



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**Comparación en la utilización de servicios de salud mental de pacientes con  
Trastorno Límite de la Personalidad con y sin tratamiento con Psicoterapia  
durante el período 2012-2014**

**TESIS**

**que para obtener el grado de**

**Psiquiatra**

**P R E S E N T A**

**DRA. FÁTIMA DEL CARMEN MEZA URZÚA**

**TUTORES DE TESIS:**

**Dr. Alejandro Molina López**

**Dr. Iván Arango de Montis**



**Facultad de Medicina**



**Ciudad de México, Julio de 2016**



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**

Dedico este trabajo de manera especial a mis padres, Ana y Jesús pues han sido ellos el principal cimiento para la construcción de mi vida personal y profesional ya que con su ejemplo sentaron en mí las bases de responsabilidad y dedicación para alcanzar mis metas. Gracias por su infinito amor y apoyo incondicional, serán siempre mi ejemplo a seguir.

A mis hermanos Estefanía y Carlos, gracias por sus peculiares muestras de apoyo; son siempre una bocanada de aire fresco.

Agradezco a mis tutores, Dr. Alejandro Molina y Dr. Iván Arango, así como al Maestro Edgar Miranda, por su asesoría, paciencia y apoyo para la realización de esta Tesis; sin ustedes no hubiera sido posible.

Gracias a mis amigos, Lizette, José, Lorena y Emmanuel por su complicidad y amistad en este camino recorrido juntos durante 4 años; espero que sea para siempre.

Y por último quiero agradecer a Juan. Gracias por ser siempre fuente de amor, inspiración y motivación; gracias por caminar conmigo.

## INDICE

<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>4</b>
<b>Personalidad.....</b>	<b>4</b>
<b>Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) .....</b>	<b>6</b>
<b>Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad .....</b>	<b>8</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>15</b>
<b>OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>15</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>15</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>16</b>
<b>UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....</b>	<b>16</b>
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN-GRUPO DE PACIENTES .....</b>	<b>18</b>
<b>Para los pacientes que han recibido psicoterapia (casos) .....</b>	<b>18</b>
<b>Para los pacientes que no han recibido psicoterapia (controles) .....</b>	<b>18</b>
<b>DEFINICIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>19</b>
<b>PROCEDIMIENTO .....</b>	<b>20</b>
<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>21</b>
<b>RESULTADOS. ....</b>	<b>23</b>
<b>1.- Resultados descriptivos de la muestra general .....</b>	<b>23</b>
<b>2.- Resultados descriptivos desglosados por grupos .....</b>	<b>31</b>
<b>3.- Resultados comparativos .....</b>	<b>32</b>
<b>DISCUSIÓN. ....</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL INPRF .....</b>	<b>48</b>

## ANTECEDENTES

### Personalidad

La personalidad es lo que nos hace como somos, y también lo que nos hace distintos a los demás. Suele decirse de las personas que poseen alguna característica que las distingue, que tiene “personalidad”.

El término personalidad procede del vocablo latino “persona” que se refería a la máscara que utilizaban los actores en el teatro clásico. Como la máscara asumida por el actor, el término “persona” sugería una pretensión de apariencia, es decir la pretensión de poseer rasgos distintos de los que caracterizaban realmente a la persona que hay detrás de la máscara. Al cabo del tiempo, el término “persona” perdió esa connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar no a la máscara, sino a la persona real o a sus características explícitas. También se ha utilizado como la impresión superficial para iluminar el mundo interno, casi nunca manifiesto, y las características psicológicas ocultas de la persona; así, el término “personalidad” ha variado a lo largo de la historia de ser una ilusión de lo externo a referirse a una realidad externa y finalmente, a ciertos rasgos internos ocultos.

Actualmente, la personalidad se define como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona.

En las últimas dos décadas, el estudio de la personalidad y sus trastornos ha sido un aspecto fundamental de la psicología anormal. Los trastornos de la personalidad ocupan hoy en día un lugar preponderante en el ámbito diagnóstico y constituyen un área de estudio científico.

Los trastornos de la personalidad se han descrito desde la antigüedad como se ilustra en la doctrina de los temperamentos con Galeno en el 2do siglo después de Cristo. Se trata de una teoría atribuida a Hipócrates y que se convirtió en un modelo descriptivo de la

personalidad. Esta planteaba que los cuatro elementos de la naturaleza están representados en el hombre por cuatro fluidos o humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra y linfa.

Galeno consideró que la normalidad o salud resultaba de la justa proporción de los cuatro componentes y que el predominio de uno u otro causaban una desviación, un temperamento particular, y si era extremo, una enfermedad. Por ejemplo, un exceso de sangre conduce a un temperamento sanguíneo, optimista; el exceso de bilis amarilla causa el temperamento colérico e irascible; la bilis negra da el melancólico, triste; y el exceso de linfa conduce al temperamento linfático o sea el apático (Coolidge, 1998).

Esta teoría gozó de gran prestigio y no obstante su carácter especulativo se continúa usando en el lenguaje corriente.

A principios del siglo XIX, Pinel, Esquirol y Pitchard describieron tipos de personalidad socialmente inadaptadas observadas en su actividad clínica. A principios del siglo XX se describieron tipos más específicos de la personalidad: Janet por un lado y Bleuler y Freud por el otro describieron rasgos psicológicos asociados a la histeria.

Abraham, partiendo del marco psicoanalítico sobre los instintos primarios, propuso que la detención en alguno de los tres estadios del desarrollo infantil (oral, anal y fálico) llevaba al desarrollo de los caracteres dependiente, obsesivo compulsivo e histérico, respectivamente.

Scheineder desarrolló el primer sistema amplio de categorías de Trastornos de la Personalidad contempladas en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS, señalando que estos trastornos representaban desviaciones sociales y variantes extremas de rasgos normales de la personalidad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se elaboró para facilitar el tratamiento de los soldados que habían combatido en la Segunda guerra mundial y al cabo de un tiempo evolucionó convirtiéndose en un compendio de los comportamientos anormales. Los criterios diagnósticos son un conjunto de síntomas que deben estar

presentes para poder establecer un diagnóstico y cada trastorno posee su propio conjunto de criterios, aunque no se requiere que la persona posea todas y cada una de las características para establecerlo (Sharp, 2014).

### **Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)**

El término “límite” se ha empleado de diversas maneras. Al principio se utilizaba esta palabra cuando el clínico no tenía un diagnóstico seguro, porque el paciente presentaba una mezcla de síntomas neuróticos y psicóticos. Muchos clínicos pensaban que estos pacientes estaban en el límite entre la neurosis y la psicosis, por lo que empleaban esta denominación.

También se ha hablado de una “estructura límite de la personalidad” en la literatura generada por los autores de orientación psicodinámica (por ejemplo, Gunderson y Singer, Kernberg, Masterson, etc.). Estos autores consideran en general que se caracteriza por “una pobre integración de la identidad”, “defensas primitivas”, “límites relativamente firmes entre el objeto y el sí-mismo”, y una “prueba de realidad relativamente intacta” (Gunderson, 2009).

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es actualmente definido como una pauta duradera de percepción, relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre sí mismo en la que hay problemas en diversas zonas: la conductas interpersonales, el estado de ánimo y la autoimagen. Los rasgos que más impresionan son la intensidad de sus estados de ánimo y la gran variedad de síntomas que presentan. Pueden pasar abruptamente de un ánimo profundamente deprimido a una agitación ansiosa o a una ira intensa; también emprenden de modo impulsivo acciones que más tarde reconocen como irracionales y contraproducentes. Lo típico es que presenten un patrón de problemas erráticos, incongruentes, impredecibles, y que puedan funcionar con competencia y eficacia en algunas zonas de la vida, mientras que tienen dificultades enormes en otras (Cloninger, 1987).

Los individuos con TLP no están necesariamente en un torbellino continuo, y pueden experimentar períodos prolongados de estabilidad, pero lo típico es que recurran a la

terapia en momentos de crisis y que presenten un cuadro clínico complejo y un tanto caótico.

La gran mayoría de los supuestos con respecto al TLP se basan en la teoría de las relaciones objetales, o en otros enfoques psicoanalíticos contemporáneos. El núcleo de la idea de las relaciones objetales es la afirmación de que el individuo con TLP tiene una concepción extrema, mal integrada, de la relación con los primeros cuidadores, y como consecuencia de ello sus expectativas acerca de las relaciones interpersonales carecen de realismo. Se entiende que esas expectativas dan una forma sistemática a la conducta y las respuestas emocionales, y son responsables de la amplia gama de síntomas que experimentan estos individuos. Los autores de orientación psicodinámica como Kernberg y Klein suponen que el modo más adecuado de resolver esta situación es realizar una terapia tal que esas expectativas se pongan de manifiesto en relación del paciente con el terapeuta, donde es posible resolverlas mediante la aplicación de técnicas psicoanalíticas.

<b>Trastorno de la personalidad límite</b>
<b>301.83 (F60.3)</b>
Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. ( <b>Nota:</b> 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). ( <b>Nota:</b> 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.

Tabla 1. Diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad según el Manual diagnóstico y estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM 5).

El diagnóstico del TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en la regulación afectiva, el control de impulsos, las relaciones interpersonales y la auto-imagen. Los signos clínicos incluyen la ineffectividad para regular las emociones de la forma deseada o *“desregulación emocional”*, agresión impulsiva, autolesiones repetidas y tendencias suicidas crónicas lo cual ha sido consignado como criterios diagnósticos en el Manual diagnóstico y estadísticos de los Trastornos Mentales en su versión 5. Lo descrito anteriormente hace que estos pacientes acudan frecuentemente a los servicios de salud mental. Los factores causales se conocen tan solo parcialmente, entre estos destacan los genéticos y los eventos adversos durante la infancia, como el abuso físico y sexual.

El TLP es un trastorno mental que pone en peligro la vida. Estos pacientes presentan tasas a lo largo de la vida de conductas autolesivas en un 70%, intentos de suicidio en un 80% y suicidio en un 10%. La prevalencia en la población general es del 0.5-1.4%, sin embargo en pacientes psiquiátricos ambulatorios la prevalencia es de 15% y 30% en pacientes hospitalizados. Los pacientes con TLP requieren más servicios de salud que otros pacientes psiquiátricos; como citas en la consulta externa, días de hospitalización o visitas al servicio de urgencias (Lara, 1996).

### **Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad**

Las distintas guías de práctica clínica para el tratamiento del TLP sugieren que para la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con TLP deben de tenerse en cuenta cuestiones transversales como, por ejemplo, el estado clínico actual, y cuestiones longitudinales como el curso clínico y la frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios de desestabilización anteriores. siempre que sea posible se ha de intentar involucrar activamente al paciente y a la familia en el plan de tratamiento. Los objetivos generales son la mejora del estado del paciente, así como la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios de desestabilización. Por otra parte, se tratará de optimizar el funcionamiento psicosocial mejorando las habilidades sociales, la capacidad de adaptación y la tolerancia a la frustración.

Es importante que los profesionales que participan en la atención al paciente trabajen para desarrollar un plan de tratamiento integral y coordinado dado que con frecuencia intervienen en la atención varios profesionales y servicios, tanto de forma simultánea como sucesiva. Así mismo, es indispensable que los profesionales que tratan al paciente creen un clima de confianza en el que éste pueda comentar sus dificultades en el proceso de tratamiento, con objeto de reducir al mínimo los abandonos. Es preciso reevaluar periódicamente con el paciente el plan de tratamiento a fin de adaptarse a su evolución y a las nuevas necesidades que pueden surgir en el proceso de atención.

Así mismo, debe realizarse un seguimiento del estado médico general del paciente. Las guías de tratamiento consideran también importante la coordinación con el médico de atención primaria en las revisiones ya que su papel es clave en la detección y derivación del paciente en situación de crisis, así como en el seguimiento de su estado general de salud.

Dada la frecuencia con que se presentan episodios de desestabilización en pacientes con TLP, el plan de tratamiento deberá recoger, según las guías de práctica clínica, un plan específico para el manejo de los factores de riesgo y el abordaje de las crisis.

Una revisión detallada sobre los tratamientos disponibles para el TLP, publicada en *The Lancet*, señala la necesidad de llevar a cabo más investigación para el manejo de esta condición, orientándose al desarrollo y diseminación de intervenciones con mejores resultados y mayor costo-efectividad (Lieb y cols., 2004). Una de las estrategias que se han propuesto para lograr mejorar las intervenciones psicosociales y conseguir que estas puedan darse en menor tiempo sin arriesgar su efectividad, consiste en integrar los elementos terapéuticos de diferentes modalidades de psicoterapia que han demostrado ser adecuadas para el manejo de una condición (Marquis & Wilber, 2008).

En el caso del TLP, se ha demostrado que el tratamiento farmacológico puede reducir la depresión, ansiedad y agresión impulsiva (Lieb y cols., 2004), así mismo diversas intervenciones psicosociales han demostrado efectividad en su tratamiento, sin embargo

sus impactos son moderados y los datos existentes sobre su eficacia limitados (Bailey, 2009), p.ej. Tratamiento Basado en la Mentalización (Bateman & Fonagy, 2001), Terapia Centrada en el Esquema (Geisen-Bloo, 2006), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Kernberg, 2008), y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) considerada el tratamiento de mayor eficacia documentada (Scheel, 2000).

La DBT es una psicoterapia conductual desarrollada por la Dra. Marsha M. Linehan (1993) para el tratamiento de pacientes con TLP y conducta suicida crónica. Fue evaluada inicialmente con usuarios femeninos con diagnóstico de TLP y se diseñó para responder a sus necesidades y complejidades (Linehan, 1996). Actualmente, es el tratamiento de mayor efectividad comprobada para la reducción de la conducta auto-lesiva en usuarios con intento suicida crónico, TLP y polisindrónicos (Lieb, 2012).

Consta de tres fases principales: La primera orientada a la reducción de la conducta suicida y estabilidad funcional del paciente, tiene una duración de entre 9 y 12 meses de duración (36 sesiones como mínimo); una segunda fase, de un estimado de tres meses de duración, orientada a la reducción de síntomas postraumáticos; y una tercera fase, de duración indefinida, dirigida al logro de objetivos personales e incremento de la satisfacción (Koerner, 2007). La DBT constituye una gran herramienta terapéutica para el tratamiento de pacientes con TLP, pero su duración es prolongada por lo que no se ajusta del todo a la demanda de atención de instituciones públicas altamente saturadas.

Por su parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una forma de psicoterapia conductual-contextual que enfatiza la intervención de la evitación experiencial y fusión cognitiva para flexibilizar la conducta y desarrollar una vida congruente con los valores personales (Hayes, 2004). Los datos disponibles sobre la eficacia de ACT para pacientes con TLP muestran sus beneficios en el tratamiento de trastornos afectivos como la depresión mayor y el estrés postraumático (Siang-Yang, 2011). Esto se debe a que, en la literatura *funcional-contextual*, es justamente la dificultad para regular emociones (o modificar el tipo, duración y frecuencia de las emociones que se experimentan (Barlow, 2010), que se asocia con abuso de sustancias, conductas parasuicidas y suicidas, estallidos

de ira, depresión mayor, trastornos de ansiedad, el mantenimiento de síntomas postraumáticos múltiples, alexitimia, síntomas disociativos, deterioro de la calidad de vida e incapacidad para desarrollar una imagen estable del “sí mismo”; es considerada como el factor central en el mantenimiento del TLP (Bernstein, 2007).

Desde esta perspectiva, el *TLP* se conceptualiza como un severo problema de *evitación experiencial* (Reyes, 2013) donde: la interacción entre antecedentes biológicos e históricos como la dificultad para regular las emociones y una historia de adversidad y maltrato continuos, resultan en la presencia de experiencias emocionales inusuales que funcionan como antecedentes para el uso de conductas severamente disfuncionales que tienen el efecto de reducir el malestar psicológico a corto plazo; pero amenazan la sobrevivencia, satisfacción de objetivos personales y el establecimiento de la identidad (Morton, 2012).

Los estudios comparativos demuestran que ACT tiene impactos significativos sobre estos problemas con mayor brevedad que la DBT en esta población, además de lograr un incremento significativamente superior en la calidad de vida (Lieb, 2012; Morton, 2013). La duración estimada de un tratamiento basado en ACT para pacientes con TLP tiene 20 sesiones de duración y muestra efectividad en la reducción de los síntomas afectivos, e incrementos en la calidad de vida y efectividad interpersonal (Morton, 2012); en contraste, la eficacia de la DBT se ha probado, básicamente, en la primera fase del tratamiento y su evaluación se concentra en la reducción de la conducta suicida y parasuicida (Paris, 2008). Esta no es una variable directamente intervenida en ACT, la combinación de estos modelos pudiera lograr los beneficios de ambas intervenciones.

En un estudio aleatorizado controlado, una intervención que combinaba elementos de ACT y DBT mostró mayor efectividad que los tratamientos solo ACT y solo DBT (Shearin & Linehan, 1994); Otro par de estudios controlados han mostrado la eficacia de tratamientos ACT para la reducción de conductas auto-lesivas, desregulación emocional, evitación experiencial, severidad de los síntomas de TLP, ansiedad y depresión (Morton, 2012).

Finalmente, la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) es una intervención conductual-contextual basada en la relación interpersonal. La evidencia empírica muestra que incorporar los principios de FAP a la práctica psicoterapéutica incrementa notablemente su eficacia (Hopko & Hopko, 1999). Estos beneficios son más significativos en terapias conductual-contextuales como la ACT (Kohlenberg & Callaghan, 2010) y la DBT (Busch, Manos, Rusch, Bowe & Kanter, 2010).

Diversos estudios de caso han mostrado la efectividad de la FAP en el tratamiento del TLP (Kohlenberg & Tsai, 2000), y TLP con otros trastornos de personalidad en comorbilidad; Mientras que otros estudios controlados han mostrado su efectividad al combinarse con estrategias de DBT para el tratamiento de personas con trastornos de la personalidad no especificados y con rasgos del cluster B .

En la actualidad existen modelos de intervención que integran estos modelos exitosamente en el tratamiento de poblaciones “difíciles” como los adolescentes con características límite y conducta delictiva (Landes & Holman, 2010). Se trata de las tres terapias conductual contextuales de mayor desarrollo y eficacia comprobada en la actualidad, son teóricamente consistentes, y poseen estrategias de intervención de fácil integración (Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010; Tsai & cols. 2012).

A esta integración se le ha denominado terapia de aceptación y compromiso fortalecida con estrategias de terapia dialéctica conductual y psicoterapia analítica funcional (ACT+DBT+FAP) también llamada *terapia conductual existencial*, es una psicoterapia *conductual-contextual* (Hayes, 1993) que enfatiza la validación y aceptación de las experiencias psicológicas y las distingue del uso de conductas de evitación experiencial que llevan a la desregulación emocional; para ello, se sirve de estrategias que fortalecen la aceptación del malestar psicológico, estrategias centradas en los valores, el entrenamiento en habilidades de regulación emocional efectivas y el uso de variedad de técnicas de refuerzo interpersonal (Reyes, 2013).

El modelo se basa en la *ACT* (Reyes, 2013), e integra elementos de *DBT* (Linehan, 1993, 2003) y psicoterapia analítico funcional (FAP) (Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010); a la vez, tiene sus orígenes en un modelo anterior que integraba elementos de *ACT* y *DBT*).

Dada la dificultad para evaluar de manera objetiva los tratamientos indicados para el TLP, se han desarrollado indicadores de efectividad como la reducción en los costos directos del trastorno (hospitalizaciones, medicamentos y visitas al servicio de urgencias) y en los costos indirectos (días de ausencia laboral, jubilación anticipada, prestaciones por enfermedad y desempleo) haciendo más sencilla la medición de dicha efectividad (Wunsch,2014).

En los últimos años se han realizado investigaciones que buscan tanto evaluar los costos del TLP como la reducción de los mismos logrados a través de tratamientos específicos. Van Asselt en el 2007 realizó un estudio en Países Bajos con el objetivo de evaluar el costo social del TLP midiendo la utilización de servicios de salud y los gastos indirectos. Dicho estudio arrojó como resultado que cada paciente con TLP generaba un costo al año de 16,852 Euros y que el 22% estaba asociado a gastos sanitarios y el 77% a gastos a costos indirectos como las ausencia laboral. Así mismo en el 2008, Van Asselt realizó otro estudio en el que comparaba costo-efectividad entre la terapia dialéctica conductual (TDC) y psicoterapia focalizada en transferencia (TFP) encontrando que los pacientes tratados con ambas terapias tenían un alto grado de recuperación (TDC 52% y TFP 29%). Priebe describió en el 2012 que los pacientes con TLP que recibían TDC tenían disminución significativa en conductas autolesivas en comparación con los pacientes que llevaban únicamente tratamiento psiquiátrico observando además la disminución en la utilización de los servicios de salud. Un estudio realizado por Wunsch en el 2014 en Alemania reportó que los pacientes con TLP tratados con TDC (60 sesiones de terapia individual, 20 sesiones de terapia grupal y 4 sesiones de intervención en crisis) mostraron una reducción en la utilización de servicios de urgencias de 53.3% y reducción de 51.2% en días de ausencia laboral en comparación con los pacientes con el mismo diagnóstico que no tuvieron tratamiento , concluyendo que era más económico para el sistema de salud de Alemania, tratar el TLP que no hacerlo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Durante los últimos años se ha incrementado el uso de los servicios de urgencias en los centros de salud mental por pacientes con distintos Trastornos Psiquiátricos, habiendo una alta frecuencia de uso por pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. El TLP es frecuentemente poco comprendido y en ocasiones estigmatizado por los médicos, siendo necesaria la apertura en cuestión de conocimientos para entender y abordar éste complejo padecimiento.

En países europeos así como en Estados Unidos han sido realizados estudios que han permitido conocer los efectos en este grupo de pacientes, de distintos tipos de psicoterapia y su impacto en la utilización de los servicios de salud mental, sin embargo no se tienen estos datos en nuestro país, siendo necesario por un lado la descripción de la frecuencia de éstos trastornos y su trayectoria habitual durante la utilización de servicios de salud, y por otro lado tener un estimado del impacto o mejoras que pueden suponer la atención psicoterapéutica en ésta población blanco.

El Trastorno Límite de la Personalidad es frecuentemente incomprendido en múltiples escenarios, y no siendo México una excepción, lamentablemente la bibliografía nacional no ha reportado estudios hacia esta línea de investigación para conocer la proporción de pacientes que requieren este tipo de atención y poder ofrecer un servicio que cubra las necesidades de este tipo de pacientes como las intervenciones terapéuticas

## **JUSTIFICACIÓN**

Al estudiar el impacto específico de ciertas intervenciones realizadas para el Trastorno Límite de la Personalidad como lo son las Psicoterapias de enfoque Conductual-Contextual, y analizar el impacto directo o indirecto de ellas en la utilización de servicios de salud; podremos determinar los beneficios potenciales de éstas en pacientes con Trastorno límite de la Personalidad. Así mismo, al estudiar éste tipo de intervenciones comparándolas con un grupo control que no haya recibido dicha intervención, se podrán fortalecer nuevas líneas de investigación relacionadas tanto en el abordaje del Trastorno

Límite de la Personalidad, como la implementación de estrategias que permita incrementar la calidad de atención en servicios de salud, contribuyendo a mejoras continuas en dichos servicios, los cuales podrán primero implementarse a nivel local y posteriormente fortalecer guías clínicas nacionales que permitan mejorar ambas.

## **HIPÓTESIS**

Los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad que han recibido terapia de aceptación y compromiso fortalecida con estrategias de terapia dialéctica conductual y psicoterapia analítica funcional (ACT+DBT+FAP) en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” durante 2012 a 2014 tienen menor utilización de los servicios de urgencias y hospital, y tienen una mayor adherencia a servicios ambulatorios en comparación con los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que no han recibido psicoterapia.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el impacto en la utilización de servicios de salud mental de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que han recibido terapia de aceptación y compromiso fortalecida con estrategias de terapia dialéctica conductual y psicoterapia analítica funcional (ACT+DBT+FAP) durante 2012 a 2014 en comparación con los que no la recibieron.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1.- Describir las características sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios de salud de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad que recibieron psicoterapia terapia de aceptación y compromiso fortalecida con estrategias de terapia dialéctica conductual y psicoterapia analítica funcional (ACT+DBT+FAP) durante el período de 2012 a 2014 en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

2.- Describir las características sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios de salud de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad que no

recibieron psicoterapia durante el período de 2012 a 2014 en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

3.- Describir las variables de utilización de servicios de salud de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad con y sin tratamiento psicoterapéutico durante el periodo de realización del estudio.

4.- Comparar las variables sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios de salud mental en pacientes con TLP que recibieron y que no recibieron psicoterapia.

## **METODOLOGÍA**

### Estudio de casos y controles

- Propósito: Escrutinio.
- Asignación del agente: comparativo.
- Recolección de datos: Retrospectivo y Homodémico.

## **UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad tratados de manera ambulatoria en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de La Fuente Muñiz” durante 2012 a 2014.

Para obtener el tamaño de muestra necesario se tomaron en cuenta los siguientes datos:

El número registrado de pacientes que se tiene en la base de datos de la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad son  $n=448$ .

El número de pacientes que concluyeron el proceso de terapia de aceptación y compromiso fortalecida con estrategias de terapia dialéctica conductual y psicoterapia analítica funcional fueron  $n=120$

Durante el 2012 se vieron  $n=76$  pacientes con diagnóstico de TLP en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua del INPRFM (APC).

Durante el 2013 se vieron un total de  $n=127$  pacientes con diagnóstico de TLP en APC.

Durante el 2014 se vieron un total de  $n=191$  pacientes con diagnóstico límite de la personalidad en APC.

El cálculo del tamaño de muestra se basó en el universo de  $n=120$  usuarios que han tomado terapia de aceptación y compromiso fortalecida con estrategias de terapia dialéctica conductual y psicoterapia analítica funcional en la clínica de TLP en el Instituto Nacional de Psiquiatría de 2012 a 2014. Para un nivel de confianza del 95% con un error estándar de 5% y distribución de las respuestas de 50% se recomienda un tamaño de muestra de  $n=206$  representando  $n=103$  para el grupo que recibió psicoterapia y  $n=103$  para el grupo que no recibió psicoterapia.

Para selección de los sujetos que recibieron psicoterapia conductual se utilizó el método de números aleatorios de la base de datos de los pacientes que han recibido psicoterapia en forma formal y continua, proporcionada por la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría, y se realizará un seguimiento retrolectivo a un año.

Es importante señalar que para que un usuario reciba psicoterapia en la clínica de TLP del INPRF es necesario que su psiquiatra tratante en la consulta externa general realice el diagnóstico de TLP e interconsulte a dicha clínica y posteriormente los pacientes pasan a una lista de espera de la que son asignados a algún tipo de psicoterapia (psicodinámica o conductual) de acuerdo a la disponibilidad.

Para selección de los sujetos que no recibieron psicoterapia se utilizó la base de datos del Servicio de APC en la que se detecten usuarios con TLP que no pertenezcan a la base de datos de la Clínica de personalidad, y se realizará un seguimiento retrolectivo a dos años.

# **CRITERIOS DE SELECCIÓN-GRUPO DE PACIENTES**

## **Criterios de inclusión**

### **Para los pacientes que han recibido psicoterapia (casos)**

- Pacientes tratados en la consulta externa de INPRF con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad de acuerdo a los criterios diagnósticos de DSM IV que se hayan encontrado con terapia de aceptación y compromiso fortalecida con estrategias de terapia dialéctica conductual y psicoterapia analítica funcional en la Clínica de Trastorno Límite de la personalidad de enero de 2012 a diciembre de 2014 y que terminaron el proceso psicoterapéutico.

### **Para los pacientes que no han recibido psicoterapia (controles)**

Pacientes que han asistido al servicio de Atención Psiquiátrica Continúa del INPRF de enero de 2012 a diciembre de 2014 cuyos registros no coincidan con los registros de los pacientes atendidos en el departamento de psicoterapia que cuenten con el diagnóstico de TLP según los criterios del DSM IV.

## **Criterios de exclusión**

- Pacientes en los que se documenten síntomas psicóticos
- Pacientes en los que se documente Coeficiente Intelectual límite-bajo

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### - Dependientes

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Sexo	Cualitativa Nominal	F= Femenino M= Masculino
Estado Civil	Cualitativa Nominal	S= Soltero C= Casado UL= Unión Libre V= Viudo D= Divorciado
Empleo	Cualitativa Nominal	A= Activo I= Inactivo
Nivel de Estudios	Cualitativa Nominal	P= Primaria S= Secundaria PP= Preparatoria L= Licenciatura PG= Posgrado
Estructura del Hogar	Cualitativa Nominal	AP= Vive con ambos padres UP= Vive con uno de los padres VP= Vive con pareja PH= Vive con pareja e hijos O=Otros
Apego al Tratamiento	Cualitativa Nominal	CA= Con Apego SA= Sin Apego
Número de intentos suicidas	Cuantitativa Discreta	0,1,2,3,4,5, etc.
Consumo de sustancias	Cualitativa Nominal	S= Sí N= No
Comorbilidad psiquiátrica	Cualitativa Nominal	S= Sí N= No
Comorbilidad Médica	Cualitativa Nominal	S= Sí N= No

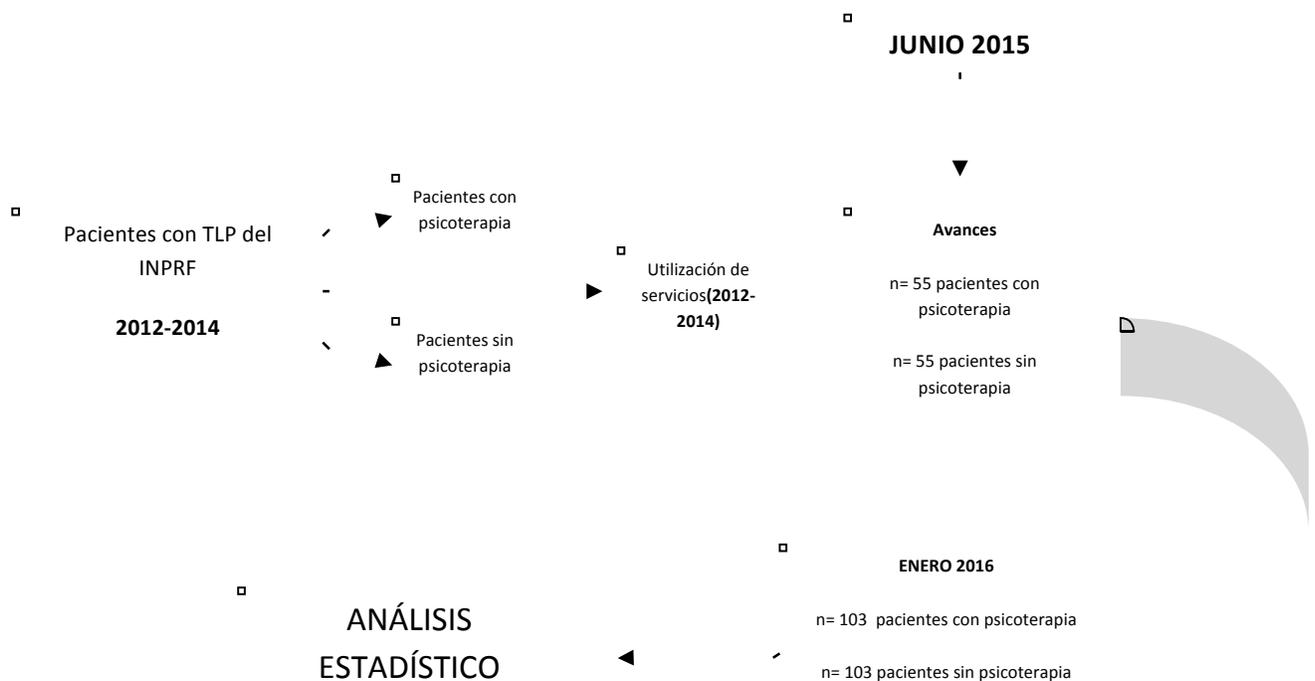
**Utilización de servicios en salud mental:**

- Consulta externa: citas programadas, citas asistidas, no asistidas de enero de 2012 a diciembre de 2014
- Atención psiquiátrica continua: consultas recibidas, triage de enero de 2012 a diciembre de 2014
- Hospitalización: número de hospitalizaciones, número de episodios de agitación, días de hospitalizaciones de enero de 2012 a diciembre de 2014

**Variable independiente:**

- Psicoterapia (Haber participado, o no, en un programa de ACT+DBT+FAP) en la clínica de trastorno límite de personalidad).

## PROCEDIMIENTO



- Se utilizó el banco de datos de Atención Psiquiátrica Continua de Atención Psiquiátrica Continua y de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad
- Se realizó una revisión de los datos de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión

## CRONOGRAMA

Actividad	R2 segundo semestre	R3 primer semestre	R3 segundo semestre	R4 primer trimestre
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética				
Captación de sujetos				
Concentración de datos				
Análisis de Resultados				
Elaboración de informe final y entrega de tesis				

- Los Tipos de psicoterapia conductual aplicados en la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del INPRF son:

### **Terapia de Aceptación y compromiso: una sesión a la semana (9 meses de duración)**

-18 sesiones de grupo (2 horas de duración)

-16 sesiones individuales (30 minutos de duración)

## **Psicoterapia Analítica Funcional: Una sesión a la semana (9 meses de duración)**

-18 sesiones de grupo (2 horas de duración)

-18 sesiones individuales (30 minutos de duración)

### **Análisis de los datos:**

Variabes nominales:Medidas de Tendencia Central y Dispersión

Variabes ordinales: Medidas de Tendencia Central y Dispersión

Diferencias Nominales y Ordinales entre Grupos: $X^2$

Variabes discretas: t de student

Fuerza de asociación: Rho de Spearman

Se utilizó un Software del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) Versión 22.0.

### **Consideraciones éticas:**

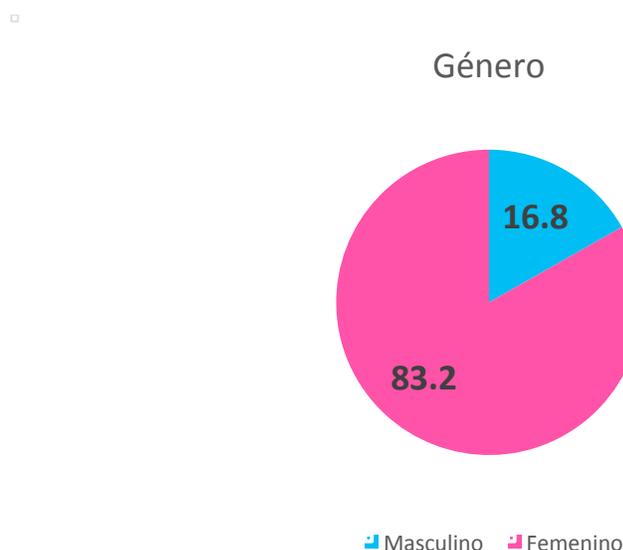
- Al recibir atención en el INPRF los pacientes dan su consentimiento para que su información sea utilizada con fines científicos y de investigación (Se anexa aprobación por el comité de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

## RESULTADOS.

### 1.- Resultados descriptivos de la muestra general

Durante el periodo de estudio (2012-2014) en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua se detectaron un total de  $n=497$  pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad. Para efectos del presente estudio se seleccionaron por el método de números aleatorios un total de  $n=103$  pacientes, de los cuales  $n=17$  fueron registros repetidos, obteniendo una muestra control final de  $n=86$  pacientes. En el caso del grupo experimental. La base de datos de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad arrojó que durante 2012-2014 fueron atendidos en dicha clínica  $n=448$  pacientes, de los cuales  $N=120$  terminaron el proceso de terapia conductual-contextual, aleatorizándose  $N=103$  y obteniéndose una muestra de  $n=101$  pacientes. En total se analizaron los datos de  $n=190$  usuarios.

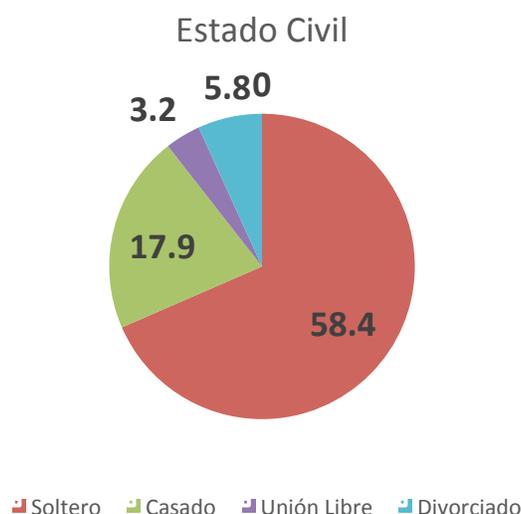
Durante el análisis se observó que el 83.2% fueron mujeres ( $N=158$ ) y el 16.8% ( $N=32$ ), fueron hombres. (Gráfica 1)



**Gráfica 1.** Género de la muestra general. Se encontró que la mayoría de la muestra (83.2%) fueron mujeres ( $n=158$ ), mientras que el 16.8% ( $n=32$ ) fueron hombres.

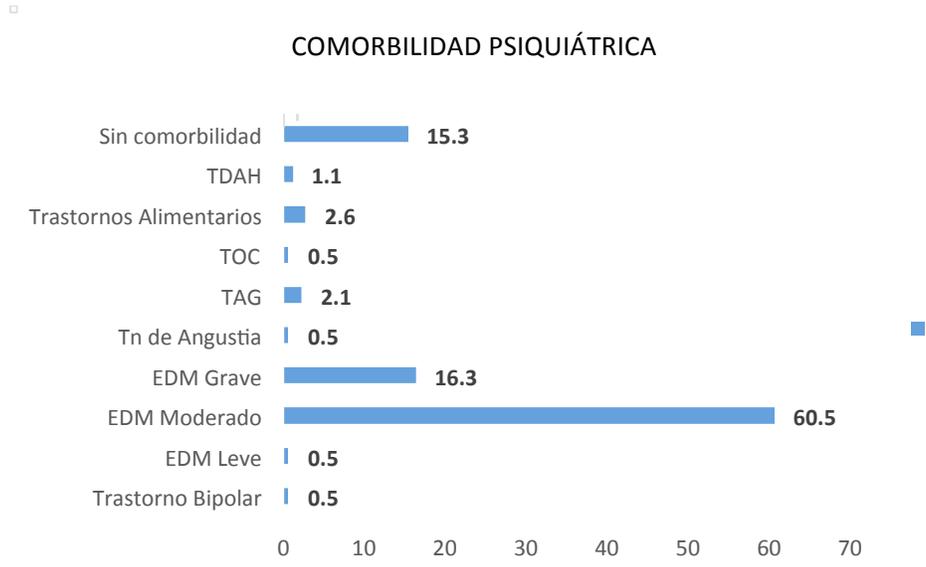
En cuanto a la edad, la media fue de 31.747 años (SD=9.85) siendo la edad mínima, 16 años y la máxima 66.

Dentro de la muestra el 58.4% (n=111) de los pacientes, estaba casado; el 17.9% (n=34) estaba soltero; 3.2% (n= 6) vivía en unión libre y el 5.8% (n=11) era divorciado. (Grafica 2)



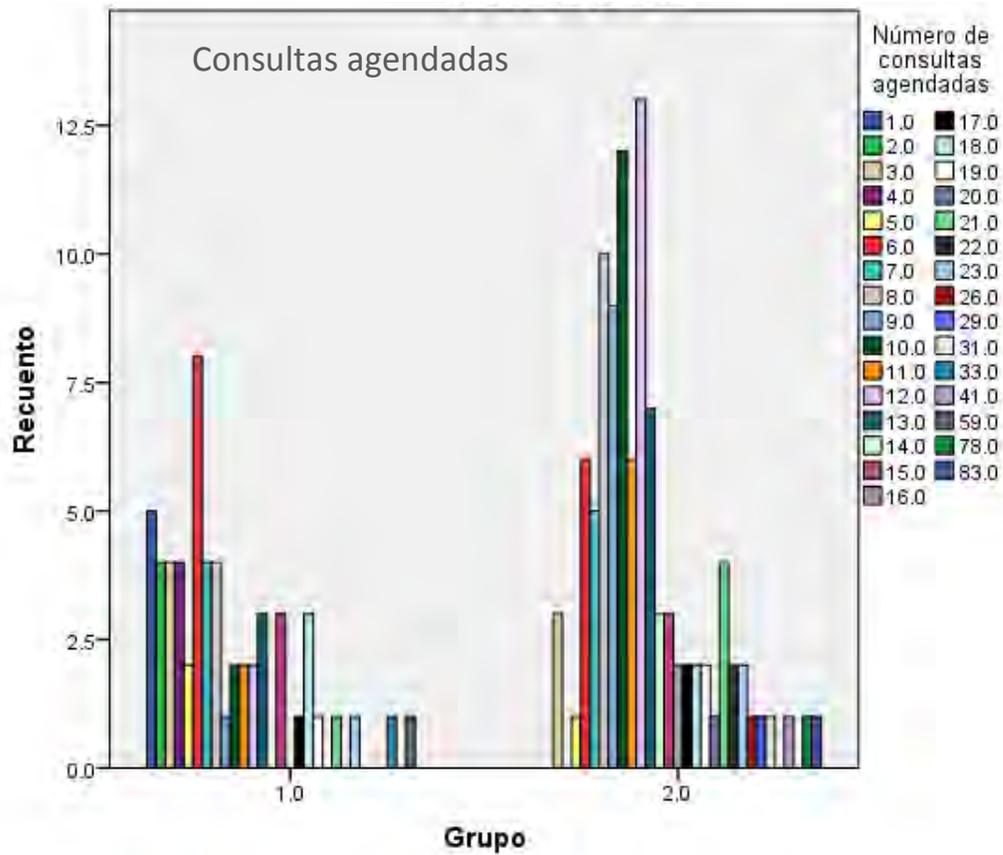
**Gráfica 2.** Estado civil de la muestra general. Se observó que la mayoría de los pacientes, 58.4% (n=111). El 17.9% (n=34) estaba soltero; 3.2% (n= 6) vivía en unión libre y el 5.8% (n=11) era divorciado.

Durante el presente estudio se estudiaron también las comorbilidades psiquiátricas que presentaban las pacientes con TLP encontrando que únicamente el 15.3% (N=29) tenían únicamente diagnóstico de TLP mientras que el 60.5% (n=115) presentaba comorbilidad con Episodio Depresivo Moderado, llamando la atención que hasta el 16.3% (n=31) presentaba comorbilidad con un Episodio Depresivo Grave. El 2.6% (n=5) tenía comorbilidad con Trastornos de la Alimentación, el 1.1 % (N=2) con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el 0.5% (n=1) con TOC, el 2.1% (n=4) con Trastorno de Ansiedad Generalizada, el 0.5% (n=1) con Trastorno de Angustia, el 0.5% (n=1) con Episodio Depresivo Leve y el 0.5% (n=1) con Trastorno Bipolar Tipo II.

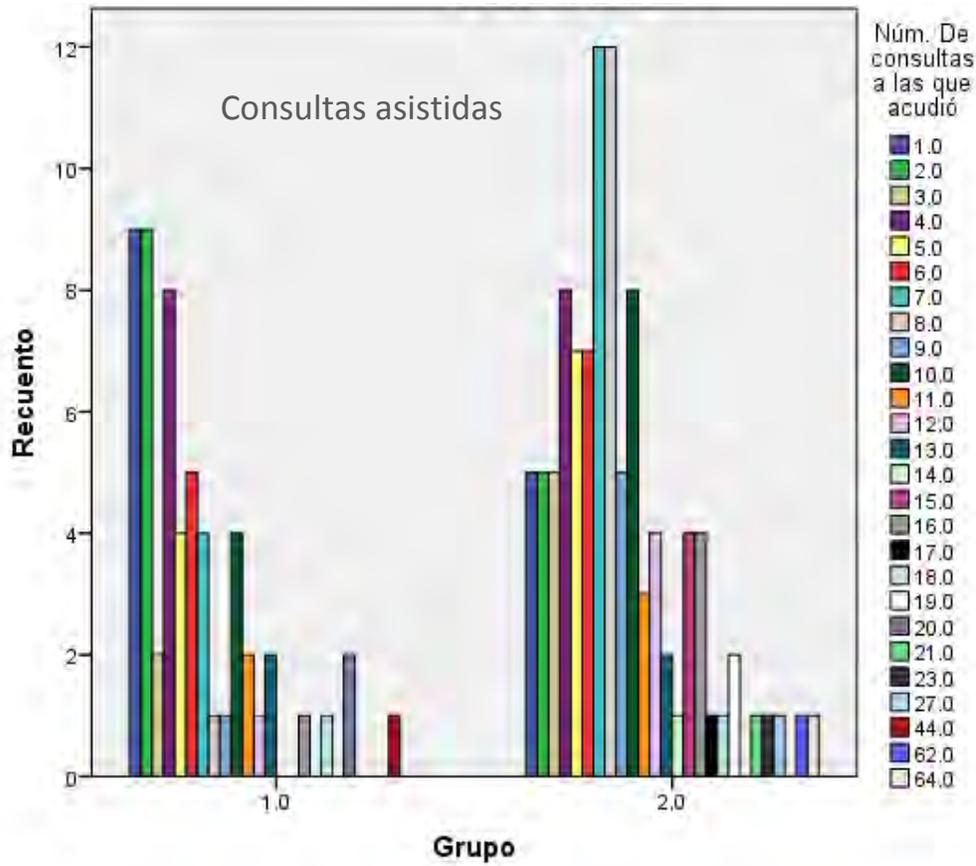


**Gráfica 3.** Comorbilidad de TLP en la muestra general. La mayoría de los pacientes con TLP 60.5% (n=115) presentaron comorbilidad con ED moderado, 16.3% (n=31) con Episodio Depresivo Grave, 2.6% (n=5) con Trastornos de la Alimentación, 1.1 % (n=2) con TDAH, 0.5% (n=1) con TOC, 2.1% (n=4) con TAG, 0.5% (n=1) con Trastorno de Angustia, 0.5% (n=1) con Episodio Depresivo Leve y el 0.5% (n=1) con Trastorno Bipolar Tipo II.

Durante el período de estudio (2012-2014) se registró que ambas muestras agendaron en un promedio de 12.28 consultas (SD=10.81) en servicios de la consulta externa, acudiendo a un promedio de 8.46 (SD=8.5) consultas durante el período. Gráficas 4 y 5.

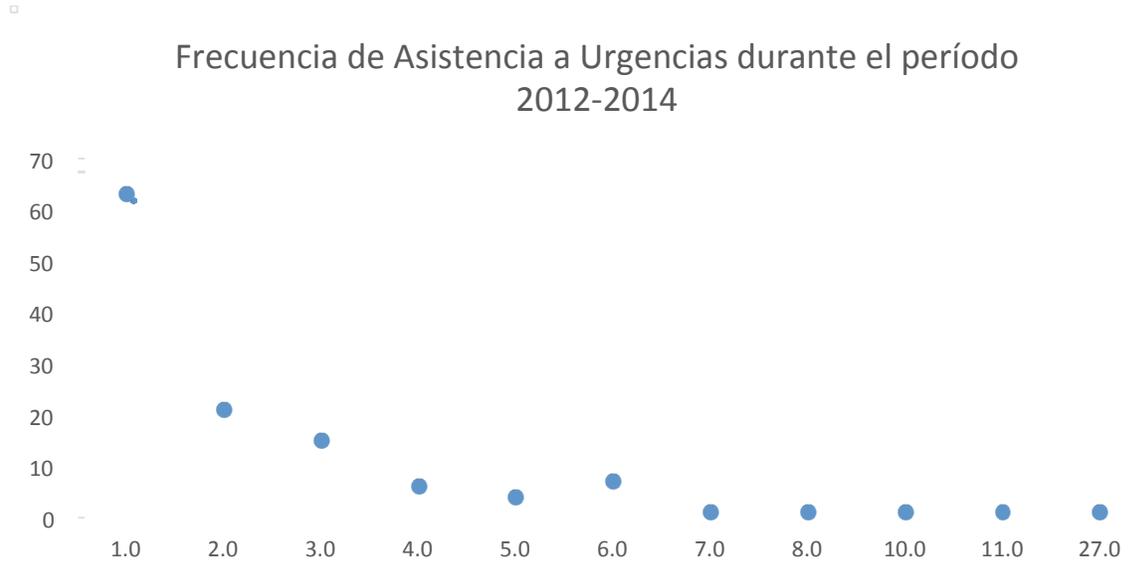


**Gráfica 4.** Número de citas en Consulta Externa que fueron programadas para la muestra general. La media fue de 12.28 citas ( $SD=10.81$ ) durante el período de estudio. El grupo 1 fueron los pacientes que acudieron por lo menos una vez al Servicio de APC y que no recibieron ningún tipo de psicoterapia conductual, y el grupo 2 fueron los pacientes que pertenecieron a algún programa de psicoterapia conductual en la Institución. Se observa mayor frecuencia de citas programadas en el grupo que recibió psicoterapia conductual.



**Gráfica 5.** Número de consultas en el Servicio de Consulta Externa a las que acudió la muestra general. Se encontró una media de 8.46 (SD=8.5) consultas asistidas durante el período de estudio. El grupo 1 fueron los pacientes de la muestra de APC, es decir los pacientes con TLP que acudieron a APC y que no recibieron psicoterapia y el Grupo 2 fueron los pacientes que estuvieron dentro del programa de psicoterapia conductual en la clínica de TLP.

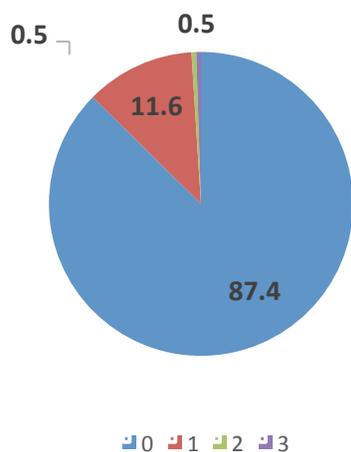
Durante la realización del estudio se analizó el número de veces que los pacientes de la muestra general acudieron al servicio de Atención Psiquiátrica Continúa (APC). Se encontró que el 32.2% de los pacientes (n=63) acudieron una vez durante el estudio a APC, el 11.1% (n=21) en dos ocasiones, el 7.9% (n=15) en 3 ocasiones, el 2.1 (n=4) en 5 ocasiones, 3.7% (n=7) en 6 ocasiones, 0.5%(n=1) en 7 ocasiones, 0.5%(n=1) en 8 ocasiones, 0.5%(n=1) en 10 ocasiones, 0.5%(n=1) en 11 ocasiones y un paciente (5%, n=1) en 27 ocasiones.



**Gráfica 6.** Frecuencia de asistencia a APC de la muestra general. 32.2% (n=63) acudieron una vez, 11.1% (n=21) en dos ocasiones, 7.9% (n=15) en 3 ocasiones, 2.1% (n=4) en 5 ocasiones, 3.7% (n=7) 6 ocasiones, 0.5%(n=1) 7 ocasiones, 0.5%(n=1) 8 ocasiones, 0.5%(n=1) 10 ocasiones, 0.5%(n=1) 11 ocasiones y un paciente (5%, n=1) en 27 ocasiones.

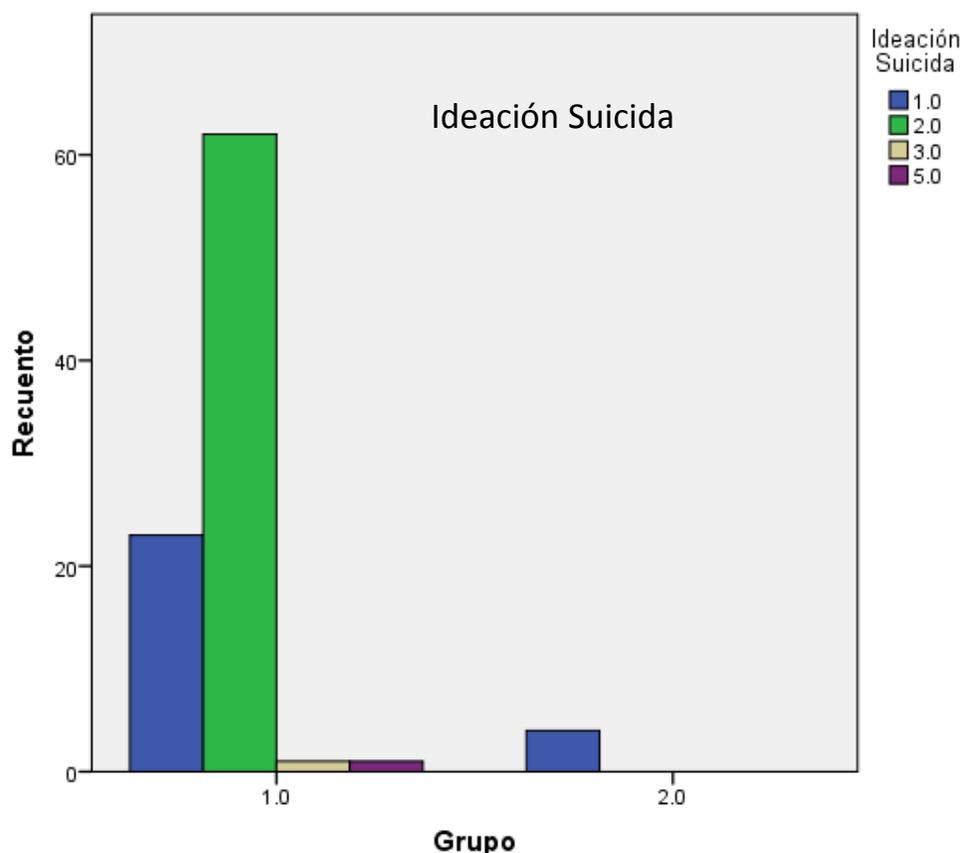
Durante el periodo del estudio, un total de n=23 pacientes (12.6% de la muestra general) se hospitalizó al menos una vez en el en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. El 11.6% (n=21) de los pacientes con TLP se hospitalizaron en una ocasión; el 0.5% (n=1) se hospitalizó en dos ocasiones y el 0.5% (n=1) en 3 ocasiones. El resto de los pacientes no se hospitalizaron dentro de la Institución.

Porcentaje de Hospitalizaciones



**Gráfica 7.** Hospitalizaciones en la muestra general. El 11.6% (n=21) se hospitalizó en una ocasión, el 0.5% (n=1) en dos ocasiones y el 0.5% (n=1) en 3.

Se revisó también el número de veces que se consignó en las bases de datos que los pacientes referían ideación suicida encontrándose que el 14.2 % (n=27) de la muestra reportó ideación suicida en una ocasión, el 32.6% (n=62) en dos ocasiones, el 0.5% (n=1) en 3 ocasiones y el 0.5% (n=1) en 5 ocasiones.



**Gráfica 8.** Número de veces que se reportó presencia de ideación suicida suicidas en la muestra general. Se detectó que el 47.8% de la muestra total de la muestra presentó ideación suicida en al menos una ocasión. El 14.2 % (n=27) reportó ideación suicida en una ocasión, el 32.6% (n=62) en dos, el 0.5% (n=1) en 3 y el 0.5% (n=1) en 5 ocasiones. El resto de los pacientes (52,2%) no reportaron ideación suicida. La gráfica muestra que la mayor parte de los pacientes que no estuvieron en algún programa de psicoterapia institucional (Pacientes usuarios del servicio de APC) presentaron ideación suicida, en comparación con aquellos que tuvieron psicoterapia conductual.

## 2.- Resultados descriptivos desglosados por grupos

### a) Grupo con TLP que asistió a APC durante el periodo 2012-2014, sin recibir psicoterapia

Como se mencionó anteriormente durante el periodo del estudio se captó un grupo de n=89 pacientes que acudieron al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) que nunca había tenido atención en la clínica de TLP de la institución y se encontró que el 72% (n=64) de los pacientes de dicho grupo eran mujeres y el 28% (n=25) eran hombres.

Las edades más frecuentes en este grupo fueron 21 y 28 años de edad con N=8 pacientes (9%) de cada edad, siendo la edad mínima 16 años (n=1, 1%) y la máxima 62 años (n=1, 1%). La mayoría de los pacientes se encontraban casados, es decir el 70% (n=43), el 20% (n=12) eran solteros, el 7% (n=4) y el 3% (n=2) vivían en unión libre.

En cuanto al número de consultas programadas los pacientes sin psicoterapia tuvieron una media entre 6 y 15 consultas con mal apego a las mismas acudiendo la mayoría a una o dos citas. Así mismo los pacientes del grupo control asistieron varias ocasiones al servicio de APC: el 51 % (n=51) acudió en una ocasión durante el periodo de estudio, el 19% (n=16) acudió dos veces, el 13% (n=11) en tres ocasiones, el 6% (n=5) en 4 ocasiones, el 3% (n=3) en 5 ocasiones, el 5% (n=4) en 6 ocasiones y 3 pacientes (3%) acudieron 7, 10 y 27 ocasiones respectivamente.

Al estudiar el número de hospitalizaciones observamos que el 25% (n=22) de los pacientes de este grupo se hospitalizaron: 22% de la muestra (n=20) se hospitalizó en una ocasión, el 1.12% (n=1) en dos ocasiones y n= 1 paciente (1.12%) en 3 ocasiones; reportándose que el 98% (n=87) de los pacientes reportó por lo menos una vez durante el periodo ideación suicida: el 70% (n=62) reportó ideación suicida 2 veces, 26% (n=23) una sola vez, 1% (n=1) reportó ideación suicida en 3 ocasiones y el 1% (n=1) en 5 ocasiones. Llamó la atención que n=28 pacientes de este grupo únicamente acudió al servicio de APC en una o más ocasiones sin embargo no acudió a los servicios de consulta externa.

## **b) Grupo con TLP que asistió a TC durante el periodo 2012-2014**

Se captó un grupo de n=101 pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad que acudieron a Psicoterapia Conductual en la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad (TC) de los cuales el 93% (n=94) eran mujeres y el 8% (n=7) eran hombres. Las edades más frecuentes en este grupo fueron 24 y 26 años de edad con 9 pacientes cada uno, lo cual hace el 18% (n=18) de la muestra, con una edad mínima de 20 años (n=1, 1%) y una máxima de 66 años (n=1, 1%). 67% (n=68) se encontraban casados, 22% (n=22) solteros, 4% (n=4) en unión libre y 7% (n=7) divorciados.

En cuanto al número de consultas programadas la mayoría de los pacientes tuvieron entre 6 y 13 consultas programadas con buen apego a las mismas viniendo a la mayoría de ellas acudiendo al servicio de APC únicamente N=36 pacientes (36%). 20% (n=20) acudió en una ocasión, 5% (n=5) en dos ocasiones, 4% (N=4) en tres ocasiones, 1% (n=1) en cuatro ocasiones, 1% (n=1) en cinco ocasiones, 3% (n=3) en seis ocasiones, 1% (n=1) en 8 ocasiones y 1% (n=1) en 11 ocasiones; sin embargo únicamente el 2% (n=2) se hospitalizó, haciéndolo en una ocasión. Así mismo, el 4% (n=4) del grupo refirió ideación suicida, en una ocasión.

## **3.- Resultados comparativos**

En ambos grupos la mayor parte de la muestra fueron mujeres, sin embargo hay un porcentaje más alto de pacientes del género masculino con TLP que NO acuden a psicoterapia y utilizan el servicio de APC, encontrándose una chi cuadrada de 15.12 con una  $p < 0.0001$ , hay una diferencia significativa por género y grupo de TLP sin psicoterapia y TLP con TC.

En cuanto a la edad hay una diferencia no significativa entre grupos de TLP sin psicoterapia y TLP con TC por edad, aunque la significancia es cercana a  $p = 0.05$ ; así mismo no hubo diferencias en cuanto al estado civil de ambos grupos ( $p = 0.979$ ).

Al evaluar el número de consultas agendadas en la consulta externa hubo una diferencia significativa al comparar los grupos y las consultas agendadas. La media de consultas agendadas para el grupo de TLP sin psicoterapia (TLP sin TC) fue de 9.54 con desviación estándar de 9.32 y para el grupo de TLP con TC la media fue de 13.74 con una desviación estándar de 11.32 obteniéndose un t de Student de -2.37 y una P=0.019. Tabla 1.

□



**Gráfica 9.** Número de consultas agendadas en la consulta externa. Las diferencias fueron significativas ( $p=0.019$ ).

Con respecto a las consultas asistidas por los usuarios se encontró en el grupo de TLP sin psicoterapia, una media de 6.632 con una desviación estándar de 7.01 y para el grupo de TLP con TC se encontró una media de 9.49 con una desviación estándar de 0.04, obteniéndose una t de -2.04 y una  $p=0.04$ . Tabla 1.



**Gráfico 8.** Número de consultas asistidas en la consulta externa. Las diferencias fueron significativas ( $p=0.04$ )

	TLP sin TC		TLP con TC		Estadística	
	Media	SD	Media	SD	T	p
<b>Consultas Agendadas en la consulta externa</b>	9.54	9.32	13.74	11.32	-2.37	<b>0.019*</b>
<b>Consultas Asistidas en la consulta externa</b>	6.632	7.01	9.49	9.19	-2.04	<b>0.04*</b>

**Tabla 1.** Número de consultas agendadas en consulta externa: Se puede observar el número de consultas programadas para TLP sin psicoterapia con media de 9.54 ( $SD=9.32$ ) y las consultas agendadas para el grupo de TLP con TC con una media de 13.74 ( $SD=11.32$ ).  $t=-2.37$ ,  $p=0.019$ . Número de consultas asistidas en consulta externa: TLP sin psicoterapia, media de 6.632 ( $SD=7.01$ ), TLP con TC, media de 9.49 ( $SD=9.19$ ).  $t=-2.04$ ,  $p=0.04$ .

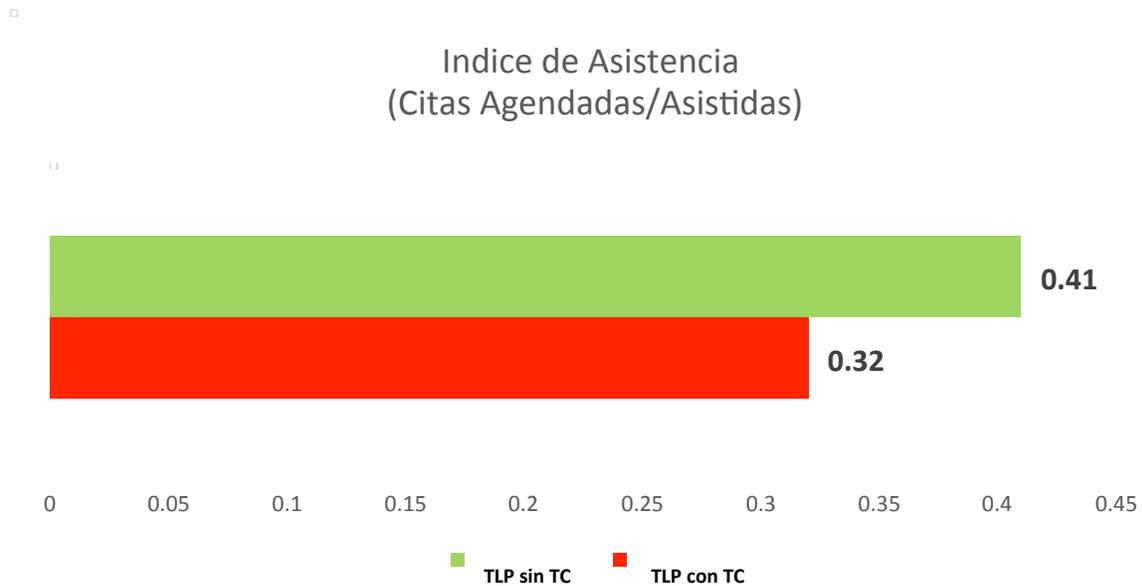


Gráfico 9. Se presenta el índice de asistencia a consulta externa, representado por el cociente entre las citas asistidas entre el total de citas programadas. Se muestra que el índice en ambas muestras es bastante bajo (Menos de la mitad de las consultas programadas el paciente asiste), pero éste índice es mayor en casi un punto porcentual en la muestra que asistió a Psicoterapia.

En cuanto al número de consultas asistidas en el servicio de APC no se encontró diferencia significativa ya que la media para pacientes con TLP sin psicoterapia fue de 2.48 (SD=3.19) y la media de consultas para pacientes con TLP con psicoterapia fue de 2.44 (DS=2.35) con una  $t=0.64$  y  $p=0.949$ . Tabla 2.

	TLP sin TC		TLP con TC		Estadística	
	Media	SD	Media	SD	T	P
<b>Consultas de Urgencias</b>	2.48	3.19	2.44	2.35	0.64	<b>0.949</b>

**Tabla 2.** Asistencia a APC. TLP sin psicoterapia tuvo una media de 2.48 (SD=3.19), TLP con psicoterapia tuvo una media de 2.44 (SD=2.35).  $t=0.64$ ,  $p=0.949$ .

Al revisar el número de hospitalizaciones que tuvieron los pacientes durante el periodo del estudio se encontró que el grupo de TLP sin psicoterapia tuvo una media de hospitalizaciones de 0.281 (SD=0.543) y el grupo de TLP con psicoterapia tuvo una media de 0.02 (SD=0.14), encontrándose significancia estadística con una  $p < 0.0001$  y  $t = 4.56$ .  
 Tabla 3.

	TLP sin TC		TLP con TC		Estadística	
	Media	SD	Media	SD	t	p
<b>Hospitalizaciones</b>	<b>0.281</b>	0.543	<b>0.02</b>	0.14	4.65	<b>&lt;0.0001**</b>

**Tabla 3.** Número de hospitalizaciones. TLP sin psicoterapia tuvo una media de 0.281 (SD=0.543). TLP con psicoterapia tuvo una media de 0.02 (SD=0.14).  $t = 4.65$ ,  $p < 0.0001$ . Se observa que la muestra que recibió psicoterapia tuvo una media muy baja de hospitalizaciones en comparación con la muestra que vistió APC.

Al comparar la variable de ideación suicida (lo cual se obtuvo de las veces que fue reportada ideación suicida por los clínicos durante el periodo de estudio) se encontró que los pacientes con TLP sin psicoterapia reportaron ideación suicida con una media de 1.74 (SD=0.631) y los pacientes con TLP con psicoterapia la reportaron con una media de 0.04 (SD=0.196) con una  $t=5.15$  y  $p<0.0001$ ; así mismo se estudiaron el número de intentos suicidas que los pacientes realizaron durante este periodo encontrándose que en el grupo de pacientes con TLP sin psicoterapia hubo una media de intentos suicidas de 0.326 (SD=0.326) mientras que en el grupo con TLP con psicoterapia ninguno de los pacientes reportó haber realizado intentos suicidas.  $T=25.73$  y  $p<0.0001$ , siendo ambas variables estadísticamente significativas. Tabla 4.

	TLP en APC		TLP con TC		Estadística	
	Media	SD	Media	SD	t	P
<b>Número veces que se reportó Ideación Suicida</b>	1.742	0.631	0.04	0.196	5.15	<b>&lt;0.0001**</b>
<b>Número de Intentos Suicidas</b>	0.326	0.326	0	0	25.73	<b>&lt;0.0001**</b>

*Tabla 4. Número de veces que se reportó ideación suicida. Grupo de TLP sin psicoterapia reportó una media de 1.742 (SD=0.631), grupo de TLP con psicoterapia tuvo una media de 0.04 (SD=0.196).  $t=5.15$ ,  $p<0.0001$ .*

*Número de intentos suicidas: Grupo con TLP sin psicoterapia tuvo una media de 0.326 (SD=0.326); en el grupo de TLP con psicoterapia no se reportaron intentos suicidas.  $t=25.73$ ,  $p<0.0001$ .*

## FUERZA DE ASOCIACIÓN CON EL ANTECEDENTE DE PSICOTERAPIA

	rho spearman	p
Edad	0.234	<b>0.014*</b>
Consultas Agendadas	0.322	<b>0.0001**</b>
Consultas Asistidas	0.26	<b>0.001*</b>
Consultas de Urgencias	-0.017	<b>0.85</b>
Hospitalizaciones	0.342	<b>0.0001**</b>
Número de Ideación Suicida	-0.922	<b>0.0001**</b>
Número de Intentos Suicidas	-0.405	<b>0.0001**</b>

*Tabla 5. Correlaciones de Spearman con la variable "Grupo" (TLP esin TC vs TLP con TC). Se muestra el coeficiente de correlación de Spearman como medida de fuerza de asociación entre las variables. Se encontró que las variables con mayor fuerza de asociación en la muestra fueron las variables de conducta suicida, así como de las hospitalizaciones y citas agendadas. La asistencia al servicio de APC no tuvo asociación significativa en ambos grupos.*

## DISCUSIÓN.

La presente investigación tuvo como objetivo establecer las diferencias en la utilización de servicios de salud mental de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría con trastorno límite de la personalidad (TLP) con y sin tratamiento con psicoterapia durante el periodo 2012-2014.

Evaluar la eficacia de los procesos psicoterapéuticos dirigidos al TLP es particularmente difícil debido a la falta de medidas objetivas que permitan determinar con claridad las variables sobre las que inciden dichos tratamientos. Este es un primer estudio piloto que aproxima desde una perspectiva de casos y controles que nos aproxima a que la Psicoterapia conductual está indiscutiblemente asociada con resultados deseables en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad como lo son la disminución de las hospitalizaciones y especialmente, el menor número de conductas suicidas (Ideación e

Intento suicida) durante el período de seguimiento, dichos hallazgos han sido reportados recientemente en la literatura (Van Asselt, 2014).

En esta muestra de pacientes, obtenidos de los bancos de datos del servicio de Atención Psiquiátrica Continúa (APC) y de la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad se observó que más de las tres cuartas partes eran mujeres, concordando con lo establecido en la literatura acerca de que la prevalencia del TLP es más alta en mujeres (Sharp, 2014). Sin embargo es importante tomar en cuenta también que la mayoría de los usuarios que buscan atención psiquiátrica especializada en México, son también mujeres lo cual podría representar sesgo por utilización de servicios (Lara, 1996).

Además se ha reportado que si bien en la población general la prevalencia del TLP es del 0.5-1.4%, esta prevalencia aumenta en los pacientes psiquiátricos al 15% en los ambulatorios y al 30% en los pacientes hospitalizados (Patel, 2013). En un estudio realizado en el servicio de Atención Psiquiátrica Continúa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” se observó que mientras el número de consultas en dicho servicio disminuyó del 2013 al 2014, el número de consultas de usuarios con TLP se incrementó al doble (Meza, 2015). Esto podría explicarse debido a la mayor incidencia de factores estresantes a los que hemos estado sometidos en nuestro país y en nuestra sociedad, que sin lugar a dudas pueden representar verdaderos estresores para ciertos sectores de población vulnerable; ha sido establecido ya anteriormente la relación estrecha entre las experiencias adversas en la niñez y adolescencia con el desarrollo del TLP (Zanarini, 1997).

En cuanto al promedio de edad reportado se observó que la media de edad de los usuarios fue de 31 años siendo la edad mínima, 16 años y la máxima 66 lo cual podría ser explicado por lo reportado por diversos autores sobre la posible mejoría de los trastornos de la personalidad de acuerdo a la edad, con una aparente relación inversa entre la gravedad del TLP y la edad (Zanarini, 2006). Con respecto al estado civil de la muestra se encontró que la mayoría de los pacientes eran casados y que no hubo diferencia entre grupos en cuanto a esta variable. Aunque con anterioridad se decía que el matrimonio

podía ser un factor protector contra riesgo suicida, se ha visto en los registros del INEGI que las prevalencias de suicidas prácticamente se han igualado en población soltera y casada (INEGI, 2015).

Durante el análisis del estudio se encontró que los pacientes que no recibían psicoterapia tenían menos adherencia a sus citas en la consulta externa que los pacientes que recibían psicoterapia de enfoque conductual lo cual se ha visto en estudios anteriores en donde se ha observado que los pacientes que reciben psicoterapia Conductual presentan mayor apego al tratamiento que los que únicamente reciben tratamiento psiquiátrico (Shelley,2009). En cuanto a la asistencia al servicio de APC no se encontró diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos, sin embargo fue distinto para el número de hospitalizaciones en donde se observó que ninguno de los pacientes que se encontraban en psicoterapia fue hospitalizado durante el periodo de estudio en contraste del grupo sin psicoterapia en donde 24 de los pacientes cursaron con por lo menos una hospitalización; en estudios realizados previamente los cuales han tenido por objetivo la evaluación del costo-beneficio del tratamiento psicoterapéutico para TLP, se ha reportado que los pacientes tratados con psicoterapia conductual han presentado una disminución significativa del número de hospitalizaciones y utilización de servicios de salud mental (Wunsch, 2014); así mismo se observó que los pacientes que recibieron psicoterapia conductual reportaron a sus médicos tratantes en la consulta externa de psiquiatría general menos ideación suicida que los pacientes con TLP sin psicoterapia además de que ninguno de ellos reportó haber realizado intentos suicidas en contraste con los usuarios con TLP sin psicoterapia, quienes reportaron a sus médicos tratantes en varias ocasiones tener ideación suicida o haber realizado intentos suicidas. Dichos datos sobre la disminución de ideación suicida y/o conductas suicidas, han sido reportados ya en la literatura internacional (Van Asselt, 2009; Wunsch, (2014).

Es importante también señalar que la mayoría de los pacientes estudiados tenían alguna o varias comorbilidades psiquiátricas y únicamente el 15.3% tenía diagnóstico de TLP puro lo cual nos habla acerca de la vulnerabilidad de estos usuarios para desarrollar otros trastornos psiquiátricos, lo cual como señalan diversos estudios (Zimmerman, 1999, Grant,

2008) complica su tratamiento y evolución por lo que es necesario que como clínicos hagamos una entrevista exhaustiva en donde se evalúen de manera profundadichas comorbilidades sobre todo de Trastorno Depresivo mayor ya que en la muestra general se encontró presente en 60.5% de los pacientes. Ha sido descrito que los individuos con TLP presentan Trastorno Depresivo Mayor con mayor frecuencia que los individuos sin TLP (Zimmerman, 1999) lo cual podría estar asociado a la dificultad de las personas con TLP con respecto al control de emociones, la sobrereactividad a estresores y la poca tolerancia a la frustración, lo cual podría hacerlos sujetos de mayor vulnerabilidad para desarrollar un trastorno del estado de ánimo.

Dentro de las limitaciones del estudio se encontró que se trata de un estudio retrospectivo, el cual no nos puede dar referencia sobre causalidad sino asociación entre variables. Otra limitación fue que no contamos con la información de ocupación de los pacientes ya que la fuente fue parte de una base de datos y el diseño del estudio marcaba restricciones para la revisión de expedientes o entrevista a los pacientes. Así mismo otra de las limitaciones fue que no se comparó el periodo de término de la psicoterapia para poder establecer una relación de tiempo y saber que tanto seguía impactando tiempo después de terminada la misma. Una nueva limitación fue que sólo se pudo estudiar un tipo de psicoterapia (Conductual), siendo valioso el comparar con más tipos de psicoterapia para evaluar la diferencia entre ellas y con el grupo control.

Un factor que hay que tomar en cuenta es que los pacientes que visitan el servicio de APC y que no recibieron psicoterapia, habitualmente están en condiciones críticas que los hacen más cercanos a intervenciones como la hospitalización o referencia. Esto pudo haber intervenido para que los pacientes del grupo 1 recibieran mayor proporción de internamiento y mayor reporte de conductas suicidas. Sin embargo el antecedente de Psicoterapia mostró una importante asociación con menor hospitalización, intentos suicidas, y al mismo tiempo de mayor apego a citas en la consulta externa. Aunque éstos resultados muestran asociación entre las variables, esto no implica causalidad, ya que se trata de un diseño retrospectivo. Se necesitan estudios prospectivos que aborden si existe

causalidad entre las variables, especialmente aquellas relacionadas con el antecedente de recibir psicoterapia.

Los resultados encontrados en el presente estudio nos muestran que la Terapia Conductual en el Trastorno Límite de la Personalidad puede estar asociada a diferentes variables deseables en la práctica clínica en éstos pacientes, como lo son la disminución en los intentos suicidas, la disminución en las hospitalizaciones y la mejor adherencia en utilización de servicios de salud, hablándonos de la necesidad de buscar nuevas herramientas objetivas para poder evaluarla. Es por eso que en otros países como Alemania y Dinamarca, entre otros, se han empezado a utilizar dichas medidas de utilización de servicios de salud para conocer el impacto de los diferentes tipos de psicoterapia en el tratamiento del TLP (Wunsch, 2014; Shelley, 2009; Antoinette, 2008; Clarking, 2007).

## **CONCLUSIONES**

Podemos concluir que la Terapia Conductual podría estar asociada con mejores resultados en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad ya que encontramos una asociación en pacientes que se vieron sometidos a ella, a algunas variables de utilización de servicios de salud mental como mejor apego a sus citas en la consulta externa, disminución en el número de hospitalizaciones y disminución en el reporte de ideación suicida además de no realizar intentos suicidas en comparación de los pacientes con el mismo diagnóstico que no la recibían. Se necesitan estudios prospectivos que permitan determinar si esta asociación podría representar a la psicoterapia conductual como una intervención que mejora los resultados de utilización de servicios de salud mental en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Coolidge, F. L., & Segal, D. L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clinical Psychology Review, 18*(5), 585-599.
2. Sharp, C., & Tackett, J. L. (2014). Introduction: An idea whose time has come. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 3-8). Springer New York.
3. Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry, 166*(5), 530-539.
4. Aliño, J. & Miyar, M. V. (2002). *DSM-IV-TR: breviario: criterios diagnósticos*. Elsevier España.
5. Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of general psychiatry, 44*(6), 573-588.
6. Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., & Jaimes, J. B. (2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental, 26*(4), 1.
7. Lara, M. A., & Acevedo, M. (1996). Patrones de utilización de los servicios de salud mental. *Salud Mental, (suplemento-abril)*, 14-18.
8. American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.
9. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364*(9432), 453-461.
10. Wilber, K. (2008). Unification beyond eclecticism and integration: integral psychotherapy. *Journal of Psychotherapy/Integration, 18*, 259-263.
11. Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L., & Temelkovski, S. (2009). Beyond the fragmented self: Integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality. *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research and Practice, 281*.

12. Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. American journal of psychiatry, 158(1), 36-42.*
13. Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). *Transference-focused psychotherapy: Overview and update. The International Journal of Psychoanalysis, 89(3), 601-620.*
14. Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., & Arntz, A. (2006). *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Archives of general psychiatry, 63(6), 649-658.*
15. Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Levy, K. N. (2001). *The development of psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. Journal of Personality Disorders, 15(6), 487.*
16. Scheel, K. R. (2000). *The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. Clinical Psychology: Science and Practice, 7(1), 68-86.*
17. Koerner, K., & Dimeff, L. A. (2007). *Overview of dialectical behavior therapy.*
18. Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science & Business Media.*
19. Siang-Yang T., et al, *Research into practice. Journal of psychology & Christianity. 30 (2011), 243-249.*
20. Bernstein, D. P, Iscan, J. & Maser, J. (2007). *Opinions of personality disorders experts regarding the DSM-IV personality disorders classification systems. Journal of Personality Disorders, 21(5): 536-551.*
21. Reyes, M. (2013a). *ACT Core Processes From an Emotion, Affect, and Mood Regulation Perspective. En J. A-Tjak (presidente), Adressing Complex Clinical Presentations: Processes of Effective Change. Simposio llevado a cabo en Association for Contextual Behavioral Science's World Conference XI, Sydney Australia.*
22. Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M. & Guymer, E. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. Cognitive and Behavioral Practice, doi:10.1016/j.cbpra.2012.03.005.*

23. Paris, J. (2008). *Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
24. Shearin, E. N. & Linehan, M. M. (1992). *Patient-therapist rating and relationships to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. *Behavior therapy*, 23, 730-741.
25. Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (1999). *What can functional analytic psychotherapy contribute to empirically-validated treatments?*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(5), 349-356.
26. Kohlenberg, B. S. & Callaghan, G. M. (2010). *FAP and ACT: Similarities, divergence, and integration*. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (eds), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 31-46). Nueva York: Springer.
27. Busch, A. M., Callaghan, G. C., Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Weeks, C. E. (2010). *The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11-19.
28. Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2000). *Radical behavioral help for Katrina*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (4), 500-505.
29. Waltz, J. Landes, S. J. & Holman, G. I. (2010). *FAP and DBT: Similarities, divergence, and integration*. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (eds), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 31-46). Nueva York: Springer.
30. Kanter, J. W., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (2010). *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. Nueva York: Springer.
31. Hayes, S. C. (1993). *Analytic goals and the varieties of scientific contextualism*. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, Nevada: Context Press.
32. Reyes, M. A. (2013b). *Características de la terapia de aceptación y compromiso como modelo clínico transdiagnóstico para la regulación emocional*. Aceptado para publicación en *Psicología Iberoamericana*.
33. Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford.
34. Linehan, M.M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos Límite de la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
35. Waltz, J. Landes, S. J. & Holman, G. I. (2010). *FAP and DBT: Similarities, divergence, and integration*. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (eds), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 31-46). Nueva York: Springer.
36. Wunsch, E. M., Kliem, S., & Kröger, C. (2014). *Population-based cost-offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: Projected costs in a currently running, ideal health system*. *Behaviour research and therapy*, 60, 1-7.

37. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). *Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study*. *American Journal of Psychiatry*.
38. Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., ... & Buchheim, P. (2010). *Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial*. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395.
39. *Calculadora para obtener el tamaño de una muestra*. Departamento de servicios informáticos integrales de la facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Disponible en: [www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm](http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm)
40. Patel, V., Minas, H., Cohen, A., & Prince, M. (Eds.). (2013). *Global mental health: principles and practice*. Oxford University Press.
41. Sledge, W., Plakun, E. M., Bauer, S., Brodsky, B., Caligor, E., Clemens, N. A., ... & Myers, M. (2014). *Psychotherapy for suicidal patients with borderline personality disorder: an expert consensus review of common factors across five therapies*. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1(1), 1.
42. Morales, A. R., & Zárate, L. E. M. (2004). *Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada*. Ed. Médica Panamericana..
43. Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). *The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients*. *European Psychiatry*, 22(6), 354-361.
44. Van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., Van Dyck, R., Spinhoven, P., & Severens, J. L. (2008). *Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy*. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450-457.
45. Meza, F., Molina, A., Arango, I., (2015) *Cambios en prevalencias del TLP en Urgencias Psiquiátricas*. Cartel presentado en el Congreso APM 2015.

46. Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., & Reich, R. B. (1997). *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. The American journal of psychiatry, 154(8), 1101.*
47. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). *Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 163(5), 827-832.*
48. Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). *Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. Comprehensive psychiatry, 40(4), 245-252.*
49. Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. The Journal of clinical psychiatry, 69(4), 533.*
50. Paris, J. (2005). *Borderline personality disorder. Canadian Medical Association Journal, 172(12), 1579-1583.*
51. McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). *A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry.*
52. INEGI. *Prevalencia de Intentos suicidas y de suicidios consumados en México durante 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>*

# ANEXO. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL INPRF



## Comité de Ética en Investigación

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Ref.: CEI/C/024/2015.

Mayo 11, 2015

Dra. Fátima del Carmen Meza Urzúa  
Titular del proyecto  
Presente

Por este medio me permito informar a usted que el proyecto titulado: "Comparación en la utilización de servicios de salud mental de pacientes con trastorno límite de la personalidad con y sin tratamiento con psicoterapia durante el periodo 2012-2014" que será realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en Calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Deleg. Tlalpan, 14370, México D. F., ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación.

Atentamente

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
 APROBADO



Lic. María Teresa López Jiménez  
Presidente del Comité de Ética en Investigación  
C.c.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Director de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente  
Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.

Calzada México-Xochimilco #101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, C.F. 14370, México, D.F.  
Tels. 4140-5050, 4140-5051 • [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx)