



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN PACIENTES CON TRASTORNO
LÍMITE DE PERSONALIDAD DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY
BERNARDINO ÁLVAREZ DURANTE EL PERÍODO 2020-2021

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de
Especialidad en Psiquiatría.

ERIC GARCÍA BRAVO

Dr. Pablo Vera Flores
Asesor Metodológico y teórico

Ciudad de México, 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

Se dice que un hombre logra sus éxitos acompañado de grandes personas que lo inspiran a realizarlos y en mi caso solo tengo que agradecer a mis padres, José Rey y Hortencia quienes han sido parte y apoyo de lo que he logrado, a mis abuelos, en especial a mi papá Chucho por sus palabras, acompañamiento y admiración. A cada miembro de mi familia tíos y primos, fundamentalmente a Oswaldo, Nadia, Christian y mi tía Ángela. Por los que ya no están, pero fueron testigos y presenciaron mi camino. A Dios por cuidarme y guiarme. Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por abrirme sus puertas. A cada uno de los pacientes y profesores que me formaron, mis respetos y gratitudes por siempre.

I. Índice

I.	Índice	3
II.	Listado de tablas:	4
III.	Listado de Figuras:.....	4
IV.	Listado de Abreviaturas:.....	4
V.	Resumen.....	6
VI.	Introducción	8
VII.	Marco teórico.....	9
	Definición de trastorno límite de la personalidad	9
	Etiología.....	10
	Diagnóstico.....	12
	Criterios para trastornos de la personalidad específicos.....	13
	Tratamiento.....	15
	Conductas alimentarias de riesgo	17
	Prevalencia	18
	Factores de riesgo.....	19
	Comorbilidad Trastorno límite de personalidad y Conductas alimentarias.....	20
VIII.	Método.....	24
	8.1 Justificación	24
	8.2 Planteamiento del problema	25
	8.3 Pregunta de Investigación.....	25
	8.4 Objetivos	26
	8.5 Hipótesis de investigación e hipótesis nula	26
	8.6 Muestra y muestreo.....	27
	8.7 Criterios de selección	27
	8.8 Tipo de estudio:.....	28
	8.9 Método y procedimiento	28
	8.10 Operacionalización de variables.....	30
	8.11 Métodos estadísticos	31
	8.12 Consideraciones éticas	31
	8.13 Cronograma de actividades.....	33
IX.	Resultados.....	34

X.	Discusión:	39
XI.	Conclusión:	41
XII.	Recomendaciones	42
XIII.	Referencias Bibliográficas	43
XIV.	Anexos	47
	14.1 Carta de Consentimiento Informado	47
	14.2 Declaración de no conflicto de interés.....	49
	14.3 Escala Breve de conductas alimentarias de riesgo	50
	14.4 Cuestionario Sociodemográfico	51
	14.5 Carta de solicitud de autorización para aplicar Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo, a pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.....	52
	14.6 Carta de solicitud de autorización para aplicar Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo, a pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.....	53

II. Listado de tablas:

Tabla 1	Descripción de las variables sociodemográficas de las usuarias incluidas en nuestro estudio.....	34
Tabla 2	Comparación de las respuestas a la Escala Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, de las usuarias con seguimiento en los servicios de terapia de grupo para TLP y de consulta externa	36

III. Listado de Figuras:

Figura 1	Comparación del puntaje obtenido tras la aplicación de la Escala Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo.....	35
Figura 2	CAR TG.....	38
Figura 3	CAR CE.....	38

IV. Listado de Abreviaturas:

TLP: Trastorno límite de personalidad

CAR: Conductas alimentarias de riesgo

TCA: Trastornos de conducta alimentaria.

AN: Anorexia Nerviosa

BN: Bulimia Nerviosa.

HPFBA: Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM-V: Quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

V. Resumen

Título: Conductas alimentarias de riesgo en pacientes con trastorno límite de personalidad del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo 2020-2021.

Antecedentes: Las Conductas alimentarias de riesgo son características de los trastornos de la Conducta Alimentaria sin que cumplan frecuencia o duración con los requerimientos diagnósticos, asociándose a un trastorno de personalidad tipo límite dado su característica de impulsividad e insatisfacción con la imagen de uno mismo. Palabras clave: Trastorno límite de personalidad, Conductas alimentarias de riesgo, Trastornos de la conducta alimentaria. Debido al conocimiento del padecimiento y el uso de escalas o instrumentos de búsqueda de síntomas se ha incrementado los estudios e incidencia en las personas susceptibles a estos trastornos. El cuestionario breve de conductas alimentarias para tamizaje se recomienda utilizarlo al estar diseñado y validado para población mexicana al ser una escala auto-aplicada y fácil de realizar.

Objetivo: Establecer si existe diferencia en la frecuencia de presencia de conductas alimentarias de riesgo en un grupo de usuarias con trastorno límite de personalidad con seguimiento habitual en el servicio de consulta externa, en relación a las usuarias con seguimiento en terapia de grupo de trastornos de la personalidad tipo límite del HPFBA

Métodos: Estudio analítico, transversal y comparativo, Lugar: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Población de estudio: pacientes mujeres de consulta externa con diagnóstico de TLP, se les solicitó su consentimiento informado para la

aplicación de la escala. Procedimientos: Se aplicó el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo a las usuarias que cumplieron con criterios de inclusión, recolectando los resultados del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo, con los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Se aplicó el Cuestionario breve de conductas alimentarias a 72 pacientes de la consulta externa del HPFBA. En cuanto a las variables sociodemográficas evaluadas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos por edad, estado civil, escolaridad u ocupación. En general 24 usuarias con diagnóstico TLP en el HPFBA, con seguimiento en la consulta externa presentaron riesgo de presentar trastornos de alimentación con 33.3%, y 48 usuarias presentaron ausencia de riesgo de presentar trastornos de alimentación con 66.7%. Específicamente por grupo las pacientes pertenecientes a la consulta externa sin seguimiento terapéutico fueron 36 de las cuales 10 presentaron riesgo a desarrollar un trastorno de alimentación, a comparación de las usuarias con seguimiento en terapia de grupo quienes 14 usuarias de las 36 pertenecientes a la muestra presentaron riesgo a desarrollar un trastorno de alimentación.

Conclusiones: La mediana de la puntuación total de la escala para las usuarias con seguimiento en el grupo de trastornos graves de la personalidad fue de 8 (rango intercuartílico –RIC–, 5 – 14), mientras que en el grupo de usuarias con seguimiento en consulta externa fue de 7 (RIC: 4 – 11); sin lograrse encontrar diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas para ambos grupos ($Z=1.2$, $p=0.21$, ver figura 1). Del mismo modo, la proporción de presencia de conductas alimentarias

de riesgo, no fue significativa entre ambos grupos ($\chi^2=1.2$, $p=0.3$). Aunque nuestro estudio no logró determinar una mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en alguno de los grupos; a pesar de que las alteraciones conductuales propias de los trastornos graves de la personalidad podrían potenciar su prevalencia, se obtuvieron resultados de relevancia que convendría retomar en futuros proyectos de investigación.

VI. Introducción

Las Conductas Alimentarias de riesgo son aquellas conductas compensatorias características de los Trastornos de Conducta Alimentaria definidos y que no cumplen en frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos, y alrededor del 30% de la población con un trastorno alimentario cuenta con criterios para al menos un trastorno de la personalidad, los individuos con diagnóstico de trastorno límite de personalidad presentan alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, alteración de la identidad con inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, haciendo a este grupo de individuos más susceptibles a desarrollar conductas alimentarias de riesgo, debido a la autopercepción de la imagen corporal, impulsividad, y baja autoestima, llegando a presentar insatisfacción de su propia imagen. Si bien no existe un concepto unificado de las conductas alimenticias de riesgo, se conoce la relación que existe entre estas y el potencial para desarrollar algún tipo de trastorno alimentario (Anorexia, bulimia, trastorno alimentario no especificado), con consecuencias físicas y psicosociales, y en algunos casos con morbilidad relacionada siendo un problema de salud pública, siendo fundamental su diagnóstico en todos los

niveles de atención hospitalaria, para establecer las medidas para canalización, atención, tratamiento y prevención de dichas conductas.

VII. Marco teórico

Definición de trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de personalidad inicialmente fue definido en 1978, posterior a lo cual fue anexado al manual de trastornos mentales DSM-III en 1980 y diez años después en la clasificación internacional de enfermedades (CIE). ¹

El trastorno límite de personalidad, se caracteriza por una extrema sensibilidad a la autopercepción o inestabilidad personal, alteración cognitiva, emociones intensas, volátiles, comportamientos impulsivos, relaciones interpersonales inestables, causando un deterioro significativo o una angustia significativa, una de las características centrales es la desregulación emocional, debido a esta incapacidad de regular las emociones, el individuo tiene una limitación para perseguir metas importantes o comportarse de manera efectiva en varios contextos. ^{1, 2.}

Epidemiología

El trastorno límite de personalidad es común tanto en la población general como en entornos clínicos, se estima que la prevalencia es alrededor de 1.7 % en la población general y la prevalencia a lo largo de la vida es de 5.9%, los estudios en entornos clínicos encontraron que el TLP estaba presente en el 6.4% de los pacientes en atención primaria, alrededor del 15-28% de todos los pacientes ambulatorios de hospitales psiquiátricos, aproximadamente el 20% de los pacientes

psiquiátricos hospitalizados, y del 10-15% de todas las valoraciones en la sala de emergencias. La relación mujer hombre es de 3:1 en entornos clínicos. ^{1,3}

Etiología

Un modelo neurobiológico, propone que los fenotipos son el producto de alteraciones de influencias genéticas y ambientales que afectan el desarrollo del cerebro a través de hormonas y neuropéptidos, además el maltrato en la infancia y la calidad del cuidado de los padres durante la primera infancia pueden afectar la expresión genética, así como funciones del cerebro, lo que resulta en rasgos que son estables durante la vida. ⁴

La disfunción límbica- prefrontal (la alteración cerebral más frecuentemente asociada a TLP) relacionada con la afectividad negativa en el contexto de estrés social puede influir en el desarrollo del trastorno e incluso en individuos sanos que sufrieron maltrato en la vida temprana. Las alteraciones funcionales en estructuras de la línea media como la corteza medial prefrontal, la unión tempoparietal, la corteza posterior del cíngulo, el precúneo parecen ser la base del pensamiento distorsionado y pensamientos que se tienen sobre otras personas en el TLP. La conectividad entre la amígdala y las estructuras de la línea media puede estar asociada con hipermentalización (excesiva interpretación de los estados mentales), sobre uno mismo y los demás, la baja actividad en las estructuras de la línea media y la actividad reducida del surco temporal superior podrían tener un papel en el razonamiento deficiente sobre los estados mentales de los demás, mientras que un intercambio intenso y no reflexivo de las emociones de los demás se asocia con una actividad insular hiperactiva, alteraciones del circuito de regulación del afecto puede

estar involucrado en la hiperreactividad de la amígdala a los estímulos negativo y procesos prefrontales disfuncionales y conectividad prefrontal-límbica deficiente. La impulsividad se asocia a alteraciones en los circuitos de recompensa y control por alteraciones del estriado ventral y la inhibición conductual deficiente de áreas prefrontales. En cuanto a la conducta autolesiva no suicida en el TLP se basa en un acoplamiento funcional entre la amígdala y las áreas prefrontales mediales y un acoplamiento entre la ínsula posterior y la corteza prefrontal dorsolateral, así como deficiencias de actividades coordinadas entre las áreas de cognición social y regulación emocional que incluye la corteza del cíngulo, hipotálamo, corteza orbitofrontal, y la corteza prefrontal ventrolateral. 4

Los factores de riesgo ambientales como experiencias adversas en la infancia, se asocian fuertemente al TLP, el trauma infantil es el factor de riesgo ambiental más significativo, dentro de los factores genéticos, la heredabilidad es alta dentro del TLP, con un estimado de heredabilidad de aproximadamente el 40%. Los genes implicados tienen efectos sobre propiedades básicas del procesamiento neural, como la adhesión celular o la mielinización e incluyen DPYD (que codifica Dihidropirimidina deshidrogenasa), PKP4 (codifica para placófilina), y SERINC5 (codificador incorporador de serina), del mismo modo las alteraciones epigenéticas, el aumento de la metilación de algunos genes incluido MIR 124-3 cuyo producto genético interviene en la regulación de la plasticidad neural y la función de la amígdala, alteraciones en la metilación de otros genes como aumento de la metilación de BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro) que es asociado con el maltrato en la vida temprana y susceptibilidad a desarrollar TLP. Así mismo los

polimorfismos en genes involucrados en la actividad del eje hipotálamo- hipófisis – adrenal, como el FKBP5 y CRHR pueden estar involucrados en la etiología del TLP.^{4, 5}

Diagnóstico

Criterios Diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de la personalidad límite.

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos.

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado
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.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo
7. Sensación crónica de vacío
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira

9. Ideas paranoides transitorias, relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. 6

Criterios para trastornos de la personalidad específicos

C1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse, se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura. Esta desviación ha de manifestarse en más de las siguientes áreas: 1) Cognición, 2) Afectividad, 3) Control de impulsos, 4) Modo en que se relaciona con los demás y manejo de situaciones interpersonales.

C2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C3. Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio C2.

C4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o la adolescencia.

C5. La desviación no puede ser explicada como una consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto.

C6. La alteración no se debe a enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales.

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad Tipo Límite.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (Antes mencionados).
- B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados a continuación:
 - a. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
 - b. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.
 - c. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
 - d. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
 - e. Humor inestable y caprichoso.
- C. Debe estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:
 - a. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas
 - b. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
 - c. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
 - d. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión
 - e. Sentimientos crónicos de vacío. 7

Tratamiento

Psicológica: Las guías NICE recomiendan a la terapia basada en mentalización, y la terapia dialéctico-conductual para que puedan ser otorgadas en un servicio hospitalario por un grupo de expertos, debido a su estructura y calidad; Para pacientes ambulatorios la terapia analítica, la terapia cognitivo-conductual, y la terapia centrada en esquemas, son una opción. La terapia centrada en la transferencia va dirigida, para pacientes con menos comorbilidades, y mayor nivel de funcionamiento social, así como mayor capacidad para depender de métodos de autogestión. Ensayos controlados informan resultados con estas terapias a medio plazo, requiriendo un mínimo de 18 meses. 8,9.

Terapia dialéctico-conductual (TDC) los pacientes son apoyados en la comprensión de sus experiencias emocionales, enseñando nuevas habilidades para lidiar con su estrés, utilizando una combinación de sesiones individuales y grupales con respuestas más adaptativas y técnicas efectivas de resolución de problemas son integradas para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida. 9,10.

Terapia basada en Mentalización (TBM): la mentalización es el proceso mediante el cual damos sentido a nosotros mismos y a los demás implícita y explícitamente, en términos de estados subjetivos y procesos mentales, esta terapia es un tratamiento psicosocial en el que los terapeutas controlan el apego y la capacidad de mentalización. 9,10

La terapia analítica-cognitiva (TAC) es una terapia focal breve que se basa en terapia cognitiva, psicoterapia, [psicodinámica](#) y elementos de psicología cognitiva. Se basa en una posición terapéutica colaborativa con el paciente donde se propone

crear reformulaciones narrativas y esquemáticas de sus problemas y dificultades, mediante descripciones de secuencias de eventos externos, mentales y conductuales. 9,10

La terapia cognitivo-conductual es una psicoterapia centrada en problemas de tiempo delimitado, basándose en la noción de que los trastornos no son causados por eventos de la vida, si no por el punto de vista y como el paciente adopta dichos acontecimientos, desarrollando habilidades para proporcionar alivio y recuperación sostenida a los síntomas, con ayuda de la introspección, modificando creencias y desarrollando nuevas. 9,10

Farmacológico: Los estabilizadores del estado de ánimo se proponen como tratamiento ya que se detalla que la inestabilidad emocional es una característica clave en el TLP. En particular Topiramato y Lamotrigina ya que se ha demostrado que producen resultados alentadores en estudios a pequeña escala. 9,10

Una revisión incluyó 28 ensayos controlados aleatorios publicados en el periodo de 1979- 2009, mostró que hay soporte para el uso de antipsicóticos de segunda generación para la mejoría de los síntomas cognitivos-perceptivos y de desregulación afectiva, de los estabilizadores del estado de ánimo para la desregulación afectiva y síntomas impulsivos, y de agresividad, así como omega-3, concluyendo que no se puede basar en pruebas fiables de dichos ensayos para indicarlos. Los agentes farmacológicos que incluyeron todos los estudios fueron: antipsicóticos de primera generación Haloperidol, Flupentixol. Antipsicóticos de segunda generación: Aripiprazol, Olanzapina, Ziprasidona. Estabilizadores del estado de ánimo: Carbamazepina, Valproato semisódico, Lamotrigina, Topiramato.

Antidepresivos: Amitriptilina, Fluoxetina, Fluvoxamina. Suplementos de dieta ácidos grasos omega-3. No se encontró que ningún fármaco modificara significativamente los síntomas específicos en el TLP, por lo que se recomienda que la farmacoterapia sea individualizada y dirigida a síntomas definidos. ^{9,10}

Conductas alimentarias de riesgo

Las CAR se definen como aquellas conductas compensatorias inapropiadas características de los TCA definidos y que no cumplen en frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos o como las conductas características de los trastornos considerándose factores de riesgo para el desarrollo de TCA. ^{22, 23}

La distinción entre un TCA y una CAR es que el primero conforma un síndrome (síntomas agrupados como criterios diagnósticos de anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado [señalados](#) en el DSM-V), mientras que las CAR son manifestaciones o síntomas aislados que se presentan en menor magnitud y que no cumplen con requerimientos diagnósticos para ser catalogados como TCA. El inicio de las CAR es voluntario, muestra conductas en pequeña escala que pueden evolucionar hasta llegar a la pérdida de control y la aparición del síndrome completo. ^{11,12}

Dichas conductas incluyen la preocupación por engordar, los atracones con sensación de falta de control al comer, conductas alimentarias restrictivas (práctica de dietas, ayunos, ejercicio excesivo y consumo de pastillas para adelgazar), y purgativas (uso de laxantes, diuréticos y vómito auto-provocado) que tienen como fin la reducción de peso. ^{11,12}

Prevalencia

En el estudio de prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años, (donde se incluyeron 4358 mujeres), mediante el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo con dos puntos de corte (moderado y alto), la prevalencia total de las CAR-moderado fue de 14.2%, y las CAR-alto fue de 6.8%, se identificó que en el estado de México se alcanzó la prevalencia más alta de CAR-alto con 12.1%, y Aguascalientes la más baja 2.1%, La región norte obtuvo las puntuaciones más elevadas tanto para las CAR-moderado (17.2%) como para las CAR-alto (9.7%), mientras que la región centro-occidente obtuvo el segundo lugar en las CAR-moderado (15.1%) y la región centro en las CAR-alto (8%). La región centro registró la prevalencia más baja en las CAR-moderado (11.5%) y la región sur-sureste en las CAR-alto (4.5%). La prevalencia total de las CAR fue de 6.8%. ¹²

En México, Palma y colaboradores, encontraron que 6.6% y 6.3% de los jóvenes entre 10 y 19 años con sobrepeso y obesidad, presentan alguna CAR en comparación con 2.6% de los jóvenes que presentan peso normal, del mismo modo se encontró que los jóvenes de hogares cuyo nivel socioeconómico era más alto, existía un riesgo más elevado de presentar CAR. ¹³

Estudios realizados en poblaciones de universitarios en México han demostrado la presencia de CAR en porcentajes que fluctúan desde 7.9% hasta 18.9%, en mujeres, y de 4.2% hasta 13% en hombres. ¹³

La encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2006 reportó una media en la prevalencia total de CAR del 0.7% en población de entre 10 y 19 años, el 0.4%

correspondió a hombres, y el 0.9% en mujeres, las conductas con los puntajes más altos fueron la preocupación por engordar y la pérdida de control al comer cantidades excesivas de alimento con un 18.3%.¹³

Los estudios realizados con muestras representativas de estudiantes en el Distrito Federal con el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo han encontrado un incremento entre las mediciones 1997 y 2003. En las mujeres, la prevalencia de adolescentes que presentan tres o más indicadores clínicos de los trastornos de conducta alimentaria con una frecuencia de dos veces a la semana o mayor aumentó de 3.4% a 9.6%. El primer contacto con los servicios de salud, para la mayoría de los pacientes con algún trastorno de la conducta alimentaria es el primer nivel de atención.¹³

Factores de riesgo.

En el año 2012 la media en la prevalencia de CAR en población de entre 10 y 19 años fue del 1.3%, 1.9% de las mujeres y el 0.8% de los hombres presentaban CAR. La CAR con puntajes más altos en mujeres fue preocupación por engordar con 19.7%, mientras que en los hombres fue realizar ejercicio para perder peso con 12.7%.¹⁴

Los Factores de riesgo incluyen interiorización del ideal estético de delgadez, el ideal de atractivo físico, insatisfacción corporal, el autoestima y síntomas depresivos, se ha encontrado que en universitarios la comorbilidad psiquiátrica se incrementa en presencia de CAR.¹³

En un estudio donde se examinaron a 220 participantes repartidos en tres grupos, TLP (n=38), TLP + TCA (n=72) y controles sanos (n=110), a quienes se les aplicaron diferentes cuestionarios (Cuestionario de salud General, Inventario de personalidad límite, Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del DSM-V, prueba de actitudes alimentarias de 26 ítems, escala de alexitimia de Toronto, Inventario de ansiedad de Beck, y el inventario de depresión de Beck. Los resultados mostraron una prevalencia del 65.4% de TCA en pacientes con TLP, siendo la tasa de prevalencia más alta con 51.3% para trastornos alimentarios especificados como por ejemplo anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas, síndrome de ingestión nocturna de alimentos, así como la tasa de prevalencia más baja para bulimia nerviosa con 6.9%. ¹⁵

Comorbilidad Trastorno límite de personalidad y Conductas alimentarias.

El trastorno límite de personalidad parece ser que se relaciona con altas tasas de trastornos de ansiedad, uso de sustancias, del estado de ánimo y de conducta alimentaria. ¹⁶

Existen altas tasas de prevalencia de TLP entre individuos con diagnósticos formales de trastornos alimentarios, y altas tasas de trastornos alimentarios entre las personas con TLP. El TLP parece tener una prevalencia entre los individuos con impulsividad de la conducta alimentaria como por ejemplo atracones y/o comportamiento de purga, aproximadamente el 25% de los individuos con anorexia nerviosa, del tipo purga por atracones, y aproximadamente el 28% de los individuos con bulimia nerviosa padecen TLP. Entre los individuos con TLP las tasas de

trastornos alimentarios varían del 10 al 54%, con más prevalencia de los Trastornos alimentarios no específicos, dadas las altas tasas de asociación en el estudio realizado por Sansone y colaboradores se examinó la relación entre tres síntomas del trastorno alimentario (Atracones, restricciones en la ingesta de alimentos, y abuso de laxantes) y el TLP, conforme a dos escalas autoaplicables (La escala de personalidad límite del Cuestionario diagnóstico de personalidad -4 y el inventario de autolesiones) en una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados (N:126), y en una muestra de pacientes ambulatorios de medicina interna (N: 419), en la muestra de pacientes psiquiátricos el 38.1% participaron en atracones de comida, 31.7 % intencionalmente restringían la ingesta de alimentos y 9.5% abusaron intencionalmente de laxantes, cada elemento individual del trastorno alimentario, así como la puntuación en conjunto de los tres ítems, demostró correlaciones estadísticamente significativas con TLP, sugiriendo que la presencia de cualquiera de estos tres síntomas de trastornos alimentarios aumenta la probabilidad de sintomatología límite de la personalidad, estos hallazgos sugieren que los tipos más comunes de síntomas de los trastornos alimentarios, a diferencia de los diagnósticos formales de trastornos alimentarios, también son un desencadenante potencial para la asociación comórbida con TLP. ¹⁷

Los estudios han demostrado que las conductas alimentarias de riesgo se encuentran en adultos con TLP, estén o no diagnosticados con un trastorno alimentario comórbido, las conductas alimentarias anormales no justifican el diagnóstico de un trastorno alimentario, estando presentes en personas con trastornos alimentarios, estos comportamientos incluyen atracones de comida, ayuno, saltarse comidas con regularidad y autoinducirse vómito, entre otros.

Neumark-Sztainer y colaboradores demostraron en un estudio longitudinal de diez años que los trastornos alimentarios en la adolescencia independientemente del diagnóstico de trastorno alimentario tuvieron efectos duraderos en el bienestar general y tendió a persistir incluso en la edad adulta joven. ^{18,19}

Los trastornos alimentarios se pueden clasificar en categorías de comportamiento como conductas restrictivas, así como compulsiones caracterizadas por atracones con o sin purga. El TLP se asocia con ambos tipos de comportamiento y en particular con patología de la alimentación impulsiva como atracones y purga. De hecho, en una revisión de nueve estudios sobre patología de la personalidad asociada con los trastornos alimentario en muestras de adultos, el TLP fue el trastorno de personalidad comórbido más común informado en personas con patología alimentaria con una tasa de prevalencia promedio de aproximadamente el 25% y el 28% en pacientes hospitalizados con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa respectivamente. ^{18, 20.}

Los trastornos alimentarios son comunes entre los pacientes con TLP, la tasa de prevalencia con anorexia nerviosa varía de 0 al 21% (mediana de 5.6%), con bulimia nerviosa del 3 al 26%, (mediana del 5 al 10%), y el trastorno alimentario no especificado del 14 al 26% (mediana 5.22%). En general la prevalencia de cualquier trastorno alimentario se encontró en el rango de 14 a 53%. ²¹

Aproximadamente el 50% de los pacientes con trastornos alimentarios sufren trastornos de personalidad del grupo C o del grupo B, los pacientes con grupo de personalidad tipo B parecen estar más gravemente afectados que los pacientes con trastorno de personalidad del grupo C, el trastorno de personalidad no predice la

respuesta a intervenciones dirigidas a comportamientos específicos del trastorno alimentario, existiendo muy pocos estudios que examinen la comorbilidad de trastornos específicos de personalidad y trastornos alimentarios, aproximadamente del 50 al 70% de estos pacientes padecen un trastorno alimenticio específico, la presencia de un trastorno alimentario se asocia con una función social disminuida y una mayor comorbilidad. ²¹

El estudio de seguimiento de 10 años realizado por Zanarini y colegas también informó las tasas de recurrencia de anorexia, bulimia y TANES en pacientes limítrofes que remitieron de estos trastornos en un seguimiento anterior. Más del 50% de los pacientes con TLP que remitieron de TANES informaron una recurrencia de este trastorno en el momento de seguimiento durante 10 años. Además, menos del 30% de los pacientes límite que remitieron por anorexia o bulimia, informaron una recurrencia de estos trastornos. ^{16, 22}

También es importante señalar que los cambios en el diagnóstico fueron muy comunes. En particular, el 87,5% de los pacientes límite que cumplían los criterios de anorexia al inicio del estudio experimentaron cambios en su diagnóstico de trastorno alimentario con el tiempo. ²²

Existen altas tasas de prevalencia de TLP entre individuos con diagnósticos formales de trastornos alimentarios, y altas tasas de trastornos alimentarios entre las personas con TLP. ¹⁷

VIII. Método

8.1 Justificación

En las últimas décadas los TCA han adquirido una gran relevancia sanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico. Los usuarios con diagnóstico de TLP acuden de manera recurrente a los servicios médicos psiquiátricos debido a la exacerbación de sus rasgos de personalidad, lo cual puede condicionar conductas de riesgo. Así mismo, debido a las características inherentes del trastorno de personalidad, que pueden influir en el desarrollo de trastornos comórbidos como la alteración de las conductas alimentarias, que llevarían a alteraciones del peso importantes como desnutrición u obesidad, así como a las secuelas relacionadas a dichas alteraciones; incrementando a su vez la morbimortalidad en esta población.

En muchas ocasiones se omite durante la valoración y seguimiento médico las características de la alimentación de los usuarios sin lograr integrar con claridad algún diagnóstico relacionado con trastornos alimentarios por lo que la relevancia estriba en poder identificar a los usuarios vulnerables para así idear una estrategia para el diagnóstico y canalización oportuna. Debido a que existen muy pocos estudios relacionados con conductas alimentarias en población psiquiátrica es de utilidad conocer factores de riesgo en población con trastorno límite de personalidad, contando con viabilidad para su realización.

Es de importancia que los pacientes que tienen diagnóstico de TLP pueden tener la atención usual en la consulta externa; o bien llevar un seguimiento más estrecho en los grupos de pacientes con TLP, en el que se hace énfasis en la intervención en

las conductas de riesgo. Dicho seguimiento puede ser de relevancia para los usuarios, toda vez que podría influir no sólo en el diagnóstico de base (TLP), sino que podría además relacionarse con la disminución de la presentación de otras comorbilidades usualmente asociadas.

8.2 Planteamiento del problema

Los pacientes con TLP presentan comorbilidades asociadas a su padecimiento, que requieren valoración especializada en servicios de urgencias, o bien, seguimiento estrecho en servicios de consulta externa. Debido a la exacerbación de los rasgos de personalidad, así como la presencia de conductas que podrían considerarse de riesgo, la evaluación usualmente se enfoca en el padecimiento de base, llegándose a omitir el interrogatorio de otras patologías asociadas, que pueden ser de relevancia para el usuario, ya que añade comorbilidades de importancia.

Es igualmente de relevancia, establecer si existe un impacto en los grupos de terapia de trastornos de la personalidad del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, en el desarrollo de comorbilidades; en nuestro caso, en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo.

8.3 Pregunta de Investigación

¿Es diferente la tasa de presentación de conductas alimentarias de riesgo en las usuarias con TLP que reciben seguimiento en terapia de grupo de trastornos de personalidad del HPFBA, en relación con las usuarias que llevan seguimiento habitual en el servicio de consulta externa?

8.4 Objetivos

Objetivo principal. Establecer si existe diferencia en la frecuencia de presencia de conductas alimentarias de riesgo en un grupo de usuarios con TLP con seguimiento habitual en el servicio de consulta externa, en relación a los usuarios con seguimiento en terapia de grupo de trastornos de la personalidad tipo límite del HPFBA.

Objetivos secundarios.

1. Determinar la presencia de conductas alimentarias de riesgo mediante la aplicación del Cuestionario breve de conductas alimentarias para medir conductas alimentarias de riesgo en usuarios con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.
2. Describir el tipo de conductas alimentarias de riesgo en los usuarios con diagnóstico de trastorno límite de personalidad.
3. Detallar las variables sociodemográficas de una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conductas alimentarias de riesgo.

8.5 Hipótesis de investigación e hipótesis nula

Hipótesis de investigación: La tasa de conductas alimentarias de riesgo en las usuarias con diagnóstico de TLP con seguimiento en los grupos de terapia de trastornos de la personalidad límite del HPFBA, será diferente a la de las pacientes con seguimiento en la consulta externa del HPFBA.

Hipótesis nula: La tasa de conductas alimentarias de riesgo en las usuarias con diagnóstico de TLP con seguimiento en los grupos de terapia de trastornos de la personalidad límite del HPFBA, no será diferente a la de las pacientes con seguimiento en la consulta externa del HPFBA.

8.6 Muestra y muestreo

Población: Pacientes mujeres de consulta externa con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (realizado con pruebas de personalidad), que cumplieron los criterios de selección.

Tamaño de muestra: Se obtuvo un tamaño de muestra de 72 pacientes en total, debido a limitaciones por la pandemia, se formaron dos grupos, uno conformado por pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con seguimiento en la consulta externa del HPFBA y otro con seguimiento en los grupos de trastornos de la personalidad tipo límite del HPFBA, obteniendo 36 usuarias que cumplieron con los criterios de selección, por lo que se completó la muestra con la misma cantidad de usuarias atendidas en la consulta externa sin seguimiento en los grupos de trastorno de la personalidad tipo límite.

Muestreo: se realizará un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

8.7 Criterios de selección

Criterios de inclusión al estudio:

- a) Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa, o en el grupo de trastornos de la personalidad tipo límite del HPFBA, con seguimiento actual en dichas clínicas, o hasta tres años previo al inicio del estudio.

- b) Edad de 18 a 35 años.
- c) Aceptar participar en el estudio, mediante la firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión del estudio:

- a) Contar con diagnóstico de algún trastorno de alimentación.
- b) Padecer patologías gastrointestinales, así como de enfermedades metabólicas.
- c) Llenar de manera incorrecta o incompleta la escala o cuestionario proporcionados.

8.8 Tipo de estudio:

Estudio de tipo analítico, transversal y comparativo.

8.9 Método y procedimiento

El protocolo de investigación fue evaluado por los comités de ética y de investigación del HPFBA, posterior a la aprobación de ambos comités, se plantearon los alcances a los jefes del servicio de Consulta Externa y de los grupos de terapia de trastornos de la personalidad tipo límite del HPFBA. Al no encontrar objeción de su parte, se procedió a la búsqueda de pacientes en ambos servicios que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

Una vez que fue localizada una usuario que cumplió con los criterios de selección, el investigador principal explicó el estudio a la usuaria, así como sus alcances y limitaciones. Se hizo especial mención en que la participación fue voluntaria y que, de no aceptar participar en el mismo, esto no tuvo injerencia en su atención médica;

así mismo, se recalcó que la información vertida en los cuestionarios fue tratada con la mayor confidencialidad, y que la misma sólo fue accesible al investigador y al comité de ética en caso de que este así lo solicite. Para ser incluidos en el estudio firmaron la carta de consentimiento informado.

A las pacientes que cumplieron con los criterios de selección se les aplicaron los siguientes cuestionarios:

1. Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo.

Cuestionario auto-aplicable de 10 ítems, para determinar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, considerando tres meses previos a la aplicación. Cada uno de los ítems cuenta con cuatro opciones de respuesta: (0) nunca o casi nunca, (1) algunas veces, (2) con frecuencia, 2 veces a la semana, (3) muy frecuente, más de 2 veces en una semana. A cada una de las preguntas se le dará la calificación correspondiente como se describe anteriormente, y se realizará la sumatoria de la puntuación. Se considerará como presencia de conductas alimentarias de riesgo una puntuación mayor a 10 puntos. Es de relevancia que este cuestionario se conforma por tres factores: (1) atracción – purga, (2) medidas compensatorias y (3) restricción.

2. Cuestionario sociodemográfico, para identificación del paciente donde se coteja edad (años cumplidos), género, ocupación, escolaridad y estado civil.

Una vez recabados los instrumentos, se construirá una base de datos en el software de Excel®. Para posteriormente analizar la información con el software estadístico IBM® SPSS® Statistitics versión 22.0. Con los resultados de dicho análisis se redactarán los resultados, la discusión y las conclusiones del trabajo. Con el fin de

publicarlos como tesis de titulación para obtener el grado de Especialidad en Psiquiatría.

8.10 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Clasificación de variable	Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Independiente	Cuantitativa, discreta	Años cumplidos
GÉNERO	La totalidad de las características de la estructura reproductiva, funciones, fenotipo y genotipo que diferencia a los hombres de las mujeres	Independiente	Cualitativa, nominal	Masculino o Femenino
ESTADO CIVIL	Parámetro demográfico, indicativo de la condición de las personas respecto a su condición de vida de pareja según el registro civil	Independiente	Cualitativa, nominal	Soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.
OCUPACIÓN	Oficio, profesión u otros medios para ganarse la vida; se consideran además otras actividades no remuneradas que conforman la principal actividad diaria del individuo.	Independiente	Cualitativa, nominal	Ninguna, estudiante, dedicado al hogar, comerciante, profesionalista, empleado, oficinista
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	Trastorno de la personalidad, caracterizado por un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y marcada impulsividad que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en una variedad de contextos.	Independiente	Cualitativa, nominal	Presencia, ausencia.
Conducta alimentaria de riesgo	Comportamientos alimentarios que no cumplen con la frecuencia e intensidad de los trastornos de conducta alimentaria, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-V. Para	Dependiente	Cualitativo, nominal	Se establecerán como puntos de corte: <7 puntos: ausencia de riesgo 7 – 10 puntos: riesgo moderado

	determinar su presencia se aplicará el Cuestionario Breve de conductas alimentarias de riesgo.			>10 puntos: riesgo alto
--	------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------

8.11 Métodos estadísticos

Las variables de tipo cualitativas se describieron mediante el uso de proporciones; La comparación de las variables sociodemográficas de tipo cualitativo y la frecuencia respuestas de las escalas se realizó mediante la implementación de pruebas exactas de Fisher, ya que, debido a limitaciones del tamaño de muestra, no se cumplían los supuestos para realizar pruebas de χ^2 . Para las variables de tipo cuantitativo, se realizó la descripción mediante medianas y rango intercuartílico, nuevamente debido a limitaciones del tamaño de muestra, que no permitieron utilizar descripciones paramétricas. En cuanto a la comparación de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de rangos de Mann-Whitney, nuevamente debido a que no se cumplían las especificaciones para utilizar las pruebas paramétricas correspondientes. Por último, se utilizaron las medias de las calificaciones de cada ítem, para generar las subescalas necesidad, preocupación, abuso y daño de la encuesta BQM y las subescalas discriminación, divulgación y aspectos positivos de la escala ISS. Una vez determinadas las subescalas, se realizó una correlación bivariada de Pearson. Se utilizó el software estadístico IBM® SPSS® Statistics en su versión 25; se determinaron como significativas las diferencias con una $p < 0.05$.

8.12 Consideraciones éticas

El siguiente estudio fue valorado por el comité de investigación y el comité de ética en investigación del Hospital Fray Bernardino Álvarez, una vez valorado se obtuvo la aprobación para la colección de datos, explicando mediante un formato de

consentimiento informado que la participación fue de manera voluntaria y anónima, firmado por el investigador, participante y testigo, se respetó en todo momento la confidencialidad del usuario, al no hacer pública la información personal contenida en las encuestas, así mismo se respetó la decisión de no contestar las mismas, a cada participante se le dio una explicación clara y completa, de tal forma que pudo comprender la justificación, y objetivos de la investigación sus beneficios, riesgos o molestias que le pudieron ocasionar, el destino final educativo de los resultados que se obtuvieron, anexando carta de consentimiento informado. Este estudio fue considerado sin riesgo (categoría uno), entendiendo por riesgo la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, de riesgo bajo, de manera confidencial, así mismo se indicó a los participantes que se podían retirar del estudio en el momento que así lo deseen, sin tener algún tipo de repercusión, del mismo modo se basó en la Ley General de salud, título segundo de los aspectos éticos en la investigación con seres humanos, se explica que no tendrá costo alguno ni se dará gratificación alguna.

De acuerdo a la guía de funcionamiento de los comités de ética en investigación y la ley General de Salud en materia de investigación, el siguiente estudio cumplió con los puntos a evaluar en este protocolo que son contar con un valor científico, para ayudar a mejorar la salud o bienestar de la población, probando la hipótesis, y así generar información para una intervención oportuna del problema. Pertinencia científica en el diseño y conducción del estudio, seleccionando a los participantes ya descritos, proporcionando riesgos y beneficios del protocolo, con una evaluación independiente haciendo que la investigación clínica fuera revisada por expertos que

no estuvieron involucrados en el estudio, siendo médicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con respeto a los participantes, bajo un consentimiento informado. Del mismo modo los participantes no recibieron remuneración alguna por participar, no realizaron algún pago adicional.

8.13 Cronograma de actividades

Actividad/Tiempo	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero-Febrero 2021
Reunión con investigación para elaboración de proyecto	20 de Octubre			
Obtener aprobación		20 de noviembre		
Realizar encuesta a personal de enfermería			10 de diciembre	
Recolección de resultados			28 de diciembre	
Análisis de datos				10 de enero
Redacción final				20 de febrero

IX. Resultados

En el estudio se incluyeron 72 usuarias, 36 con seguimiento en la consulta externa y el resto en el grupo de trastornos graves de la personalidad. Es conveniente recalcar que en su totalidad, la muestra se conformó por mujeres. En cuanto a las variables sociodemográficas evaluadas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos por edad, estado civil, escolaridad u ocupación, como se puede observar en la tabla 1. A pesar de lo anterior, es importante recalcar que el estado civil de más frecuente fue la soltería, así como la ausencia de usuarias con estudios de primaria.

Tabla 1 Descripción de las variables sociodemográficas de las usuarias incluidas en nuestro estudio.

Variable	Terapia de grupo para TLP n=36	Consulta externa n=36	Estadístico
Edad	30 (±4)	28 (±4)	2.4 (0.02)*
Estado civil	n (%)	n (%)	X² (p)
Soltera	28 (78)	25 (75)	4.9 (0.1)
Casada	5 (14)	1 (3)	
Divorciada	2 (6)	5 (14)	
Unión libre	1 (3)	3 (8)	
Escolaridad	n (%)	n (%)	X² (p)
Primaria	-	-	2.7 (0.4)
Secundaria	2 (6)	-	
Bachillerato	16 (43)	19 (53)	
Licenciatura	17 (47)	15 (42)	
Posgrado	1 (3)	2 (6)	
Ocupación	n (%)	n (%)	X² (p)
Ninguna	3 (8)	1 (3)	5.8 (0.3)
Estudiante	4 (11)	9 (25)	
Ama de casa	10 (28)	4 (11)	
Comerciante	7 (19)	7 (19)	
Empleada	5 (14)	6 (17)	
Profesionista	7 (19)	9 (25)	

*Comparación de medicas con prueba de t de student [t (p)]

En la tabla 2 se resumen las respuestas a la escala de breve de conductas alimentarias de riesgo. La mediana de la puntuación total de la escala para las usuarias con seguimiento en el grupo de trastornos graves de la personalidad fue de 8 (rango intercuartílico –RIC–, 5 – 14), mientras que en el grupo de usuarias con seguimiento en consulta externa fue de 7 (RIC: 4 – 11); sin lograrse encontrar diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas para ambos grupos ($Z=1.2$, $p=0.21$, ver figura 1). Del mismo modo, la proporción de presencia de conductas alimentarias de riesgo, no fue significativa entre ambos grupos ($\chi^2=1.2$, $p=0.3$).

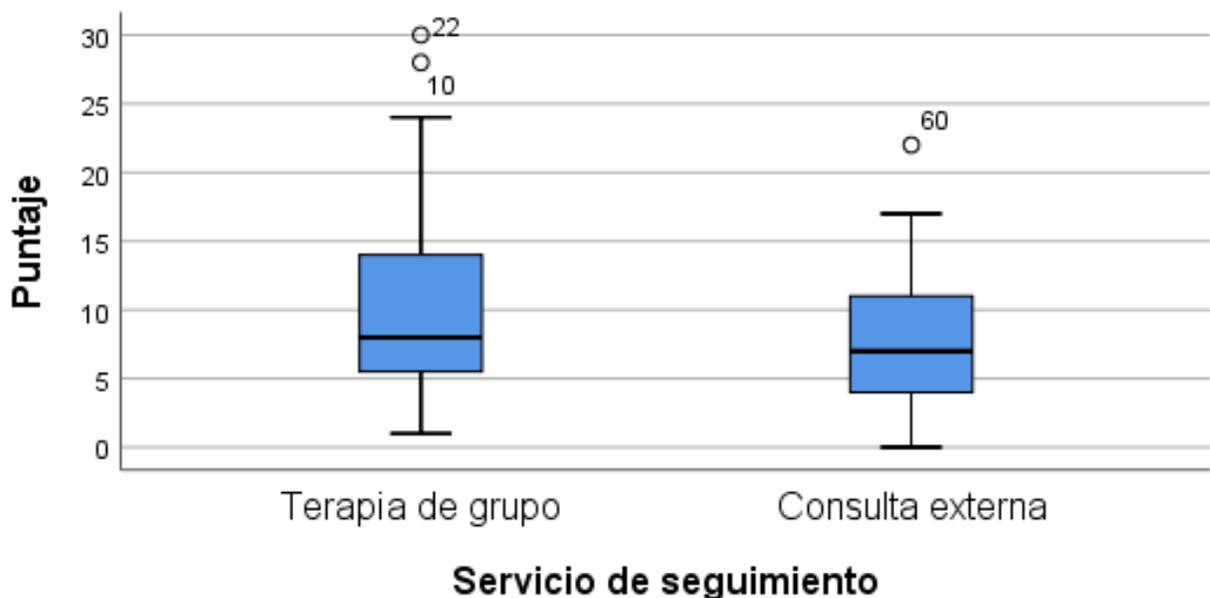


Figura 1. Comparación del puntaje obtenido tras la aplicación de la Escala Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

En cuanto al análisis de cada uno de los ítems de la escala, sólo conviene destacar la presencia de una mayor proporción de atracones en el grupo de terapia de grupo (11/36 vs 2/36, para la respuesta muy frecuentemente, ($\chi^2=7.9$, $p=0.05$).

Tabla 2 Comparación de las respuestas a la Escala Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, de las usuarias con seguimiento en los servicios de terapia de grupo para TLP y de consulta externa

Variable	Terapia de grupo para TLP n=36	Consulta externa n=36	X ² (p)
1. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida			
a) Nunca o casi nunca	8	12	7.9 (0.05)
b) Algunas veces	15	18	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	2	4	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	11	2	
2. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)			
a) Nunca o casi nunca	17	20	4.4 (0.2)
b) Algunas veces	8	12	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	4	2	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	7	2	
3. He vomitado después de comer, para tratar de bajar el peso			
a) Nunca o casi nunca	27	33	3.7 (0.1)
b) Algunas veces	7	2	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	-	-	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	2	1	
4. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más para tratar de bajar de peso)			
a) Nunca o casi nunca	17	24	4.2 (0.2)
b) Algunas veces	10	8	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	4	3	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	5	1	
5. He usado pastillas para tratar de bajar de peso			
a) Nunca o casi nunca	10	9	4.8 (0.2)
b) Algunas veces	12	18	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	6	1	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	8	8	
6. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso			
a) Nunca o casi nunca	3	4	2.9 (0.4)
b) Algunas veces	10	15	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	7	3	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	16	14	
7. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso			
a) Nunca o casi nunca	8	8	3.4 (0.3)
b) Algunas veces	14	8	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	7	7	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	7	13	
8. Me ha preocupado engordar			
a) Nunca o casi nunca	23	28	1.7 (0.4)
b) Algunas veces	8	5	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	-	-	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	5	3	
9. He hecho dietas para tratar de bajar de peso			
a) Nunca o casi nunca	27	29	1.9 (0.4)
b) Algunas veces	5	6	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	.	.	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	4	1	

10. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso			
a) Nunca o casi nunca	23	27	5.2 (0.2)
b) Algunas veces	6	8	
c) Frecuentemente (dos veces/semana)	1	0	
d) Muy frecuentemente (> dos veces/semana)	6	1	
Puntuación	8 (5 - 14)	7 (4 - 11)	1.2 (0.21)*
Presencia de conductas alimentarias de riesgo	14	10	1 (0.3)

*Los resultados se presentan con medianas y rangos intercuartílicos; comparación con prueba de rangos de Mann-Whitney [Z (p)]

Tipo de Conducta

Las conductas restrictivas (preocupación por engordar, realizar dietas para tratar de bajar de peso, y realizar ejercicio para tratar de bajar de peso) se presentaron en el 45.68%, las de atracón-purga en el 36.48% y las conductas compensatorias en el 17.84%, en las usuarias pertenecientes a la terapia de grupo. Mientras que en las usuarias pertenecientes de la consulta externa, las conductas restrictivas se presentaron en el 60.43%, las de atracón-purga en 27.34% y las compensatorias en el 12.24%

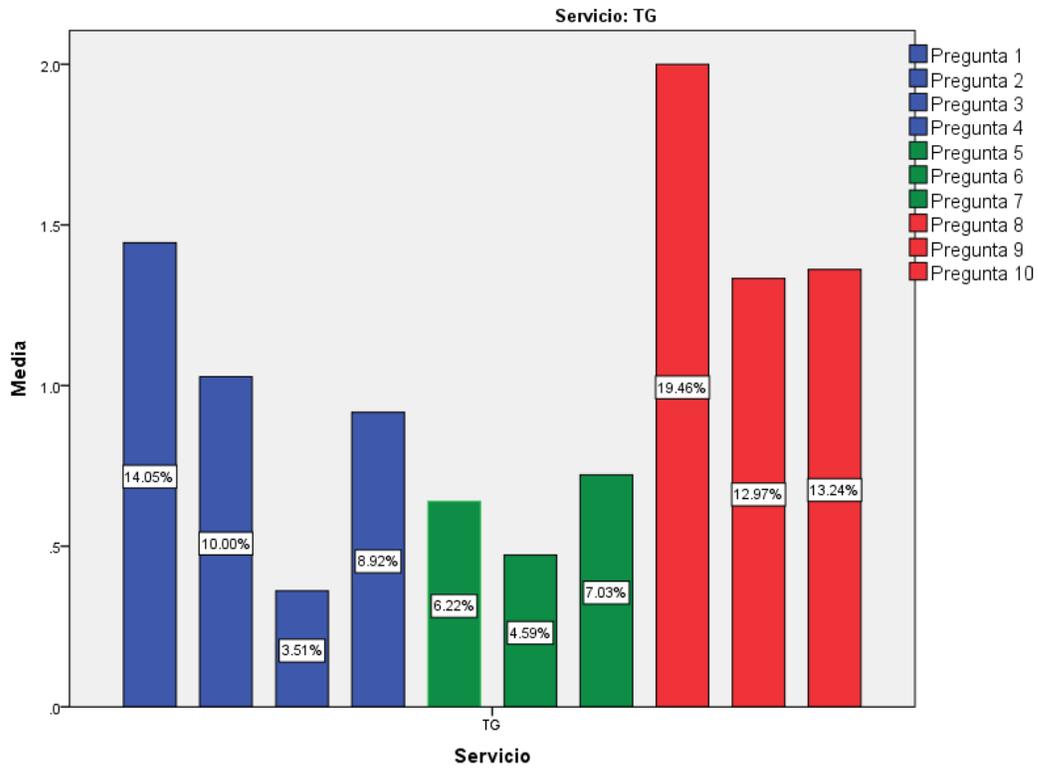


Figura 2 CAR en usuarias de TG

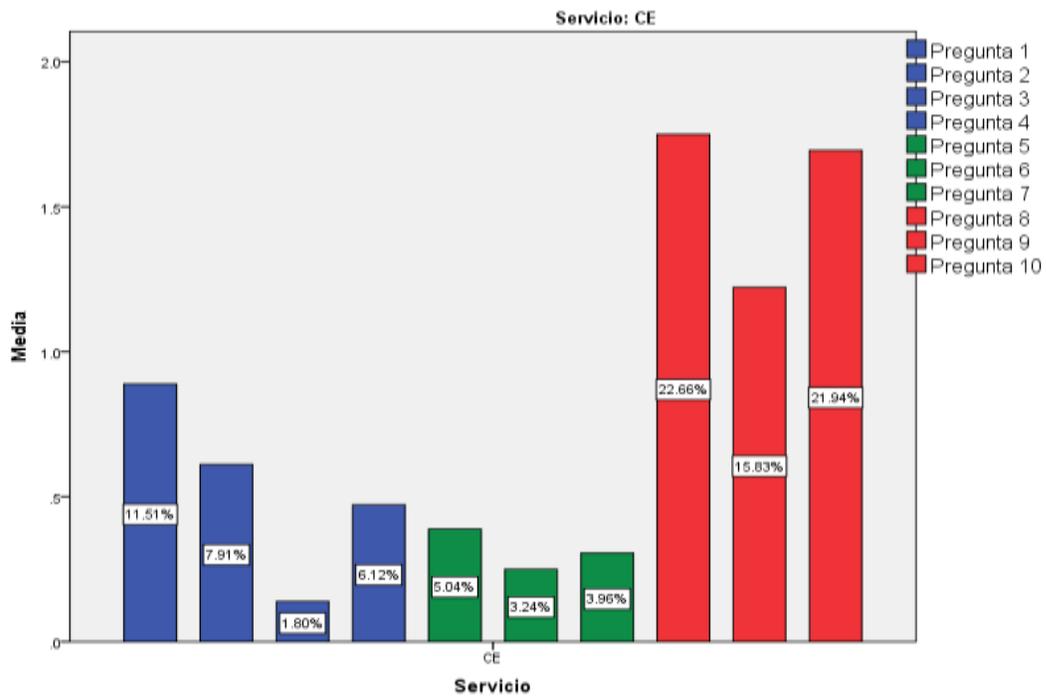


Figura 3 CAR en usuarias de CE

X. Discusión:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conductas alimentarias de riesgo entre los usuarios evaluados (terapia de grupo 14/36, 39%; consulta externa 10/36, 27%). Estos resultados contrastan con los reportados por otros autores, en donde se refiere una prevalencia del 8.6 al 14.2% de conductas alimentarias de riesgo, en poblaciones similares ¹².

De igual manera, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ambos grupos para la escala aplicada. Como se observa en la figura 1, las puntuaciones de las usuarias de terapia de grupo, tuvieron una discreta tendencia a ser mayores, respecto de las de consulta externa. Estos son resultados de relevancia, ya podrían estar relacionados con la severidad de la sintomatología psiquiátrica en el grupo de pacientes que padece un trastorno grave de la personalidad. Sin embargo, la presente investigación carece del poder para determinar la validez de tal premisa. Como se menciona en la sección anterior, sólo se encontró una mayor frecuencia de atracones en las pacientes del grupo de terapia de grupo, que de igual manera, es difícilmente interpretable, debido a la ausencia de otras diferencias significativas; convendría por lo tanto continuar la aplicación de dichas escalas, con la intención de mejorar el poder de detección de conductas alimentarias de riesgo. Con respecto al tipo de medida o conducta más frecuente en las usuarias pertenecientes a la terapia de grupo fueron las medidas restrictivas (preocupación por engordar, realizar dietas para tratar de bajar de peso, y realizar ejercicio para tratar de bajar de peso) con 45.68% del total de la escala breve de conductas alimentarias de riesgo, en segundo lugar las medidas de

atracción purga (comer demasiado, atascándose de comida, perder el control sobre comer, vomitar después de comer y hacer ayunos) con 36.48% del total de la escala, y en último lugar las medidas compensatorias (usar pastillas, laxantes, y diuréticos para tratar de bajar de peso) con 17.84% del total de la escala. En cuanto a las medidas o conductas más frecuentes en las usuarias pertenecientes de la conducta externa que no llevan terapia de grupo, la medida con mayor frecuencia fueron las restrictivas con un 60.43 % de la encuesta, en segundo lugar son las medidas de atracción-purga con 27.34%, y en último lugar las medidas compensatorias con 12.24% del total de la escala breve de conductas alimentarias. Con dichos resultados para ambos grupos la medida o conducta más realizada fue la restrictiva.

Continuando con el desglose de los resultados de relevancia, se observa una marcada prevalencia de usuarias solteras, así como de la ausencia de usuarias con estudios de primaria y la presencia de sólo dos pacientes con estudios de secundaria. Estos resultados son de importancia, ya que podrían relacionarse a factores para desarrollar características de personalidad que hacen susceptible la búsqueda de atención médica. Nuevamente, este resultado sale de las limitaciones del estudio, por lo que no se puede realizar una aseveración; aunque se podría recomendar hacer una evaluación más detallada de las condiciones sociodemográficas de los pacientes que acuden a solicitar servicios médicos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con la intención de mejorar la captura y la entrega de servicios de atención a la salud mental de calidad a la población general.

Así como se menciona anteriormente, el presente estudio demostró diversas áreas de oportunidad, que podrían ser tomadas en cuenta para el desarrollo de nuevos proyectos de investigación que detallen la comorbilidad de los trastornos graves de la personalidad y las conductas alimentarias de riesgo; así como, la determinación de las variables sociodemográficas de los pacientes que pueden llevar un adecuado apego en los servicios de atención médica. Esto con el fin de mejorar la calidad de los servicios médicos, así como para el desarrollo posterior de estrategias que ayuden a la población general a la obtención de servicios de calidad. Es igualmente importante, describir el apego al tratamiento y al seguimiento en estos pacientes, así como la severidad de la sintomatología, con el fin de correlacionar dichas variables con el aumento o disminución de la presencia de conductas alimentarias de riesgo.

XI. Conclusión:

Aunque nuestro estudio no logró determinar la diferencia en la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en los grupos de usuarias con TLP atendidas en el HPFBA de la consulta externa; se concluyó que las alteraciones conductuales propias de los trastornos graves de la personalidad podrían potenciar su prevalencia, obteniendo resultados de relevancia que convendría retomar en futuros proyectos de investigación. En relación a nuestra pregunta inicial, se propone realizar nuevas observaciones, que introduzcan otras variables como la severidad de la sintomatología psiquiátrica, así como el apego al tratamiento y al seguimiento. Mientras que, en un contexto más amplio, sería conveniente determinar las variables sociodemográficas de los pacientes que acuden a los servicios de

atención ambulatoria, con el fin de detectar áreas de oportunidad en las que se pueda incidir para incrementar el alcance de los servicios de atención de salud mental a la comunidad.

XII. Recomendaciones

Se evidenció la posibilidad de contar con conductas alimentarias de riesgo en las pacientes que cuentan con diagnóstico de TLP en la consulta externa tanto en terapia de grupo como las que no acuden, obteniendo información primaria para intervenciones futuras.

No se pudo integrar al estudio personas de género masculino, ya que ninguna persona contaba con criterios de inclusión por lo que será importante en próximos estudios hacer una búsqueda exhaustiva.

Debido a la reciente pandemia por COVID-19 se redujo el número de muestra, ya que se limitaron las consultas y valoraciones dentro del hospital, por lo que este estudio sirve de pie para la realización de más protocolos de investigación sobre conductas alimentarias.

Debido a que es un tema poco común elegido para las investigaciones sirve de preámbulo para el desarrollo de más resultados para poder realizar intervenciones preventivas o derivar a servicios especializados para prevenir el desarrollo de TCA.

El tipo de terapia que se otorga en el grupo de pacientes límite no va enfocada a conductas alimentarias, por lo que se podría trabajar para implementar y añadir diferente tipos de terapia enfocados a trastornos específicos, siendo más particulares en la atención de los usuarios.

XIII. Referencias Bibliográficas

1. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC.: Borderline personality disorder. Nat Rev Dis Primers. 2018 May 24;(4)18029. doi: 10.1038/nrdp.2018.29. PMID: 29795363.
2. Chapman AL. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. Dev Psychopathol. 2019 Aug;31(3):1143-1156. doi: 10.1017/S0954579419000658. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31169118.
3. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL,: Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Compr Psychiatry. 2003 Jul-Aug;44(4):284-92. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00090-7. PMID: 12923706.
4. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F.: Borderline personality disorder. Lancet. 2011 Jan 1;377(9759):74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5. PMID: 21195251.
5. Bulbena-Cabre A, Bassir Nia A, Perez-Rodriguez MM. Current Knowledge on Gene-Environment Interactions in Personality Disorders: an Update. Curr Psychiatry Rep. 2018 Aug 9;20(9):74. doi: 10.1007/s11920-018-0934-7. PMID: 30094700.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5TA Ed EEUU. 2014
7. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, OMS, 1994.

8. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017 Apr 1;74(4):319-328. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
9. Syed Ali, Findlay Christopher A review of NICE guidelines on the management of Borderline Personality Disorder. *British Journal of medical Practitioners*. 2016, 9 (1)
10. NICE guideline. Borderline personality disorder: recognition and management. 2009. UK.
11. Unikel C., Díaz de León Vázquez Concepción. Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental* 2016, 39 (3), 141-148.
12. Unikel C, Nuño Bertha. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años: *Revista de investigación Clínica*. 2010. 62 (5): 424-432.
13. Unikel C, Bojórquez I. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. 2004 *Salud Pública México* 46:509-15
14. Días Gutiérrez Mary Carmen, María Bilbao y Morcelle Gladys, Unikel Santoncini Claudia. Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2019, 10 (1), 53-65.

15. Khosravi M. Eating disorders among patients with borderline personality disorder: understanding the prevalence and psychopathology. *J Eat Disord.* 2020 Aug 17;8:38.
16. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(4):583-593. doi:10.1016/j.psc.2018.07.009
17. Sansone RA, Chu JW, Wiederman MW, Lam C. Eating disorder symptoms and borderline personality symptomatology. *Eat Weight Disord.* 2011;16(2). e81-e85. doi:10.1007/BF03325313
18. Al-Salom P, Boylan K. Borderline Personality Disorder and Disordered Eating Behaviour: The Mediating Role of Rejection Sensitivity. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019 Aug;28(2):72-81
19. Marino, M. F., & Zanarini, M. C.: Relationship between EDNOS and its subtypes and borderline personality disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 2001. 29(3), 349–353.
20. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K.: Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of the American Dietetic Association*, 2011. 111 (7), 1004–1011.
21. Schweiger, U., & Sipos, V: Comorbidity of personality disorders and eating disorders. *European Psychiatry*, 2007. 22 (S1), S17-S18. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.01.072

22. Zannarini MC, Reichman CA, Frankenburg FR, et al. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Int J Eat Disord* 2010;43(3):226–32.

XIV. Anexos

14.1 Carta de Consentimiento Informado

Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, Ciudad de México a _____ de ___ del 2020.

Protocolo: "Conductas alimentarias de riesgo en pacientes con trastorno límite de personalidad del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo 2020-2021"

Registrado ante el Comité de Investigación con número: 873

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: HFBA/CEI00102-20

Nombre del investigador principal: Eric García Bravo

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. San Buenaventura 2, Tlalpan,

Teléfono: 55 55 73 15 00 ó 55 73 17 98

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de _____

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio _____ titulado:

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

14.2 Declaración de no conflicto de interés

De conformidad con lo que establecen los artículos 108º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1º, 2º, 7º y 8º de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo Eric García Bravo como personal adscrito al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Como médico residente) y con número de empleado declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejare información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE Y FIRMA:

14.3 Escala Breve de conductas alimentarias de riesgo

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo				
Instrucciones: Marca una opción para cada inciso, considerando los tres meses previos				
Factor 1 Atracón-purga	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente (dos veces en una semana)	Muy frecuentem ente (más de dos veces a la semana)
1. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
2. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
3. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
4. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más para tratar de bajar de peso)				
Factor 2 Medidas compensatorias				
1. He usado pastillas para tratar de bajar de peso				
2. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso				
3. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso				
Factor 3 Restricción				
1. Me ha preocupado engordar				
2. He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
3. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				

14.4 Cuestionario Sociodemográfico

Cuestionario Sociodemográfico	
Género	
Edad en años	
Estado civil	
Escolaridad	
Ocupación	

14.5 Carta de solicitud de autorización para aplicar Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo, a pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Dr. José Ibarreche Beltrán
Jefe de servicios ambulatorios.
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
Presente.

Estimado Doctor:

Como parte del procedimiento para realizar la tesis correspondiente al trabajo de titulación en el servicio que usted dirige con título: CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ DURANTE EL PERIODO 2020-2021. Donde se pretende realizar un cuestionario (Cuestionario Breve de las conductas alimentarias de riesgo), a usuarios con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad en el servicio de consulta externa. Por tal motivo espero contar con las facilidades y aprobación para la realización del estudio.

Sin más por el momento.

Eric García Bravo
Médico Residente de 3° año

14.6 Carta de solicitud de autorización para aplicar Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo, a pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Ciudad de México a 25 de Septiembre del 2020

DR. RAFAEL JESÚS SALÍN PASCUAL
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y
CAPACITACIÓN
PRESENTE

*Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Eric García Bravo**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:*

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este***
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación***
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación***

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

A T E N T A M E N T E

Dr. Pablo Vera Flores
Médico Psiquiatra Adscrito al 4to piso Hospitalización.
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

c.c.p.- MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI- Secretaria y Coordinadora del Comité de Investigación