



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente Muñiz

**“Organización temporal del sueño en pacientes con trastorno
límite de la personalidad en función de síntomas de ansiedad
y estrés”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

QUE PRESENTA:

Alejandra Berenice Aguirre Lara

Asesor teórico: Dr. Iván Arango de Montis

Asesor metodológico: Dr. Ignacio Ramírez Salado

México, Ciudad de México, 02 de agosto de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

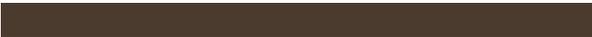


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradecimientos

A mis tutores por su guía y apoyo en la realización de esta tesis.

Al personal de la clínica del sueño del Instituto nacional de psiquiatría, especialmente al Dr. Alejandro Jiménez Genchi y al Mtro. Carlos Olivera.

A mi familia, a mi novio y a mi colega y mejor amigo Amaury Ángel por su apoyo incondicional.

Índice

1. RESUMEN	4
2. ABSTRACT.....	5
3. INTRODUCCIÓN	6
3.1 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	6
3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	7
3.3 MECANISMOS / FISIOPATOLOGÍA DEL TLP	8
3.4 FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL.....	8
4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	9
4.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGÚN EL DSM5 (APA, 2014).	9
4.3 EPIDEMIOLOGÍA TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	10
5. ESTRÉS.....	11
5.1 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	11
5.2 TLP Y TRAUMA.....	12
6. ESTUDIO DEL SUEÑO	13
6.1 SUEÑO Y TLP	14
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
8. JUSTIFICACIÓN	15
9. OBJETIVOS	16
9.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
10. HIPÓTESIS	17
11. MATERIAL Y MÉTODOS	17
11.1 TIPO DE ESTUDIO.....	17
11.2 DISEÑO Y CONFIGURACIÓN DEL ESTUDIO.....	18
11.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
12. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	19
12.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
12.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	20
12.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	20
13. VARIABLES	20
13.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	22
13.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	22
14. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA	23
14.1 INVENTARIO DE BECK PARA ANSIEDAD (BECK ANXIETY INVENTORY, BAI).....	23

14.2 ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW, M.I.N.I.)	23
14.3 ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL DSM-IV (STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV, SCID-II)	24
14.4 LISTA CHECABLE DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN EL DSM-5 (POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST FOR DSM-5, PCL-5) (CITAR 19).....	24
15. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA SUEÑO	25
15.1 ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH (EPWORTH SLEEPINESS SCALE, ESE).....	25
15.2 ÍNDICE DE GRAVEDAD DE INSOMNIO (INSOMNIA SEVERITY INDEX, ISI) (CITAR 20)	26
15.3 ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (THE PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX, ICSP)	26
16. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	27
17. PLAN DE ANÁLISIS.....	29
18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	30
19. RESULTADOS.....	31
19.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	31
19.2 GRAVEDAD DE ANSIEDAD	32
19.3 ORGANIZACIÓN TEMPORAL DEL SUEÑO	32
19.4 ALTERACIONES EN EL SUEÑO Y CALIDAD DEL SUEÑO	34
19.5 USO DE PSICOFÁRMACOS	35
20. DISCUSIÓN	37
21. ALCANCES Y LIMITACIONES	39
22. CONCLUSIONES	40
23. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
24. ANEXOS	45
24.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	45
24.2 CARTA APROBACIÓN DE ÉTICA.	48
24.3 CERTIFICADO POR HABER COMPLETADO CURSO RCR BASIC (CITI PROGRAM).	49

1. RESUMEN

Introducción: El Trastorno límite de la personalidad (TLP) presenta una prevalencia en población general de 1 al 2%, es más frecuente entre las mujeres (3:1) con respecto a los varones. Se ha documentado que el sueño de pacientes con TLP se caracteriza por dificultades en el inicio, mantenimiento o un despertar más temprano y alteraciones en la vigilia. Algunos síntomas del TLP se relacionan con el riesgo suicida, insomnio y pesadillas. La regulación emocional y el sueño comparten bases neurobiológicas similares (amígdala, hipocampo y la corteza prefrontal medial). Actualmente, son pocos los estudios que abordan la importancia de la organización del sueño en pacientes con TLP, por lo que se busca con este estudio poder ampliar el conocimiento acerca de dichas variables.

Objetivo: Evaluar la organización temporal del sueño en pacientes con TLP en función de síntomas de ansiedad y estrés.

Métodos: Se utilizó una muestra de 47 mujeres (20-40 años) con el diagnóstico ya conocido de TLP. Se dividieron en dos grupos; para el grupo control se seleccionaron 24 pacientes que tenían el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) sin Trastorno de estrés postraumático (TEPT); y para el grupo experimental se seleccionaron 23 pacientes con TAG y TEPT. Se aplicaron a cada paciente, el Inventario de Beck para ansiedad, así como Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para medir y diagnosticar síntomas de ansiedad y se les aplicó la lista Checable de TEPT para DSM-5. Posteriormente se aplicaron los instrumentos de medición de sueño para comparar las características del sueño en ambos grupos (escala de somnolencia de Epworth, índice de severidad de insomnio e índice de calidad de sueño de Pittsburgh).

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en el análisis de variables socio demográficas; en el grupo experimental se encontró mayor gravedad de síntomas de ansiedad ($p=0.001$). Se compararon variables relacionadas con la organización temporal del sueño, la única que tuvo significancia estadística fue la eficiencia de sueño ($p=.014$); además se encontró que el grupo experimental presentó mayor gravedad de insomnio y peor calidad del sueño ($p=.001$ y $p=.006$ respectivamente).

Conclusiones: Se evaluaron diferencias en la organización temporal del sueño entre ambos grupos, encontrándose afectación en los síntomas referidos de insomnio, calidad y eficiencia de sueño; que a su vez pueden empeorar los síntomas de ansiedad y estrés postraumático que tengan las pacientes, los cuales influyen en su funcionalidad. Se pretende seguir estudiando el sueño en este grupo de pacientes, con la finalidad de realizar estrategias que mejoren su calidad del sueño que a su vez mejoren la sintomatología psiquiátrica, sin embargo, se necesitan mediciones más objetivas como el estudio polisomnográfico que arroja más información de la arquitectura del sueño, ya que en este protocolo de estudio por motivos de la pandemia, no fue posible realizarlos.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, organización temporal del sueño, calidad del sueño, alteraciones en el sueño, insomnio.

2. ABSTRACT

Introduction: Borderline personality disorder (BPD) has a prevalence in the general population of 1 to 2%, it is more frequent among women (3: 1) compared to men. It has been documented that the sleep of patients with BPD is characterized by difficulties in initiation, maintenance or earlier awakening and disturbances in wakefulness. Some symptoms of BPD are linked to suicide risk, insomnia, and nightmares. Emotion regulation and sleep share similar neurobiological bases (amygdala, hippocampus, and the medial prefrontal cortex). Currently, there are few studies that address the importance of sleep organization in patients with BPD, so this study seeks to expand the knowledge about these variables.

Objective: To evaluate the temporal organization of sleep in patients with BPD based on symptoms of anxiety and stress.

Methods: A sample of 47 women (20-40 years) with a known diagnosis of BPD was used. They were divided into two groups; For the control group, 24 patients were selected who had the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder (GAD) without Post-traumatic Stress Disorder (PTSD); and for the experimental group, 23 patients with GAD and PTSD were selected. The Beck Inventory for anxiety, as well as the International Neuropsychiatric Interview to measure and diagnose anxiety symptoms, were applied to each patient and the Checkable list of PTSD for DSM-5 was applied to them. Subsequently, sleep measurement instruments were applied to compare sleep characteristics in both groups (Epworth sleepiness scale, insomnia severity index, and Pittsburgh sleep quality index).

Results: No significant differences were found in the analysis of socio-demographic variables; In the experimental group, a greater severity of anxiety symptoms was found ($p = 0.001$). Variables related to the temporal organization of sleep were compared, the only one that had statistical significance was sleep efficiency ($p = .014$); Furthermore, it was found that the experimental group presented greater severity of insomnia and worse quality of sleep ($p = .001$ and $p = .006$ respectively).

Conclusions: Differences in the temporal organization of sleep between both groups were evaluated, finding affectation in the referred symptoms of insomnia, quality and efficiency of sleep; which in turn can worsen the symptoms of anxiety and post-traumatic stress that patients have, which influence their functionality. It is intended to continue studying sleep in this group of patients, in order to carry out strategies that improve their quality of sleep that in turn improve psychiatric symptoms, however, more objective measurements are needed such as the polysomnographic study that yields more information on the architecture of sleep, since in this study protocol, due to the pandemic, it was not possible to carry them out.

Key words: Borderline personality disorder, post-traumatic stress disorder, anxiety, temporal organization of sleep, sleep quality, sleep disturbances, insomnia.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Trastorno límite de la personalidad

El temperamento y el carácter son términos que se utilizan para explicar la relación entre la biología y los factores psicosociales en la conformación de la personalidad normal y los trastornos de la personalidad. En ocasiones la parte biológica suele tener más importancia; en otras, el papel principal lo llevan la crianza y eventos psicosociales ocurridos a lo largo de la vida (Zanarini, 2010).

Los nueve criterios propuestos para diagnosticar un Trastorno límite de la personalidad (TLP) pueden agruparse en las cuatro dimensiones del modelo psicobiológico de personalidad: 1. La dimensión de organización cognitivo perceptual, que se relaciona con la esquizofrenia. 2. La dimensión de regulación afectiva, que se asocia con los trastornos del estado de ánimo. 3. La dimensión de impulsividad agresividad, que se relaciona con los trastornos del control de impulsos. 4. La dimensión de ansiedad e inhibición, que se vincula con los trastornos de ansiedad (Chávez-león, 2006).

El término TLP se refiere a un síndrome psiquiátrico que se caracteriza por desregulación emocional, impulsividad, comportamiento de riesgo, irritabilidad, sentimientos de vacío, autolesiones y miedo al abandono, así como relaciones interpersonales inestables (American Psychiatric Association [APA], 2014). El TLP no solo es común en las poblaciones psiquiátricas, sino que también es más prevalente en la comunidad general de lo que se pensaba anteriormente y, por lo tanto, representa un importante problema de salud pública. En contraste con la mayoría de los trastornos psiquiátricos, algunos síntomas asociados con la TLP pueden mejorar con el tiempo, incluso sin terapia, aunque el funcionamiento social y los trastornos interpersonales en las relaciones cercanas a menudo persisten. El TLP es uno de los trastornos de la personalidad más ampliamente estudiados. Dentro y fuera de la práctica clínica, este diagnóstico ha recibido una creciente visibilidad, causando un daño notable y expresivo a los pacientes (y a quienes los rodean) (Chávez-león, 2006).

Según el DSM-5 (APA, 2014) el TLP comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

3.2 Epidemiología De Trastorno Límite de la Personalidad

En estudios realizados a nivel mundial, se encontró una prevalencia del 1.7% para Trastorno límite de la personalidad (TLP), los pacientes con TLP constituyen aproximadamente el 15-28% de todos los pacientes en clínicas u hospitales psiquiátricos ambulatorios, 6% de las visitas (Gunderson, 2018); y con relación a la distribución por sexos, es más frecuente entre las mujeres (3:1) con respecto a los varones. El diagnóstico suele elaborarse antes de los 40 años (Ten Have, 2016).

Algunos estudios han reportado alteraciones en las mediciones en la organización del temporal del sueño en pacientes con Trastorno límite de la personalidad que presentan síntomas ansiosos y de trauma a diferencia de pacientes sanos. Se ha documentado que el sueño de pacientes con TLP se caracteriza por dificultades en el inicio, en el mantenimiento o en un despertar más temprano al deseado, por ejemplo en Estados Unidos, 63% de los participantes con TLP reporta tener al menos un problema de sueño y el 66% informa tener consecuencias en la vigilia cuando duerme mal. Incluso, las características y síntomas del TLP se correlacionan con el riesgo de suicidio, insomnio y pesadillas (Bromundt, 2013).

La regulación emocional y el sueño comparten bases neurobiológicas similares, que sugieren un aumento de la actividad noradrenérgica en el locus coeruleus en el TLP, lo que sugiere que la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal medial peran en una especie de continuo entre la vigilia y el sueño REM (Scarpelli, 2019). Actualmente, son pocos los estudios que abordan la importancia de la organización del sueño en pacientes con Trastorno límite de la personalidad, por lo que se busca con este estudio poder ampliar el conocimiento acerca de dichas variables.

Con relación a la distribución por sexos, es más frecuente entre las mujeres (3:1) con respecto a los varones y la mayor prevalencia de TLP en la vida, se presentó entre los 14 y 32 años (Gunderson, 2018).

3.3 Mecanismos / fisiopatología del TLP

Un modelo neurobiológico de TLP propone fenotipos que son el producto de interacciones de influencias genéticas y ambientales que afectan el desarrollo del cerebro a través de hormonas y neuropéptidos. Además, el maltrato en la primera infancia y la calidad de la atención parental en los primeros años de vida, pueden afectar la expresión génica, además de la estructura y las funciones cerebrales, lo que da como resultado rasgos de comportamiento que son estables durante toda la vida²⁵. Sin embargo, la disfunción prefronto-límbica (es decir, la alteración cerebral más frecuentemente asociada al TLP) parece ser un fenómeno transdiagnóstico que se relaciona con la afectividad negativa en el contexto de estrés social y se encuentra en pacientes con otros trastornos psiquiátricos e incluso en individuos sanos que sufrieron maltrato en la vida temprana. La disfunción prefronto-límbica puede cambiar con el tiempo, y se necesita investigación para comprender este proceso, así como otros procesos que podrían estar (o actuar) en la patogénesis y progresión del TLP (Gunderson, 2018). Aunque los trastornos de personalidad se han intentado explicar con modelos psicodinámicos, conductuales o del desarrollo, se han descubierto un creciente número de evidencias que favorecen la existencia de bases neurobiológicas en la etiología de estos trastornos ha abierto la posibilidad a la utilización de fármacos (Chávez-león, 2006).

3.4 Factores de riesgo ambiental

El riesgo de TLP resulta de la interacción de factores genéticos y experiencias de vida. Los factores temperamentales heredados sensibilizan y pueden predisponer a las personas a experiencias de vida adversas. Ciertos períodos críticos del desarrollo están implicados en la génesis de la patología de la personalidad. Se ha observado un apego anormal a un cuidador principal, debido a la separación o la crianza deficiente, y el apego interrumpido temprano en la vida probablemente conduce a deficiencias en la regulación emocional y el autocontrol (Gunderson, 2018).

4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad comparten las características del miedo y la ansiedad excesivos y las alteraciones conductuales relacionadas. En el trastorno de ansiedad, el estímulo, externo o interno, produce una ansiedad desproporcionada que es la fuente de angustia intensa o deterioro significativo del funcionamiento. Otra característica de los trastornos de ansiedad es la anticipación ansiosa, o el aumento de los niveles de preocupación y tensión ante una situación temida, y la evitación de estímulos o situaciones que desencadenan la ansiedad, con más limitaciones en el funcionamiento.

Los trastornos de ansiedad reconocidos en el DSM-5 incluyen trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/fármacos y trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (APA, 2014).

4.1 Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM5 (APA, 2014).

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

4.2 Trastorno de ansiedad generalizada según la Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª edición (CIE-11), (Organización mundial de la salud [OMS], 2018).

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por síntomas marcados de ansiedad que persisten durante al menos varios meses, durante más días que los que no se manifiestan, ya sea por aprehensión general o preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos, con mayor frecuencia relacionados con la familia, la salud, las finanzas, y la escuela o el trabajo, junto con síntomas adicionales como tensión muscular o inquietud motora, actividad simpática autónoma, experiencia subjetiva de nerviosismo, dificultad para mantener la concentración, irritabilidad o trastornos del sueño. Los síntomas causan una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central.

4.3 Epidemiología Trastornos de ansiedad

De acuerdo con la OMS en el 2007 la prevalencia en México para cualquier Trastorno de Ansiedad a lo largo de la vida era de 14.3%. Este último dato coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 en México, que muestra que los Trastornos de Ansiedad son los Trastornos Mentales más frecuentes, encontrándose que los subtipos con prevalencias más altas son

la Fobia Específica (FE), la Fobia Social (FS) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y en todos ellos la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (Medina-Mora, 2003).

5. ESTRÉS

Estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés).

En conjunto, el estrés puede inducir efectos tanto beneficiosos como perjudiciales. Los efectos beneficiosos del estrés implican la preservación de la homeostasis de células y especies, lo que conduce a una supervivencia continua. Se reconocen tres fases del SGA que son: alarma, resistencia y agotamiento (Yaribeygi, 2017). La respuesta de nuestro organismo no debe llegar siempre hasta la fase de agotamiento, sino que lo ideal es que nuestra resistencia nos permita luchar y adaptarnos sin agotar nuestra capacidad de respuesta (De Camargo, 2010).

Varios factores, incluidos los hormonales, mediadores neuroendocrinos, péptidos y neurotransmisores están involucrados en la respuesta del cuerpo al estrés, sin embargo, en muchos casos, los efectos nocivos del estrés pueden recibir más atención o reconocimiento por parte de un individuo debido a su papel en diversas afecciones y enfermedades patológicas, muchos trastornos se originan por estrés, especialmente si el estrés es severo y prolongado. Debemos tener una mayor apreciación del papel significativo que el estrés puede desempeñar en diversas enfermedades y luego tratar al paciente en consecuencia utilizando tanto farmacológicos como no farmacológicos (cambio en el estilo de vida, ejercicio diario, nutrición saludable) y programas de reducción del estrés como las intervenciones terapéuticas (Yaribeygi, 2017).

5.1 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El vocablo trauma proviene del griego y significa herida. En psiquiatría lo central es el trauma psíquico; es decir, el impacto emocional de un determinado suceso capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas. El TEPT es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles. Se caracteriza por todo lo siguiente: 1) volver a experimentar el evento o eventos traumáticos en el presente en forma de vívidos recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas. La re-vivencia puede ocurrir a través de una o múltiples modalidades sensoriales y típicamente va acompañada de emociones fuertes o

abrumadoras, particularmente miedo u horror, y fuertes sensaciones físicas; 2) evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento(s); y 3) percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados. Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes (OMS, 2018).

El trauma se vincula directamente con los desastres, los que pueden clasificarse de acuerdo con su origen en naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tornados), accidentales (incendios forestales, accidentes de tránsito, choques de aviones) o provocados deliberadamente por el hombre (violaciones, torturas, cautiverios, ataques terroristas, asaltos, maltrato infantil) (Carvajal, 2002).

El acontecimiento traumático provocará una demanda para el organismo y dependiendo del contexto biopsicosocial del sujeto, los mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes para poder conseguir una estabilización en un determinado lapso de tiempo y a un determinado costo para esa persona. Se ha reportado que los niveles elevados de vigilancia, reflejan muy bien el síntoma de alta tensión interna, uno de los pilares de este trastorno, es una característica del TLP independiente del trastorno de estrés postraumático o del traumatismo en la infancia (Lucas Kramer, 2019).

5.2 TLP y trauma

Algunos investigadores señalan una alta prevalencia de trauma, en particular trauma temprano, grave y crónico entre los pacientes adultos (Mosquera, 2011). En la infancia, muchas amenazas percibidas provienen más de las señales afectivas y de la accesibilidad del cuidador que del nivel real de peligro físico o el riesgo para la supervivencia. Una forma de traumatización que a menudo se pasa por alto son los llamados “traumas ocultos” que se refieren a la incapacidad del cuidador para modular la desregulación afectiva (Schuder, 2004). Distintos estudios han descrito una comorbilidad frecuente entre TEPT y TLP, otros encuentran una relación entre TLP y abuso y distintos tipos de abuso. Una historia de trauma en la infancia predice un mal pronóstico en pacientes con TLP.

Se ha observado hasta en 25% de pacientes con TLP y abuso sexual en la niñez, junto con las mujeres que sufrieron abuso durante la niñez, que presentan cambios en el volumen del hipocampo y la amígdala. Los niños con rasgos límite de la personalidad presentan alteraciones en la flexibilidad cognitiva, la planeación, la atención y el alertamiento, todo lo cual afecta su capacidad para procesar

e integrar las experiencias traumáticas. Se ha llegado a proponer que el TLP es una variante del trastorno de estrés postraumático (Zanarini, 2000).

Ball y Links (Ball et al, 2009), revisaron la literatura sobre trauma y TLP en el contexto de los criterios clásicos de Hill (1965) para demostrar causalidad (fuerza, consistencia, especificidad, temporalidad, gradiente biológico, plausibilidad, coherencia, evidencia experimental y analogía). Estos autores demostraron que el trauma puede ser considerado un factor causal en el desarrollo del TLP, como parte de un modelo etiológico multifactorial.

Los pacientes con TLP tienen tasas significativamente más altas de maltrato físico en la infancia y la adolescencia (52.8% versus 34.3%) y tuvieron dos veces más probabilidad de desarrollar TEPT. Se ha encontrado que entre distintos trastornos de personalidad, los participantes con TLP refirieron la tasa más alta de exposición traumática (particularmente trauma sexual, incluyendo abuso sexual en la infancia), las tasas más altas de trastorno de estrés postraumático, y una edad más temprana del primer evento traumático.

Es de importancia mencionar que la evidencia empírica ha sugerido que las personas con trastorno de personalidad límite pueden demostrar un aumento de la empatía a pesar del funcionamiento interpersonal deteriorado, una paradoja denominada "empatía límite" (Lucas Kramer, 2019).

6. ESTUDIO DEL SUEÑO

De acuerdo con una definición conductual simple, el sueño es un estado conductual reversible de desconexión perceptiva y falta de respuesta al entorno. También es cierto que el sueño es una amalgama compleja de procesos fisiológicos y conductuales. Una clara apreciación de las características normales del sueño proporciona una base sólida y un modelo para comprender las condiciones clínicas en las que se alteran las características "normales", así como para interpretar ciertas consecuencias de los trastornos del sueño (Sheldon, Kryger, 2014). Ha sido difícil cuantificar el sueño, para empezar la definición precisa del inicio del sueño por lo que se considera un tema de debate, principalmente porque no existe una medida única que sea 100% clara el 100% del tiempo, por ejemplo, un cambio en el patrón de EEG no siempre está asociado con la percepción del sueño de una persona, sin embargo, incluso cuando los sujetos informan que todavía están despiertos, los cambios de comportamiento claros pueden indicar la presencia de sueño (Sheldon, Kryger, 2014).

La forma de examinar de manera objetiva el sueño es a través de una la polisomnografía (PSG), que es un estudio especializado, indoloro y no invasivo que cons. iste en el monitoreo nocturno

durante un periodo de 7 a 8 horas a través de electrodos y sensores que registran diversas señales, entre ellas la actividad eléctrica cerebral, movimientos oculares, actividad de los músculos del mentón, piernas y brazos, movimientos respiratorios de tórax y abdomen, flujo de aire nasal y bucal, actividad cardiaca, nivel de oxígeno en sangre, así como la posición del cuerpo y nivel de ronquido (Rundo, 2019).

Las PSG en el laboratorio pueden identificar anomalías en la arquitectura del sueño. Para la mayoría de las variables de continuidad del sueño (latencia del sueño, número de despertares, despertar después del inicio del sueño y eficiencia del sueño), son indicadores apropiados de una buena calidad del sueño a lo largo de la vida. Sin embargo, en general, hubo menos o ningún consenso con respecto a la arquitectura del sueño o las variables relacionadas con la siesta como elementos de una buena calidad del sueño (Ohyon, 2016).

También se pueden utilizar algunos instrumentos subjetivos como las clinimetrías, entre ellas el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, escala de Atenas de insomnio, escala de somnolencia de Epworth y el cuestionario de Berlín (Arias, 2011).

6.1 Sueño y TLP

Se han estudiado las alteraciones en el sueño desde la infancia en el trastorno límite de la personalidad, y se ha encontrado que las pesadillas persistentes predijeron significativamente el TLP a los 11 a 12 años. En un conjunto de vías indirectas, las asociaciones entre los factores de riesgo tempranos (es decir, temperamento emocional, abuso y paternidad mal adaptada) y el TLP subsiguiente fueron mediadas significativamente por pesadillas persistentes (Lereya, 2017).

En estudios hechos con adultos se ha reportado que los pacientes con Trastorno límite de la personalidad informaron síntomas de insomnio, problemas con la calidad del sueño, problemas con el patrón de sueño/vigilia, cansancio durante el día, despertares nocturnos y parasomnias con mayor frecuencia que los controles sanos. Además de reportar mayor número de despertares y mayor número de cambios de etapa durante el sueño REM, lo cual podría apuntar a la inestabilidad del sistema de regulación del sueño en estos pacientes. Dado que los presentes hallazgos son preliminares, es necesario replicarlos en estudios de futuros. Además, valdría la pena estudiar si la desregulación del afecto durante el día es la característica central del TLP relacionada con los problemas de continuidad del sueño (Schredl, 2012).

Otro hallazgo interesante en la literatura es el aumento de la somnolencia subjetiva en pacientes con TLP en comparación con los voluntarios sanos, que está en consonancia con los

síntomas clínicos de sentirse cansado/somnoliento y tenso al mismo tiempo y los informes de reducción de la calidad del sueño y la somnolencia durante todo el proceso. La mayor somnolencia subjetiva presentada podría explicarse por la menor calidad del sueño informada en la noche anterior al experimento en el grupo TLP, este hallazgo puede agregar evidencia de un sentido de sí mismo empobrecido y a menudo reportado una percepción corporal alterada en TLP (Lucas Kramer, 2019).

Es de importancia mencionar que hay estudios que sugieren la importancia del papel del sueño en la regulación emocional ya que el sueño disminuye la reactividad de la amígdala en respuesta a experiencias emocionales previamente encontradas así como conductuales (calificación subjetiva); esta atenuación de la reactividad emocional está relacionada con la conectividad Corteza frontoparietal medial y la reactividad emocional reducida está relacionada con la actividad gamma frontal atenuada durante el sueño REM (Scarpelli, 2019).

Además se ha documentado acerca de los efectos potenciales de la pérdida de sueño y la mala calidad del sueño en procesos emocionales más complejos, como los involucrados en la empatía, han sido investigados por pocos estudios. La empatía, definida como nuestra capacidad para comprender y compartir el estado mental de otra persona en términos de emociones, sentimientos y pensamientos, es una capacidad crucial para las interacciones sociales exitosas; lo cual suele ser deficiente en este grupo de pacientes (Tempesta, 2018).

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la organización temporal del sueño en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en función de síntomas de ansiedad y estrés?

8. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) presenta una prevalencia en población general del 1.7%, es más frecuente entre las mujeres (3:1) con respecto a los varones. Se ha documentado que el sueño de pacientes con TLP se caracteriza por dificultades en el inicio, mantenimiento o un despertar más temprano y alteraciones en la vigilia. Algunos síntomas del TLP se relacionan con el riesgo suicida, insomnio y pesadillas. La regulación emocional y el sueño comparten bases neurobiológicas similares (amígdala, hipocampo y la corteza prefrontal medial). Actualmente, son pocos los estudios que abordan la importancia de la organización del sueño en pacientes con TLP, por lo que se busca con este estudio poder ampliar el conocimiento acerca de dichas variables. En estudios hechos con

adultos se ha reportado que los pacientes con Trastorno límite de la personalidad informaron síntomas de insomnio, problemas con la calidad del sueño, problemas con el patrón de sueño/vigilia, cansancio durante el día, despertares nocturnos y parasomnias con mayor frecuencia que los controles sanos.

Además de reportar mayor número de despertares y mayor número de cambios de etapa durante el sueño REM, lo cual podría apuntar a la inestabilidad del sistema de regulación del sueño en estos pacientes. Dado que los presentes hallazgos son preliminares, es necesario replicarlos en estudios de futuros. Además, valdría la pena estudiar si la desregulación del afecto durante el día es la característica central del TLP relacionada con los problemas de continuidad del sueño (Schredl, 2012).

9. OBJETIVOS

9.1 Objetivo General

Evaluar la organización temporal del sueño en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en función de síntomas de ansiedad y estrés.

9.2 Objetivos específicos

- Se encontrarán diferencias en la calidad del sueño en las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad y estrés postraumático en comparación a las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad sin estrés postraumático.
- Se encontrarán diferencias en los parámetros temporales de la medición del sueño como la latencia de conciliación, la duración total de sueño y la eficiencia de sueño en las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad y estrés postraumático en comparación a las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad sin estrés postraumático.
- Se encontrarán niveles más severos de insomnio en las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad y estrés postraumático en comparación a las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad sin estrés postraumático.
- Se encontrará que las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad y estrés postraumático tienen mayores niveles de somnolencia diurna en comparación a las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad sin estrés postraumático.

10. HIPÓTESIS

- H1. Las participantes con TLP con síntomas de ansiedad y estrés postraumático durante el sueño en la medición de la calidad del sueño no cambiará o será significativamente mayor en comparación con las participantes con TLP con síntomas de ansiedad sin estrés postraumático.
- H2. Las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad y estrés postraumático en comparación a las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad sin estrés postraumático, tendrán diferentes parámetros temporales de la medición del sueño como la latencia de conciliación, la duración total de sueño y la eficiencia de sueño en
- H3. Las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad y estrés postraumático tendrán niveles más severos de insomnio en comparación a las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad sin estrés postraumático.
- H4. Las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad y estrés postraumático tienen somnolencia más severa en comparación a las pacientes con TLP con síntomas de ansiedad sin estrés postraumático.

11. MATERIAL Y MÉTODOS

11.1 Tipo de estudio

De acuerdo con los criterios establecidos por Feinstein (Feinstein, 1985) los ejes básicos para la arquitectura de una investigación están basados en ideas que tratan de definir el propósito de una investigación, el tipo de agentes usados en el estudio, la distribución de dichos agentes, el número de estados temporales y los componentes de un grupo de datos.

El estudio se catalogó según la clasificación de Alvan Feinstein:

- De acuerdo a su propósito general: Comparativo.
- De acuerdo al tipo de agente: Observacional.
- De acuerdo a la colocación de los agentes: Descriptivo.
- De acuerdo a su dirección temporal: Transversal.
- De acuerdo a los componentes de los grupos: Homodémico.
- De acuerdo a la recolección de datos: Retrospectivo.

11.2 Diseño y configuración del estudio

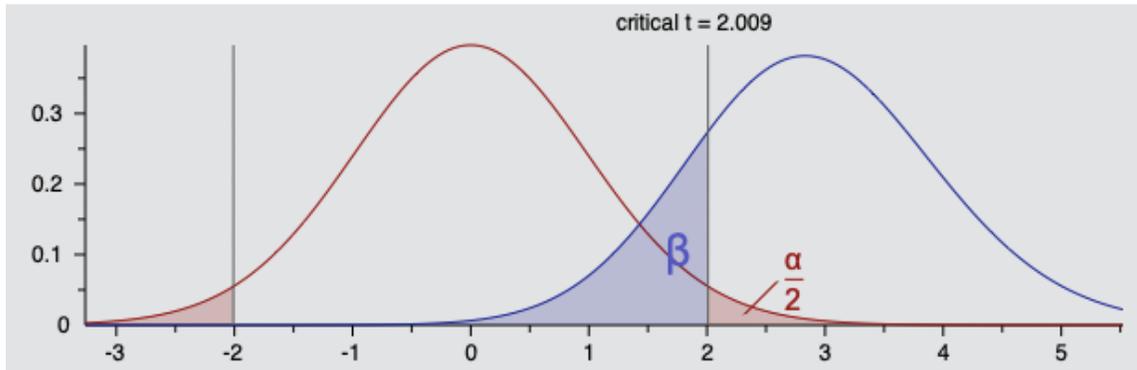
Se trata de un estudio realizado en un solo centro, que fue realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría. El estudio fue aprobado por el comité de ética local y fue realizado conforme con los principios de la Declaración de Helsinki sobre la experimentación humana revisada en el año 2000 y en cumplimiento de buenas prácticas clínicas y de investigación. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los sujetos antes de que decidieran participar en el estudio, en dicho documento los sujetos fueron informados sobre los beneficios que podían obtener si decidían participar.

Esta convocatoria fue distribuida en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. El contacto formal con los voluntarios fue de manera indirecta por medio de sus médicos tratantes. Algunos de los participantes podrán tener conexión directa o podrán ser conocidos de los investigadores responsables del proyecto, es decir, una muestra de conveniencia puede ser incluida. Adicionalmente a este tipo de reclutamiento, se utilizará además el método de muestreo de “bola de nieve” en la que los individuos seleccionados y estudiados podrán colaborar en el reclutamiento de nuevos participantes entre sus conocidos.

11.3 Tamaño de la muestra

A partir de un análisis de potencia a priori, asumiendo varianzas iguales con hipótesis de investigación de tipo bilateral para dos muestras independientes, se obtuvo el siguiente cálculo de muestra mediante el programa G*Power 3.1:

- Análisis a dos colas
- Potencia estadística ($1 - \beta$ prob err): 0.80
- Valor alfa: 0.05
- Tamaño del efecto (d): 0.80



- Muestra total: 54, grupo sin estrés postraumático: 27; grupo con estrés postraumático: 27.

12. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Un total de 47 sujetos que son mujeres de entre 20 y 40 años, en su totalidad con Trastorno límite de la personalidad (Entrevista estructurada) que acuden a atención psiquiátrica especializada en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y que cumplan con los criterios de selección; fueron 24 sujetos con síntomas ansiosos de ansiedad sin Trastorno de estrés postraumático; y 23 sujetos con síntomas de ansiedad con Trastorno de estrés postraumático, serán bien comparados individualmente por edad y resultados de la entrevista para ansiedad (Inventario de ansiedad de Beck, Mini International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I) y estrés postraumático (Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5). A las voluntarias de cada grupo se les informó de manera individual a que grupo serán asignados y sobre los beneficios directos que podían obtener al participar en el estudio (*Ver carta de consentimiento informado*) y no recibieron remuneración económica alguna. Se aplicó el Inventario de Beck para ansiedad, así como Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para medir y diagnosticar síntomas de ansiedad y se les aplicó la lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 para valorar síntomas de estrés postraumático para separar los dos grupos. Esta información fue manejada en total confidencialidad y acatando altos estándares de conducta ética y profesional.

- Primer grupo: diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con síntomas de ansiedad sin Trastorno de estrés postraumático.
- Segundo grupo: diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con síntomas de ansiedad con Trastorno de estrés postraumático.

12.1 Criterios de inclusión

- Que hayan aceptado participar en el estudio y que hayan dado su consentimiento informado.
- Pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que tengan el diagnóstico ya conocido de Trastorno límite de la personalidad, Trastorno de ansiedad generalizada y en un grupo el diagnóstico de Trastorno de estrés posttraumático.
- Mujeres de entre 20 y 40 años adultas.
- Que sepan leer y escribir.
- Pacientes que completaron los cuestionarios auto aplicables para ansiedad, trauma, calidad del sueño, somnolencia e insomnio.

12.2 Criterios de exclusión

- Padecer enfermedades crónico degenerativas como enfermedad tiroidea, diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial sistémica.
- Que tuvieran trabajo nocturno, privación previa de sueño, antecedentes clínicos de algún trastorno neurológico (enfermedad vascular cerebral, epilepsia, etc.).
- Padecer apnea o hipoapnea del sueño.
- Que presente Trastorno por Abuso de Sustancias.
- Que presenten otros trastorno psiquiátrico además de ansiedad y trauma, como trastornos de la alimentación, psicóticos, maniatiformes, obsesivo compulsivo o ictales.
- Estar embarazada.
- Que se detecte riesgo suicida.

12.3 Criterios de eliminación

- Si existe sospecha o informe de trastornos respiratorios relacionados con el sueño no fueron considerados en el estudio.

13. VARIABLES

Variables Demográficas

Edad

Estado Civil

Dimensional (años)

Formato de datos Clínico

Escolaridad

Categorica

Demográfico

Ocupación	Dimensional (años)	
Religión	Categoría	
	Categoría	
Variables Clínicas		Formato de datos Clínico Demográfico
Tratamiento actual	Dimensional	
Diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad	Dimensional	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID-II)
Diagnóstico de Ansiedad	Dimensional	Entrevista neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.)
Gravedad del cuadro ansioso	Dimensional	Inventario de Beck para ansiedad
Síntomas de estrés postraumático	Dimensional	Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático (Civilian Version, PCL-C)
Evaluar somnolencia	Dimensional	La escala de somnolencia de Epworth (ESE) Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP)
Calificación global de la calidad del sueño	Dimensional	

Variables independientes:

- Trastorno límite de la personalidad.
- Ansiedad.
- Calidad del sueño.
- Insomnio.
- Somnolencia.

Variables dependientes:

- Trastorno de estrés postraumático.

13.1 Definición conceptual

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Trastorno límite de la personalidad: síndrome psiquiátrico que se caracteriza por desregulación emocional, impulsividad, comportamiento de riesgo, irritabilidad, sentimientos de vacío, autolesiones y miedo al abandono, así como relaciones interpersonales inestables.
- Ansiedad: en el trastorno de ansiedad, el estímulo, externo o interno, produce una ansiedad desproporcionada que es la fuente de angustia intensa o deterioro significativo del funcionamiento.
- Calidad del sueño: se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, que también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas).
- Insomnio: dificultad persistente para iniciar o mantener el sueño, así como despertar antes de lo deseado y no poder volver a dormir a pesar de tener las condiciones adecuadas. Estos componentes son asociados a disfunciones diurnas que incluyen: malestar, fatiga, ansiedad, irritabilidad y deterioro cognitivo. El malestar debe estar presente al menos 2 veces a la semana por al menos tres meses.
- Somnolencia: estado intermedio entre el sueño y la vigilia en el que todavía no se ha perdido la conciencia, la tendencia a quedarse dormido.

VARIABLES DEPENDIENTES

- Trastorno de estrés postraumático: Trastorno de ansiedad que se presenta como reacción a una lesión física o un sufrimiento mental o emocional grave, como el combate militar, el asalto violento, los desastres naturales y otros acontecimientos de peligro mortal. Los síntomas de este trastorno dificultan la vida diaria. Por ejemplo, revivir el acontecimiento durante una pesadilla o una memoria retrospectiva, evitar a las personas, los lugares y los objetos asociados con el acontecimiento, sentirse solo y perder el interés en las actividades diarias, así como tener dificultad para concentrarse y dormir. También se llama trastorno de estrés postraumático.

13.2 Definición operacional

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Trastorno límite de la personalidad: se valoró mediante Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV.
- Ansiedad: se valoró mediante el Inventario de Beck para ansiedad.
- Insomnio: se utilizó el índice de severidad de insomnio.

- Somnolencia: se evaluó mediante la escala de somnolencia de Epworth (ESE).
- Calidad del sueño: se ocupó el índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP).

VARIABLES DEPENDIENTES

- Trastorno de estrés posttraumático: se valoró mediante la Lista de verificación del trastorno de estrés posttraumático según el DSM-5 (PCL-5).

14. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

14.1 Inventario de Beck para ansiedad (Beck anxiety inventory, BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) se ha convertido en el cuestionario autoaplicado para evaluar la gravedad de la ansiedad más utilizado en los países con mayor producción científica en psicología, fue creado para evaluar conductas (cognitivas, emocionales, motoras o fisiológicas) anormales o patológicas de ansiedad (ansiedad clínica) (Robles, 2001). El BAI es uno de los instrumentos más empleados en población clínica y no clínica para evaluar sintomatología ansiosa, se ha estudiado tanto en población general como psiquiátrica, adolescentes y adultos, mostrando una alta consistencia interna (alfa superior a 0,90), así como una validez convergente mayor a 0,50 (Sanz, 2008).

El BAI es un autoinforme de 21 ítems con un formato de inventario diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología clínica de ansiedad. Cada ítem BAI refleja un síntoma de ansiedad y para cada uno, los encuestados califican el grado en que fueron afectados por él durante la semana pasada, en una escala de tipo Likert de 4 puntos, que varía de 0 (nada) a 3 (severamente; ¡Apenas podía soportarlo). En cuanto a la puntuación, cada elemento se asigna de 0 a 3 puntos, dependiendo de la respuesta del individuo y, después de agregar directamente la puntuación de cada elemento, se puede obtener una puntuación total, que va de 0 a 63. Al interpretar los resultados se dice que puntajes de 0 a 21 equivalen a ansiedad muy baja, de 22 a 35 a ansiedad moderada y mayores a 36 equivalen a ansiedad muy severa (Beck, 1988).

14.2 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I)

La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10, para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV, como nos muestra la versión mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica. La MINI es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, estructurada en formato y algoritmos, modular por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos, fiable y fácil de usar tras un breve curso de formación (Ferrando, 1997).

14.3 Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-II)

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista semiestructurada que puede usarse para formular diagnósticos, evalúa de manera categorial o dimensional los trastornos de la personalidad según criterios del DSM IV (Michel B, 1995). Cada uno de los criterios se valora a partir de la siguiente puntuación: 1. Ausente; 2. Subclínico; 3. Presente o verdadero; 4. Información Inadecuada. Esta entrevista recoge los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) para los trastornos de la personalidad A (esquizoide, esquizotípico y paranoide), del grupo B (antisocial, histriónico, límite y narcisista) y del grupo C (dependiente, depresivo, evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo). Además, hay un cuestionario de detección (screening) de 119 preguntas de respuesta dicotómica que disminuye el tiempo de administración de la prueba. Cabe destacar que también explora los trastornos de personalidad pasiva-agresiva y la personalidad depresiva del Apéndice B del DSM-IV. Según el estudio de la consistencia interna de las subescalas osciló entre 0,54 para el trastorno límite de personalidad (Campos-Arias, 2008).

14.4 Lista checable de Trastorno por Estrés Postraumático según el DSM-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, PCL-5)

La Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5; Weathers et al, 2013), fue desarrollada con base en los criterios diagnósticos propuestos en la quinta versión del DSM (APA, 2013), específicamente los criterios B, C, D y E, mismos que se evalúan por medio de una escala tipo Likert que va de 0 (nada) a 4 (extremadamente), en la cual se logra identificar la intensidad

de los síntomas descritos. Como parte de los principales cambios realizados de acuerdo a la escala anterior (PCL), se incluyen 3 nuevos reactivos referentes a los criterios incluidos en el DSM-5 relacionados a alteraciones cognitivas, además, se presentan cambios en cuanto a la reformulación de los síntomas existentes, y por último, la modificación en cuanto a la escala de calificación, misma que anteriormente iba de 1 a 5. Existen dos maneras de conseguir un diagnóstico de TEPT por medio de la escala: 1) calificando los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5 por arriba de 2 (moderado), donde es requerido al menos un síntoma del criterio B (reactivos 1 a 5), un síntoma del criterio C (reactivos 6 y 7), dos síntomas del criterio D (reactivos 8 a 14) y dos síntomas del criterio E (reactivos 15 a 20), o bien; 2) sumando la escala global con un punto de corte parcial establecido por arriba de 33. Fue validada para población mexicana en 2018 y publicada en 2019 en la Facultad de Psicología de la UNAM, mediante el análisis de la estructura factorial, así como la consistencia interna de la escala global y subescalas, y mediante la validez convergente de la misma.

15. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA SUEÑO

15.1 Escala de somnolencia de Epworth (Epworth Sleepiness Scale, ESE)

La escala de somnolencia de Epworth (ESE), ha adquirido aceptación internacional y es en la actualidad un instrumento que se emplea cotidianamente para evaluar la somnolencia, tanto en la práctica clínica diaria como en el área de la investigación. Entre sus atributos más importantes se encuentran su formato breve, la capacidad de distinguir los trastornos del dormir caracterizados por somnolencia excesiva (SAOS, narcolepsia, etc.), y de medir los cambios en esta, por ejemplo como resultado de alguna intervención terapéutica. En Latinoamérica se han realizado varias adaptaciones al español de esta escala, en 2013 fue validada en México (Sandoval-Rincón, 2013).

La ESE es un instrumento autoaplicable de ocho reactivos desarrollado por Johns para evaluar la propensión a quedarse dormido en ocho situaciones, en su mayoría monótonas y algunas más soporíferas que otras. El sujeto responde cada reactivo en una escala de 0-3, donde 0 significa nula probabilidad de quedarse dormido y 3 alta probabilidad. La suma de las calificaciones en cada reactivo proporciona la calificación total, con un rango de 0-24. Una puntuación total menor de 10 es considerada normal, 10-12 como indicativa de somnolencia marginal y por arriba de 12 sugestiva de somnolencia excesiva. La ESE posee una consistencia interna aceptable, con coeficientes de 0.73 en sujetos control y 0.88 en pacientes con trastornos del dormir, así como una elevada confiabilidad prueba-reprueba ($\rho = 0.81$).

15.2 Índice de gravedad de insomnio (Insomnia Severity Index, ISI)

Se trata de un instrumento breve, autoaplicable, que mide la percepción del paciente sobre el insomnio que padece; se enfoca en los síntomas subjetivos y las consecuencias del insomnio, además del grado de angustia causadas por las dificultades para conciliar o mantener el sueño. Está compuesto por 7 reactivos, con un rango de respuesta de 0 a 4, el puntaje total varía de 0 a 28, se interpreta con un punto de corte <8 que indica ausencia de insomnio, 8-14 leve y >15 un insomnio moderado a severo, un puntaje mayor se interpreta como insomnio más severo. En cuanto a su validez en su versión en español, el ISI mostró correlaciones estadísticamente significativas de signo positivo con el AIS-5 ($r = 0,93$) y de signo negativo con el MMSE ($r = -0,15$). Además, mostró capacidad para diferenciar entre hombres y mujeres, personas con y sin deterioro cognitivo, y personas con y sin tratamiento médico (Bastien, 2001).

15.3 Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (The Pittsburgh Sleep Quality Index, ICSP)

Como una forma de aproximarse a su medición, en 1989 Buysse y colaboradores presentaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), un cuestionario autoaplicable que proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos²⁰. El ICSP ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. Desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español y en 2008 se realizó la adaptación a la población mexicana (Jiménez-Genchi et al, 2001). Se trata de un cuestionario autoaplicable que consta de 24 preguntas, sin embargo, solamente las respuestas para las primeras 19 se emplean para obtener la puntuación global.

El cuestionario investiga los horarios para dormir, eventos asociados al dormir como las dificultades para empezar a dormir, despertares, pesadillas, ronquido, alteraciones respiratorias, calidad del dormir, ingesta de medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna. Los 19 reactivos se agrupan en siete componentes que se califican con una escala de 0 a 3; el primer componente nos refiere la calidad de sueño subjetiva, el segundo componente habla acerca de la latencia del sueño, el tercer componente se refiere a la duración del dormir, el cuarto componente es la eficiencia del sueño, el quinto las alteraciones del sueño, el sexto el uso de medicamento y el componente siete sobre la disfunción diurna. La suma de los componentes da lugar a una calificación global, donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir. En el estudio original de Buysse y colaboradores, el ICSP mostró un coeficiente de homogeneidad interna elevada (alfa de Cronbach=0.83) y coeficientes de correlación moderados a altos entre los componentes y la

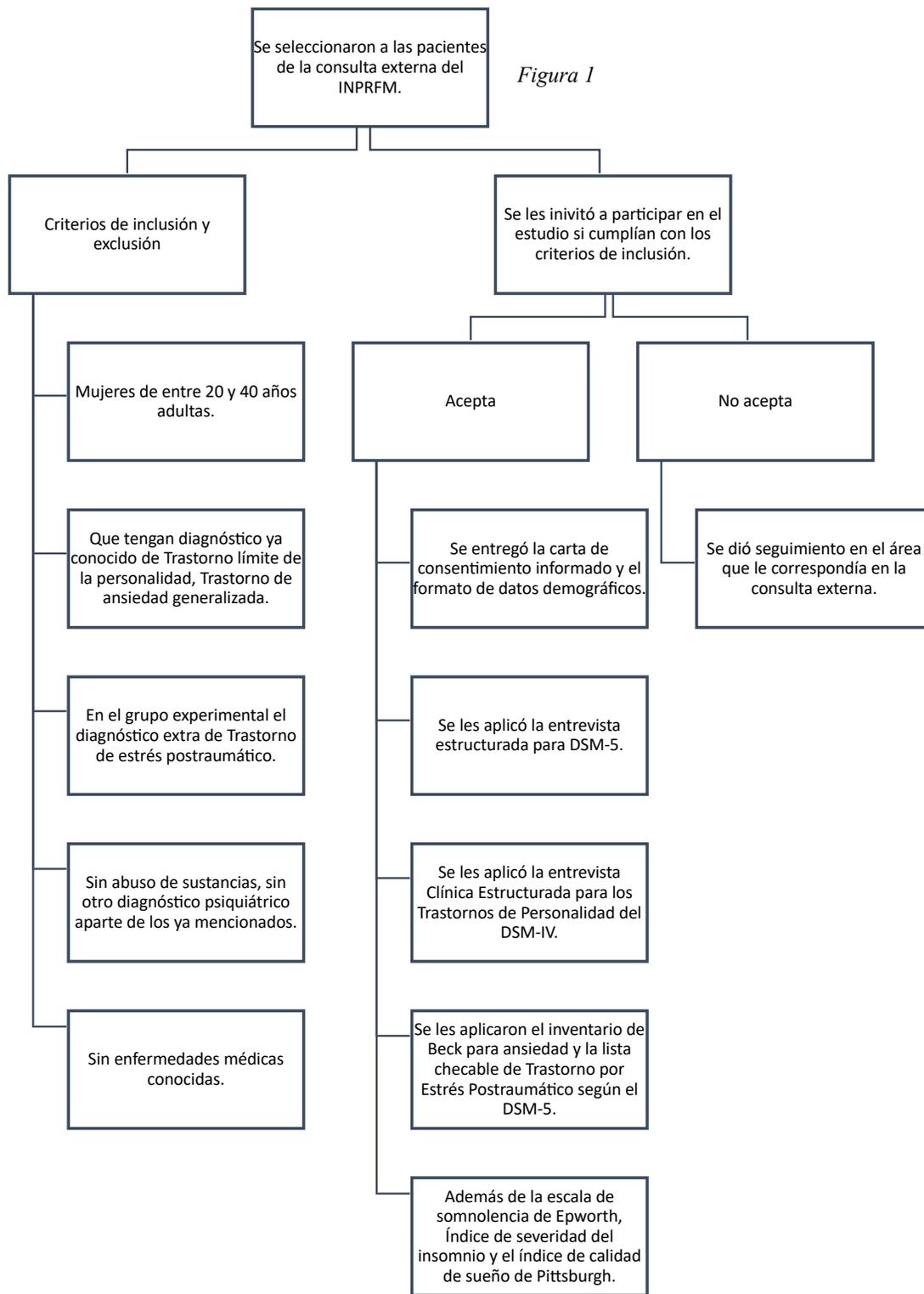
calificación global (r de Pearson=0.46 a 0.85). Los autores informaron que una puntuación >5 distingue a los sujetos con un mal dormir de aquellos que duermen bien, con una elevada sensibilidad y especificidad (89.6 y 86.5%, respectivamente) (Daniel J. et al, 1989).

16. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Se seleccionaron a los pacientes que eran valorados en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en la Ciudad de México, todas las pacientes tenían el diagnóstico previo de Trastorno límite de la personalidad (confirmado por la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV) así como de Trastorno de ansiedad generalizada según los criterios diagnósticos del DSM-5 (confirmado mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional); en el segundo grupo a comparar las pacientes contaban además con el diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático también por criterios del DSM-5 (confirmado mediante la lista checable de Trastorno por Estrés Postraumático).

Todas las participantes fueron invitadas a participar en el protocolo y dieron su consentimiento; a las pacientes que aceptaron participar se les explicó el protocolo; se les aplicó a todas las participantes, independiente de los diagnósticos en cada grupo, una serie de cuestionarios para tener evidencia clínica de los síntomas ansiosos, trauma y alteraciones en el sueño: Inventario de Beck para ansiedad, la lista checable de Trastorno por Estrés Postraumático según el DSM-5, escala de somnolencia de Epworth, Índice de severidad del insomnio y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh.

La evaluación se completó en aproximadamente 60 minutos y se realizó en una sola sesión. Posterior a ello se agradeció su participación en el protocolo y se le entregó un tríptico con información básica acerca de medidas conductuales para mejorar la calidad del sueño, como psicoeducación acerca del insomnio y medidas de higiene del sueño. En la figura 1, se ilustra el procedimiento.



17. PLAN DE ANÁLISIS

Se contó con un total de 47 participantes, de acuerdo a los diagnósticos con los que ya contaban en el expediente electrónico y físico, se dividieron en dos grupos a comparar de manera independiente; 24 participantes en el grupo con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con síntomas de ansiedad sin Trastorno de estrés postraumático; y 23 participantes en el grupo con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con síntomas de ansiedad con Trastorno de estrés postraumático. Se calificaron las 5 escalas autoaplicables que se dieron a cada paciente para medir los síntomas de ansiedad, trauma y alteraciones en el sueño.

La descripción de las características demográficas de la muestra se realizaron con frecuencias y porcentajes para variables categóricas, así como con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables dimensionales. La Chi cuadrada y la U de Mann-Whitney de muestras independientes fueron empleadas como pruebas de contraste entre grupos, la primera para el contraste de variables categóricas y la segunda, para el contraste de variables dimensionales. Es importante mencionar que no se tomó en cuenta la variable sexo, porque todas las participantes fueron mujeres.

Mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparación de grupos independientes (con y sin trastorno de estrés postraumático), se compararon los valores obtenidos para la gravedad de ansiedad; para cada variable de sueño (latencia de conciliación, duración total del sueño y eficiencia de sueño); y para comparar los resultados obtenidos en las escalas que median insomnio, somnolencia y calidad de sueño en general. Se considerarán significativos los resultados con una $p < .05$.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa estadístico de IBM, SPSS Statistics, versión 28.0.0.0 (2021) para PC.

18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	R2 (1° Semestre)	R2 (2° Semestre)	R3 (1° Semestre)	R3 (2° Semestre)	R4 (1° Semestre)	R4 (2° Semestre)
Revisión de bibliografía	X	X	X	X	X	X
Realización de anteproyecto de tesis	X					
Autorización del proyecto por el comité de ética		X				
Recolección de datos y aplicación de escalas clinimétricas			X			
Resultados y análisis de la información				X		
Impresión y entrega de proyecto final					X	

19. RESULTADOS

19.1 Características demográficas

Se incluyeron un total de 47 participantes, con Trastorno límite de la personalidad (TLP), el 100% eran mujeres. La muestra se dividió dependiendo de los diagnósticos psiquiátricos ya conocidos, el primer grupo contó con 24 participantes en el grupo control diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con síntomas de ansiedad sin síntomas de trauma y 23 participantes en el segundo grupo, con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con síntomas de ansiedad y síntomas de trauma. La edad promedio de las pacientes del grupo sin estrés postraumático fue de

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Variable	Grupo sin estrés postraumático	Grupo con estrés postraumático	p
	<i>Media (DE)</i>		
Escolaridad	15.88 (3.04)	14.26 (2.8)	.189 ^a
Edad	28.29 (6.203)	28 (7.09)	.677 ^a
Ocupación	<i>N (%)</i>		
Desempleada	8 (33.3)	2 (8.7)	.141 ^a
Hogar	2 (8.3)	5 (21.7)	
Estudiante	8 (33.3)	11 (47.8)	
Empleada	6 (25)	5 (21.7)	
Estado civil	<i>N (%)</i>		
Soltera	20 (83.3)	16 (69.6)	0.1 ^b
Casada	2 (8.3)	2 (8.7)	
Unión libre	1 (4.2)	2 (8.7)	
Separada	1 (4.2)	3 (13)	
^a U de Mann ^b Chi cuadrada			

28.29 años (D.E. = 6.203, rango 20-40 años); la edad promedio de las pacientes para el grupo con trastorno de estrés postraumático fue de 28 años (D.E. = 7.09, rango 20-40 años).

La escolaridad promedio de las pacientes en el grupo sin estrés postraumático fue de 15.88 años (D.E.= 3.04, rango 6-20 años) y el promedio de las pacientes en el grupo con estrés postraumático fue de 14.26 años (D.E.= 2.8, rango 6-20 años), ambos resultados equivalentes al bachillerato completo.

Acerca de la ocupación de las pacientes en el grupo sin estrés postraumático se encontró que el 33.3% (N=8) eran estudiantes al igual que el 33.3% (N=8) eran desempleadas, el 25% (N=6) eran empleadas y el 8.3% (N=2) se dedicaban al hogar; en el grupo con estrés postraumático se encontró que el 47.8% (N=11) eran estudiantes, el 21.7% (N=5) eran empleadas, el 21.7% (N=5) se dedicaban a tareas del hogar y el 8.7% (N=2) estaban desempleadas.

Se encontró que el estado civil predominante de las pacientes en el grupo sin estrés postraumático era 83.3% (N=20) solteras y el resto casadas (8.3%, N=2), en unión libre (4.2%, N=1) o separadas (4.2%, N=1); algo similar se encontró en el grupo con estrés postraumático, donde las pacientes eran en su mayoría solteras (69.6%, N=16), casadas (8.7%, N=2), en unión libre (8.7%, N=2) o separadas (13%, N=3).

No se encontraron diferencias significativas en las características demográficas en cada grupo, los datos descritos se presentan en la tabla 1.

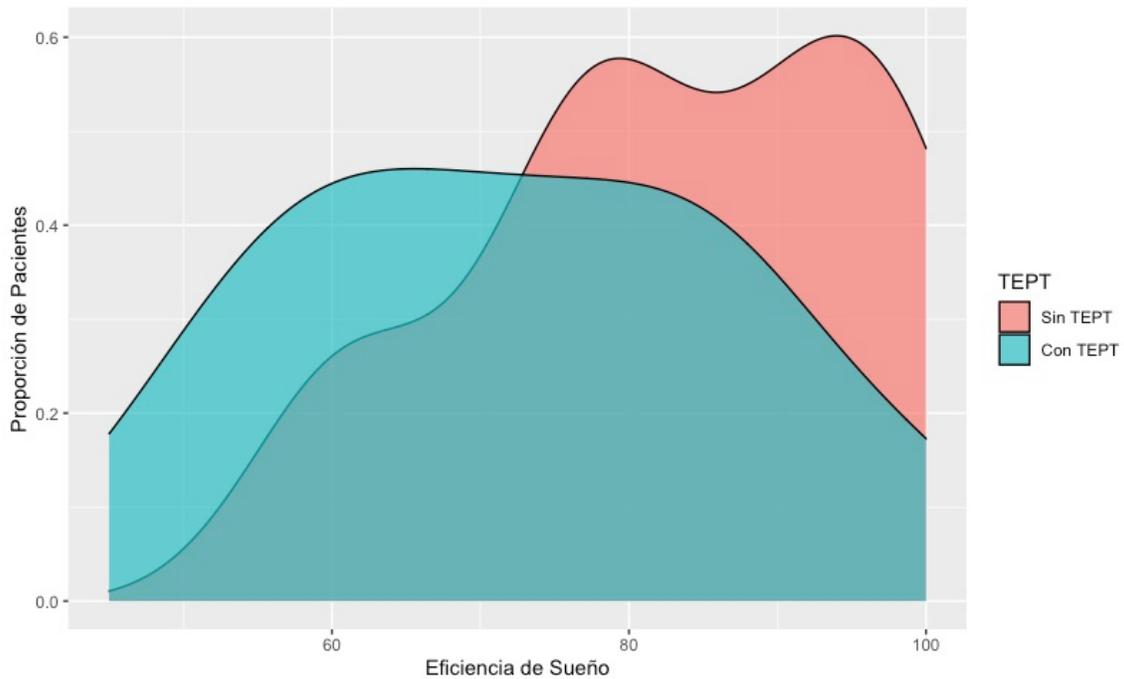
19.2 Gravedad de ansiedad

Se encontró que las pacientes del grupo sin estrés postraumático en el inventario de Beck para ansiedad puntuaron con niveles más bajos en gravedad de la ansiedad con un promedio de 18.79 (D.E.= 12.11) que se interpreta como ansiedad muy baja; las pacientes del grupo con estrés postraumático obtuvieron un promedio de 38.52 (D.E.= 13.15) que equivale a ansiedad severa. Se obtuvo significancia estadística con una $p = .001$.

19.3 Organización temporal del sueño

Se encontró que las pacientes en el grupo sin estrés postraumático tienen en promedio una latencia de sueño de 52 minutos (D.E.= 46.6), la duración del sueño en las pacientes del grupo control

dura en promedio 7.21 horas por noche (D.E.= 2.76), en este grupo en promedio tienen una eficiencia



de sueño en promedio de 83% (D.E.= 13.25).

Figura 2. Diferencias en la eficiencia de sueño entre ambos grupos.

Las pacientes del grupo con estrés postraumático resultaron con una latencia de sueño en promedio de 57 minutos (D.E.= 47.09), el promedio de duración del sueño es de 6.52 horas por noche (D.E.= 1.37), con una eficiencia de sueño en promedio de 72.32% (D.E.= 15.58). De las tres variables comparadas la única que tuvo significancia estadística fue la eficiencia de sueño, ya que tiene un valor $p = .014$. Se puede observar en la tabla 2 y figura 2.

Tabla 2. Organización temporal del sueño

Variable	Grupo sin estrés postraumático Media (DE)	Grupo con estrés postraumático Media (DE)	p
Latencia de sueño (minutos)	52.0 (46.6)	57 (47.09)	.337
Duración de sueño (horas)	7.2 (2.76)	6.5 (1.37)	.145
Eficiencia de sueño (%)	83.0 (13.25)	72.32 (15.58)	.014

19.4 Alteraciones en el sueño y calidad del sueño

Se encontró que las pacientes del grupo sin estrés postraumático tienen un puntaje en el índice de severidad de insomnio en promedio de 11.92 (D.E.= 5.5) que se puede interpretar como insomnio leve; en el grupo con estrés postraumático se encontró un promedio de 18 (D.E.= 5.29) lo que nos indica insomnio de moderado a severo; esta diferencia se encontró con significancia estadística ($p=0.001$).

Asimismo se encontró que en el grupo sin estrés postraumático las pacientes tuvieron un promedio de 10.58 (D.E.= 5.53) en la escala de somnolencia de Epworth lo que se puede interpretar como somnolencia marginal, en cambio el grupo con estrés postraumático puntuó en promedio con 13.61 (D.E.= 6.47) que se puede interpretar como somnolencia excesiva ya que es mayor a 12 puntos, esto puede tomarse en cuenta ya que se obtuvo un valor de $p=0.46$, además de que en el componente siete del índice de severidad de Pittsburgh donde se evalúa la disfunción diurna se encontró una $p=.001$.

Hablando de la calidad del sueño medido mediante el índice de calidad de sueño de Pittsburgh se encontró en el grupo sin estrés postraumático un promedio de 10.29 (D.E.= 4.75) en comparación con el promedio del grupo con estrés postraumático 13.61 (D.E.= 3.85); entre mayor es el puntaje peor es la calidad del sueño de la paciente, con un punto de corte de 5; se puede decir que esta diferencia entre ambos grupos tiene significancia estadística de ($p=.006$). Todos los datos anteriormente hablados se reportan en la tabla 3.

Tabla 3. Alteraciones en el sueño y calidad del sueño

Variable	Grupo sin estrés postraumático Media (DE)	Grupo con estrés postraumático Media (DE)	P
ISI	11.92 (5.5)	18 (5.29)	0.001
ESE	10.58 (5.53)	13.61 (6.47)	0.46
ICSP	10.29 (4.75)	13.61 (3.85)	0.006

ISI: índice de gravedad de insomnio, ESE: escala de somnolencia de Epworth, ICSP: índice de calidad de sueño de Pittsburgh.

19.5 Uso de psicofármacos

Las pacientes cuentan con tratamiento farmacológico para los diagnósticos clínicos de base, en el grupo sin estrés postraumático el 95.8% utiliza antidepresivos, 70.8% utiliza antipsicóticos a dosis bajas como quetiapina, 41.7% utiliza antiepilépticos como topiramato o pregabalina, además de 8.3% fármacos Z y sólo 25% utiliza benzodiacepinas (tabla 4).

En el grupo con estrés postraumático el 95.7% utiliza antidepresivos; 61.2% utiliza antipsicóticos; 47.8% utiliza antiepilépticos; 43.5% utiliza benzodiacepinas y ninguna paciente de este grupo utiliza fármacos Z (tabla 4).

En las pacientes del grupo sin estrés postraumático, se encontró que el 37.5% (N=9) refirieron no haber utilizado durante el último mes ningún medicamento para inducir el sueño; 8.33% (N=2) refirieron haber utilizado la medicación una vez por semana; 8.33% (N=2) refirieron haber utilizado la medicación dos veces por semana y el 45.8% (N=11) refirieron haber utilizado medicación tres veces por semana durante el último mes (figura 3).

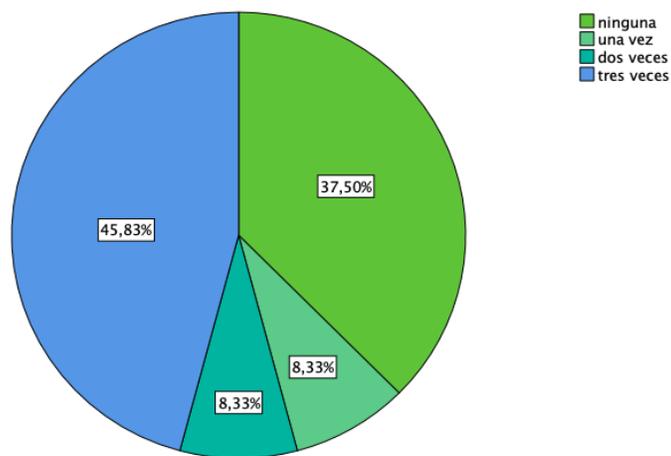


Figura 3. Uso de medicamentos en el grupo sin estrés postraumático.

En las pacientes del grupo con estrés postraumático, se encontró que el 26.09% (N=6) refirieron no haber utilizado durante el último mes ningún medicamento para inducir el sueño; 4.35% (N=1) refirieron haber utilizado la medicación una vez por semana; 17.39% (N=4) refirieron haber utilizado la medicación dos veces por semana y el 52.17% (N=12) refirieron haber utilizado medicación tres veces por semana durante el último mes (figura 4).

Figura 4. Uso de medicamentos en el grupo con estrés postraumático.

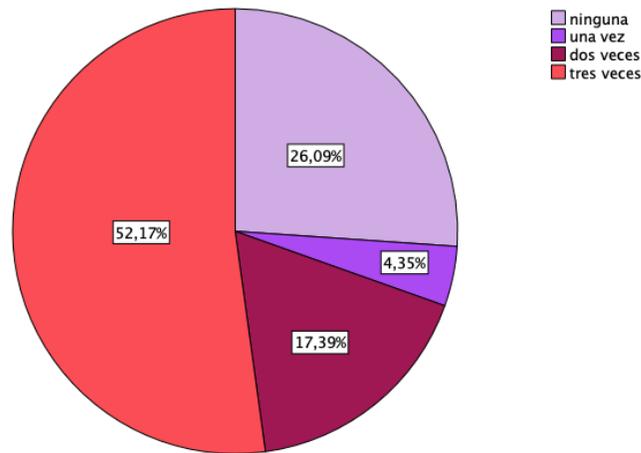


Tabla 4. Tipos de Medicamentos indicados a las pacientes en la consulta externa

	No TEPT	TEPT
Antidepresivos (fluoxetina, sertralina, escitalopram, venlafaxina)		
No	N = 1 (4.2%)	N = 1 (4.3%)
Sí	N = 23 (95.8%)	N = 22 (95.7%)
Total	N = 24 (100%)	N = 23 (100%)
Benzodiacepina (clonazepam, alprazolam)		
No	N = 18 (75%)	N = 13 (56.5%)
Sí	N = 6 (25%)	N = 10 (43.5%)
Total	N = 24 (100%)	N = 23 (100%)
Fármaco Z (zolpidem)		
No	N = 22 (91.7%)	N = 23 (100%)
Sí	N = 2 (8.3%)	N = 0 (0%)
Total	N = 24 (100%)	N = 23 (100%)
Antipsicótico (quetiapina, aripipazol)		
No	N = 7 (29.2%)	N = 8 (34.8%)
Sí	N = 17 (70.8%)	N = 15 (65.2%)
Total	N = 24 (100%)	N = 23 (100%)
Antiepiléptico (topiramato, pregabalina)		
No	N = 14 (58.3%)	N = 12 (52.2%)
Sí	N = 10 (41.7%)	N = 11 (47.8%)
Total	N = 24 (100%)	N = 23 (100%)

20. DISCUSIÓN

En cuanto a características demográficas en la población de estudio no se encontraron diferencias significativas en las características demográficas en cada grupo. La media en la población de este estudio fue de 28 años en un rango de 20 a 40 años, recordemos que todas son mujeres con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad. Todas son pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, la media de escolaridad equivale al bachillerato completo (15 años de escolaridad), la mayoría de las pacientes eran estudiantes (40.42%) y solteras (76%).

Los resultados sugieren que las pacientes con diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático tienen mayor gravedad de síntomas ansiosos en comparación con las pacientes que no tienen el diagnóstico de estrés postraumático, con significancia estadística ($p=.001$), ya que varía desde ansiedad leve en el grupo sin estrés postraumático en comparación a las pacientes del grupo con estrés postraumático que reportaron ansiedad severa. Lo cual concuerda con lo revisado en la bibliografía, ya que el factor agregado de estrés refiere mayor gravedad de la sintomatología ansiosa con alta comorbilidad entre ambos trastornos (Hatch, 2018).

Esto puede estar relacionado con la autoeficacia de cada paciente, que a su vez se relaciona con la ansiedad ante la muerte presente en el estrés postraumático, como ha sido reportado en la literatura (Hoeltherhoff, 2020). Así mismo se encontró que los pacientes con trastorno límite de la personalidad, pueden tener en el sueño que se ha correlacionado con tasas más altas de experiencias traumáticas tempranas, síntomas disociativos y deterioro de la calidad del sueño (Semiz, 2008).

La organización temporal y alteraciones del sueño se evaluó mediante aplicación de escalas clínicas, ya que por motivos de la pandemia por COVID-19, no fue posible realizar en este Instituto polisomnografías, que se considera el estudio más adecuado para la evaluación objetiva del sueño (Maurice, 2004). Se evaluaron diferentes variables dentro de las escalas de sueño que se aplicaron, para estudiar la organización temporal del sueño se utilizó el índice de calidad del sueño de Pittsburgh, un instrumento autoaplicable de donde se tomaron principalmente tres variables que la paciente identifica presentes durante el último mes; éstas son latencia de conciliación del sueño, duración total del sueño y eficiencia de sueño.

De las tres variables, se encontró que la única que tuvo significancia estadística fue la eficiencia de sueño ($p=.014$), ya que en el grupo sin estrés postraumático las pacientes tuvieron una media de 83% en comparación con la media del 72.32% que se reportó en el grupo que presenta estrés postraumático; la eficiencia de sueño se calcula mediante un cálculo matemático, primero se divide

el tiempo total que el paciente refiere pasar en cama entre el número total de hora que refiere dormir, el resultado se multiplica por 100 para poder obtener un porcentaje, para la edad de las pacientes del estudio (20-40 años) se considera una eficiencia normal por arriba del 90%, ya que como se ha visto en estudios previos está disminuye con al edad (Maurice, 2004); en ambos grupos la eficiencia de sueño estuvo por debajo de la normalidad, en el grupo con estrés postraumático fue más aún más bajo.

Hablando de alteraciones generales del sueño, se encontró mayor gravedad de insomnio en el grupo de estrés postraumático donde se encontró gravedad de moderada a severa. No hubo relevancia en la somnolencia medida por la escala de Epworth. Sin embargo, se encontró que la calidad del sueño en las pacientes del grupo con estrés postraumático es peor en el índice de severidad de Pittsburgh que incluye puntuaciones más altas de calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna en comparación con las pacientes sin estrés postraumático; lo cual tiene significancia estadística y se relaciona con estudios previos con el uso de la misma escala, en los que se reportó que el sueño suele ser deficiente entre las personas con Trastorno límite de la personalidad, con una menor calidad subjetiva del sueño, mayor latencia del sueño, menor duración del sueño, menor eficiencia habitual del sueño, más alteraciones del sueño, mayor uso de medicación para dormir y una mayor disfunción diurna (Semiz, 2008). Debemos mencionar que en la revisión de la literatura también se ha encontrado que pueden existir discrepancias entre las mediciones objetivas y subjetivas del sueño, lo que indica una percepción alterada del sueño en el TLP (McCall, 2013).

Se puede considerar como sesgo general en la población de estudio el uso de medicación psiquiátrica, algunos estudios recomiendan la suspensión de fármacos que puedan alterar los resultados en la medición del sueño (Van Gastel, 2018), principalmente las benzodiazepinas y los fármacos Z como el zolpidem que pueden ser una indicación del tratamiento del insomnio a corto plazo. Sin embargo, esta Institución es un hospital de tercer nivel, donde se atienden a pacientes con comorbilidades psiquiátricas que ameritan tratamiento psicotrópico, en este caso ansiedad y estrés postraumático por lo que no es factible debido a la gravedad previa o complicaciones de los padecimientos suspender la medicación por completo, por ello se realizó una descripción de los fármacos utilizados por las pacientes en los dos grupos, mismos que son similares. En el estudio se encontró que la mayor parte de las pacientes en ambos grupos tiene indicado antidepresivos (95.7%) en su tratamiento, en menor porcentaje antipsicóticos (68%), antiepilépticos (44.6%), benzodiazepinas (34%) y fármacos Z (4.2%), este último sólo se indicó en el grupo sin estrés postraumático.

Acerca de la frecuencia del uso de algunos de estos fármacos como hipnóticos en ambos grupos durante el último mes, se encontró que en ambos grupos, en su mayoría reportaron haber utilizado medicación tres veces por semana (48.9%, N=23); sin embargo, llama la atención que en porcentaje de frecuencias, siguió no haber utilizado durante el último mes ningún medicamento para inducir el sueño (31.9%, N=16); después el 6.3% (N=3) refirió haber utilizado la medicación una vez por semana; y al final el 12.7% (N=6) refirió haber utilizado la medicación dos veces por semana.

Con los resultados del estudio ya expuestos, podemos mencionar que todas las pacientes con Trastorno límite de la personalidad incluidas en el estudio, presentan mala calidad de sueño subjetiva al menos durante el último mes, lo cual empeora cuando se agregan síntomas de estrés postraumático; se encontró que se afectan la eficiencia de sueño, el número total de horas al dormir, la disfunción diurna, la gravedad de insomnio y de síntomas ansiosos cuando se tiene el antecedente de trauma. Además de evidenciar el uso de psicofármacos hipnóticos para mejorar los síntomas de insomnio y la pobre calidad del sueño de las pacientes como grupo en general. Consideramos todo esto importante ya que el brindar atención a mejorar el sueño de las pacientes, podría mejorar no sólo su calidad de vida, si no también su pronóstico a largo plazo, la gravedad de su padecimiento y sus comorbilidades psiquiátricas, todo esto en conjunto con el tratamiento para su diagnóstico principal, el Trastorno límite de la personalidad.

21. ALCANCES Y LIMITACIONES

En este estudio no se incluyeron pacientes que contaran con diagnósticos psiquiátricos como trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastornos por uso de alguna sustancia o trastornos de conducta alimentaria, si bien algunas pacientes contaban con el diagnóstico de depresión, en el momento del estudio con tenían síntomas depresivos activos. Los grupos comparados compartían características demográficas similares, en la selección de la muestra se colocó un límite de edad (20 - 40 años) como criterios de inclusión, que pudo haber contribuido a lo mismo. Se puede agregar que las escalas autoaplicables, principalmente el índice de calidad del sueño de Pittsburgh refleja la calidad del sueño durante el último mes, mientras que la polisomnografía solo analiza las noches en particular estudiadas, lo cual se puede considerar que nos brindó más información.

Dentro de las limitaciones del estudio podemos encontrar que es un estudio transversal, que el tamaño de la muestra es pequeño y el lugar de selección de muestra es un hospital psiquiátrico de tercer nivel; con todo esto se puede cuestionar la generalización de sus resultados.

El uso de psicofármacos en el estudio puede considerarse un sesgo ya que algunos medicamentos tienen efectos sobre el sueño especialmente las benzodiacepinas y los fármacos Z (Van Gastel, 2018), sin embargo, en este estudio se encontró que se usan en ambos grupos de manera similar y porcentaje de la población de estudio. Por principios éticos en los cuales se defiende la beneficencia y no maleficencia de las pacientes, se decidió no indicar el retiro de psicofármacos para realizar el estudio por la gravedad de los Trastornos psiquiátricos con las que fueron diagnosticadas las pacientes.

En este estudio se utilizaron escalas clinimétricas ya que por motivos de la pandemia por COVID-19, no fue posible obtener autorización para realizar polisomnografías en el tiempo en el que se realizó el estudio, los resultados de estas escalas podrían estar sesgados por la percepción subjetiva de las pacientes. En un estudio posterior con una medida más objetiva con la polisomnografía en conjunto con el uso de las escalas clínicas, se podrían ofrecer datos más precisos sobre el sueño, como la arquitectura de este o información más objetiva sobre la organización temporal del sueño en esta población de estudio, ya que su información es limitada en nuestro país.

22. CONCLUSIONES

Creemos que este tipo de estudios en donde se evalúan las características del sueño en pacientes con padecimientos psiquiátricos, podrían contribuir de manera importante a entender la importancia de tratar de manera global los síntomas de las pacientes; se ha observado que una mala calidad del sueño mediada por problemas como el insomnio, tiene consecuencias importantes como irritabilidad, somnolencia y disfunción diurna, en las pacientes con TLP incluso aumentar las desregulaciones emocionales y contribuir a la gravedad de la ansiedad que en muchas ocasiones se relaciona con la presencia de autolesiones o aumentar per se el riesgo suicida (DeShong, 2019).

Por ello se propone prestar mayor atención a las características del sueño de las pacientes, utilizando estrategias como la terapia cognitivo conductual para el insomnio que a su vez puede contribuir a mejorar la calidad y eficiencia del sueño. Se sugiere realizar posteriormente más estudios donde se incluyan las polisomnografías como medición más objetiva, así como incluir una población más grande.

23. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, S. D., Ávila, C. R., & Genchi, A. J. (2011). Evaluación clínica de los síntomas relacionados con el dormir. *Psiquis*, 20(1).
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Ball JS & Links PS (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
- Barone, L. (2003). "Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview." *Attach Hum Dev* 5(1): 64- 77.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297-307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. Dec;56(6):893-7.
- Bromundt, V., Wirz-Justice, A., Kyburz, S., Opwis, K., Dammann, G., & Cajochen, C. (2013). Circadian sleep-wake cycles, well-being, and light therapy in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(5), 680-696.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., & Barros-Bermúdez, J. A. (2008). Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la entrevista clínica estructurada para trastornos del eje II del DSM-IV. *Rev Colom Psiquiatr*, 37, 378-84.
- Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34.
- Chávez-León, E., Ng, B., & Ontiveros-Uribe, M. P. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud mental*, 29(5), 16-24.
- CIE-10 2008 (8ª edición, 2009 versión 1.0 - 01/05/2010). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España). Consultado el 29/06/2014.
- Daniel J. Buysse, Charles F. Reynolds, Timothy H. Monk, Susan R. Berman, David J. Kupfer. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research, *Psychiatry Research: Volume 28, Issue 2, Pages 193-213*.
- De Camargo, B. (2010). Estrés, Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2).
- DeShong, H. L., & Tucker, R. P. (2019). Borderline personality disorder traits and suicide risk: The mediating role of insomnia and nightmares. *Journal of affective disorders*, 244, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.097>

- Feinstein AR. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Philadelphia: WB Sanders; 1985.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J. M. I. N. I., & Lecrubier, Y. (1997). MINI international neuropsychiatric interview. *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria*. 2ª ed. Oviedo: Gofar.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18029.
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Critical care (London, England)*, 22(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>
- Hoelterhoff M, Chung MC. Self-Efficacy as an Agentive Protective Factor against Death Anxiety in PTSD and Psychiatric Co-Morbidity. *Psychiatr Q*. 2020 Mar;91(1):165-181. doi: 10.1007/s11126-019-09694-5. PMID: 31802409; PMCID: PMC7033080.
- Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., & de la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta médica de México*, 144(6), 491-496.
- Lereya, S. T., Winsper, C., Tang, N. K., & Wolke, D. (2017). Sleep Problems in Childhood and Borderline Personality Disorder Symptoms in Early Adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 193–206. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0158-4>
- Lucas Kramer, Christian Sander, Katja Bertsch, Dorothee Maria Gescher, Sylvia Cackowski, Ulrich Hegerl, Sabine C. Herpertz, EEG-vigilance regulation in Borderline Personality Disorder, *International Journal of Psychophysiology*, Volume 139, 2019, Pages 10-17, ISSN 0167-8760
- Maurice M. Ohayon, MD, DSc, PhD, Mary A. Carskadon, PhD, Christian Guilleminault, MD, Michael V. Vitiello, PhD, Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan, *Sleep*, Volume 27, Issue 7, October 2004, Pages 1255-1273, <https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255>
- McCall, W. V., Batson, N., Webster, M., Case, L. D., Joshi, I., Derreberry, T., McDonough, A., & Farris, S. R. (2013). Nightmares and dysfunctional beliefs about sleep mediate the effect of insomnia symptoms on suicidal ideation. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 9(2), 135–140. <https://doi.org/10.5664/jcsm.2408>

- Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
- Mosquera, Dolores & Gonzalez, Anabel & Hart, Onno. (2011). Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Revista Persona*. Volume 11. 10-40.
- Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., Dauvilliers, Y., Ferri, R., Fung, C., Gozal, D., Hazen, N., Krystal, A., Lichstein, K., Mallampalli, M., Plazzi, G., Rawding, R., Scheer, F. A., Somers, V., & Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep health*, 3(1), 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rundo, J. V., & Downey, R., 3rd (2019). Polysomnography. *Handbook of clinical neurology*, 160, 381–392. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64032-1.00025-4>
- Sandoval-Rincón, M., Alcalá-Lozano, R., Herrera-Jiménez, I., & Jiménez-Genchi, A. (2013). Validación de la escala de somnolencia de Epworth en población mexicana. *Gaceta médica de México*, 149(4), 409-416.
- Sanz, J., Magán, I., & García-vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 626 - 640.
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., & Cetin, M. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(1), 48–55. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01789.x>
- Scarpelli, S., Bartolacci, C., D'Atri, A., Gorgoni, M., & De Gennaro, L. (2019). The Functional Role of Dreaming in Emotional Processes. *Frontiers in psychology*, 10, 459. doi:10.3389/fpsyg.2019.00459
- Sheldon, S. H., Ferber, R., Kryger, M. H., & Gozal, D. (Eds.). (2014). *Principles and practice of pediatric sleep medicine e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Schredl, M., Paul, F., Reinhard, I., Ebner-Priemer, U. W., Schmahl, C., & Bohus, M. (2012). Sleep and dreaming in patients with borderline personality disorder: a polysomnographic study. *Psychiatry research*, 200(2-3), 430–436. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.036>
- Schuder, M. R., & Lyons-Ruth, K. (2004). " Hidden Trauma" in Infancy: Attachment, Fearful Arousal, and Early Dysfunction of the Stress Response System.
- Tempesta, D., Socci, V., De Gennaro, L., & Ferrara, M. (2018). Sleep and emotional processing. *Sleep medicine reviews*, 40, 183–195. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.12.005>

- Ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC psychiatry*, 16, 249.
- Van Gastel, A. (2018). Drug-induced insomnia and excessive sleepiness. *Sleep medicine clinics*, 13(2), 147-159.
- World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Obtenido de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal*, 16, 1057–1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>
- Zanarini M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 23(1), 89–101. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70145-3)

24. ANEXOS

24.1 Carta de consentimiento informado

Nombre del estudio: Organización temporal del sueño en pacientes con trastorno límite de la personalidad en función de síntomas de ansiedad y estrés.

Código para el estudio: MAP

Se invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. A continuación se brinda información que permitiría decidir sobre el participar o no; todas las dudas serán contestadas.

Objetivo del estudio: el propósito es evaluar las características del dormir en algunas personas con trastorno límite de la personalidad y relacionarlas con algunos síntomas de ansiedad y estrés. La participación consistiría en contestar 6 cuestionarios: una entrevista sobre las características de personalidad; un cuestionario de datos generales (edad, sexo, ocupación, entre otros; ningún dato de identificación personal); el tercero para evaluar los síntomas de ansiedad; el cuarto para evaluar síntomas relacionados con experiencias estresantes; el quinto y el sexto serían para evaluar algunas características del sueño.

Procedimiento del estudio: cada participante sería entrevistado por una médica psiquiatra, quién realizaría una serie de preguntas relacionadas con el padecimiento, para evaluar los síntomas y gravedad, además de contestar escalas auto aplicables para evaluar síntomas de ansiedad, estrés por experiencias desfavorables, y la calidad del sueño.

Es importante manifestar que la participación, incluyendo entrevistas y/o cuestionarios, serán sin costo económico alguno. En caso de cambiar de opinión o decidir por cualquier motivo no continuar en el estudio, puede desistirse de la participación en cualquier momento.

Riesgos: de presentarse el caso de que temas sensibles sean tocados durante la entrevista o aplicación de los cuestionarios, se brindaría atención inmediata por la Dra. Alejandra Berenice Aguirre Lara o por alguno de los especialistas involucrado en el estudio, quienes están capacitados para intervenir de forma que se recupera la calma.

Medidas anti COVID-19:

Debido a la situación sanitaria actual, se han establecido los siguientes procedimientos:

- Previo a su acceso al Instituto, todas las personas pasan por el triage respiratorio mediante toma de temperatura con termómetro infrarojo y cuestionario de síntomas y signos de caso sospechoso.
- En caso de presentar un signo y síntoma mayor (temperatura mayor a 37.5°C, tos, dificultad respiratoria o dolor de cabeza) los 10 días previos a la entrevista, acompañados de un síntoma menor (dolor de cuerpo, dolor de huesos, dolor de garganta, escalofríos, dolor de pecho, secreción nasal, pérdida del olfato, pérdida del gusto o conjuntivitis), se restringirá la entrada a la persona y se darán indicaciones para aislamiento domiciliario y envío de mensaje COVID a la secretaria de salud, quienes dan el seguimiento a casos sospechosos.
- Se vigilará el uso de cubrebocas en todo momento.
- Durante la participación en el estudio, se realizarían los cuestionarios pertinentes a cada participante cuidando la sana distancia (1.5 metros) y, en caso de que así se solicite, se le enviarían los resultados por vía electrónica para evitar el contacto directo en lo posible.

Posibles beneficios:

- a) Las evaluaciones que se realizarían a lo largo del estudio permiten conocer el estado emocional y patrones de sueño.
- b) De manera indirecta, se contribuiría en el conocimiento sobre la naturaleza del trastorno límite de la personalidad y su relación con el sueño.
- c) Se ofrecerá una plática informativa acerca de salud emocional e higiene del sueño y se entregará un folleto con información al respecto.

Confidencialidad: los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante ni otro dato que pudiera permitir su identificación. Se asignará un código numérico para la identificación de los datos de interés para el análisis. No habrá posibilidad de que nombre u otros datos personales de identificación aparecieran en ningún reporte o publicación.

¿En caso aceptar participar, estaría de acuerdo en que se consulte el expediente para recabar información acerca del historial clínico y tratamiento?

Sí No

Declaratoria de consentimiento: “He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

“ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

“Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

“Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con la Dra. Alejandra Berenice Aguirre Lara residente de tercer año de la especialidad de psiquiatría o con el Dr. Ignacio Ramírez Salado del Laboratorio de Cronobiología y Sueño de la Dirección de Investigaciones en Neurociencias del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, o también a los teléfonos 41605112, 5113 ó 5058 así como al correo Aleeb.Aguirre@imp.edu.mx”

Nombre del participante	Firma	Fecha
<hr/>		

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
<hr/>		

Dra. Alejandra Berenice Aguirre Lara, Dirección de Investigaciones en Neurociencias del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la Alcaldía Tlalpan. Teléfonos 4160-5112, 5058 ó 5113; correo Aleeb.Aguirre@imp.edu.mx

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
<hr/>		

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha
<hr/>		

24.2 Carta aprobación de ética.



Ciudad de México a 3 de agosto de 2020
Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20230316
IRB00006105; IORG0005093; FWA00011992

Dra. Alejandra Berenice Aguirre Lara
Investigador Principal
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Calzada México-Xochimilco No. 101,
Col. San Lorenzo Huipulco,
Alcaldía de Tlalpan
Ciudad de México

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Organización temporal del sueño en pacientes con trastorno límite de la personalidad en función de síntomas de ansiedad y estrés", a su cargo, cumple con los requisitos éticos y metodológicos especificados en el Formato de inicio del Comité de Ética en Investigación y Consentimiento Informado, por lo cual ha sido

APROBADO

Número de aprobación CEI/C/024/2020 y vigencia de un año, 3 de agosto de 2020 al 3 de agosto de 2021.

El proyecto deberá realizarse cumpliendo con los aspectos éticos y metodológicos aprobados y notificar cualquier modificación o enmienda al mismo.

Si la duración del estudio es mayor de lo esperado, solicitar la re-aprobación del mismo, con un informe de los avances y resultados parciales de la investigación.

Una vez finalizada la investigación deberá enviar a este Comité una carta de aviso de cierre.

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBADO

Dra. Liliana Mondragón Barrios
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p Dra. Mónica Flores Ramos, Directora de Enseñanza y presidente del Comité de Tesis. -Presente.

Dr. Gerardo B. Ramírez Rodríguez, Secretario Técnico del Comité de Investigación. -Presente

C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Responsable de la Unidad Contable de Recursos de Terceros. -Presente

Calz. México Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México
Tel: (55) 4160-5050 www.inprf.gob.mx



2020
LEONA VICARIO
SECRETARÍA DE SALUD DE LA FEDERACIÓN

24.3 Certificado por haber completado curso RCR Basic (CITI Program).



Completion Date 07-Apr-2020
Expiration Date 07-Apr-2023
Record ID 34736625

This is to certify that:

Alejandra Berenice Aguirre Lara

Has completed the following CITI Program course:

RCR Basic Course (Curriculum Group)
Social Behavioral, and Education (SBE) Sciences (RCR) (Course Learner Group)
1 - Basic Course (Stage)

Under requirements set by:

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Not valid for renewal of certification through CME. Do not use for TransCelerate mutual recognition (see Completion Report).

CITI
Collaborative Institutional Training Initiative

Verify at www.citiprogram.org/verify/?w6b62649e-cb76-4245-97af-8e29f776c41b-34736625