S)**
<b>N</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	

Grupo I: Depresores (Alcohol, tranquilizantes, heroína)  
 Grupo II: Estimulantes (Speed, cocaína, cafeína, éxtasis)  
 Grupo III: Tabaco (Tabaco)  
 Grupo IV: Alucinógenos (Alucinógenos, cannabis)

AS: Existe diferencia estadística altamente significativa ( $p < 0,01$ )  
 \*\* Chi Cuadrado

**Interpretación:** Se obtuvo como resultado que la presencia de TLP también se encuentra asociada al tipo de sustancia consumida por los pacientes con dependencia; mostrando así que, los pacientes con TLP presentan en su totalidad consumo de drogas del grupo I, seguido del consumo de alucinógenos, en un 91,67%, encabezando el grupo el cannabis, en tercer lugar se aprecia el consumo de drogas del grupo III (estimulantes) con un 66.67% de prevalencia de consumo en este tipo de pacientes y por último, en un porcentaje considerable también, el consumo de tabaco (58.33%).

En los casos sin TLP, encontramos un consumo de 71.44% para las drogas depresoras, 47.62% para las estimulantes, 23.81% tabaco, y 57.14% para los alucinógenos.

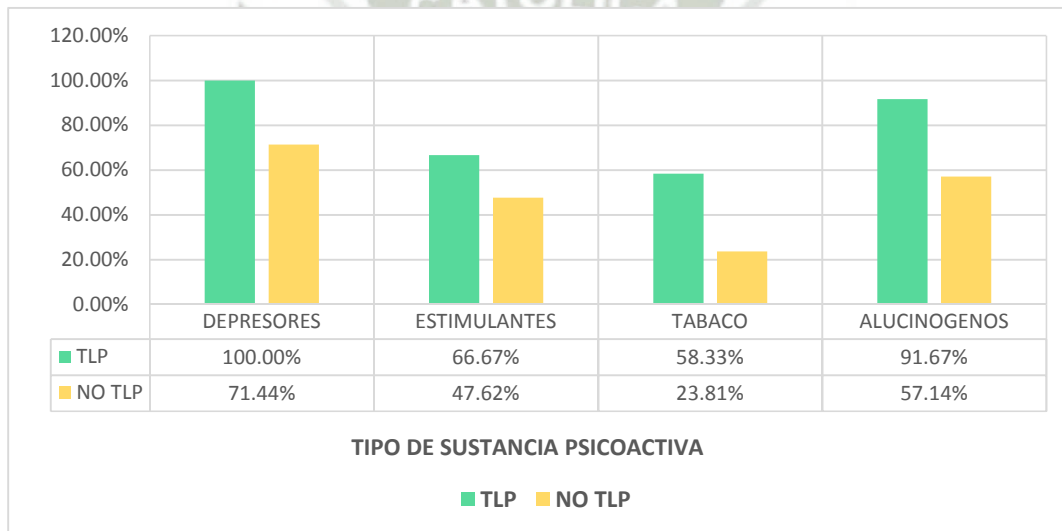


**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA  
PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”**

**AREQUIPA, 2017.**

**GRAFICO 6**

**TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA ASOCIADA A RASGOS DE  
TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD (TLP) EN EL  
GRUPO CASOS**





**CAPITULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se ha ejecutado un estudio de casos y controles para investigar sobre la influencia de personalidad en la drogodependencia con el propósito de conocer los diversos patrones individuales que se encuentran presentes dentro de la población de drogodependientes.

Considero que ha sido de gran utilidad, puesto que esta relación se refiere desde hace varias décadas, en diversos estudios en ambos grupos de pacientes, reafirmando algunos esta asociación en mayor o menor proporción, no siendo siempre significativo. Además que, en nuestro medio se desconoce la frecuencia actual del TLP requiriendo estudios más profundos al respecto y su relación con otros trastornos.

Hemos realizado la investigación en 101 pacientes de los cuales, 33 eran del grupo casos (dependencia a sustancias psicoactivas) y 68 eran del grupo control (no dependencia a sustancias psicoactivas).

En la **tabla 1** se analizó las características sociodemográficas de los pacientes estudiados, en nuestra población evaluamos 69.70% pacientes varones y 30.30% allí observamos que de nuestros casos la mayoría de ellos (66.67%), cursaron estudios de secundaria, resultado comparable a otros estudios similares, tal como Diaz et al. (5) que reportó un 75.8% de sus casos llevaron secundaria completa o incompleta. La condición socioeconómica predominante es regular (60.61%), esto se puede comparar al trabajo realizado por Uriarte (6), quien reportó en una población afín que la clase social principalmente se centra en la clase social media y baja (48%). Observamos además que el estado civil más frecuente fue soltero (78.79%), comparando con los resultados obtenidos con el trabajo citado, que reportó 91% de sus pacientes como solteros, frecuencia que se repite en otros estudios similares. Con esto podríamos afirmar que tanto la soledad como la ausencia de riesgo para el trastorno en estudio.

En la **tabla 2** exponemos la frecuencia del TLP en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas en un 36% de nuestros casos; mientras que en la literatura se hemos hallado una fuente que reporte una asociación similar; sin embargo, se ha referido el riesgo de desarrollar dependencia a sustancias en pacientes TLP, por ejemplo, Thorsten

et al. (7) reportó en su estudio que el 78% de pacientes con TLP presentan algún problema relacionado al consumo de sustancias. Inferimos entonces, que la dependencia se asocia en un 36% al Trastorno Límite de la Personalidad. En los datos de nuestros controles, vimos que el 4.41% presentan una evaluación positiva para TLP contrastando con el estudio de Craigh (1988) (8) donde de 121 pacientes; en cuyo total de la muestra se detectó algún trastorno de personalidad, considerando el TLP como un 16%.

En la **tabla 3** se observa una alta frecuencia de todos los rasgos en nuestros casos, siendo el más frecuente la impulsividad (100%), sin embargo, también se reportó la presencia de estos mismos rasgos, aunque en una frecuencia menor en nuestros controles, esto nos permite afirmar que la presencia de rasgos de diferentes tipos de personalidad en todas las personas, no significa la existencia de un trastorno. Reportamos que hay una asociación de gran fuerza para todos los rasgos, siendo menor para alteraciones de la identidad y la autoimagen, y no significativa solamente en el rasgo ideación paranoide. El trabajo de Steel et al. (1998) (9) resalta el papel de la impulsividad como antecedente de conductas de riesgo (consumo de drogas), sobre todo en los pacientes pertenecientes al grupo B de personalidad, donde se halla el TLP. En nuestro trabajo, hallamos una frecuencia de 42% de conductas autodestructivas en nuestros casos. En un estudio donde se relaciona el TLP y las conductas autolíticas, se vio que la impulsividad aumentaba la tendencia de este rasgo, alterando el pronóstico de estos pacientes en todos sus aspectos. (10)

En la **tabla 4** demostramos que los pacientes con dependencia de sustancias psicoactivas tienen 12.38 más riesgo de tener TLP que aquellos que no tienen dependencia a sustancias (OR=12.38). Asimismo, en la tabla se analiza el OR para desarrollar dependencia a sustancias psicoactivas, en base a la manifestación de los rasgos de TLP, todos con una alta fuerza de asociación con la excepción de la ideación paranoide, el cual solo muestra un OR de 1.75 (IC95 0.71 – 4.35), en contraste se determinó que existe 49.96 veces más riesgo de encontrar el rasgo de impulsividad en pacientes con dependencia de sustancias. En un estudio realizado por Treece et al. (1980) (11) hallaron que en 75 pacientes adictos a opiáceos evaluados, 24 cumplían criterios para TLP, esto reafirma la asociación que proponemos. El estudio de Roussaville et al. (1982) (12) evaluó 533 pacientes adictos a opiáceos y otras sustancias

y afirmó que la dependencia a sustancias psicoactivas puede ser una manifestación de trastornos de la personalidad, tales como el trastorno esquizotípico y el trastorno antisocial de la personalidad.

En la **tabla 5** realizamos un análisis multivariado que nos permite explicar la dependencia a sustancias a expensas del porcentaje de influencia de cada variable evaluada (edad, sexo, grado de Instrucción, estado civil, estado socioeconómico, y TLP), arrojando que a menor edad ( $R=0.16$ ,  $OR=1.1$ ), grado de instrucción secundaria ( $R=0.2385$   $OR=2.93$ ), estado civil soltero ( $R=0.3159$   $OR=3.76$ ), influyen significativamente en la aparición de este trastorno, al igual que la presencia de fondo de TLP ( $R=0.3091$   $OR=25.65$ ); con lo cual se demuestra que el TLP tiene un 9.55% de influencia para el desarrollo de dependencia a sustancias psicoactivas, con 25.65 veces mayor riesgo de manifestarla en el transcurso de su vida.

En la **tabla 6** se obtuvo como resultado que la presencia de TLP también se encuentra asociada al tipo de sustancia consumida por los pacientes con dependencia, mostrando que en los pacientes con TLP hay un mayor consumo de sustancias psicoactivas, en relación a los pacientes que no lo presentan. En pacientes con dependencia asociada al TLP, 100% consumen drogas del grupo 1 (Depresoras), encabezando el grupo se halla el alcohol, de los cuales 54.54% presentan dependencia. Comparando el trabajo realizado por Puerta (13), que encontró que 40% de pacientes con TLP consumían alcohol, denotando en el mismo trabajo, que el TLP es más frecuente en mujeres alcohólicas. Kosten et al. (1982) (14) de 384 pacientes, concluyó que la comorbilidad entre la comorbilidad a opiáceos y un trastorno de personalidad presenta una mayor incidencia de dependencia a alcohol que en aquellos que solo presentan dependencia.



# **CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Primera.** Existe una fuerte asociación entre los rasgos de trastorno límite de la personalidad y la dependencia a sustancias psicoactivas.
- Segunda.** La frecuencia de Trastorno Límite de la personalidad en pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi es de 36.36%, la que es mayor que la obtenida en pacientes sin dependencia a las mismas atendidos en el Centro de Salud de Zamacola (4.41%).
- Tercera.** La frecuencia de rasgos de trastorno límite de la personalidad en pacientes tratados por dependencia a sustancias psicoactivas es más alta que en la población sin dependencia a las mismas.
- Cuarta.-** Se presenta el rasgo de impulsividad como el más frecuente dentro del grupo de pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas, presentándose en la totalidad de estos pacientes.
- Quinta.-** La presencia de TLP en pacientes con dependencia a sustancias se asocia con mayor fuerza al consumo de alcohol y tranquilizantes.

## RECOMENDACIONES

- Primera.-** A la dirección del Centro de Salud Mental Moisés Heresi; dada la asociación significativa entre las variables de estudio, mi recomendación principal estaría orientada a protocolizar un adecuado screening del Trastorno Límite de la personalidad en pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas a fin de obtener un mejor abordaje de ambas patologías.
- Segunda.-** Al equipo de psiquiatría y psicología del Centro de Salud Mental Moisés Heresi; considero que, en base a la frecuencia de los diferentes rasgos de TLP, podría hacerse énfasis en el manejo de aquellos que hayan arrojado mayores porcentajes, puesto que podrían tener mayor relevancia en el abordaje de la dependencia a sustancias psicoactivas.
- Tercera.-** A la dirección del Centro de Salud Mental Moisés Heresi; instaurar un tratamiento multidisciplinario para el manejo de ambas patologías, con el objeto de detectar y abordar diferentes rasgos comportamentales que al momento, implican un obstáculo en la mejoría de estos pacientes.
- Cuarta.-** Detectar rasgos en base a instrumentos confiables en la población en general, sobretodo en adolescentes, debido a que ciertos patrones cognitivos y de conducta podrían desencadenar un futuro trastorno de la personalidad, refiriéndonos específicamente al TLP, y con ellos permitir un manejo precoz del mismo.

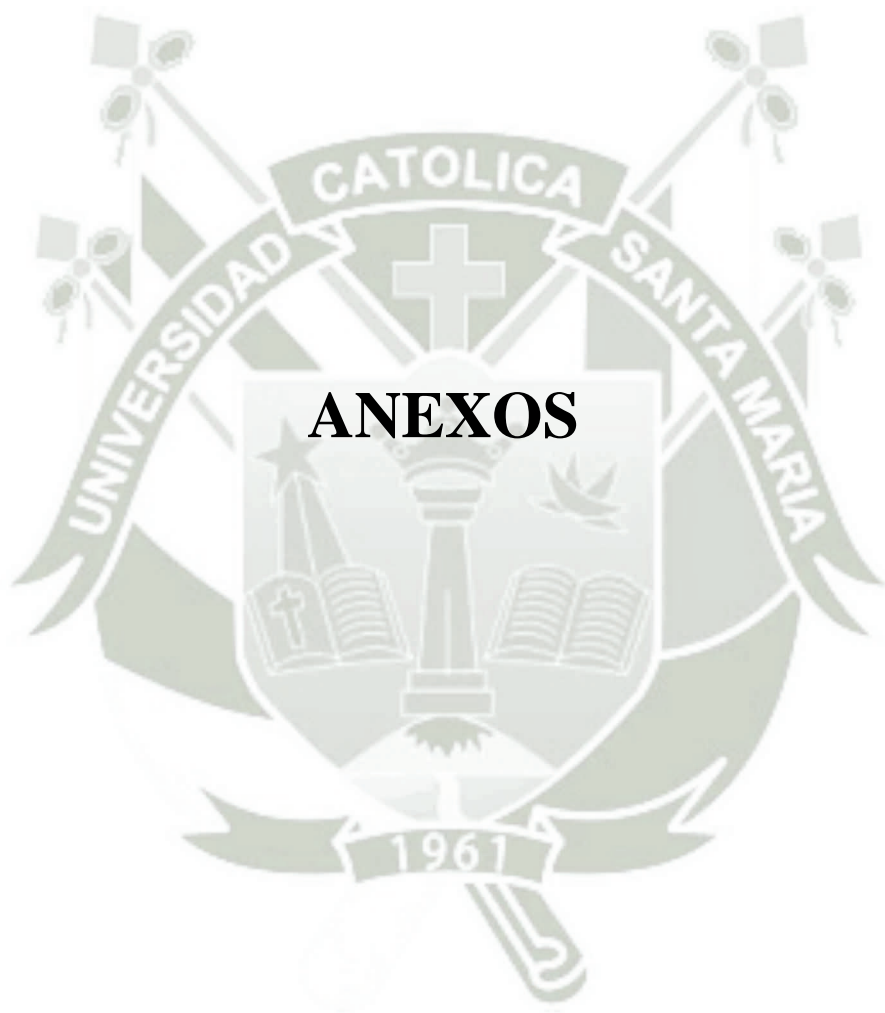
## BIBLIOGRAFÍA

1. Soler J, Dominguez-Clavé E, García-Rizo C, Vega D, Elices M, Martin-Blanco A, et al. Validación de la versión española del Mc Lean screening instrument for Personality Disorder. Revista de Psiquiatría y salud Mental. 2016; 9(4): p. 195-202.
2. Ingelmo Fernández J. Trastorno de la personalidad: descripción y psicodinámica. Psiquis. 1993;(1): p. 39-52.
3. Bernedo M, Roca M. Trastornos de la Personalidad. In. Barcelona: Masson; 1998.
4. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. Trastorno límite de la personalidad (TLP). Primera ed. TLP Gdtse, editor. Barcelona: Departamento de Salud de Catalunya; 2006.
5. Diaz JE, Gaino LV, Souza J. Características clínico y sociodemográficas ende los pacuentes de un centro de rehabilitación para las adicciones. Revista Gaúcha de Enfermedades. 2016; 37(2).
6. Uriarte Valencia Y. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Arequipa; 2015.
7. Thorsten K, Jutta S, Felix B. Borderline personality disorder and comorbid addiction epidemiology and treatment. Deutsches Ärzteblatt International. 2014; 111(16): p. 280-286.
8. Craigh LJ. A psychometric study of the prevalence of the DSM III personality disorders among treated opiate addicts. The international journal of addiction. 1982;(23): p. 115-124.
9. Steel Z, Blasczynski A. Impulsivity personality disorders and pathologycal gambling severity. Addiction. 1998; 93(6): p. 895-905.
10. Leonelo SP, Forti MA. Trastrno límite de la personalidad y conductas autolíticas. Revista española de medicina legal. 2012; 38(4): p. 149-154.
11. Treece C, Nicholson B. DSM III personality type and dose in methadone mantenance patients. The journal of hervous and mental disease. 1990;(168): p. 621- 628.
12. Rousanville BJ. Untreated opiate addicts. Archives of General Psychiatry. 1985; 42: p. 1072-1077.
13. Puerta C. Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género. .

14. Kosten TR, Rousenville BJ, Kleber HB. DSM III personality disorders in opiate addicts. *Comprehensive psychiatry.* ; 23: p. 572-581.
15. salud Casapysmdd. [Online].; 2006.
16. Blanco C, Moreno P. Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M). *Psiquiatría.com.* 2006;(10(04)).
17. Salud OPdl. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10th ed. Salud OMDI, editor. Ginebra: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2008.
18. Millon T. *Psicopatología Moderna: Enfoque Biosocial de los aprendizajes erróneos y los disfuncionalismos* Barcelona, España: Salvat; 2007.
19. Marin JL. Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Personalidad. *Salud.* 2007; 18(3).
20. Cloniger SC. *Teorías de la personalidad.* Tercera ed. Duarte EQ, editor. Mexico: Pearson Educación; 2003.
21. Diaz Marsa M, Tajima Pozo K, Carrasco JL. El Trastorno Límite de Personalidad. *Mente y Cerebro.* 2006; 36(12-19).
22. Alarcón RD, Mazzotti G. *Psiquiatría.* Segunda ed. Nicolini Sánchez H, editor.: Manual Moderno; 2005.
23. Schmidt V, Firpo L, Vion D, De Costa Olivan M, Casella L, Cuenya L, et al. Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: Una historia Proyectada al futuro. *Revista Internacional de Psicología.* 2010 Julio; 11(02).
24. Weissman M. The Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatry.* 1994; 1m(15(2)).
25. Widiger TA, Hyler S. AxisI/AxisII Interactions. In Michaels , Cavena J, editors. *Psychiatry.* Philadelphia: Lippincott Company; 1994.
26. Medranda MI, Benitez MR. Conceptos básicos sobre drogadicción. *Revista pediatría atención primaria.* 2006; 8: p. 534-542.
27. López JJ, Aliño I, editors. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* IV ed. Barcelona: Masson S.A.; 1994.
28. Mattia JL, Zimmerman M, Livesey A. *Handbook of personality disorders* Nueva York: Guilford; 2001.
29. Torgessen S, Lygren S, Oien PA, Onstad S, Edyarsen J. A twin study of personality disorders.

- Comprehensive Psychiatry. 2000; 41(6): p. 416-25.
30. Grupo de trabajo de la GPC sobre trastorno límite de la personalidad. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (TLP). Primera ed. Barcelona: Angència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011.
  31. Schmal CG, Vermetten E, Elzinga BM, Douglas BJ. Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 2003; 122(3): p. 193-8.
  32. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56(7): p. 600-6.
  33. Ortiz Hernandez C. Hacia un diagnostico fiable y eficiente del trastorno limite de la personalidad (validación de la version española del BSL-23). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
  34. Dolan-Sewell RT, Krueger RF, Shea MT. Co-occurrence with syndrome disorders. In Livesley WJ. *Handbook of personality disorders*. New York: Guilford Press; 2001. p. 84-104.
  35. Cervera G, Martínez Raga J. Trastorno Límite de la Personalidad: Paradigma de la comorbilidad Psiquiátrica: *Medica Panamericana*; 2005.
  36. Calvo N, Valero S, Ferrer M, Barral C, Casas M. Perfil clínico de impulsividad en el trastorno limite de la personalidad con trastorno de uso de sustancias comórbido. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2016; 44(4): p. 145-152.
  37. Cuevas CY, Lopez Perez-Diaz AG. Intervenciones psicologicas eficaces para el tratamiento del trastorno limite de personalidad. *International Journal of psychology and psychological therapy*. 2012.
  38. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disordera dn drug-dependence. *American Journal of Addiction*. ; 7(4): p. 279-292.
  39. Kernberg O. Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: Controversias contemporaneas. *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica*. 2001; 23(1).
  40. Anthony B. Mentalization treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010; 9(1): p. 11-15.
  41. Organización de los estados americanos. El problema de drogas en las Américas: Estudios Data CiP, editor.

42. Fundación de ciencias de la salud y fundación de ayuda contra la drogadicción: Programa de formación y consulta. Drogas en atención primaria. 2002.
43. Jonson MD, Heriza TJ, Dennis C. Cómo detectar en sus pacientes el uso de drogas ilícitas. *Posgraduate Med.* 2003; 9: p. 71-85.
44. Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Txicodependencias. *Medicine.* 2005; 8: p. 5745-5749.
45. Zegarra Valdivia J, Chino Vilca B, Cazorla Perez E. PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN EL SUR DEL PERÚ: ESTUDIO CLÍNICO DESCRIPTIVO. Arequipa: Universidad Católica San Pablo; 2016.
46. [http://www.sin-limite.net/porta1/downloads\\_tmp/Quadern%208%20Sanitat-esp.pdf](http://www.sin-limite.net/porta1/downloads_tmp/Quadern%208%20Sanitat-esp.pdf) 1. [Online].
47. DSM-IV c. [www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv16.html](http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv16.html). [Online].
48. Barcelona CAT. [http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastornos-de-personalidad/1\\_-\\_trastorno\\_limite\\_de\\_personalidad.pd](http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastornos-de-personalidad/1_-_trastorno_limite_de_personalidad.pd). [Online].; 2008.
49. Fortes Álvarez JL, Sánchez Cabezudo Á, Antequera Iglesias J. Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria.* 2012; 16(12).
50. Hidalgo Rodríguez I. Estudio del trastorno límite de personalidad. Tesis de grado. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, Facultad de psicología; 2016.





**ANEXO N° 1**  
**PROYECTO DE TESIS**

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE  
TRASTORNO LIMITROFE DE LA PERSONALIDAD Y  
LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”  
– AREQUIPA, 2017.**

Proyecto de Tesis presentado por la Bachiller

LAIS ALEXANDRA REINOSO AGUIRRE.

Asesor: DR. WILFREDO PINO CHAVEZ.

Arequipa – Perú

2017

## I. PREÁMBULO

El Trastorno límite de la personalidad (TLP), conocido también como trastorno border-line es un síndrome heterogéneo, con límites aun poco definidos; se diferencia tanto en sus factores etiológicos, como en sus presentaciones clínicas y comportamentales, varían no sólo de un individuo a otro sino, también dentro del mismo paciente, entre una etapa y otra en su evolución; ello, sumado al escaso conocimiento por parte de la población en general que no detecta a tiempo los síntomas o estigmas presentados y en consecuencia, genera pobre acudida a un servicio especializado, por tanto, el diagnóstico del TLP es considerado un reto, pese a existir criterios que bien lo definen, tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (versión IV) (DSM-IV).

A pesar de las dificultades diagnósticas, en la actualidad, los pacientes diagnosticados ya ocupan un espacio considerable en el campo de la salud mental. Sin embargo, es cierto que, su número aumentaría si tales barreras serian superadas.

Además, debemos considerar la elevada morbilidad con otros trastornos, psicóticos por ejemplo, alteraciones del ánimo, puesto que se ha visto relación con el trastorno depresivo, bipolar, asimismo con trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivo, alimentarios, como anorexia y bulimia, drogadicciones, tendencias suicidas, etc. y por supuesto la simultaneidad con síntomas de otros trastornos de la personalidad como los de tipo antisocial, paranoide, evitativo y esquizotípico (15).

Si a todo esto le agregamos las graves repercusiones en el ámbito familiar y los problemas que acarrear en el ámbito social, jurídico e incluso económico en este tipo de pacientes, entonces se hace necesario, concentrar mayor interés en este trastorno psicopatológico, ya sea por parte de los estamentos sanitarios y administrativos como del personal asistencial del campo de la psiquiatría.

En los últimos decenios, el TLP ha empezado a ser objeto de atención científica, abriéndose nuevas opciones tanto de diagnóstico como de manejo clínico, sin embargo, aún queda mucho por recorrer, confiando en que el presente proyecto colabore con dicho fin.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿CUAL ES LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD Y LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS” – AREQUIPA, 2017?

#### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- a) Área del conocimiento  
 Área general: Ciencias de la salud  
 Área específica: Medicina Humana  
 Especialidad: Psiquiatría
- b) Análisis de Variables

VARIABLE	INDICADOR	INSTRUMENTO	MEDICIÓN /VALOR
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES: RASGOS DE TLP</b>			
Temor abandono	al (pregunta 10)	Cuestionario McLean	Si/no
Relaciones interpersonales	(pregunta 1)	Cuestionario McLean	Intensas e inestables/ estables.
Identidad, autoimagen	(pregunta 7,8)	Cuestionario McLean	Estable/ inestable
Impulsividad	(pregunta 3)	Cuestionario McLean	Si/no
Conductas autodestructivas	(pregunta 2)	Cuestionario McLean	Si/no/reiteradas
Estabilidad afectiva	(pregunta 4)	Cuestionario McLean	Estable/ inestable
Disforia crónica	(pregunta 8)	Cuestionario McLean	Si/no
Ira y control	(pregunta 5)	Cuestionario McLean	Fácil control/ difícil control
Ideación paranoide	(Pregunta 6).	Cuestionario McLean	Si/no

<b>VARIABLE DEPENDIENTE: TOXICOMANIA</b>			
Tiempo de inicio de consumo	Desde la fecha de primer consumo hasta el momento de la evaluación	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 30 días/</li> <li>• Menos de 30 días</li> </ul>
Sustancia a la que es dependiente	Sustancia que le genera adicción	Historia clínica	alcohol/marihuana/otros
Reincidencias	Numero de hospitalizaciones	Historia clínica	Primera/2-3/más de tres
<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>			
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento	DNI	Grupo etáreo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 -25 años</li> <li>• 26-35 años</li> </ul>
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Observación	Masculino / femenino
Grado de Instrucción	Año de instrucción alcanzado	Historia clínica	Analfabeto/ primaria/ secundaria/ superior
Estado civil	-	DNI	Soltero/casado/ conviviente

c) Interrogantes básicas

- Cuál es la frecuencia de Trastorno Límite de la personalidad en pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, comparada con pacientes sin dependencia a las mismas atendidos en el Centro de Salud de Zamácola, Arequipa 2017.
- Cuál es la frecuencia de rasgos de trastorno limítrofe de la personalidad en pacientes tratados por dependencia a sustancias psicoactivas, entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2017.
- Cuál es el rasgo de TLP más frecuente en pacientes tratados por dependencia a sustancias psicoactivas, entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2017.

- Cuál es la sustancia psicoactiva, cuyo consumo está más relacionado a la presencia de rasgos de TLP en pacientes tratados por dependencia de dicha sustancia.
- Cuál es la relación entre la frecuencia de rasgos de trastorno limítrofe de la personalidad en pacientes entre 18 y 35 años tratados por dependencia a sustancias psicoactivas en el centro de salud mental Moisés Heresi y pacientes atendidos en el centro de salud de Zamacola” – Arequipa, 2017.

d) Tipo de Investigación

- Estudio observacional, analítico, pseudolongitudinal, retrospectivo (según la direccionalidad) de casos y controles, transversal (en tiempo).

e) Nivel de Investigación

- Se realizara un estudio correlacional, tipo analítico, de casos y controles, en pacientes entre 18 y 35 años, tanto aquellos que reciben tratamiento en el centro de salud mental Moisés Heresi, por dependencia de sustancias psicoactivas, como en pacientes que acudan al centro de salud de Zamacola, sin patología psiquiátrica, en la ciudad de Arequipa, 2017.

### 1.3.JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El trastorno limítrofe de la personalidad es una entidad psicopatológica, cuyo desarrollo e investigación está cobrando interés en las últimas décadas, con bastante acogida, por diversos motivos, tales como la complejidad tanto es sus manifestaciones clínicas como en el diagnóstico y manejo. Al momento, se tiene información sobre la prevalencia de dicho trastorno en la población

clínica, tanto en pacientes hospitalizados; con resultados muy variables desde 7 a 50% de pacientes, y de aquellos atendidos en forma ambulatoria, arrojando porcentajes de 30% aproximadamente (2). Asimismo, algunos reconocen al trastorno límite de la personalidad, como el TP más frecuente dentro de la población clínica (11 – 63%) (3). En ese sentido, la presente investigación pretende colaborar con tales estadísticas, mostrando la presencia de los rasgos de TLP en pacientes hospitalizados en un centro de salud mental en nuestro medio.

Puesto que actualmente se ha visto asociación entre el trastorno límite de la personalidad y otros trastornos, tanto del eje I y II (4), entre ellos se encontró relación significativa con el trastorno de abuso de sustancias, por ello se espera que esta investigación pueda ayudar en la detección temprana estos pacientes, a fin de obtener mejores resultados mediante una intervención más oportuna, y por tanto aminorar el impacto familiar, laboral y social de este tipo de pacientes.

El TLP se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos, presentándose como un síndrome heterogéneo, actualmente, con límites poco definidos, es por ello que ha captado mi atención, y motivado el desarrollo del presente trabajo de investigación, puesto que considero importante asociar la presencia de rasgos de TLP en pacientes con historia de abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas con el objeto de determinar un posible agravante de la enfermedad de estos pacientes, y con ello intentar plantear un mejor abordaje de su patología.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. CONCEPTOS TEÓRICOS

#### 2.1.1 Personalidad

Cualidad que nos hace a cada uno diferente de los otros e iguales a nosotros mismos a lo largo del tiempo, es un patrón compuesto principalmente por rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que se manifiestan y persisten por largos periodos de tiempo. Surge de la interacción entre la disposición biológica y las experiencias adquiridas.

Es necesario tener claros los siguientes conceptos:

- **Constitución:** la constitución es un conjunto de características físicas de cada individuo. influenciado por factores genéticos.
- **Temperamento:** conjunto de rasgos determinados principalmente por la biología de una persona. es hereditario, innato y está relacionado a las reacciones emocionales del individuo, las mismas que son determinadas por su sistema neuroendocrino y otros factores biológicos. no es modificable.
- **Carácter:** es adquirido, representa una combinación de valores, sentimientos y actitudes. Hace referencia a cómo una persona percibe a los demás o a las cosas y conceptos. Influenciado por factores culturales de la sociedad. Es susceptible de modificación (16).

#### 2.1.2. Trastornos de la personalidad

La Personalidad es un tema complejo puesto que no hay un consenso sobre lo que es la personalidad normal. Aquellas personas que padecen un “trastorno de personalidad” se caracterizan por presentar un conjunto de

rasgos de personalidad, que normalmente se inician en la infancia o en la adolescencia y se manifiestan de manera más específica en la vida adulta, como formas inflexibles de pensar y sentir, presentando círculos viciosos de respuestas ante situaciones diferentes, además vulnerabilidad al estrés y alteraciones en el comportamiento, que condiciona un deterioro de su funcionamiento social, laboral y familiar con limitación de oportunidades. Hablaríamos de “normalidad” en personas capaces de afrontar el ambiente de un modo flexible, con percepciones y conductas que fomentan el aumento de la satisfacción personal, así como oportunidades de aprender y crecer (16).

### 2.1.2.1 Concepto

Podrían ser definidos como desviaciones o trastornos graves del carácter constitutivo (como percibe, piensa, siente) y del comportamiento del individuo (como se relaciona), que generalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y se manifiestan como modelos persistentes de respuestas a una gran variedad de situaciones individuales y sociales que casi siempre, se acompañan de alteraciones personales y sociales, tensión subjetiva y una notable dificultad de adaptación.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, excitabilidad, control de impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.</li> <li>b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de la enfermedad mental.</li> <li>c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.</li> <li>d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o adolescencia y persisten en la madurez.</li> <li>e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque este puede también aparecer solo en etapas avanzadas de su evolución.</li> <li>f) El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.</li> </ul> |
|---|

Tabla1: Pautas generales de diagnóstico de los trastornos de personalidad (según el CIE-10) (17):

Por tanto se trata de trastornos y alteraciones y modos de comportamiento que:

- Tienen relevancia clínica por sí mismos.
- Tienden a ser persistentes, duraderos, inflexibles y profundamente arraigados en el enfermo.
- Son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.

#### 2.1.2.2. Modelos etiológicos

A lo largo de la historia se han intentado definir los rasgos que definen el comportamiento humano. Actualmente se sabe que la personalidad, está determinada tanto por factores biológicos como ambientales y la interacción entre ellos, y que, por tanto, la etiología de los TP es multifactorial.

“La personalidad resulta de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos, ambientales, donde el impacto de cada grupo de factores tenga sobre el desarrollo de la personalidad de un individuo dependerá de la potencia y cronicidad de cada factor.” (18).

Vamos a analizar las diferentes corrientes de investigación que intentan dar respuesta a esta cuestión:

#### - “LOS TP SON UN PROBLEMA BIOLÓGICO” (19)

Estos modelos se basan principalmente en que los mecanismos biológicos son fundamentales para comprender la personalidad. Dentro de los diversos autores, Cloninger propone un modelo tridimensional:



1. Búsqueda de novedades: Tendencia heredada hacia la excitación en respuesta a estímulos novedosos. Conduce a conductas exploratorias en busca de recompensa o de evitación de la monotonía, dependería del sistema dopaminérgico.
2. Evitación del peligro: Tendencia heredada a responder intensamente a indicadores de estímulos aversivos, aprendiendo por ello a inhibir la conducta con el objeto de evitar el castigo, dependería del sistema serotoninérgico.
3. Dependencia del refuerzo: Tendencia heredada a responder intensamente a signos de recompensa (particularmente a signos verbales de aprobación social o sentimental), dependería del sistema adrenérgico. (20)

Para estos modelos la herencia claramente, juega un papel en la manifestación de los rasgos de la personalidad; un estudio realizado en EEUU en 15 000 parejas de gemelos indico que, “los monocigotos presentaban una concordancia de TP varias veces superior que entre dicigotos”, estudio daneses encontraron que, “la prevalencia de TP del grupo A (esquizoide y paranoide) es mayor en los niños con familiares biológicos esquizofrénicos pero no en los adoptados por padres esquizofrénicos”. Estos estudios sugieren mayor dominancia genética sobre la transmisión ambiental.

Lo mismo sucede para el trastorno antisocial, relacionado con el trastorno por somatización y con la presencia de alcoholismo en personas de la misma familia, sugiriendo que puedan tener un origen genético común. De ello se desprende que la

dificultad para adaptarse a las normas pueda deberse a la carga genética, expresada en determinados rasgos de carácter que generan tal vulnerabilidad.

Se han descrito además, diversas alteraciones neuroquímicas, relacionada con rasgos de la personalidad tales como impulsividad, rasgo exploratorio, necesidad de excitación, inestabilidad afectiva, etc. Por tanto, este tipo de “alteraciones” podrían ser susceptibles de un control farmacológico (16).

- **LOS TP SON UN PROBLEMA INTERPERSONAL, CULTURAL, AMBIENTAL.**

Hay varias teorías colocan los problemas del desarrollo y/o culturales como causa de los TP, aún los estudios no han podido determinar la influencia de experiencias infantiles sobre estos trastornos, sin embargo, se describe una relación de tipo inespecífico, entre la presencia de TP y las relaciones padres-hijos en la infancia (21)

También se le ha relacionado con la forma de interacción del paciente con los demás, en dicho aspecto no está claro que tipos de comportamiento podrían ser considerados por si mismos enfermedad o no y cuales precisen tratamiento.

- **MODELOS PSICOLÓGICOS**

Dentro de éstos, tenemos el de Reich (1933), quién dividió los individuos en histriónicos, compulsivos y pasivo-agresivos, terminología que persiste hasta hoy; en el plantea en primer lugar que el conflicto inconsciente produce rasgos de carácter patológicos mediante un mecanismo similar al de la formación de síntomas, y en segundo lugar que, dicho conflicto, provoca a su vez una alteración generalizada del funcionamiento del yo.

“Las teorías del déficit sostienen que en los TP existe una falla en la construcción o en la investidura de determinadas funciones psíquicas que se constituyen desde las

aportaciones realizadas por los objetos externos y que no se haría de manera adecuada”.

Por lo tanto, al momento, en el psicoanálisis; existen dos formas de abordar el estudio de los TP: la patología del conflicto y la patología del déficit. (22)

- **MODELOS BASADOS EN EL ANÁLISIS FACTORIAL: COGNITIVOS Y CONDUCTUALES:**

Haciendo uso del método científico aplicado al estudio de la personalidad, Eysenck describe tres dimensiones básicas de la personalidad; **neuroticismo-estabilidad emocional, extraversión-introversión y psicoticismo-normalidad**. El neurótico tendría poca tolerancia a la frustración, usualmente ansioso, preocupado, deprimido, con cambios de humor, con tendencia a quejas múltiples, inestable emocionalmente. Por el otro lado, la estabilidad emocional se caracteriza por ser equilibrados, calmosos, controlados y despreocupados. Esto, gobernado por el sistema límbico. Las personas con rasgo introversión se caracterizan por ser persistentes, rígidos, irritables, subjetivos y tímidos, el extravertido es sociable, activo, vivaz, excitable e impulsivo, dicho rasgo estaría controlado por el sistema reticular activador ascendente y la corteza. El rasgo psicoticismo representa personas solitarias, problemáticas, crueles, con falta de sentimientos y de empatía, hostiles, con intereses extravagantes y con desprecio del peligro, lo relaciona con la actividad androgénica. (23).

En los modelos cognitivos, la personalidad es un sistema cognitivo persistente, del cual parten acciones específicas a través de la interacción del individuo con el medio, dichas acciones permiten al terapeuta esclarecer pautas de interacción social y anticipar fenómenos.

“Sugieren tres criterios para evaluar la severidad del trastorno, el primero sería la poca estabilidad en situaciones de estrés, el segundo la inflexibilidad adaptativa y el tercero la tendencia a promover círculos viciosos” (18). Estos modelos tienen en cuenta las variables dependencia-independencia de campo y la impulsividad-reflexividad.

El modelo conductual concibe la desadaptación social persistente presente en estos pacientes como una conducta reforzada y que se mantiene por recompensas, usualmente sociales, presentes en el entorno. La cultura moldearía la expresión conductual de los TP.

### **2.1.2.3. Epidemiología**

La prevalencia en población general es del 5-18%, es ligeramente superior en poblaciones urbanas y en algunos entornos socioeconómicamente más problemáticos, marginales o poco estructurados. El más frecuente es el TP por dependencia, seguido del TP esquizotípico. En los varones es más frecuente el TP antisocial, esquizotípico, esquizoide y narcisista. Entre las mujeres, predominan el TP dependiente, histriónico y límite. El trastorno límite de la personalidad es el que usualmente se encuentra más asociado con otros trastornos (3) (24).

### **2.1.2.4. Clasificación**

Se clasifican conforme a la forma de expresión comportamental que predomina. Actualmente coexisten dos corrientes: para la PSIQUIATRÍA, en los últimos años el método de clasificación más usado ha sido el modelo categorial, reconociendo a los TP como cambios cualitativos de la normalidad y siendo agrupados en categorías diagnósticas. El DSM-IV y la CIE-10, ofrecen un conjunto de criterios específicos y explícitos para todos los TP. Por otro lado, la PSICOLOGÍA, el método más empleado ha sido la clasificación dimensional de la personalidad, en el cual los TP serían los extremos de una curva de Gauss (3) estos modelos se basan en dimensiones estables de la personalidad, las se encuentran excesivamente desviadas a un nivel cuantitativo de a los pacientes con TLP.

“En la tabla III podemos ver la clasificación de los TP en función del DSM-IV, CIE-10 y teniendo en cuenta los mecanismos de defensa empleados y los términos genéticos de acuerdo a Widiger y Hyler (1994) (25)”

Agrupación del DSM-IV	términos genéticos comportamentales	Diagnóstico DSM-IV	Mecanismos defensivos	CIE-10
Extraña, excéntrica	continuo esquizofrénico, psicoticismo	Esquizoide (301.00) Paranoide (301.00) Esquizotípico (302.22)	Proyección, fantasía	Esquizoide (F60.1) Paranoide (F60.0) No equivalente
Dramática, emotiva, errabunda	continuo psicopático, impulsividad	Histriónico (301.50) Antisocial (301.70) Narcisista (301.81) Límite (301.84)	Disociación, acting out escisión negación neurótica	Histriónico (F60.4) Disocial (F60.2) No equivalente Límite (F60.31)
ansiosa, temerosa, introvertida	introversión neuroticismo	Evitativo (301.82) Dependiente (301.60) Obsesivo-compulsivo (301.40) pasivo-agresiva (301.82)	Aislamiento, agresión pasiva Hipocondría.	Ansioso (F60.6) Dependiente (F60.7) Anancástico (F60.5) No equivalente

### 2.1.3. Sustancias Psicoactivas

Se refiere a aquellas que tienen la potestad de generar un cambio subjetivo a nivel psíquico, ya sea a nivel de las emociones, percepciones, sensaciones, etc. o bien producir cambios en la conducta. Dentro de ellas, están por ejemplo, tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas, éxtasis, cocaína y la heroína. Algunas de éstas son susceptibles de provocar adicciones en mayor o menor proporción. Una de las principales motivaciones para su uso radica en la obtención de bienestar a corto plazo, por ende se ha relacionado con ciertos rasgos de la personalidad asociados a la constante búsqueda de bienestar, otro impulso frecuente para su consumo es la modificación del estado de ánimo, conducta y/o mejorar las funciones cognitivas.

Drogas son todas aquellas sustancias químicas que reúnen las siguientes características; una vez en nuestro organismo, se dirigen a nuestro cerebro y modifican su ecosistema de forma variable. Su uso regular puede generar procesos tales como:

- Tolerancia; el individuo necesita mayor cantidad de la sustancia para producir los mismos efectos puesto que éste se va adaptando a la presencia de la misma en el organismo
- Dependencia; a consecuencia de su uso habitual, el individuo requiere el consumo de la sustancia a fin de evitar síntomas de abstinencia física o psíquica.

Su abuso puede provocar diferentes tipos de trastornos, sean éstos físicos, psíquicos, además de alteraciones y repercusiones sociales. Asimismo, aquellas con capacidad de producir adicción también pueden producir otros trastornos, como intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales (26)

#### - **CONCEPTOS SOBRE LOS TIPOS BÁSICOS DE CONSUMO DE DROGAS**

- a. **USO:** relación con las drogas en la que, tanto por su cantidad, como por su frecuencia y por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se producen consecuencias negativas sobre el consumidor, ni sobre su entorno. No todas las drogas permiten una relación de este tipo.
- b. **ABUSO:** relación con las drogas en la que se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. La CIE-10 denomina al abuso consumo perjudicial. El diagnóstico de abuso es menos grave que el de dependencia, y se reserva para los pacientes que: Nunca han sufrido dependencia. – Consumen inadecuadamente (exceso o lugar inadecuado) a pesar de las consecuencias perjudiciales de tal práctica. – DSM-IV define el abuso y lo diferencia de dependencia porque no existe tolerancia ni síndrome de abstinencia en la retirada, pero existen consecuencias dañinas para el sujeto.
- c. **POLICONSUMO:** es frecuente entre los consumidores la utilización de varias sustancias psicoactivas simultáneamente o de forma separada. La pauta más habitual es la combinación de varias drogas, a menudo, a lo largo de un mismo período de tiempo. Estas pautas de consumo multiplican los riesgos asociados a estas sustancias.

## 2.2. TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD

### 2.2.1. Definición

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de personalidad más frecuente en el ámbito de las poblaciones clínicas, se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Generalmente estas características se manifiestan al inicio de la etapa adulta y estén presentes en varios ámbitos de la vida del individuo simultáneamente. El TLP causa un malestar significativo tanto a nivel personal, como familiar, laboral y social, además genera desadaptación social, ocupacional y funcional general. Ello sumado a que está asociado a elevadas tasas de comportamientos autodestructivos, como son las tentativas de suicidio y los suicidios consumados.

Siguiendo el DSM IV, los criterios diagnósticos son los siguientes (27):

- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- Impulsividad, como mínimo en dos áreas, que es potencialmente nociva para el propio individuo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, etc.).
- Inestabilidad afectiva a causa de una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad).
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (muestras frecuentes de mal genio, mal humor constante, peleas físicas recurrentes).
- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
- Alteración de la identidad; inestabilidad acusada y persistente de la autoimagen y/o del sentido de sí mismo.
- Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.
- Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario.

- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

### 2.2.2. Epidemiología

Los estudios realizados en poblaciones clínicas nos muestran que es el trastorno de la personalidad más frecuente, con una tasa aproximada de entre 30 y 60 % de los pacientes con TP. La prevalencia de los trastornos límite se estima entre el 1,1% y el 4,6% y la media se establece en un 2% (27) (28), es decir, que la prevalencia del TLP dobla la de la esquizofrenia. Sin embargo otras fuentes muestran que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25 y el 50% en la población reclusa (29). Se diagnostica en mujeres predominantemente, en una relación de 3:1. En relación a la edad durante el diagnóstico, generalmente se da en pacientes entre 19 y 34 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio.

El momento de máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la vida adulta, aunque encontramos la presencia de algunos rasgos propios del trastorno en la adolescencia y la preadolescencia. Los síntomas en la mayoría de casos se atenúan con la edad, principalmente los asociados con la impulsividad, de modo que alrededor de los 40 o 45 años son mucho menos perceptibles. Sin embargo existe un porcentaje considerable que se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un severo deterioro personal y relacional. Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta la mediana edad, un 70% habrá cometido algún intento de suicidio y un 50% lo repetirá incluso diversas veces a lo largo de su vida. Entre un 8% y un 10% lo consumará (4).

El curso clínico de su enfermedad es inestable, presentando múltiples reagudizaciones que corresponden a periodos de crisis, en los que podemos observar una variada gamma de síntomas, desde síntomas depresivos, ansiosos o irritabilidad, comportamientos impulsivos como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones, etc. hasta conductas, como autolesiones, intentos de

suicidio, en ocasiones persistentes, abuso de sustancias y síntomas psicóticos, como clínica paranoide. Además, se observa una elevada comorbilidad con otros diagnósticos sintomáticos y es frecuente que reciban tres o cuatro diagnósticos diferentes antes de llegar al de trastorno de la personalidad.

### 2.2.3. Etiología

Las causas y factores perpetuantes del TLP continúan siendo complejos y poco definidos. Los modelos teóricos actuales se centran en diferentes determinantes biológicos, como vulnerabilidad genética, alteración a nivel de los NT; psicológicos; estrés, desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, específicamente, el proceso de apego; y sociales, pero en estos momentos no disponen aún de suficiente soporte empírico. En su mayoría se trata de modelos generales centrados en la personalidad, y en ellos el TLP aparece señalado como uno de los trastornos de la personalidad que provoca mayor incapacitación.

#### - Modelos Etiológicos

- a. El DSM (APA, 1994) → Se fundamenta en el modelo médico tradicional y usa el concepto de categoría para clasificarlos según los síntomas presentes. Supone límites marcados entre normalidad y patología y entre los diferentes trastornos, los cuales considera entidades independientes.
- b. MODELO DE RASGOS → Se basan en el concepto dimensional de la personalidad; los individuos se sitúan a lo largo de ciertos rasgos continuos: Neuroticismo - estabilidad, extroversión - introversión, afiliación - dureza, impulsividad - control. Por tanto, los TP son expresiones extrema de estas dimensiones, en donde el TLP, se aplica a sujetos con rasgos de neuroticismo, impulsividad, dependencia, necesidad de estimulación, etc.
- c. MODELOS COGNITIVOS → Utiliza conceptos de procesamiento de la información, para estos modelos los TP son consecuencia de errores en la percepción; detección de amenazas inexistentes o exageradas, pensamientos

irracionales; “me abandonara”, o esquemas disfuncionales; “necesito que cuiden de mi”.

- d. **MODELOS PSICODINAMICOS** → Afirma que el TLP se produce por una falla en el proceso de diferenciación, y por ende, se caracteriza por el “Síndrome de difusión de Identidad” con prueba de realidad conservada, impulsividad, desregulación afectiva, predominio de afectos negativos, baja tolerancia a la frustración y ansiedades intensas.

Como acto de defensa los pacientes usan la escisión, la idealización, la devaluación, negación, omnipotencia e identificación proyectiva.

- e. **MODELOS BIOSOCIALES** → Sustenta que en el TLP destacan tres características clínicas, ansiedad por separación, conflictos cognitivos, e inestabilidad afectiva y comportamental. Además este modelo considera que el TLP es la exacerbación de otros trastornos de gravedad moderada.

- **Factores de predisposición**

La aparición de un trastorno de la personalidad en un individuo siempre estará causada por el desarrollo y la suma de diferentes factores (genéticos, perinatales, del desarrollo, de temperamento, estilos educativos, etc.), que, si bien no pueden considerarse causales, sí que implican factores de riesgo para sufrir un trastorno límite de la personalidad (TLP).

a. **VULNERABILIDAD GENÉTICA**

Estudios en gemelos mencionan que el factor de heredabilidad del TLP es de 0.69 (29), es decir, 69% de influencia genética, esto tiene mayor importancia sobre los rasgos impulsivos y la desregulación del estado de ánimo más que el propio trastorno. Además, se sabe que la influencia genética, actúa tanto independientemente como en asociación a otros factores.

#### b. ALTERACIÓN DE NEUROTRANSMISORES

Actualmente se ha demostrado que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de agresión, en tal sentido, la disminución serotoninérgica puede disminuir la capacidad de un individuo de controlar los impulsos destructivos.

#### c. 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 (30). Estas áreas son la amígdala, el hipocampo y las regiones orbitofrontales. 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 (31). Asimismo, también se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas o rostros emocionales.

#### d. FACTORES PSICOSOCIALES

Se ha visto la trascendencia de la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias en otros familiares para el desarrollo del TLP. Asimismo, la negligencia por parte de los cuidadores se ha relacionado con alteraciones en la sociabilización y probablemente con el riesgo de suicidio.

Un indicador fiable de la mala adaptación en la vía adulta es la hiperactividad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sumado a otras variables como la disfunción en las relaciones familiares, la falta de límites a causa de los estilos educativos y actitudes de los padres y un posible trauma en la infancia, se considera el patrón más asociado a un posterior desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

En el ámbito familiar, se ha relacionado a carencias afectivas, abusos de toda índole de forma persistente y distorsiones relacionales en la primera infancia

(32). Además, se halló una incidencia más elevada de abusos sexuales durante la infancia en pacientes diagnosticados de trastorno límite.

Un segundo diagnóstico asociado al desarrollo de este trastorno es el trastorno negativista desafiante, caracterizado por el negativismo, la rabia, los problemas de comportamiento, la hostilidad y la inadaptación (30).

#### 2.2.4. Cuadro Clínico

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad, presentan un tipo de patrón de manifestaciones clínicas que involucran diversas áreas; tales como la afectividad, control de impulsos, alteración de la identidad, relaciones personales inestables e intensas, y las conductas autodestructivas.

Según los criterios actuales de clasificación de las enfermedades mentales referidas a los trastornos de la personalidad (DSM-IV), para diagnosticar un trastorno de la personalidad en un sujeto menor de 18 años, los síntomas deben persistir como mínimo durante un año (33).

Las áreas de la persona que se ven afectadas más directamente por el TLP son las siguientes:

- **ÁREA EMOCIONAL:** Labilidad emocional; oscilan entre periodos depresivos a periodos casi permanente de ansiedad, cambios de ánimo disfóricos; bruscos e impredecibles, experimentan irritabilidad, ira y dicha expresión con respuestas emocionales cambiantes y excesivas y con descompensaciones depresivas.
- **ÁREA INTERPERSONAL:** relaciones caóticas, intensas y difíciles. Intensos esfuerzos para evitar el abandono. Oscilan rápidamente entre la idealización y la devaluación ya sea de su pareja o de otras personas con las que establezcan algún tipo de relación. En sus relaciones sentimentales tienden a la promiscuidad. Presentan además, miedo al rechazo, el cual puede ser real o imaginario, sin embargo, les produce sentimientos negativos que tardan en desaparecer.

- **ÁREA CONDUCTUAL:** Conducta impulsiva, frecuentemente asociado abuso de alcohol y/o drogas; usado por estos pacientes como paliativo de sus estados afectivos negativos, conductas bulímicas, delictivas, promiscuidad sexual. Conducta suicida y parasuicida, además poseen también una conducta manipuladora; si sus demandas demoran, pueden tener explosiones de ira con amenazas de autolesión.
- **ÁREA COGNITIVA:** desregulación del pensamiento, fenómenos de despersonalización, disociación, etc. Episodios psicóticos, perciben muchas situaciones como amenazantes, pueden presentar ideas paranoides. Perciben su entorno como ambivalente, de un modo caótico, sin embargo en ambientes estructurados obtienen sensación de seguridad y tranquilidad.
- **PROBLEMAS DE IDENTIDAD:** Autoconcepto y autoestima muy frágiles y pobres, poseen una imagen segmentada de sí mismos, por lo que se sienten victimizados por los demás, experimentan con frecuencia sentimientos de vacío y dudan de su propia identidad.

### 2.2.5. Evolución

#### - ETAPA INICIAL

Pese a que la adolescencia es una etapa con frecuentes disfunciones emocionales y conductuales, se lograron identificar algunos indicadores que pueden ayudar a detectar la población adolescente con riesgo de sufrir un trastorno de mala adaptación permanente como es el trastorno límite de la personalidad.

- Mala adaptación social y escolar.
- Comportamientos anti normativos, disociales.
- Déficits en la regulación de los afectos.
- Elevada impulsividad.
- Tentativas de suicidio repetidas
- Depresiones graves.

- **SEGUNDA ETAPA – INICIO DE LA VIDA ADULTA**

A menudo encontramos que aquellas evoluciones que apuntaban hacia una mala adaptación se mantienen y se intensifican en este periodo. Los pacientes con TLP presentan una gran variabilidad de síntomas interindividualmente e intraindividualmente, por ende, este es un grupo heterogéneo, asimismo, los pacientes presentan síntomas cambiantes en el tiempo.

Es frecuente que en esta etapa predomine una sintomatología disruptiva conductual y se sucedan las autolesiones y las conductas parasuicidas. En este momento también suelen aparecer las crisis emocionales intensas, a causa de la especial valoración que estos pacientes suelen atribuir a las relaciones interpersonales. El consumo de tóxicos y la propia inestabilidad, a su vez llevan a cuestionar la autonomía personal y aparecen conflictos con el entorno en general. Es entonces cuando llegan al sistema sanitario, con consultas en los servicios de urgencias, y toman los primeros contactos con los recursos de salud mental. No obstante, en otros casos se presentan claros rasgos de inadaptación de la personalidad desde las primeras fases de la adolescencia.

- **TERCERA ETAPA – VIDA ADULTA**

Hacia la mitad de la vida adulta se observan dos procesos evolutivos diferenciados que esquemáticamente (4) podríamos describir así:

*Mejora sintomática:* A pesar de que la persona presenta un cierto desajuste psicosocial (familiar, laboral, etc.) el deterioro no es progresivo, la persona se estabiliza y esto le permite alcanzar suficiente autonomía personal y social.

*Persistencia de la sintomatología:* En estos casos el desajuste personal, familiar y social se mantiene y se acentúa. Aparecen implicaciones familiares (pérdida de vínculos, desgaste familiar), sociales (vivienda, trabajo), sanitarias (consumo de tóxicos), legales (arrestos), etc.

### 2.2.6. Diagnostico

En general, los trastornos de la personalidad constituyen dentro de los trastornos mentales los más complejos de evaluar, y el trastorno límite no es la excepción; es una tarea compleja a causa de sus múltiples presentaciones clínicas, agregado a ello; las patologías asociadas en ciertos casos subestima o sobrestima el propio diagnóstico.

Para realizar el diagnóstico, contamos con la clasificación Internacional de enfermedades mentales y otros desordenes, la CIE-10, y el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). La primera la define como trastorno de “Inestabilidad emocional de la personalidad” con un subtipo “Impulsivo” y otro “Borderline” (17). Este último subtipo es similar al diagnóstico de TLP según el DSM-V (27)

Según el CIE-10 los TP, comprenden modelos de conducta interiormente estables, quedan como resultado respuestas rígidas a un amplio espectro de situaciones personales y sociales, los cuales son, desviaciones de la norma de la población en la que está inmerso el individuo. La estabilidad observada a nivel conductual podría ir asociada a un malestar y/o sufrimiento subjetivo explicado por el paciente.

#### **F60.3 - TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD**

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

#### **F60.30 TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO**

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye: (Personalidad explosiva y agresiva. Y Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad).

Excluye: (Trastorno disocial de la personalidad) (F60.2).

**F60.31 TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LÍMITE**

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

La clasificación de DSM-V se sustenta en el cumplimiento de una serie de criterios para poder establecer su diagnóstico, exigiendo para ello el cumplimiento de cinco de los nueve criterios presentes.

**F60.3 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (301.83)**

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. sentimientos crónicos de vacío.
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Es de suma importancia detectar el trastorno lo antes posible, ya que empieza a manifestarse durante la adolescencia, puesto que nos dará la opción de abordar la enfermedad de una forma más adecuada. De lo contrario, se plantean mayores dificultades en la relación terapéutica, además aumenta la probabilidad de no detectar situaciones de riesgo como son las tentativas de suicidio, problemas legales del paciente, etc.

#### - **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

La entrevista clínica es la herramienta con mayor fiabilidad para evaluar los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, En el caso del TLP podemos observar que la misma, por la heterogeneidad de manifestaciones, merece poca fiabilidad entre los evaluadores, por lo que surge la necesidad de buscar otros sistemas que permitan incrementar la eficacia diagnóstica.

Ante la sospecha de un TLP es necesario indagar sobre los siguientes elementos de evaluación; antecedentes biográficos negativos, antecedentes familiares, evaluación psicopatológica, Psicobiografía (puesto que el TLP se caracteriza por ser un patrón persistente), historia toxicofílica, problemas con la ley, gravedad psicosocial y funcionamiento relacional (social, laboral, familiar). Para establecer el diagnóstico de manera eficaz el clínico ha de considerar solo aquellos rasgos en los que se alcance la gravedad propuesta. (16)

#### - **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

La ausencia de una medida universalmente aceptada requiere por parte del clínico el criterio para escoger los instrumentos más idóneos con los que valorar a sus pacientes que presentan patologías de la personalidad.

<b>INSTRUMENTOS CATEGORICOS</b>	
Entrevistas estructuradas	Estructurada para el DSM-IV, incluye 10 diagnósticos y también los TP depresivo, pasivo-agresivo y no especificado. *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE). *Entrevista estructurada para la personalidad del DSM-IV (SIPDP-IV).
Cuestionarios autoadministrados	*Entrevista diagnóstica para el trastorno límite – revisada (DIB-R); evalúa 5 ámbitos del TLP (adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, psicosis y relaciones interpersonales) *Cuestionario Clínico multiaxial de Millon –III (MCMI-III). *Cuestionario diagnóstico de la personalidad (PDQ-4).
<b>INSTRUMENTOS DIMENSIONALES</b>	
Inventario NEO de la personalidad revisado	(NEO-PI-R), inspirado en el modelo precursor de Cattell; de los 5 factores básicos de la personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad).
Inventario del temperamento y el carácter (TCI)	De Cloninger; integra las dimensiones temperamentales heredables (búsqueda de novedades, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) y variables que se modifican con el desarrollo (autodirección, cooperación y autotranscendencia).

### 2.2.7. Comorbilidades

A raíz de la variada sintomatología que presenta, a la inestabilidad afectiva y las dificultades para el control que caracterizan este patrón; se origina la aparición episódica de diferentes trastornos del Eje I, síndromes ansiosos, somatoformes, depresivos, esquizofrénicos y abusos de sustancias (34), incluso se ha descrito como el “paradigma de la comorbilidad” (35), es muy probable que este trastorno se manifieste junto con otros trastornos de la personalidad, todo ello retrasa el diagnóstico, asimismo, repercute directamente en el curso y pronóstico del TLP.

La comorbilidad determinada con diagnósticos del **EJE I** es la siguiente (4):

- **93% presenta un trastorno afectivo** (83% depresión mayor - 38% distimia - 9% bipolares II)
- **88% presenta un trastorno de ansiedad** (56% trastornos por estrés postraumático; 61% M y 35% H - 48% crisis de angustia (trastorno de pánico) - 46% fobia social - 32% fobia simple - 16% trastorno obsesivo compulsivo - 13% trastorno por ansiedad generalizada - 12% agorafobia)
- **64% presenta un trastorno por uso de sustancias (65% de hombres y 41% de mujeres)** (52% abuso/dependencia del alcohol - 46% abuso/dependencia de otras sustancias)

- **53% presenta un trastorno del comportamiento alimentario** (26% bulimia; 30% de mujeres y 10% de hombres - 21% anorexia; 25% de mujeres y 7% de hombres)

Los trastornos del Eje I muestran una peor evolución cuando se hallan asociados a un TLP, puesto que presentan mayores tasas de abandono de los tratamientos prescritos, con un pobre cumplimiento de las indicaciones. Por tanto, obtienen una mala respuesta a los tratamientos, con mayor tendencia a la cronicidad.

La comorbilidad con diagnósticos del **EJE II** (4):

Principalmente con trastornos de la personalidad, sobretodo trastorno antisocial, evitativo, histriónico, narcisista y el esquizotípico.

### **PROBLEMAS ESPECÍFICOS LIGADOS AL TLP**

Los TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS son muy frecuentes en los pacientes con TLP, y ello es muestra de su complejidad, se sabe que síntomas del TLP, como son la inestabilidad afectiva y la impulsividad, pueden influir negativamente en el pronóstico de ambos trastornos (36), puesto que el consumo de sustancias contribuye a aminorar la distancia que los separa de otras conductas autodestructivas, como las automutilaciones o la promiscuidad sexual. Otra característica importante es la poca conciencia que tienen estos pacientes sobre la naturaleza, gravedad y repercusiones de su abuso, por lo cual, es necesario investigar exhaustivamente sobre su consumo, y educar a los pacientes sobre los riesgos a los que se enfrentan.

Por otra parte; el TLP es el más asociado con la CONDUCTA SUICIDA; es el único que incluye la conducta autodestructiva como uno de los criterios diagnósticos, Un 70% de los pacientes con TLP cometen algún intento de suicidio a lo largo de su vida. Un 50% de ellos repite, con una media de tres intentos por caso, las conductas de riesgo, las autoagresiones y los gestos suicidas son aún más frecuentes, ya que afectan al 90% de los pacientes. De hecho, muchos autores consideran que las automutilaciones (el 80% se provoca cortes), las conductas temerarias y el abuso de sustancias pueden representar aspectos indirectos de la tendencia suicida en estos pacientes (4). La tasa de suicidio

consumado en estudios longitudinales oscila entre el 8% y el 10%. La media de edad en que la gravedad de los intentos es más elevada se sitúa alrededor de los 30 años.

Existen **factores que aumentan el riesgo de suicidio** (Principal factor predictivo; historia previa de intentos de suicidio, no tener pareja, estar sin trabajo, encontrarse aislado socialmente, historia de abuso sexual, alto nivel educativo, mayor gravedad de trastorno; asociado a mayor impulsividad, la comorbilidad con abuso de sustancias y con episodio depresivo mayor.

En relación al ENTORNO FAMILIAR existe un alto grado de afectación que sufren las familias en relación con esta patología, puesto que se ven directamente involucrados en las situaciones de crisis que presentan los pacientes (ingresos, altas hospitalarias, problemas judiciales, etc.).

En cuanto al ENTORNO SOCIAL, se observa una mayor tasa de desempleo en estos pacientes, pese a sus aparentes capacidades sociales e intelectuales, no obstante, la inestabilidad emocional, el miedo al rechazo y al fracaso y la impulsividad alteran su estabilidad laboral.

Además, estos pacientes adoptan un patrón de conducta que conlleva **PROBLEMAS CON LA LEY**, probablemente a causa de un porcentaje considerable (25%) de coexistencia con el T. antisocial. En este contexto, se destacan principalmente los delitos contra la salud pública (consumo de sustancias), escándalo público (conductas explosivas y/o provocativas, peleas), delitos contra la seguridad vial (conducción temeraria) e incluso la conducta violenta con daños a terceros.

### 2.2.8. Tratamiento

Al momento, se considera que el tratamiento más eficaz para estos pacientes es la combinación de abordajes psicológicos y farmacológicos, con la finalidad de aliviar los síntomas y las conductas, en los ámbitos que más alteran su calidad de vida. Sin embargo, ninguno de los dos ha demostrado tener suficiente eficacia terapéutica, en parte, por la elevada frecuencia de comorbilidad, las altas tasas de abandono del tratamiento y el escaso cumplimiento.

Se requiere una adecuada valoración del paciente, para poder establecer una alianza con el terapeuta, y contrarrestar en la medida de lo posible, las limitaciones en el manejo de estos pacientes, las personas con este trastorno, necesitan comprender su enfermedad y ser tratados correctamente (37), por lo que se les debe proveer a él y su familiar psicoeducación respecto al trastorno y su tratamiento.

### - TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

La determinación de estos medicamentos, idealmente puede hacerse según la relación entre los síntomas más relevantes y el comportamiento, los afectos o las cogniciones. En general, se considera mejor abordar el tratamiento en el ámbito del comportamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, sertralina, venlafaxina), eutimizantes (litio, valproato, carbamazepina) y dejar los antipsicóticos para el tratamiento de las afecciones cognitivas (haloperidol, perfenazina, clozapina, olanzapina, risperidona).

**TABLA 3 – EFICACIA DE LA MEDICACIÓN EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Tipos de medicación	Estado de ánimo	Impulsividad/ autodestructividad	Cognición/ percepción	Autoimagen/ roles interpersonales
ISRS	++	++	=	+
ADT	+	+/-	+/-	=
Antipsicóticos clásicos	+	+	+	=
Antipsicóticos atípicos	+	+	+	?
Anticomiciales	+/-	++	+	=
Benzodiazapinas (a)	=	-	?	=
Litio	+	+	?	?

ADT: Antidepresivo triccíclico; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina; +: mejora posible/leve; ++: mejora habitual/clara; +/-: puede mejorar o empeorar; =: sin acción; -: claro empeoramiento.  
a: Sólo hacen referencia a las variantes farmacológicas de acción corta.

En la TABLA 3 se presenta la eficacia de esta medicación en el trastorno límite de la personalidad.

### - TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

La mayor evidencia del tratamiento psicoterapéutico efectivo hasta el momento proviene de la terapia dialéctico-conductual de Linehan (38), de la psicoterapia psicodinámica de Kernberg (39) de la psicoterapia interpersonal.

Los pacientes con TLP debido a la gran emotividad y la falta de control movilizan fuertes sentimientos en los terapeutas, por lo que se requiere un abordaje estructurado y específico que ayude a afrontar la inestabilidad propia del trastorno, generalmente se hallan orientados a disminuir la intensidad y la cantidad de episodios de conductas autodestructivas, el autocontrol emocional, la mejora de las relaciones interpersonales del paciente, y el logro de una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales.

#### - **PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS**

Mediante éstas se pretende que el paciente tome conciencia de la manera del funcionamiento inconsciente para mejorar así, la tolerancia a los afectos, un mejor control de las acciones impulsivas, incrementar la función reflexiva, integrar aspectos disociados, aumentar la fortaleza del yo, disminuir la fragmentación e incrementar el sentido de cohesión en la experiencia hacia uno mismo y hacia los demás, fortalecer las defensas, mejorar la autoestima, internalizar (o interiorizar) la relación terapéutica y generar una mayor capacidad para hacer frente a sentimientos desagradables (4).

Técnicamente se utilizan intervenciones del tipo interpretaciones, confrontaciones, clarificaciones y otras, de forma focalizada, tanto transferenciales como extratransferenciales.

Algunos pacientes con TLP requieren ser tratados con PSICOTERAPIA DE REFUERZO, cuyos objetivos se basan en el funcionamiento de la vida cotidiana. El terapeuta tiene una actitud activa, no neutral; no ofrece interpretaciones y sí que da explicaciones sobre el funcionamiento personal y relacional manteniendo una transferencia positiva, se requiere una atmósfera cálida y empática (gratificaciones vinculares). La frecuencia de la terapia es de una vez a la semana y de larga duración (5-10 años).

Se ha demostrado su eficacia en lo concerniente a la disminución de los síntomas, sobre todo los relacionados a la impulsividad. Cuando la duración del tratamiento

ha sido por lo menos un año, mejora el 75% de los pacientes, mientras que entre el 87% y el 95% lo hacen con dos años de tratamiento (40)

Los efectos secundarios que pueden derivarse provienen del establecimiento de relaciones de gran dependencia o de las reacciones contratransferenciales que a menudo los pacientes con

TLP pueden provocar en los terapeutas y que pueden llevarles a transgredir límites profesionales a través de intervenciones inapropiadas o inefectivas.

Nos encontramos ante tratamientos difíciles que requieren de mucha formación y flexibilidad por parte del terapeuta y en los que los límites del setting se ponen constantemente a prueba. La supervisión es muy necesaria.

Terapias cognitivo-conductuales (TCC) Desde principios de los años noventa, algunos grupos de trabajo en TCC inician propuestas de tratamiento de los trastornos de la personalidad (TP) que intentan ir más allá de las aproximaciones sintomáticas (Eje I) con el fin de conseguir una comprensión suficiente y necesaria de los TP.

Estas propuestas se han polarizado fundamentalmente en torno a los modelos de terapia cognitiva (Beck y Freeman, 1992; Young, 1994) basados en el tratamiento de aquellas “visiones del mundo en relación con uno mismo” que favorecen creencias disfuncionales que provocan desadaptación y fracaso adaptativo. Estos modelos no han publicado estudios controlados para evaluar la eficacia. Desde un planteamiento arraigado en la terapia de conducta, el grupo liderado por la profesora M. Linehan propuso en los años noventa (Linehan, 1993) un programa de tratamiento perfectamente estructurado llamado Terapia Dialéctica Conductual (TDC).

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC), o Dialectical Behavior Therapy (DBT), fue publicada en 1991 por Marsha Linehan, Universidad de Washington, Seattle, Washington. La base teórica de la TDC reside en un modelo bisocial de los

trastornos de personalidad. Por un lado aparece una disfunción biológica en el sistema de regulación emocional que, junto con un ambiente invalidante, da lugar a una disregulación emocional dominante propia del TLP.

Las técnicas utilizadas están basadas en la filosofía dialéctica, la terapia conductual, cognitiva

y en técnicas de meditación, así como en otras específicas (contacto telefónico, intervención en crisis, etc.). La terapia se centra principalmente en el paciente, pero también tiene en cuenta el entorno ambiental con otras intervenciones como los grupos de familiares o la consulta al paciente, entre otros.

El programa de tratamiento propuesto por Linehan es de un año de terapia individual (1 hora semanal) y un grupo de habilidades (2-3 horas semanales). El objetivo principal es trabajar el manejo de la conducta suicida y parasuicida, aunque también tiene otros (conductas que interfieren en el proceso terapéutico, calidad de vida, objetivos personales, autorespeto, habilidades interpersonales de regulación emocional y de tolerancia al estrés, etc.). La TDC es un programa estructurado de soporte vital en el que se equilibran la aceptación de la situación del paciente y el cambio para mejorar su vida. Un punto esencial es la relación terapéutica, tanto la relación terapeuta-paciente como la necesidad de que el terapeuta forme parte de un grupo de consulta en el que reciba supervisión técnica y soporte emocional.

Existen estudios controlados que valoran la eficacia del tratamiento y estudios de seguimiento

(Linehan y col., 1991, 1993, 1994) que han revelado diferencias significativas respecto a otros tratamientos normalmente utilizados hacia una mayor disminución de conductas parasuicidas, más retención del paciente en terapia, menos días de ingreso psiquiátrico, disminución de la ira, mejor funcionamiento global y mejor ajuste social.

Terapias de grupo Sus objetivos son parecidos a los de las terapias individuales: estabilización del paciente y manejo de la impulsividad y otros síntomas. Estas terapias permiten ofrecer soporte social adicional y favorecen el aprendizaje de relaciones interpersonales.

No existen estudios controlados con series amplias de pacientes. Parece que las terapias de grupo muestran la máxima eficacia en el momento de consolidar la mejoría obtenida después de hospitalizaciones, y también cuando los pacientes comparten un determinado traumatismo (p.e. grupos de TLP con antecedentes de abuso sexual en la infancia).

Clínicamente parece que la utilización conjunta de terapia individual y de terapia de grupo es más eficaz que la utilización de cualquiera de ambas por separado. Se han descrito efectos secundarios: interacciones hostiles y destructivas entre los pacientes, ansiedad ante la exposición emocional al grupo y fenómenos de contagio sintomático entre los participantes.

La elección del tipo de grupo debería considerar los siguientes aspectos: grupos con diagnósticos homogéneos o diversos, tratamiento único o combinado y modificación de las técnicas grupales.

**TERAPIA FAMILIAR:** La introducción de las intervenciones psicoeducativas estructurales dirigidas a las familias ha tenido una buena acogida. Los objetivos son mejorar el conocimiento del trastorno por parte de los familiares, implicarlos en los objetivos terapéuticos, adquirir habilidades de trato con el paciente, mejorar la comunicación y disminuir las hostilidades hacia el paciente.

**TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS:** Ya en la década de los sesenta, los terapeutas de orientación psicodinámica que trabajaban con el TLP, utilizaban la hospitalización articulada con el tratamiento psicoterapéutico (comunidad terapéutica).

Las modalidades de hospitalización incluían desde las prolongadas hasta las parciales. Con el paso del tiempo han resultado más efectivos los tratamientos en los hospitales de día (hospitalización parcial). Las hospitalizaciones prolongadas generaban un aumento de las conductas de dependencia y pasividad y potenciaban los aspectos más regresivos de los pacientes, por lo que dificultaban su rehabilitación social, relacional y personal.

## 2.3.DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

### 2.3.1. Intoxicación por sustancias psicoactivas

#### - DEFINICIÓN

Se define como un cambio psíquico o comportamental desadaptativo causado por el consumo reciente de una o varias sustancias psicoactivas. Para producirla, la cantidad ingerida debe superar la capacidad de tolerancia del consumidor. (41)

Por lo general es transitoria, sin embargo, dependiendo del consumo, puede volverse relativamente constante. No implica dependencia, pero obliga a descartarla. La ausencia de estado de intoxicación no descarta el diagnóstico de dependencia. La dependencia favorece la aproximación continua a la sustancia, mediante su búsqueda por lo que incrementa la probabilidad de sufrir una intoxicación.

#### - CLÍNICA

Está determinada por los dos componentes principales: efectos biológicos propios de la sustancia y por la idiosincrasia del sujeto. Con frecuencia, las funciones mentales más afectadas son el nivel de conciencia, la percepción, el estado afectivo y el comportamiento

- Nivel de conciencia: aumentado o disminuido.
- Percepción: alucinaciones o ilusiones visuales, auditivas, táctiles.
- Estado afectivo: exaltado o deprimido.
- Comportamiento: agitación o inhibición.

#### - COMPLICACIONES

Debe ser evaluado el nivel conciencia, en ocasiones, sufriendo alteraciones graves, como delirium y coma, la percepción también se ven comprometida,

llegando a presentarse alucinaciones de varias índoles. Otro aspecto a tener en cuenta es la posición del paciente, puesto que con relativa frecuencia se observa aspiración del vómito y/o neumonía. Convulsiones, Hemorragias digestivas, contusiones y traumatismos corporales, principalmente traumatismos craneoencefálicos.

### 2.3.2. Abstinencia de sustancias psicoactivas

#### - DEFINICIÓN

Cambio psíquico o comportamental desadaptativo causado por la reducción, parcial o total, del consumo de una sustancia o por la administración de un antagonista de tal sustancia (42). Para que se produzca un síndrome de abstinencia debe haberse desarrollado neuroadaptación a la sustancia (cambio del funcionamiento neuronal que se produce cuando los receptores son ocupados por cantidades excesivas de una sustancia psicoactiva).

La abstinencia es un estado transitorio y autolimitado. El diagnóstico de abstinencia no implica el diagnóstico de dependencia (por ejemplo, hijo de madre heroinómana), pero obliga a descartarlo. La dependencia aumenta la probabilidad de sufrir abstinencia. La ausencia de abstinencia disminuye la probabilidad de que exista dependencia, porque la abstinencia es un criterio diagnóstico de dependencia.

#### - CLÍNICA

La abstinencia se caracteriza por la presencia de síntomas bastante específicos para cada tipo de sustancia. Los síntomas suelen consistir en el fenómeno contrario al que se observa durante la intoxicación de esa misma sustancia. Las funciones mentales que se afectan más frecuentemente durante la abstinencia son el estado afectivo y el comportamiento. También pueden alterarse el nivel de conciencia y la percepción.

## - COMPLICACIONES

Alteraciones del nivel de conciencia, delirium, convulsiones.

### 2.3.3. Dependencia de sustancias psicoactivas

Según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS: “Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

La manifestación característica del síndrome de abstinencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas”. En esta definición resaltan los siguientes conceptos claves:

- El deseo (craving), como manifestación característica del trastorno.
- Las manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas.
- La prioridad del consumo de sustancias respecto a otros comportamientos.

El DSM-IV define la dependencia a una sustancia cuando su consumo conlleva la presencia de tolerancia, síndrome de abstinencia, incapacidad para interrumpir el consumo pese a que se conocen las consecuencias negativas derivadas de éste, o se dedica mucho tiempo a conseguir la sustancia, con reducción de otras actividades (27). Los efectos placenteros de una droga sirven como refuerzo positivo para que el sujeto siga consumiéndola. Se cree que la base neuroquímica de esta recompensa es consecuencia del efecto de la droga sobre la neurotransmisión y puede implicar un aumento de dopamina en el sistema nervioso central (SNC). (43)

La dependencia tiene dos dimensiones:

- **DEPENDENCIA FÍSICA:** si no se consume la sustancia, aparece el síndrome de abstinencia propio de esa sustancia. La dependencia física está muy asociada a la tolerancia e implica un estado fisiopatológico por el que aparecen síntomas físicos al

interrumpir el consumo de la sustancia (síndrome de abstinencia) y se precisan cada vez mayores cantidades para conseguir el efecto buscado (tolerancia) (44).

•**DEPENDENCIA PSÍQUICA:** compulsión para consumir una sustancia psicoactiva, para experimentar un estado afectivo agradable o librarse del estado desagradable. Consiste en la necesidad de buscar activamente una sustancia, sin ser derivada de la presencia de un síndrome de abstinencia, dedicando el sujeto mucho tiempo a la obtención y consumo de ésta.

### **DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (CIE-10)**

Existe un síndrome único para diagnosticar dependencia, sea cual sea la sustancia que la produzca. Todas las dependencias comparten una fenomenología común, aunque existen características diferenciadoras entre unas adicciones y otras. El diagnóstico de dependencia se basa en la presencia de tres o más criterios de dependencia durante un período de 12 meses.

**Criterios** para el diagnóstico de dependencia de sustancias (CIE-10): además de la presencia obligada de consumo inadecuado, por excesivo o por inoportuno, deben existir al menos tres de los síntomas siguientes:

- Deseo intenso de consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia. • Tolerancia.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

La dependencia se considera un trastorno mental crónico. El curso más habitual se caracteriza por períodos de remisión, más o menos duraderos, que se interrumpen por recaídas (17).

#### 2.3.4. Clasificación de drogas

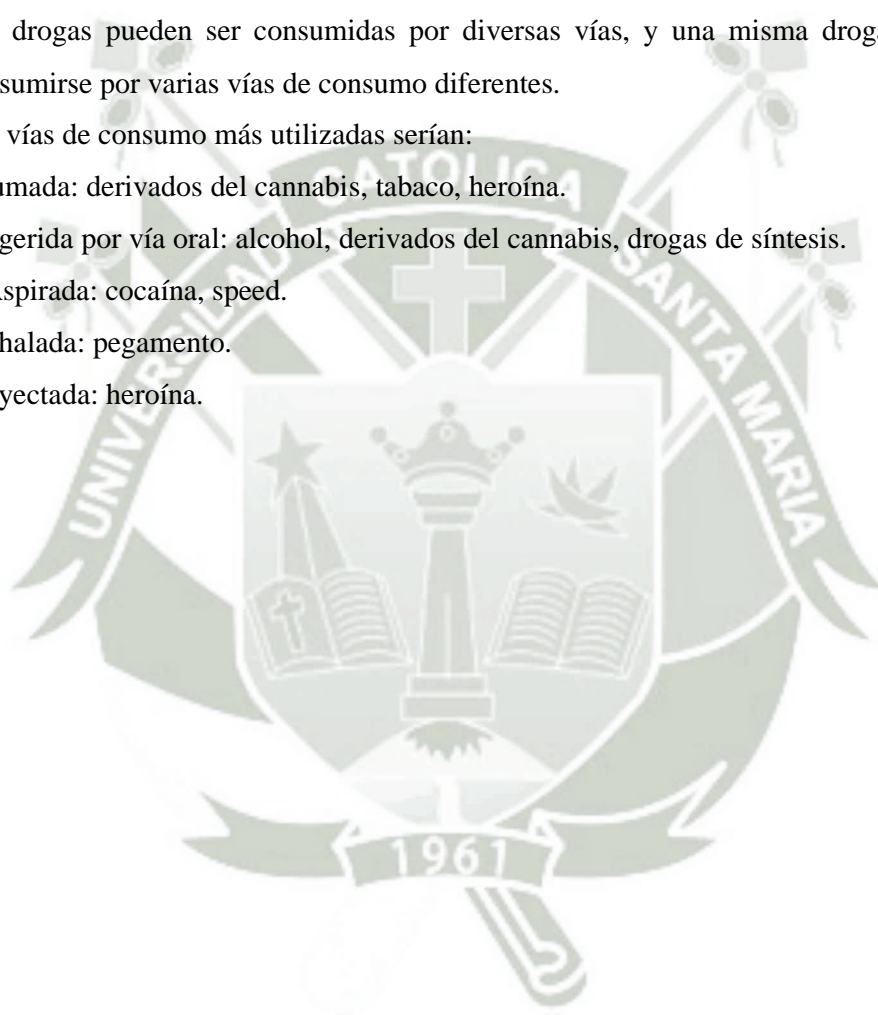
Dada la gran diversidad de drogas que existe, y que la característica común a todas ellas es la psicoactividad, es decir, su capacidad para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual, se hace a continuación una clasificación atendiendo a su principal efecto sobre el SNC1 (tabla I).

#### VÍAS DE CONSUMO DE DROGAS

Las drogas pueden ser consumidas por diversas vías, y una misma droga puede consumirse por varias vías de consumo diferentes.

Las vías de consumo más utilizadas serían:

- Fumada: derivados del cannabis, tabaco, heroína.
- Ingerida por vía oral: alcohol, derivados del cannabis, drogas de síntesis.
- Aspirada: cocaína, speed.
- Inhalada: pegamento.
- Inyectada: heroína.



**Tabla I. Clasificación de drogas**

1. Drogas depresoras del SNC:
  - 1.1 Alcohol
  - 1.2 Opiáceos:
    - 1.2.1. Heroína
    - 1.2.2. Morfina
    - 1.2.3. Codeína
    - 1.2.4. Metadona
    - 1.2.5. Propoxifeno
  - 1.3. Sedantes
  - 1.4. Hipnóticos
2. Drogas estimulantes del SNC:
  - 2.1. Estimulantes mayores:
    - 2.1.1. Cocaína
    - 2.1.2. Anfetaminas:
      - 2.1.2.1. Dextroanfetamina
      - 2.1.2.2. Metaanfetamina (speed)
      - 2.1.2.3. Metilfenidato
  - 2.2. Estimulantes menores:
    - 2.2.1. Nicotina
  - 2.3. Xantinas:
    - 2.3.1. Cafeína
    - 2.3.2. Teobromina
3. Drogas perturbadoras del SNC:
  - 3.1. Alucinógenos:
    - 3.1.1. Alucinógenos serotoninérgicos:
      - 3.1.1.1. Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)
      - 3.1.1.2. Psilocibina
      - 3.1.1.3. Mescalina
    - 3.1.2. Agentes anticolinérgicos:
      - 3.1.2.1. Atropina
      - 3.1.2.2. Escopolamina
    - 3.1.3. Anestésicos disociativos:
      - 3.1.3.1. Fenciclidina (PCP: polvo de ángel)
      - 3.1.3.2. Hidrocloruro de ketamina
  - 3.2. Derivados del cannabis:
    - 3.2.1. Marihuana
    - 3.2.2. Hachís
    - 3.2.3. Aceite de hachís
  - 3.3. Drogas de síntesis:
    - 3.3.1. MDMA (éxtasis)
    - 3.3.2. MDA
    - 3.3.3. MDEA
    - 3.3.4. DOM
  - 3.4. Inhalantes:
    - 3.4.1. Solventes volátiles
    - 3.4.2. Nitrito de amilo y nitrito de butilo
    - 3.4.3. Anestésicos generales
    - 3.4.4. Gases propelentes en aerosol

## 2.4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 2.4.1. Locales

- **TITULO:** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014.

**AUTORES:** URIARTE VALENCIA, YOMALLY DANNEY

**TITULO ORIGINAL:** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014 (6)

**RESUMEN:** Mediante el estudio se precisó las características clínicas y sociodemográficas en los pacientes con trastorno de personalidad Bordeline que asistían consultorios externos y hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa, este fue aplicado a 45 pacientes. Se obtuvo que en un acumulado del 82% el inicio de su enfermedad ha sido en su adolescencia (12 a 19 años), que tienen un tiempo de enfermedad de 1 a 10 años (77% acumulado), que han tenido episodios de irritación (35.6%), cambio de humor en meses (80.0%), si tienen dependencia afectiva (77.8%), han presentado desesperanza (91.1%), un 48.9% se han automutilado, y el 100% ha vivido situaciones de estrés.

#### 2.4.2. Nacionales

- **TÍTULO:** PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN EL SUR DEL PERÚ: ESTUDIO CLÍNICO-DESCRIPTIVO.

**AUTORES:** Jonathan A. Zegarra-Valdivia, Brenda Nadia Chino Vilca y Ernesto Cazorla Pérez.

**TÍTULO ORIGINAL:** PREVALENCE OF DUAL DIAGNOSIS IN THE SOUTH OF PERU: DESCRIPTIVE CLINICAL STUDY. (45)

**RESUMEN:** La comorbilidad entre un trastorno por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos o patología dual (PD) se caracteriza por la dificultad en su abordaje terapéutico, recaídas constantes e ingresos hospitalarios. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de PD en un centro psiquiátrico de Arequipa-Perú. Es un estudio descriptivo epidemiológico basado en el análisis de 445 historias clínicas (HC) de pacientes ingresados durante el lapso de tres años (periodo 2011-2013). Se establecieron características sociodemográficas y clínicas de los sujetos comparando entre quienes presentaron un diagnóstico de PD, con aquellos que solo tuvieron diagnóstico por consumo de sustancias psicótropas. Los resultados evidencian una prevalencia de patología dual de 49%. Las edades promedio fueron de  $M = 31.45$ ,  $DE = 15.59$  en el grupo con patología dual (CPD) y  $M = 33.93$ ,  $DE = 15.48$  en el grupo sin patología dual (SPD); la prevalencia del consumo de sustancias SPD fue del 51%. El alcohol fue la sustancia más consumida, seguida de cannabis, marihuana y la pasta básica de cocaína (PBC). Se evidencia la vulnerabilidad socio-familiar e individual de la población en cuanto a protección o resistencia frente a la enfermedad mental, además de la carencia de políticas efectivas en salud mental, que muestran peor pronóstico e índices cada vez más elevados.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1.General

- Determinar cuál es la asociación entre la frecuencia de rasgos de trastorno límite de la personalidad y la dependencia a sustancias psicoactivas en pacientes entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moises Heresi y pacientes atendidos en el centro de salud de Zamacola” – Arequipa, 2017.

#### 3.2.Específicos

- Determinar cuál es la frecuencia de Trastorno Límite de la personalidad en pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, comparada con pacientes sin dependencia a las mismas atendidos en el Centro de Salud de Zamacola, Arequipa 2017.
- Conocer cuál es la frecuencia de rasgos de trastorno límite de la personalidad en pacientes tratados por dependencia a sustancias psicoactivas, entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2017.
- Esclarecer es el rasgo de TLP más frecuente en pacientes tratados por dependencia a sustancias psicoactivas, entre 18 y 35 años en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2017.
- Demostrar cuál es la sustancia psicoactiva, cuyo consumo está más relacionado a la presencia de rasgos de TLP en pacientes tratados por dependencia de dicha sustancia.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

##### 1.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se realizará el estudio en el centro de Salud de salud mental Moises Heresi y en el centro de salud Zamacola, durante los meses de Enero y Febrero, 2017. Se realizaran las gestiones a la dirección de dichos centros, así como el consentimiento informado de los pacientes para participar en este estudio.

En el estudio de **CASOS** se aplicará el siguiente instrumento: **MSI-BDP (Cuestionario de Screening McLean) (Anexo1)**, cuya versión española fue validada en marzo del 2016, con el objeto de detectar la presencia de TLP de forma fiable y sencilla, en población hispanohablante.

El MSI-BPD es un cuestionario autoinformado de 10 ítems puntuados de forma dicotómica (verdadero – falso). Incluye un ítem por cada uno de los 8 primeros criterios del DSM-IV y DSM-V para el TLP y 2 ítems para el noveno criterio de paranoia/disociación, tiene un punto de corte de 7, al igual que la versión original. Presenta además, un buen nivel de consistencia interna ( $KR-20 = 0.873$ ), sensibilidad de 0.71 y especificidad de 0.68, utilizando el punto de corte mencionado.

Para la determinación de pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas se hará uso de una anamnesis previa y/o historia clínica, luego se aplicara un instrumento obtenido de Madrid Salud, organismo que tiene a su cargo la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencias de Madrid, de esta manera, se los clasificara según la(s) sustancias que les genere dependencia, puesto que se requieren pacientes con el diagnostico ya establecido, y que estén recibiendo, al momento de la entrevista, tratamiento para dicha dependencia, sea este farmacológico o

psicoterapéutico, se dé dentro del establecimiento de salud (pacientes hospitalizados) o en forma ambulatoria.

Para el estudio de **CONTROLES**, se aplicará el mismo instrumento; **MSI-BDP (Cuestionario de Screening McLean) (Anexo1)**, en este caso a pacientes mayores de edad y menores de 35 años que acudan en busca de atención al Centro de Salud de Zamacola, y que no tengan historia clínica de trastorno neurocognitivo, ni patología psiquiátrica.

## 1.2. MATERIALES DE VERIFICACIÓN

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

## 2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN

### 2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

- El escenario del estudio es la ciudad de Arequipa, con una cantidad poblacional que justifica el estudio del Trastorno límite de la personalidad y permitirá tomar una muestra adecuada y estudiar los aspectos requeridos para el estudio. Se llevará a cabo en hospitalización y consultorio del centro de salud mental Moisés Heresi y en el centro de salud de Zamacola, Arequipa.

### 2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Se estima que el actual proyecto se realizara en un plazo de dos meses, para realizar la recolección de pacientes y las evaluaciones pertinentes, se recolectaran pacientes que estén hospitalizados y aquellos que reciben

tratamiento por consumo crónico de sustancias psicoactivas durante los meses de Enero y Febrero del 2017, además de aquellos que acudan por atención en el Centro de Salud de Zamacola, sin patología psiquiátrica de fondo.

### 2.3.CRITERIOS DE INCLUSIÓN

#### - CASOS

- Todos los pacientes hospitalizados, con el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas en el centro de salud mental Moisés Heresi, sin tomar en cuenta el tiempo de hospitalización, ni de tratamiento.
- Pacientes que acudan a consulta por consumo crónico de sustancias psicoactivas o que reciban tratamiento por dicho motivo en el centro de salud mental Moisés Heresi.
- Se consideraran pacientes mayores de 18 y menores de 35 años al momento de la investigación.

#### • CONTROLES

- Pacientes que acudan al centro de salud de Zamacola para atención ambulatoria.
- Pacientes mayores de 18 y menores de 35 años al momento de la investigación.

## 2.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **CASOS**

- Pacientes que no cuenten con el diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas, al momento de la investigación.

- **CONTROLES**

- Pacientes que tengan alguna patología psiquiátrica diagnosticada, incluyendo consumo crónico de sustancias psicoactivas y/o estén recibiendo tratamiento para la misma.

## 2.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra de casos estará conformada por todos aquellos pacientes internados con el diagnóstico citado en el lapso de enero y febrero del 2017, y aquellos que estén recibiendo tratamiento para el mismo y siendo atendidos por el Centro de Salud Mental Moisés Heresi al momento de la investigación. Los controles los integrarán pacientes que acudan al centro de salud de Zamacola, siendo la relación entre casos y controles de 1:2.

**CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL EN ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES**

*Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1*

Frecuencia de exposición entre los casos	0,40
Frecuencia de exposición entre los controles	0,20
Odds ratio a detectar	2,00
Nivel de seguridad	95%
Potencia	80%
Número de controles por caso	2

**Nivel de confianza o seguridad con el que se quiere trabajar**

p1	0,40
p2	0,20
OR	2,00

**TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO**

Casos	33
Controles	67

Sonia Páez Díaz  
Salvador Pita Fernández  
Unidad de Epidemiología y Bioestadística  
Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. ORGANIZACIÓN

- Se realizarán las coordinaciones con el centro de Salud Mental Moises Heresi, y con el Centro de Salud Zamacola, a fin de obtener la autorización para la realización del estudio.
- El procedimiento que se realizara para la evaluación de los pacientes de la muestra, será por medio de la observación y posterior aplicación del instrumento, para conocer en primera instancia; sus características sociodemográficas, luego indagar sobre las características de su consumo; para determinar uso, abuso o dependencia de la(s) sustancias referidas por el paciente y finalmente detectar la presencia de rasgos de TLP en este tipo de pacientes.
- Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

#### 3.2. RECURSOS

- **Humanos:** Investigador, asesor, colaboradores.
- **Materiales:** Fichas de investigación, laptop con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico, materiales de escritorio.
- **Financieros:** Autofinanciado.

#### **4. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE DATOS**

##### **4.1.PLAN DE PROCESAMIENTO**

Los datos registrados en la ficha de recolección de datos (Anexo 1), luego serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

##### **4.2.PLAN DE CLASIFICACIÓN**

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

##### **4.3.PLAN DE CODIFICACIÓN**

Se procederá a la codificación de los datos que contengan indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

##### **4.4.PLAN DE RECUESTO**

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

##### **4.5.PLAN DE ANÁLISIS**

Para la determinación de ASOCIACIONes estadísticas se utilizara el software de análisis SPSS v20.0. Utilizando Chi cuadrado para variables no paramétricas y U de Man Whitney para variables paramétricas.

## CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO				ACTIVIDAD
Primera y segunda semana	Tercera y cuarta semana	Quinta, sexta y séptima semana	Octava semana	
X				Trámites administrativos para el consentimiento informado en la participación de la población escogida.
X				Elaboración del instrumento para captura de la información y explicación a los sujetos de la investigación.
X	X	X		Aplicación del instrumento con participación de los sujetos de la investigación.
	X	X		Recolección de datos.
			X	Procesamiento de la información recopilada.
			X	Elaboración de gráficos y tablas.
			X	Análisis de resultados.
			X	Elaboración de conclusiones e informe final.

#### IV.- BIBLIOGRAFÍA

1. Soler J, Dominguez-Clavé E, García-Rizo C, Vega D, Elices M, Martín-Blanco A, et al. Validación de la versión española del Mc Lean screening instrument for Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y salud Mental*. 2016; 9(4): p. 195-202.
2. Ingelmo Fernández J. Trastorno de la personalidad: descripción y psicodinámica. *Psiquis*. 1993;(1): p. 39-52.
3. Bernedo M, Roca M. Trastornos de la Personalidad. In. Barcelona: Masson; 1998.
4. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. Trastorno límite de la personalidad (TLP). Primera ed. TLP Gdtse, editor. Barcelona: Departamento de Salud de Catalunya; 2006.
5. Diaz JE, Gaino LV, Souza J. Características clínico y sociodemográficas ende los pacuentes de un centro de rehabilitación para las adicciones. *Revista Gaúcha de Enfermedades*. 2016; 37(2).
6. Uriarte Valencia Y. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Arequipa; 2015.
7. Thorsten K, Jutta S, Felix B. Borderline personality disorder and comorbid addiction epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2014; 111(16): p. 280-286.
8. Craigh LJ. A psychometric study of the prevalence of the DSM III personality disorders among treated opiate addicts. *The international journal of addiction*. 1982;(23): p. 115-124.
9. Steel Z, Blaszczynski A. Impulsivity personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*. 1998; 93(6): p. 895-905.
10. Leonelo SP, Forti MA. Trastrno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista española de medicina legal*. 2012; 38(4): p. 149-154.
11. Treece C, Nicholson B. DSM III personality type and dose in methadone mantenance patients. *The journal of hervous and mental disease*. 1990;(168): p. 621- 628.
12. Rousanville BJ. Untreated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*. 1985; 42: p. 1072-1077.
13. Puerta C. Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género. .

14. Kosten TR, Rousenville BJ, Kleber HB. DSM III personality disorders in opiate addicts. *Comprehensive psychiatry.* ; 23: p. 572-581.
15. salud Casapysmdd. [Online].; 2006.
16. Blanco C, Moreno P. Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M). *Psiquiatría.com.* 2006;(10(04)).
17. Salud OPdl. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10th ed. Salud OMDI, editor. Ginebra: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2008.
18. Millon T. *Psicopatología Moderna: Enfoque Biosocial de los aprendizajes erróneos y los disfuncionalismos* Barcelona, España: Salvat; 2007.
19. Marin JL. Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Personalidad. *Salud.* 2007; 18(3).
20. Cloniger SC. *Teorías de la personalidad.* Tercera ed. Duarte EQ, editor. Mexico: Pearson Educación; 2003.
21. Diaz Marsa M, Tajima Pozo K, Carrasco JL. El Trastorno Límite de Personalidad. *Mente y Cerebro.* 2006; 36(12-19).
22. Alarcón RD, Mazzotti G. *Psiquiatría.* Segunda ed. Nicolini Sánchez H, editor.: Manual Moderno; 2005.
23. Schmidt V, Firpo L, Vion D, De Costa Olivan M, Casella L, Cuenya L, et al. Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: Una historia Proyectada al futuro. *Revista Internacional de Psicología.* 2010 Julio; 11(02).
24. Weissman M. The Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatry.* 1994; 1m(15(2)).
25. Widiger TA, Hyler S. AxisI/AxisII Interactions. In Michaels , Cavena J, editors. *Psychiatry.* Philadelphia: Lippincott Company; 1994.
26. Medranda MI, Benitez MR. Conceptos básicos sobre drogadicción. *Revista pediatría atención primaria.* 2006; 8: p. 534-542.
27. López JJ, Aliño I, editors. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* IV ed. Barcelona: Masson S.A.; 1994.
28. Mattia JL, Zimmerman M, Livesey A. *Handbook of personality disorders* Nueva York: Guilford; 2001.
29. Torgessen S, Lygren S, Oien PA, Onstad S, Edyarsen J. A twin study of personality disorders.

- Comprehensive Psychiatry. 2000; 41(6): p. 416-25.
30. Grupo de trabajo de la GPC sobre trastorno límite de la personalidad. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (TLP). Primera ed. Barcelona: Angència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011.
  31. Schmal CG, Vermetten E, Elzinga BM, Douglas BJ. Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 2003; 122(3): p. 193-8.
  32. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56(7): p. 600-6.
  33. Ortiz Hernandez C. Hacia un diagnostico fiable y eficiente del trastorno limite de la personalidad (validación de la version española del BSL-23). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
  34. Dolan-Sewell RT, Krueger RF, Shea MT. Co-occurrence with syndrome disorders. In Livesley WJ. *Handbook of personality disorders*. New York: Guilford Press; 2001. p. 84-104.
  35. Cervera G, Martínez Raga J. Trastorno Límite de la Personalidad: Paradigma de la comorbilidad Psiquiátrica: *Medica Panamericana*; 2005.
  36. Calvo N, Valero S, Ferrer M, Barral C, Casas M. Perfil clínico de impulsividad en el trastorno límite de la personalidad con trastorno de uso de sustancias comórbido. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2016; 44(4): p. 145-152.
  37. Cuevas CY, Lopez Perez-Diaz AG. Intervenciones psicologicas eficaces para el tratamiento del trastorno limite de personalidad. *International Journal of psychology and psychological therapy*. 2012.
  38. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disordera dn drug-dependence. *American Journal of Addiction*. ; 7(4): p. 279-292.
  39. Kernberg O. Psicoanalisis, psicoterapia psicoanalitica y psicoterapia de fortalecimiento: Controversias contemporaneas. *Psicoanalisis, psicoterapia psicoanalitica*. 2001; 23(1).
  40. Anthony B. Mentalization treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010; 9(1): p. 11-15.
  41. Organización de los estados americanos. El problema de drogas en las Américas: Estudios Data CiP, editor.

42. Fundación de ciencias de la salud y fundación de ayuda contra la drogadicción: Programa de formación y consulta. Drogas en atención primaria. 2002.
43. Jonson MD, Heriza TJ, Dennis C. Cómo detectar en sus pacientes el uso de drogas ilícitas. *Posgraduate Med.* 2003; 9: p. 71-85.
44. Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Txicodependencias. *Medicine.* 2005; 8: p. 5745-5749.
45. Zegarra Valdivia J, Chino Vilca B, Cazorla Perez E. PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN EL SUR DEL PERÚ: ESTUDIO CLÍNICO DESCRIPTIVO. Arequipa: Universidad Católica San Pablo; 2016.
46. [http://www.sin-limite.net/porta1/downloads\\_tmp/Quadern%208%20Sanitat-esp.pdf](http://www.sin-limite.net/porta1/downloads_tmp/Quadern%208%20Sanitat-esp.pdf) 1. [Online].
47. DSM-IV c. [www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv16.html](http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv16.html). [Online].
48. Barcelona CAT. [http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastornos-de-personalidad/1\\_-\\_trastorno\\_limite\\_de\\_personalidad.pd](http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastornos-de-personalidad/1_-_trastorno_limite_de_personalidad.pd). [Online].; 2008.
49. Fortes Álvarez JL, Sánchez Cabezudo Á, Antequera Iglesias J. Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria.* 2012; 16(12).
50. Hidalgo Rodríguez I. Estudio del trastorno límite de personalidad. Tesis de grado. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, Facultad de psicología; 2016.



# FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA:

### 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD: \_\_\_\_\_ años

Tiempo de hospitalización: \_\_\_\_\_

Número de Hospitalización: \_\_\_\_\_

SEXO:  Masculino

Femenino

GRADO DE INSTRUCCIÓN:  Analfabeto

Secundaria

Primaria

Superior

ESTADO CIVIL:  Soltero

Casado

Conviviente

ESTADO SOCIOECONÓMICO  Bueno

Malo

Regular

### 2. CUESTIONARIO MC LEAN

RESPONDE 1 (SI) Ó 2 (NO) A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

DURANTE ESTE ÚLTIMO AÑO:

	SI	NO
1. ¿Alguna de tus relaciones personales más cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Has tratado intencionadamente de hacerte daño físico (quemarte, cortarte, pegarte)? ¿Has realizado alguna tentativa de suicidio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |   | SI                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 3. ¿Has tenido al menos otros dos de los siguientes problemas de impulsividad; atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Te has sentido extremadamente malhumorado?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Te has sentido o te sientes enfadado la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿A menudo has sentido desconfianza de la gente?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Te has sentido frecuentemente tú mismo como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Te has sentido o te sientes vacío de forma crónica?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ¿Te has sentido a menudo con la sensación de no saber quién eres o que no tienes identidad propia?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte abandonado o ser abandonado, como por ejemplo: llamar repetidamente a una persona para que te confirme que está preocupada por ti, suplicarle que no te deje, agarrarte físicamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 3. DEPENDENCIA A SUSTANCIAS\

3.1. Contesta SI o NO para cada una de las siguientes afirmaciones y cada una de las distintas sustancias.

	ALCOH	EXTAS	HEROINA	SPEED	COCAINA	CAFEIN	TABACO	CANNABIS	ALUCIN.	TRANQUIL
1. Utilizo la sustancia en ciertas ocasiones (ej. Fiestas, celebraciones, etc.).										
2. A pesar de conocer y/o usar la sustancia paso largas temporadas (ej. Meses, años) sin tomarla y/o sin pensar en ella.										
3. Puedo pensar en dejar la sustancia para siempre y eso no me causa ningún problema										
4. Consumo la sustancia aunque me cause problemas en el trabajo o en los estudios.										
5. Consumo sustancias aun cuando es físicamente peligroso (ej. Conducir, trabajo con maquinaria, buceo, escalada)										
6. Consumo la sustancia aun cuando he tenido o puedo tener problemas por su uso (peleas, etc.)										
7. Consumo la sustancia aunque me causa problemas con mi familia, mis amigos o mi pareja.										
8. La dosis que tomo es mayor a medida que pasa el tiempo, o la misma dosis me causa menos efectos.										
9. Si no consumo la sustancia mi organismo le echa en falta o tomo otra sustancia parecida para aliviarme.										
10. Muchas veces tomo la sustancia en cantidades mayores de lo que inicialmente pretendo										
11. He hecho intentos, sin éxito, para controlar el consumo de la sustancia.										
12. Empleo mucho tiempo en obtener y/o consumir la sustancia o en recuperarme de sus efectos.										
13. He reducido de forma clara mis actividades sociales, laborales o recreativas por el uso de la sustancia.										



**ANEXO N° 2**  
**MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN**

CASOS	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS					VARIABLES INDEPENDIENTES											VARIABLES DEPENDIENTES															
	Edad	Sexo	Grado de Instruccion	Estado civil	Condicion Socioeconomica	Temor al abandono	Relaciones Interpersonales	Identidad - Autoimagen	Impulsividad	Conductas autodestructivas	Estabilidad Afectiva	Disfonia cronica	Ira y Control	Ideaicon paranoide	Total	TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD	Inicio de consumo	Tiempo de hospitalizacion	Numero de hospitalizaciones	USO				ABUSO				DEPENDENCIA				
																				I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1	19	0	2	0	0	1	1	2	1	1	1	1	0	0	8	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
2	18	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	4	0	1	3	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	
3	35	1	2	1	0	1	0	2	1	1	1	1	1	9	1	1	2	3	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	0	1		
4	35	1	3	3	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	2	3	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
5	30	1	4	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	6	0	2	1	2	2	2	1	2	1	0	0	1	1	0	0	1		
6	18	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1		
7	18	1	1	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	1	5	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	
8	16	0	2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	
9	16	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	
10	19	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	6	0	1	2	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
11	27	1	2	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	6	0	3	3	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	
12	34	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7	1	2	2	1	1	3	1	1	1	2	0	1	0	1	0	0	
13	19	0	2	0	2	1	1	2	1	1	1	1	0	1	9	1	1	3	2	2	4	1	2	1	1	0	1	1	1	0	0	
14	32	1	2	3	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	5	0	2	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	
15	23	1	2	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	7	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	0	2	1	1	0	0	
16	29	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	6	0	2	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	
17	33	1	2	0	2	0	0	1	1	0	1	0	1	1	5	0	3	3	2	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	
18	24	0	4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	2	1	2	2	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	
19	20	1	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
20	24	0	4	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	4	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	
21	27	1	4	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	4	0	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	2	0	1	0	0	
22	35	1	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	4	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	
23	33	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	5	0	1	0	1	1	2	1	1	1	2	0	1	1	1	0	0	
24	26	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	7	1	1	3	1	2	2	1	2	2	1	0	2	2	0	0	2	
25	29	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3	0	2	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
26	26	1	4	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7	1	1	0	0	1	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	1	
27	27	1	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	6	0	1	3	1	2	2	1	2	2	1	1	0	0	0	1	0	
28	34	1	3	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	6	0	2	0	0	2	3	1	2	1	1	0	2	0	0	1	0	
29	22	1	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3	0	2	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	
30	28	0	3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7	1	1	3	3	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	0	2	
31	26	1	4	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	1	1	0	0	1	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	
32	25	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3	0	2	0	0	1	1	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0
33	35	0	2	3	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	5	0	3	0	0	1	1	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1	

