



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

O.O.A.D. SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ"

TÍTULO:

***"PREVALENCIA DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EXPERIENCIAS  
TRAUMÁTICAS VITALES ASOCIADAS, EN PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN Y  
ADMISIÓN CONTINUA EN EL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA"***

TESIS QUE PRESENTA:

***DRA. ABIGAIL GALLARGO MARTÍNEZ***

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE  
**PSIQUIATRÍA**

TUTOR:

DR. CARLOS HERNÁNDEZ VEGA

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 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.

**"PREVALENCIA DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y  
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS VITALES ASOCIADAS, EN PACIENTES DE  
HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA EN EL HOSPITAL DE  
PSIQUIATRÍA HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA"**



  
Dra. Victoria Mendoza Zubieta

Jefe de la División de Educación en Salud

UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

  
Dr. José Jesús Favila Bojórquez

Profesor titular del curso de especialización en Psiquiatría

UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

  
Dr. Carlos Hernández Vega

Tutor de tesis

Médico Adscrito al Hospital de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3601**.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS **17 CI 09 015 034**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 023 2017082**

FECHA **Martes, 22 de junio de 2021**

**Dr. Carlos Hernández Vega**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de trastorno límite de la personalidad y experiencias traumáticas vitales asociadas, en pacientes de hospitalización y admisión continua en el Hospital de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3601-080

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dr. Carlos Frody Cuevas García**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **36018**  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIÉRREZ, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COHEPRIS **17 CI 09 015 034**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 023 2017082**

FECHA **Martes, 15 de junio de 2021**

**Dr. Carlos Hernández Vega**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de trastorno límite de la personalidad y experiencias traumáticas vitales asociadas, en pacientes de hospitalización y admisión continua en el Hospital de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dr. MARTHA LETICIA GONZALEZ BAUTISTA**  
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 36018

Impresor

**IMSS**

NAU BUENO Y SOLIDARIO ES SOCIAL

| <b>1. Datos de la alumna</b>  |  |
|-------------------------------|--|
| Apellido paterno              | Abigail  |
| Apellido materno              | Gallardo   |
| Nombre(s)                     | Martínez   |
| Teléfono                      | 222 238 0508   |
| Universidad                   | Universidad Nacional Autónoma de México  |
| Facultad                      | Facultad de medicina   |
| Carrera                       | Curso de especialización en psiquiatría  |
| Número de cuenta              | 518211938  |
| <b>2. Datos del tutor</b>     |  |
| Apellido paterno              | Hernández  |
| Apellido materno              | Vega   |
| Nombre(s)                     | Carlos   |
| <b>3. Asesor metodológico</b> |  |
| Apellido paterno              | Islas  |
| Apellido materno              | Perezyera  |
| Nombre(s)                     | Victor Adrian  |
| <b>4. Colaboradora</b>        |  |
| Apellido paterno              | Orozco   |
| Apellido materno              | Zagal  |
| Nombre                        | Eréndira   |
| <b>4. Datos de la tesis</b>   |  |
| Título:                       | Prevalencia de trastorno límite de la personalidad y experiencias traumáticas vitales asociadas, en pacientes de hospitalización y admisión continua en el Hospital de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta. |
| No. De páginas                | 51   |
| Año                           | 2021   |
| Número de registro            | R 2021 3601 080  |
| Folio                         | F 2021 3601 080  |

## AGRADECIMIENTOS

*A mi familia y tutores por hacerlo posible.*

## CONTENIDO

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| RESUMEN .....                         | 10 |
| LISTA DE ABREVIATURAS.....            | 11 |
| MARCO TEÓRICO .....                   | 12 |
| Introducción.....                     | 12 |
| JUSTIFICACION.....                    | 17 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....      | 18 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....       | 19 |
| OBJETIVOS.....                        | 20 |
| Objetivo general.....                 | 20 |
| Objetivos específicos .....           | 20 |
| HIPÓTESIS .....                       | 20 |
| Hipótesis alterna (Ha).....           | 20 |
| Hipótesis nula (Ho) .....             | 20 |
| METODOLOGÍA .....                     | 21 |
| Lugar del estudio.....                | 21 |
| Población de estudio.....             | 21 |
| Diseño del estudio.....               | 21 |
| Muestreo y tamaño de la muestra ..... | 21 |
| Criterios de inclusión .....          | 22 |
| Criterios de exclusión .....          | 22 |
| Criterios de eliminación .....        | 23 |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>Definición Operativa de las Variables .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>Flujograma de la descripción del estudio .....</b>   | <b>25</b> |
| <b>Análisis estadístico .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>ASPECTOS ETICOS .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES HUMANOS .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>Recursos humanos.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>Recursos físicos.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>Recursos materiales.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>Financiamiento .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>Factibilidad.....</b>  | <b>31</b> |
| <b>Aspectos de bioseguridad .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>Conflicto de intereses .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>RESULTADOS .....</b>   | <b>32</b> |
| <b>Gravedad clínica de pacientes con trastorno límite de la personalidad.....</b>                                     | <b>34</b> |
| <b>Prevalencia de experiencias traumáticas vitales en sujetos con trastorno límite de la personalidad. ....</b>       | <b>35</b> |
| <b>Experiencias traumáticas vitales y su asociación con la gravedad del Trastorno límite de la personalidad. ....</b> | <b>36</b> |
| <b>DISCUSIÓN .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>CONCLUSIONES .....</b>   | <b>42</b> |
| <b>REFERENCIAS.....</b>   | <b>42</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>47</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Anexo 1. BSL-23. ....</b>  | <b>47</b> |
| <b>Anexo 2. Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ) .....</b> | <b>49</b> |
| <b>Anexo 3. Consentimiento informado.....</b>                         | <b>51</b> |

## RESUMEN

### Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica compleja que presenta una alta prevalencia de experiencias traumáticas a lo largo de la vida en donde dichos eventos desencadenan una alta susceptibilidad y reactividad al estrés que modera el curso de los síntomas. En este estudio se evaluó la correlación de las experiencias traumáticas vitales sobre la gravedad clínica del TLP.

### Métodos

Fueron reclutados en el área de hospitalización y de admisión continua de un hospital de tercer nivel, adultos con diagnóstico de TLP entre mayo a agosto de 2021 en un estudio observacional y prospectivo. Se evaluaron las experiencias traumáticas vitales con el Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos (TQ) y la gravedad clínica del TLP con la escala *Borderline Symptom List 23* (BSL-23).

### Resultados

Fueron incluidos al estudio 51 sujetos, 14 (27.5%) de los cuales presentaron una gravedad clínica leve del TLP, mientras que 11 (21.6%) una gravedad grave y 26 (51%) muy grave. Las experiencias traumáticas vitales fueron asociadas significativamente con la gravedad clínica del TLP ( $U=120$ ,  $p= .003$ ,  $g$  de Hedge= -1.130). El resultado de la correlación entre las experiencias traumáticas y la gravedad clínica del TLP mostró un grado de asociación moderado, con un valor de  $\rho_{(49)} = .426$ ,  $p=.002$ .

### Conclusión

Las experiencias traumáticas vitales se correlacionaron con la gravedad clínica del TLP.

**Palabras clave:** Trastorno límite de la personalidad, trauma.

## LISTA DE ABREVIATURAS

BSL 23: Inventario de síntomas del Trastorno Límite de Personalidad de 23 puntos.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición.

CMN SXXI: Centro Médico Nacional Siglo XXI.

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RIC: Rango Intercuartilar.

SPPS: *Statistical Package for the Social Sciences*.

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático.

TEPT C: Trastorno de estrés postraumático complejo.

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

TQ: Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos.

## MARCO TEÓRICO

### Introducción

Es histórica la polémica surgida a partir del surgimiento del psicoanálisis y sus postulados teóricos de la condición humana. Particularmente, en la propuesta de que las experiencias vivenciales de la infancia eran elementos psicogenéticos clave de la personalidad. En ese tenor, todas las experiencias traumáticas tendrán variables resultados en la conducta del futuro adulto (1).

Entendemos como personalidad a la matriz global de patrones complejos cognitivos, conductuales y emocionales, que constituyen lo particular en el individuo. Las neurociencias aplicadas al estudio de la personalidad han identificado tanto factores biológicos como contextuales en el desarrollo y consolidación de la conducta. La clásica diferenciación entre temperamento y carácter sustentan la complejidad del constructo: el primero, hace mención de la disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos, y el segundo, a las características adquiridas durante nuestro crecimiento y conforme a ciertas normas sociales (1,2).

Por otro lado, es decir, lo patológico, a los trastornos de la personalidad se le definen como deficiencias notables de la identidad, la calidad de las relaciones interpersonales y la presencia inflexible y acentuada de rasgos conductuales desadaptativos. La prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general ronda entre un 6 y 10 %, cifra que suele variar en función del instrumento de evaluación empleado y las normas socioculturales (3).

Los trastornos de la personalidad se categorizan en dos sistemas nosológicos oficiales: la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5). Este último propone una distribución en tres grupos: A, conformado por el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico, cuya característica esencial es la excentricidad y la extrañeza de su conducta; B, donde se encuentra el trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista, pacientes teatrales,

emotivos y de afectividad hiperreactiva; C, trastorno por evitación, dependencia y obsesivo-compulsivo, identificados por ser ansiosos y temerosos (4,5).

Aunque la categorización diagnóstica suele ser un recurso artificial para entender el comportamiento humano, cada vez se aporta mayor evidencia científica de cómo la personalidad sí es una característica biopsicológica estable a lo largo del ciclo vital con un grupo finito de rasgos (6)

El temperamento resalta por su concepción biologicista y el íntimo vínculo con el desarrollo de la personalidad adulta. De esta forma el genotipo de la personalidad se expresará según las experiencias ambientales del individuo. Los acontecimientos vitales, como las experiencias traumáticas, y que en la literatura parecen estar representadas en mayor cuantía por el abuso sexual infantil, tiene una serie de implicaciones clínicas y sociales (7).

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) señaló que México es el primer lugar en materia de abuso sexual, violencia física y homicidio de menores de 14 años de entre todos los países que la conforman. Los datos de la agencia internacional mostraban que alrededor de 4.5 millones de niños mexicanos son víctimas de este tipo de delitos, dándose a conocer solo el 2% (8).

En una revisión literaria limitada se encuentran pocos estudios que concluyan cómo afecta el abuso sexual infantil, u otro tipo de trauma, en el desarrollo de la personalidad, por lo que se ha analizado la interacción entre la presencia de un trastorno de estrés postraumático asociado al abuso sexual infantil, el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad, principalmente el de evitación, dependencia, antisocial y límite. Algunos autores defienden que el abuso sexual en la infancia condiciona como factor de riesgo para algún trastorno de la personalidad, sin decantarse específicamente por algún tipo (9).

La caracterología del trauma, es decir, tipo (tipo I, trauma único, y el tipo II, o trauma repetitivo), temporalidad, frecuencia e intensidad traducen diversas formas de expresión sintomática del TEPT.

La heterogeneidad clínica del TEPT inspiró a la psiquiatra Judith Herman en 1992 a desarrollar el concepto de trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C) en su libro *Trauma and Recovery*. El TEPT-C es producto de la exposición a estresores severos que son prolongados o repetitivos, que involucran daño o abandono de los cuidadores, y ocurren en periodos de desarrollo vulnerable de la víctima, como la infancia o adolescencia (10).

Las tres áreas que conforman al TEPT-C son la sintomática, que es más intensa, difusa y persistente que el TEPT simple; la caracterológica, donde el paciente manifiesta severos cambios en la personalidad, como la identidad y la vinculación interpersonal; la tercera involucra a la vulnerabilidad de los sobrevivientes de traumas prolongados a daños repetitivos, autoinducidos o hechos por otros (9,10).

El trauma interfiere con la seguridad del apego y limita la capacidad de la mentalización. Cuando el sistema de apego se encuentra bajo amenaza, la necesidad de asegurar una base emocional con otra persona anula otras necesidades y la posibilidad de una actividad mental más compleja, comprometiendo el crecimiento. La conducta se vuelve menos compleja y flexible. Predominan las conductas repetitivas, automáticas, desencadenadas por el miedo (11).

Los avances en la psicología del desarrollo y en la teoría del apego han sido confirmadas por la neurociencia. En las últimas dos décadas el descubrimiento de las neuronas espejo ha establecido que todas las personas nacen con la capacidad de sintonizar neurológicamente con otros, interiorizando las experiencias emocionales de las otras personas, aprendiendo a través de señales en espejo que son percibida por las áreas motoras y emocionales del cerebro. Las neuronas espejo de la corteza motora se conectan con las cortezas visual y auditiva, que son

estimuladas cuando una persona realiza una acción y cuando la misma persona ve o escucha a alguien más realizar una acción similar.

Score (2003) ha documentado la manera en que el trauma, la negligencia severa y un ambiente de trauma, temor ansiedad parentales producen un crecimiento lento en el cerebro derecho del niño, una conectividad menos sofisticada en el circuito neural y una reacción magnificada de estructuras inferiores, como la amígdala derecha. La amígdala derecha es el first responder que determina las señales que llegan al cerebro desde el mundo externo son de peligro, en un estado de salud, a tendencia a detectar el peligro y reaccionar con temor de la amígdala derecha se revisa por centros cerebrales superiores y se clasifican adecuadamente, especialmente por la corteza orbitofrontal derecha, que es el área ejecutiva del cerebro emocional. Pero en los niños y adultos traumatizados, la amígdala derecha funciona en automático, interpretando señales ambiguas que llegan como peligrosas, dando como resultado una actitud predeterminada de defensa automática en que la persona presenta una fuerte tendencia a trata el mundo interpersonal con temor, ansiedad y una sensación de peligro (11).

La mayoría de estas codificaciones del trauma y de la negligencia no son conscientes. Se mantiene en la estructuración no verbal de la mente. Por lo tanto, el tratamiento no puede ser rápido. Las terapias verbales son efectivas no esencialmente porque la comprensión verbal instantáneamente llegue a esas heridas profundas, sino porque el esfuerzo del terapeuta por comprender ofrece un nuevo tipo de apego y una nueva relación objetal que se sintoniza con las necesidades y las defensas.

Los sistemas nosológicos internacionales conciben al TLP como un patrón básico de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la disregulación afectiva, así como una impulsividad-rasgo. La escasa homogeneidad e inconsistencia de la clínica de los pacientes con TLP han hecho dudar de su ubicación clasificatoria en el grupo de los trastornos de la personalidad. De ahí que el TEPT-C y el TLP se solapen en sus criterios diagnósticos (12)



La epidemiología del TLP habla de una prevalencia puntual de por vida de hasta el 5.9 %; el 6.4 % de la población urbana, el 9.3 % en pacientes ambulatorios psiquiátricos y hasta un 20 % en pacientes hospitalizados. En contextos clínicos hospitalarios la proporción entre el sexo femenino y masculino es de 3:1 (12,13).

La etiología del TLP es igual de controversial. Coinciden en defender, la mayoría de los expertos de la personalidad, en el modelo multidimensional en la génesis del trastorno. Se habla principalmente de factores ambientales (como el trauma físico y/o sexual durante la infancia, el abandono de los padres), y biológicos (temperamento y alteraciones neuropsicológicas). Estos últimos representan un porcentaje considerable de las investigaciones más vigentes, en comparación a los factores ambientales que se presentan con una descripción periférica y anecdótica (12,13).

## JUSTIFICACION

Las crecientes cifras de algún tipo de abuso en la infancia en nuestro país y el potencial efecto nocivo en la salud mental del futuro adulto ponderan las investigaciones centradas en los factores etiopatogénicos de los trastornos mentales, y no solo de índole biológico, sino psicosocial. Resulta imposible ignorar el concepto de salud propuesto por la OMS, donde el término biopsicosocial se precipita como el más acertado modelo para la inclusión de otras disciplinas médicas, como la psiquiatría, en la labor de brindar bienestar al paciente.

Nuestra unidad hospitalaria cuenta con una considerable afluencia de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. El abordaje terapéutico suele centrarse en la remisión de los síntomas para la pronta reinserción social del paciente. Ese tipo de gestión sanitaria suscita un entendimiento superficial de la condición clínica de paciente. Investigaciones como la presente, suponen la ampliación de la visión reduccionista centrada en el síntoma al añadir el elemento de la experiencia vivencial del paciente como factor clave en el desarrollo del trastorno.

La motivación del presente trabajo descansa en la urgente necesidad de ampliar el conocimiento de cómo han afectado las experiencias vivenciales traumáticas de la infancia en pacientes con diagnóstico de TLP.

Las expectativas de esta investigación suponen el entendimiento psicogenético del TLP y su relación con el trauma desde una perspectiva científica, puesto que se ha descrito mayormente en términos empíricos.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales representan un problema de creciente dimensión para la salud pública, con un alto costo social ya que afecta a la población sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico y cultural. En términos estadísticos, la salud mental participa a la carga global de las enfermedades alrededor de 12 %, afecta hasta 28 % de años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años por el suicidio.

Los trastornos de personalidad se reconocen como condiciones importantes, que se asocian con la morbilidad, la mortalidad prematura y los grandes costos personales y sociales.

El trastorno límite de la personalidad es una afección psiquiátrica frecuente que se encuentra tanto en el hospital como en las emergencias psiquiátricas. Aproximadamente del 9 al 27% de los pacientes de emergencia agitados son diagnosticados con el trastorno límite que incluye episodios de autolesión, intento suicida, agresividad, impulsividad, ansiedad intensa, alucinaciones a corto plazo

En el trastorno límite de la personalidad, el estrés es conocido como un factor contribuyente en la etiología del trastorno y un precipitante de la exacerbación sintomática. El abuso físico o sexual no es infrecuente durante niñez para estos pacientes; los antecedentes de otras formas de trauma, como el abuso verbal o el abandono y la separación o pérdida temprana de los padres, también se provocan con frecuencia.

La investigación presente cuenta con el propósito de desvelar de qué forma participan las experiencias vivenciales traumáticas de la infancia en la futura génesis y severidad del trastorno de personalidad. Queda patente que la salud mental en nuestro país se encuentra más orientada a paliar el síntoma que a entender la naturaleza del trastorno mental por lo que una sólida teoría

etiología permitirá dirigir los esfuerzos a evitar o tratar los traumas tempranos y evitar el efecto perjudicial en la salud mental del adulto.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de experiencias traumáticas vitales en pacientes con trastorno límite personalidad atendidos en admisión continua y hospitalización del Hospital de Psiquiatría Héctor H Tovar Acosta?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

a) Determinar la prevalencia y el grado de asociación entre la severidad y las experiencias traumáticas vitales en sujetos hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

### **Objetivos específicos**

a) Determinar la gravedad clínica de pacientes con trastorno límite de la personalidad mediante la aplicación de escala BSL 23.

b) Determinar la prevalencia de las experiencias traumáticas vitales en los sujetos hospitalizados con trastorno límite de la personalidad.

c) Describir el tipo de traumas y síntomas asociados más prevalentes en pacientes con diagnóstico del trastorno límite de la personalidad

d) Comparar las características sociodemográficas entre los grupos a comparar

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis alterna (Ha)**

- Aquellos sujetos hospitalizados y valorados en admisión continua con experiencias traumáticas vitales tendrán mayor severidad de trastorno límite de la personalidad

### **Hipótesis nula (Ho)**

- Las experiencias traumáticas no estarán relacionadas con el grado de severidad de los sujetos hospitalizados con TLP

## **METODOLOGÍA**

### **Lugar del estudio**

Hospital Psiquiátrico Héctor H Tovar Acosta del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **Población de estudio**

El estudio fue llevado a cabo en el área de hospitalización y de admisión continua de una unidad psiquiátrica de tercer nivel (Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Centro Médico Nacional siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México). Los sujetos del estudio fueron reclutados entre el 6 de mayo al 16 de agosto de 2021. Se incluyeron al estudio aquellos sujetos mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de Trastorno Límite de la Personalidad según los criterios del DSM 5.

### **Periodo de realización del estudio**

Del 6 de mayo al 16 de agosto de 2021.

### **Diseño del estudio**

Observacional, comparativo, transversal, prospectivo.

El trastorno límite de la personalidad es un padecimiento crónico por lo que se realizará una determinación de la prevalencia de experiencias traumáticas de experiencias vitales.

### **Muestreo y tamaño de la muestra**

Tipo de muestreo: No probabilístico, de conveniencia, puesto que se escogerá de forma voluntaria los elementos que conformarán a la muestra y que será representativa de la población de referencia

Las estadísticas del año 2019 del Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta arrojan tres diagnósticos principales en sus ingresos hospitalarios: esquizofrenia paranoide, trastorno depresivo recurrente y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (equivalencia diagnóstica del TLP en la CIE-10). Hasta un 20 % de los ingresos anuales cuentan con el

diagnóstico de TLP, una cantidad de 158 pacientes. La fórmula utilizada para determinar la proporción de la muestra corresponde a la de población finita:

- ❖ **N (población de estudio) = 158**
- ❖  **$z^2 \alpha$  (seguridad deseada del 95 %) = 1.96**
- ❖ **p (la proporción esperada es del 50 %) = 0.40**
- ❖ **q (igual a 1 – p) = 0.50**
- ❖ **d (precisión esperada) = 0.05**

$$\frac{(N)(Z^2_{\alpha})(p)(q)}{(d^2)(N - 1) + (Z^2_{\alpha})(p)(q)}$$

$$n = \frac{(158)(1.96)(0.50)(0.40)}{(0.05^2)(158-1) + (1.96^2)(0.50)(0.40)}$$

$$n = \frac{(309.68)(0.20)}{(0.3925) + (0.769)}$$

$$n = \frac{61.93}{1.16}$$

$$n = 53.38 = 53$$

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes hospitalizados que acuden al Hospital de Psiquiatría Héctor H Tovar Acosta durante la realización del protocolo
- Pacientes que cuenten con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad mediante el BLS 23
- Pacientes mayores a 18 años
- Pacientes alfabetizados
- Pacientes que acepten formar parte del estudio previo consentimiento informado

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con alteraciones sensoriales que les imposibilite responder las encuestas
- Pacientes que no concluyan las encuestas.

- Pacientes con enfermedad neurológica (epilepsia, tumores en sistema nervioso central y periférico, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, demencias)
- Pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar, esquizofrenia, esquizoafectivos
- Pacientes con síntomas afectivos psicóticos

### **Criterios de eliminación**

- Pacientes que rechacen formar parte del estudio durante su realización.
- Pacientes que durante la realización del protocolo decidan no continuar

### **Definición Operativa de las Variables**

**a) Variable dependiente:** diagnóstico de trastorno límite de la personalidad

**b) Variable independiente:** antecedente clínico de experiencias traumáticas vitales en la infancia

**Variables sociodemográficas:** edad, sexo, nivel máximo de estudios, ocupación, red de apoyo, número de hospitalizaciones, intentos suicidas previos, estado civil.

| <b>Variable clínica</b>                    | <b>Definición conceptual</b>   | <b>Definición operacional</b>                                    | <b>Escala de medición</b>  | <b>Indicador</b>  |
|--|--|--|----------------------------|---|
| <b>Experiencia traumática</b>              | Acontecimiento que está fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que es marcadamente angustiante   | Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente | Cualitativa nominal        | TQ:<br>Rango<br>o puntos:<br>asintomático<br>18 puntos:<br>gravedad<br>máxima |
| <b>Trastorno límite de la personalidad</b> | Constructo clínico compuesto por un estado de ánimo impredecible, impulsividad, irascibilidad, conductas autodestructivas y sentimientos crónicos de vacío, síntomas que | Patrón de comportamientos y cogniciones disfuncionales           | <b>Cualitativa nominal</b> | BSL-23:<br>48 puntos:<br>leve<br>49 y 62 puntos:<br>grave                     |



|  |   |  |  |                              |
|--|---|--|--|------------------------------|
|  | condicionan una mala calidad en la vinculación interpersonal y funcionalidad global |  |  | Mayor a 63 puntos: muy grave |
|--|---|--|--|------------------------------|

| <b>Variable sociodemográfica</b>   | <b>Definición conceptual</b>  | <b>Definición operacional</b>                               | <b>Escala de medición</b>        | <b>Indicador</b>  |
|------------------------------------|---|---|----------------------------------|---|
| <b>Edad</b>                        | Intervalo comprendido desde el nacimiento. Se mide en tiempo  | Años de vida de una persona                                 | Cuantitativa continua            | Años cumplidos  |
| <b>Sexo</b>                        | Condición orgánica que permite diferenciar a un ser humano entre los géneros hombre y mujer.  | Género del paciente   | Cualitativa nominal (dicotómica) | Masculino<br>Femenino   |
| <b>Nivel máximo de estudios</b>    | Máximo nivel escolar  | Grado académico máximo                                      | Cualitativa nominal              | Primaria<br>Secundaria<br>Preparatoria<br>Licenciatura                          |
| <b>Estado civil</b>                | Situación jurídica de las personas físicas determinada por el matrimonio.   | Condición civil del paciente                                | Cualitativa nominal              | Soltero/a<br>Casado/a<br>Unión libre<br>Viudo/a                                 |
| <b>Red de apoyo</b>                | Recursos psicológicos (proveniente de otras personas) que son significativas para un individuo y que lo hacen sentirse estimado y valorado. | Personas que se encargan de brindar bienestar al paciente   | Cualitativa nominal              | Familiar<br>Amigos<br>Pareja<br>Nulo  |
| <b>Número de hospitalizaciones</b> | Número de ingresos de una persona en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento por parte del personal médico                     | Número de ingresos a hospitalización                        | Cualitativa ordinal              | Sin hospitalizaciones<br>De 1 a 5 hospitalización<br>Más de 5 hospitalizaciones |
| <b>Ocupación</b>                   | Rol ocupacional social realizado en virtud de un contrato formal o individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración económica. | Se describirá la actividad laboral que realiza el paciente. | Cualitativa nominal              | Comerciante<br>Empleado<br>Estudiante<br>Empresario<br>Jubilado                 |
| <b>Intentos suicidas previos</b>   | Acto no fatal, auto dirigido y potencialmente   | Es el comportamiento suicida de una                         | Cualitativa nominal              | 1-3 intentos suicidas   |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
|  | dañino cuyo objetivo es la muerte, pero que puede provocar una lesión o no hacerlo. | persona que no consume el hecho de la muerte contra sí misma |  | 4-5 intentos suicidas<br>>5 intentos suicidas |
|--|---|--|--|---|

### Flujograma de la descripción del estudio

Se acudirá al hospital Héctor H Tovar Acosta a solicitar el censo diario de pacientes en subdirección médica, jefatura de departamento clínico o con los médicos residentes. En este censo se identificará los pacientes que tengan el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, mismos a los cuales se les invitará a participar en el estudio por medio de una explicación clara y concisa, por parte del médico residente de cuarto año. En caso de aceptar se otorgará el consentimiento informado donde se darán a conocer los beneficios que incluyen seguimiento, Se evaluará esta población mediante las escalas BSL 23, escala de experiencias traumáticas, con una duración aproximada de 40 minutos. Durante la aplicación de dichas escalas, se contará con asistencia por parte del servicio de psicología, quien brindará, apoyo y seguimiento a la población estudiada en caso de que presenten exacerbación de sintomatología ansiosa/depresiva.

**1) El BSL-23 (Borderline Symptom List 23)** es un cuestionario autoaplicable para evaluar la sintomatología en el TLP. Se compone de una escala básica de 23 ítems, una escala de análisis visual de la percepción del estado general y una escala complementaria para una evaluación conductual, de 11 ítems. Los puntajes van, en la escala básica, es de 0 a 92 puntos; la media del estado general califica del 0 al 100 %; la escala conductual puntúa de 0 a 44 puntos. Es posible determinar la severidad del trastorno según el puntaje total arrojado en tres categorías: leve (48 puntos), grave (entre 49 y 62 puntos) y muy grave (mayor a 63 puntos).

**2) El Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos (TQ):** cuenta con un listado de 18 experiencias traumáticas más frecuentes a la que el paciente ha de ir respondiendo si se le ha presentado a lo largo de su vida que exploran la respuesta dicotómica (si/no) y el marco temporal

cualquier momento tras el acontecimiento traumático. 1 punto cada respuesta afirmativa y 0 cada negativa. La puntuación total es la suma de la de los 18 ítems. El rango del cuestionario es de 0 (no síntomas) a 18 (gravedad máxima). Cuenta con otro apartado que investiga mediante dos ítems adicionales en caso de haber recibido asistencia sanitaria previamente por este motivo (estos dos últimos no se puntúan), y otras características, como la edad en que se experimentó y la duración. Para aquellos traumas no listados existe un espacio para anotar la naturaleza de este.

### **Análisis estadístico**

El análisis estadístico fue llevado a cabo con el “Paquete estadístico para las Ciencias Sociales” (*Statistical Package for the Social Sciences, SPSS*) versión 11.5 (SPSS Inc., Chicago, EE. UU) para Windows. Para evaluar la distribución normal de los datos de las variables de edad, escolaridad (en años), número de intentos suicidas previos, internamientos, severidad del TLP y experiencias traumáticas vitales se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov, considerando el tamaño de muestra que fue mayor a 30 sujetos. Para la descripción de las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes; para la de las variables continuas: media y desviación estándar cuando mostraron una distribución normal, o mediana con rango intercuartilar (RIC) cuando no la mostraron. Para la comparación se establecieron dos grupos: aquellos sujetos con una puntuación igual o menor de 48 puntos en la escala BSL-23 se catalogaron con una severidad del TLP leve, mientras que aquellos sujetos con puntuaciones mayores a 49 puntos se catalogaron como graves y muy graves; fueron analizadas las diferencias de los datos entre los grupos dependiendo del tipo de su distribución. Para la comparación entre las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrada o exacta de Fisher dependiendo las frecuencias esperadas, y para los datos continuos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes cuando presentaron una distribución normal y prueba U de Mann-Whitney cuando no. Para determinar el grado de asociación entre las experiencias traumáticas vitales y la severidad del TLP se realizó una correlación de Spearman debido a la distribución de los datos. Para evaluar el mejor punto de corte de las experiencias traumáticas vitales que precedía la

presencia una severidad del TLP grave/muy grave se realizó un análisis de curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*). La significación estadística se estableció en  $P < 0,05$ .

## **ASPECTOS ETICOS**

Los sujetos que cumplan los criterios de selección serán informados de los propósitos y alcances del estudio. Los instrumentos utilizados son autoaplicables, con un tiempo de administración no superior de 30-40 minutos.

El presente protocolo se llevará a cabo de acuerdo con las regulaciones éticas internacionales para la investigación en seres humanos, como la declaración de Helsinki, informe Belmont, pautas CIOMS y de acuerdo con la Ley general de salud en materia de investigación. Esta investigación se sustenta en los cuatro principios éticos universales:

a) **Beneficencia.** En este estudio se planea realizar la detección de experiencias traumáticas vitales asociadas a trastorno límite de personalidad. Se considera como valor científico y social el poder brindar medidas preventivas más precisas y puntuales logrando con ello el reconocimiento por parte del personal del área de salud mental debido a la necesidad de mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico de un padecimiento frecuente como lo es el trastorno límite de la personalidad debido al estigma que acompaña. En caso de reexperimentación de eventos durante el proceso de evaluación el tesista cuenta con la posibilidad de brindar intervención breve en crisis y terapia de acompañamiento. En personas de admisión continua se realizará la referencia correspondiente al servicio de psicología y psiquiatría de su Hospital General de Zona para la continuidad del caso con el fin de minimizar el riesgo para la paciente.

b) **Justicia.** La realización de este estudio se llevará a cabo en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Hospital Psiquiátrico Héctor H Tovar Acosta donde se les otorgará el consentimiento informado y los mismos instrumentos de estudio, al establecer un diagnóstico de trastorno de personalidad se estará tomando en consideración la necesidad de

cada paciente de recibir la atención por el médico especialista; otorgando la intervención en salud mental de acuerdo con la necesidad individual de cada paciente.

c) Autonomía. Se le informará al paciente el objetivo del estudio y en qué consistirá su participación, es decir contestar los cuestionarios anexados al presente documento y descritos en la parte de metodología, se realizará utilizando un lenguaje sencillo, aclarando dudas al respecto de la terminología médica, sin omisión de información, ni encubrimiento de la verdad. Los investigadores involucrados nos comprometemos a respetar la privacidad del paciente en todo momento; proteger la confidencialidad de la información brindada; posterior a contar con esta información se le permitirá expresar su punto de vista al hacer la elección respecto a su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado; basado en sus creencias personales

d) No maleficencia. Durante la realización del estudio no se llevarán a cabo procedimientos que pongan en riesgo la integridad física del paciente. Se tomará en cuenta que la condición médica del paciente no sea riesgosa permitiéndole participar en el estudio sin generarle dolor físico, incapacidad o la muerte. Más aún de detectarse sintomatología afectiva que requiera tratamiento que será atendida durante su hospitalización o pudiéndose sugerir está en caso necesario.

Este protocolo fue diseñado de acuerdo con los lineamientos anotados en los siguientes códigos:

Reglamento de la ley General de Salud: De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Título quinto que comprende los artículos 96 a 103.

Los participantes tienen un beneficio directo de la investigación (diagnóstico y referencia para tratamiento oportuno)

No se somete a la paciente a ningún procedimiento que conlleve el uso de radiación.

Se encuentra realizando el estudio en una institución de salud sometiendo el presente trabajo a evaluación por los correspondientes comités de ética, bioseguridad y de investigación los cuales están conformados de acuerdo con sus reglamentos internos y que a su vez han participado activamente en la asesoría y vigilancia de la realización del presente protocolo.

También se considera la reforma del artículo 98 de la Ley General de Salud, y el decreto de adición del artículo 41 Bis. Con estos dos cambios se establece obligatoriamente los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, cuenten con Comités Hospitalarios de Bioética, mismo que se está tomando en consideración y sometiendo el presente protocolo a evaluación de conformidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Título 2° Capítulo quinto del Reglamento para el consentimiento informado de este proyecto. El cual se anexa en el presente documento.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud decretado en capítulo V del art.58 y el Título quinto, capítulo único artículos: 99 a 132.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: "Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes"

En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de investigación para la Salud, el “riesgo mínimo”, al ser un estudio prospectivo que emplean el riesgo de datos a través de exámenes psicológicos de diagnóstico a individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto. La aplicación de las escalas será supervisada por un médico y psicólogo capacitado para esta tarea y quién podría determinar si por el estado de salud de la paciente no será posible su participación dentro de este estudio.

## **RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES HUMANOS**

### **Recursos humanos**

Pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad hospitalizados durante el periodo de estudio en el Hospital Psiquiátrico Héctor H Tovar Acosta

Médico especialista en psiquiatría.

### **Recursos físicos.**

Instalaciones del Hospital Psiquiátrico Héctor H Tovar Acosta

Área de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Héctor H Tovar Acosta

### **Recursos materiales.**

- Instrumentos de recolección de datos
- Bolígrafos y/o lápiz.
- Equipo de Cómputo.
- Escritorio.
- Silla Ergonómica.
- Consultorio.

**Financiamiento**

El presente trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna institución, utiliza los recursos físicos y materiales del Hospital Psiquiátrico Héctor H Tovar Acosta

**Factibilidad**

Este estudio fue factible al contar con la autorización, el recurso físico, material y personal para llevarlo a cabo dentro del Hospital Psiquiátrico Héctor H Tovar Acosta

**Aspectos de bioseguridad**

Ninguno, no se almacenaron muestras biológicas durante la realización de este estudio.

**Conflicto de intereses**

Los participantes en el presente protocolo declararon no tener ningún potencial conflicto de intereses y que no reciben una remuneración económica al momento de participar en la realización de este protocolo.



## RESULTADOS

Durante el periodo comprendido para el desarrollo del estudio, se reclutaron 51 sujetos del área de hospitalización y del servicio de admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta. Para evaluar la distribución normal de los datos de las variables de edad, escolaridad (en años), número de intentos suicidas previos, internamientos, gravedad clínica del TLP y experiencias traumáticas vitales se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov, considerando el tamaño de muestra que fue mayor a 30 sujetos. Los resultados de la prueba se presentan en la Tabla 1. La variable que mostró una distribución normal de los datos fue la severidad del TLP medida mediante la escala BSL-23; el resto de las variables no mostró una distribución normal.

**Tabla 1.**

*Pruebas de normalidad*

| Variable                         | M     | DE    | Normalidad                   |                |
|----------------------------------|-------|-------|------------------------------|----------------|
|                                  |       |       | Prueba de Kolmogórov-Smirnov | <i>p valor</i> |
| Edad                             | 28.10 | 9.04  | 0.183                        | <.001***       |
| Escolaridad                      | 12.84 | 2.56  | 0.335                        | <.001***       |
| Número de intentos suicidas      | 2.86  | 1.83  | 0.230                        | <.001***       |
| Internamientos                   | 1.59  | 1.02  | 0.352                        | <.001***       |
| Severidad del TLP                | 65.22 | 24.56 | 0.066                        | .200           |
| Experiencias traumáticas vitales | 14.46 | 3.82  | 0.180                        | <.001***       |

Nota: Gravedad clínica del TLP medida mediante la escala BSL-23. Experiencias traumáticas vitales medidas mediante la escala TQ. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

La mayor parte de la muestra fueron mujeres (86.3%), con una mediana de edad de 25 años (RIC=11), presentando una escolaridad de más de 12 años, con una residencia actual en la CDMX y con un apoyo social predominantemente familiar. Los datos sociodemográficos entre los sujetos con gravedad clínica leve, grave y muy grave son presentados en la Tabla 2.

**Tabla 2.***Características sociodemográficas de los sujetos de estudio por gravedad clínica del TLP.*

| Parámetro                 | Gravedad clínica del TLP <sup>a</sup> |                                  | Total<br><i>n</i> (%) | <i>p</i> valor <sup>b</sup> |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
|                           | Leve<br><i>n</i> =14                  | Grave/ Muy grave<br><i>n</i> =37 |                       |                             |
| Mujeres                   | 11 (21.6)                             | 33 (64.7)                        | 44 (86.3)             | .376                        |
| Edad en años <sup>c</sup> | 23.5 (22)                             | 25.0 (36)                        | 25 (11)               | .949 <sup>d</sup>           |
| Nivel educativo           |                                       |                                  |                       |                             |
| Secundaria                | 3 (5.9)                               | 3 (5.9)                          | 6 (11.8)              | .478                        |
| Bachillerato              | 7 (13.7)                              | 23 (45.1)                        | 30 (58.8)             |                             |
| Nivel superior            | 4 (7.8)                               | 11 (21.6)                        | 15 (29.4)             |                             |
| Ocupación                 |                                       |                                  |                       |                             |
| Sin empleo                | 5 (9.8)                               | 4 (7.8)                          | 9 (17.6)              | .110                        |
| Con empleo                | 7 (13.7)                              | 20 (39.2)                        | 27 (52.9)             |                             |
| Estudiante                | 2 (3.9)                               | 13 (25.5)                        | 15 (29.4)             |                             |
| Estado civil              |                                       |                                  |                       |                             |
| Soltero                   | 6 (11.8)                              | 32 (62.7)                        | 38 (74.5)             | .003**                      |
| Casado                    | 6 (11.8)                              | 3 (5.9)                          | 9 (17.6)              |                             |
| Unión libre               | 1 (2.0)                               | 2 (5.4)                          | 3 (5.9)               |                             |
| Divorciado                | 1 (2.0)                               | 0 (0.0)                          | 1 (2.0)               |                             |
| Lugar de origen           |                                       |                                  |                       |                             |
| CDMX                      | 11 (21.6)                             | 28 (54.9)                        | 39 (76.5)             | .826                        |
| Foráneo                   | 3 (5.9)                               | 9 (17.6)                         | 12 (23.5)             |                             |
| Lugar de residencia       |                                       |                                  |                       |                             |
| CDMX                      | 13 (25.5)                             | 37 (72.5)                        | 50 (98.0)             | .275                        |
| Foráneo                   | 1 (2.0)                               | 0 (0.0)                          | 1 (2.0)               |                             |
| Cuenta con descendencia   | 8 (15.7)                              | 11 (21.6)                        | 19 (37.3)             | .106                        |
| Red de apoyo social       |                                       |                                  |                       |                             |
| Con apoyo familiar        | 13 (25.5)                             | 18 (54.9)                        | 41 (80.4)             | .250                        |
| Con apoyo de amigos       | 1 (2.0)                               | 8 (15.7)                         | 9 (17.6)              | .414                        |
| Con apoyo de pareja       | 2 (3.9)                               | 3 (8.1)                          | 5 (9.8)               | .606                        |

Notas: Datos presentados en frecuencias y porcentajes *n* (%). TLP: Trastorno límite de la personalidad. <sup>a</sup> gravedad clínica del TLP según escala BSL-23; <sup>b</sup> según prueba exacta de Fisher; <sup>c</sup> Medina y Rango intercuartil; <sup>d</sup> según prueba U de Mann-Whitney. \* *p*<.05; \*\* *p*<.01; \*\*\* *p*<.001.

Los sujetos con una mayor gravedad clínica (grave a muy grave) del Trastorno límite de la personalidad fueron solteros (74.5%; *p*=.003). No se encontraron diferencias en cuanto al sexo (*p*=.376), la edad (*U*=256.00; *p*=.949), el nivel educativo (*p*=.487), la ocupación (*p*=.110), el lugar

de origen ( $p=.826$ ) o de residencia ( $p=.275$ ), si contaban con descendencia ( $p=.106$ ), o en su red de apoyo social ( $p>.05$ ) entre los grupos comparativos de la gravedad clínica del TLP.

### **Gravedad clínica de pacientes con trastorno límite de la personalidad.**

Del total de la muestra, 14 sujetos (27.5%) presentaron una gravedad clínica leve del Trastorno límite de la personalidad, mientras que 11 (21.6%) una gravedad grave y 26 (51%) muy grave. La puntuación media de la escala BSL-23 de la muestra fue de 62.22 puntos (IC 95%, 58.31 a 72.12). Las características clínicas de los sujetos de estudio por gravedad clínica se muestran en la Tabla 3.

La mayor parte de los sujetos de estudio presentaron consumo de al menos una sustancia psicotrópica ( $n= 49$ , 96.1%), principalmente alcohol (92.2%) y nicotina (76.5%). El total de la muestra estuvo medicado con antidepresivos, un gran porcentaje con antipsicóticos ( $n=42$ , 82.4%) y benzodiacepinas ( $n=29$ , 56.9%). La mayoría de los sujetos mostraron presentar conducta autolesiva ( $n=44$ , 86.3%). No se encontraron diferencias en cuanto al consumo de sustancias ( $p=.478$ ), la utilización de psicofármacos ( $p>.05$ ), la presencia de conducta autolesiva ( $p=.943$ ), el número de intentos suicidas ( $U= 250$ ,  $p=.487$ ) y de internamientos ( $U= 233$ ,  $p=.533$ ) entre la gravedad clínica de los sujetos con TLP.

**Tabla 3.***Características clínicas de los sujetos de estudio por gravedad clínica del TLP.*

| Parámetro                                      | Gravedad clínica del TLP <sup>a</sup> |                             | Total<br>n (%) | $\chi^2$ (g.l.)  | p<br>valor        |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------|-------------------|
|  | Leve<br>n=14                          | Grave/<br>Muy grave<br>n=37 |                |                  |                   |
| Consumo de al menos una sustancia psicotrópica | 13 (25.5)                             | 36 (70.6)                   | 49 (96.1)      |                  | .478 <sup>b</sup> |
| Número de sustancias consumidas <sup>c</sup>   | 2 (2)                                 | 3 (4)                       | 2 (2)          | 184 <sup>d</sup> | .102              |
| Consumo de alcohol                             | 12 (23.5)                             | 35 (94.6)                   | 47 (92.2)      |                  | .300 <sup>b</sup> |
| Consumo de nicotina                            | 10 (19.6)                             | 29 (56.9)                   | 39 (76.5)      |                  | .715 <sup>b</sup> |
| Consumo de cannabis                            | 6 (11.8)                              | 21 (41.2)                   | 27 (52.9)      | 0.788 (1)        | .375              |
| Consumo de otras sust.                         | 3 (5.9)                               | 14 (27.5)                   | 17 (33.3)      |                  | .334 <sup>b</sup> |
| <b>Psicofármacos</b>                           |                                       |                             |                |                  |                   |
| Antidepresivos                                 | 14 (27.5)                             | 37 (72.5)                   | 51 (100.0)     | -                | -                 |
| Antipsicóticos                                 | 11 (21.6)                             | 31 (60.8)                   | 42 (82.4)      |                  | .962 <sup>b</sup> |
| Benzodiazepinas                                | 9 (17.6)                              | 20 (39.2)                   | 29 (56.9)      | 0.433 (1)        | .510              |
| Estabilizadores del estado del ánimo           | 5 (9.8)                               | 20 (39.2)                   | 25 (49.0)      | 1.367 (1)        | .242              |
| Conducta autolesiva                            | 12 (23.5)                             | 32 (62.7)                   | 44 (86.3)      |                  | .943 <sup>b</sup> |
| Intentos suicidas                              | 2.5 (4)                               | 2 (3)                       | 2 (3)          | 250 <sup>d</sup> | .846              |
| Internamientos                                 | 1 (1)                                 | 1 (1)                       | 1 (1)          | 233 <sup>d</sup> | .533              |

Notas: Datos presentados en frecuencias y porcentajes *n* (%). TLP: Trastorno límite de la

personalidad. <sup>a</sup> severidad del TLP según escala BSL-23; <sup>b</sup> según prueba exacta de Fisher; <sup>c</sup>

Mediana y Rango intercuartilar; <sup>d</sup> prueba U de Mann-Whitney. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

**Prevalencia de experiencias traumáticas vitales en sujetos con trastorno límite de la personalidad.**

Todos los sujetos del estudio indicaron que presentaron al menos un tipo de experiencia traumática vital; un 41.2% indicó que experimentó un tipo y un 58.8% más de dos. La muestra presentó una puntuación mediana en la escala TQ de 15 puntos (RIC=6). El tipo de experiencias traumáticas vitales por gravedad clínica del TLP se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4.**

*Experiencias traumáticas vitales por gravedad clínica del TLP.*

| Parámetro                                       | Gravedad clínica del TLP <sup>a</sup> |                                     | Total<br><i>n</i> (%) | $\chi^2$ (g.l.)  | <i>p</i><br>valor |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------|-------------------|
|   | Leve<br><i>n</i> =14                  | Grave/ Muy<br>grave<br><i>n</i> =37 |                       |                  |                   |
| Experiencias traumáticas vitales <sup>b,c</sup> | 12.5 (9)                              | 16 (4)                              | 15 (6)                | 120 <sup>d</sup> | .003**            |
| Tipo de experiencia traumática vital            |                                       |                                     |                       |                  |                   |
| Estresor sexual                                 | 5 (9.8)                               | 18 (35.3)                           | 23 (45.1)             | 0.686 (1)        | .407              |
| Estresor familiar                               | 13 (25.5)                             | 32 (65.7)                           | 45 (88.2)             |                  | .886 <sup>e</sup> |
| Accidentes                                      | 2 (3.9)                               | 4 (7.8)                             | 6 (11.8)              |                  | .661 <sup>e</sup> |
| Muerte de un familiar                           | 3 (5.9)                               | 5 (9.8)                             | 8 (15.7)              |                  | .668 <sup>e</sup> |

Notas: Datos presentados en frecuencias y porcentajes *n* (%). TLP: Trastorno límite de la personalidad. <sup>a</sup> Severidad del TLP según escala BSL-23; <sup>b</sup> Según escala TQ; <sup>c</sup> Mediana y Rango intercuartilar; <sup>d</sup> prueba U de Mann-Whitney; <sup>e</sup> prueba exacta de Fisher. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

El tipo más frecuente de estresor encontrado en la muestra fue el estresor familiar (88.2%), seguido del sexual (45.1%). No se encontraron diferencias en cuanto al tipo de estresor y la gravedad clínica del TLP.

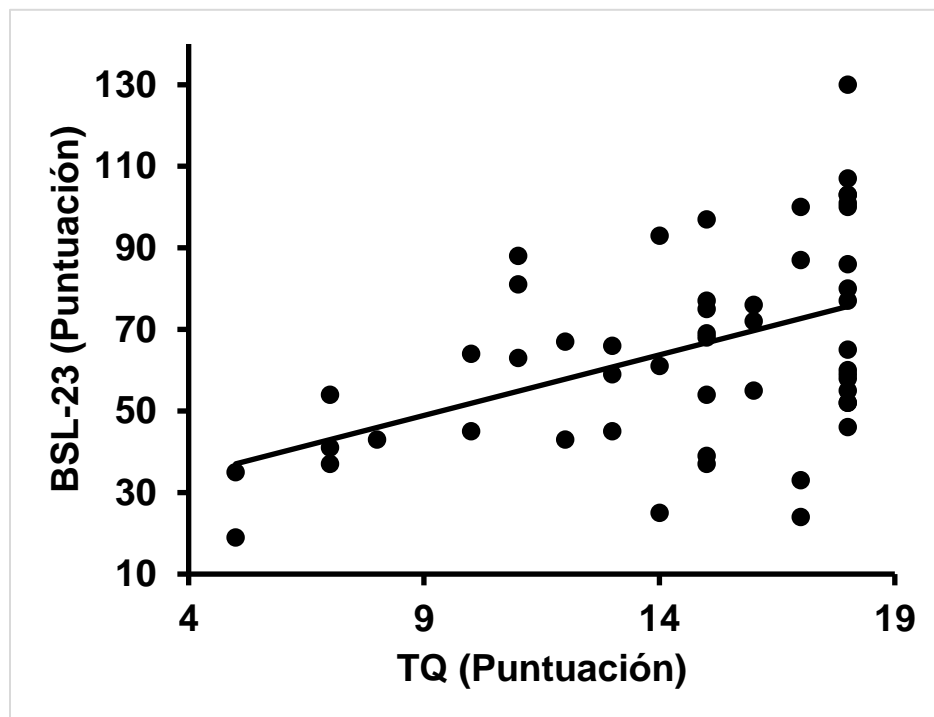
**Experiencias traumáticas vitales y su asociación con la gravedad del Trastorno límite de la personalidad.**

Las experiencias traumáticas vitales se asociaron de manera significativa con la gravedad clínica del Trastorno límite de la personalidad, donde las puntuaciones de aquellos sujetos con una gravedad clínica de grave a muy grave (Mdn=16; RIC=4) fueron mayores que la de los sujetos con gravedad leve (Mdn=12.5; RIC=9)  $U=120$ ,  $p=.003$ ,  $g$  de Hedge=  $-1.130$ .

El resultado de la correlación entre las experiencias traumáticas vitales y la gravedad clínica del Trastorno límite de la personalidad mostró un grado de asociación moderado, con un valor de  $\rho_{(49)}=.426$ ,  $p=.002$  como se muestra en la Figura 1. Teniendo que a mayores experiencias traumáticas vitales mayor gravedad clínica del TLP.

**Figura 1.**

*Diagrama de dispersión entre las experiencias traumáticas vitales y la gravedad clínica del TLP.*

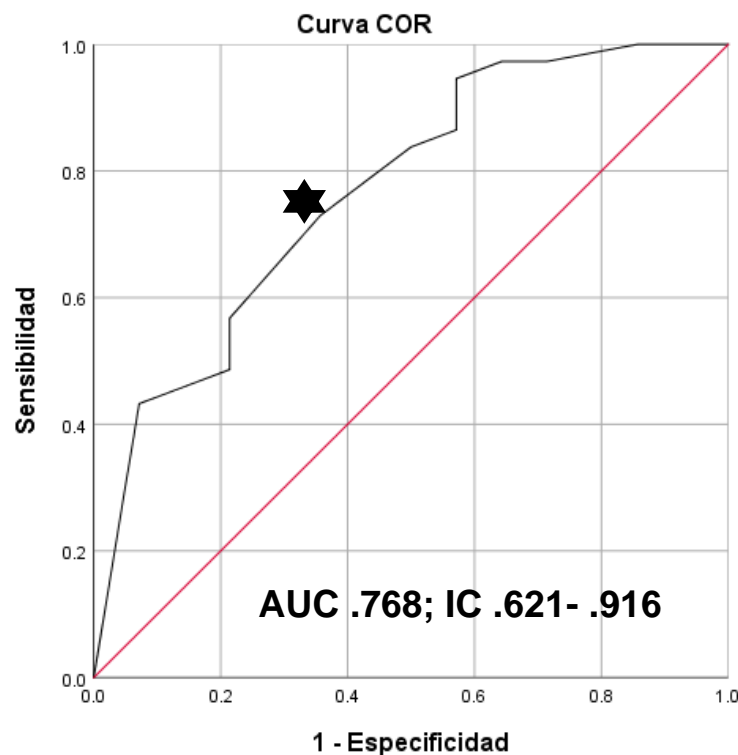


Al realizar el análisis de la curva ROC, se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de  $.768$  con unos IC el 95% de  $.621$  a  $.916$  ( $p=.003$ ), sin atravesar el punto de nulidad ( $0.5$ ) como se muestra en la Figura 2. Analizando mediante el Índice de Youden, se identificó el punto de corte con una

máxima diferencia entre los verdaderos positivos y los falsos positivos de 14 puntos en la escala TQ, el valor del punto de corte se encuentra entre las coordenadas de Sensibilidad del 75% y especificidad del 60% aproximadamente.

### Figura 2.

*Gráfico de curva ROC de las experiencias traumáticas vitales como predictora de la severidad del TLP.*



Nota: Severidad grave a muy grave del TLP de acuerdo a una puntuación mayor o igual de 49 puntos en la escala BSL-23. Experiencias traumáticas vitales de acuerdo a la escala TQ.

Corroborando lo antes mencionado, la prevalencia de una severidad grave a muy grave en la población estudiada fue del 72.5%. La sensibilidad de la puntuación en la escala TQ con un punto de corte de 14 es de .784, que significa que el 78.4% de los individuos con una severidad grave a muy grave tendrán una prueba positiva. La especificidad de la puntuación en la escala

TQ con un punto de corte de 14 es de .571, que significa que el 57.1% de los individuos con una severidad leve tendrán una prueba negativa. Se obtuvieron 8 sujetos falsos negativos (42.8%) y 6 falsos positivos (21.6%).

La probabilidad de presentar una severidad de grave a muy grave del TLP para una RVP de 1.83 con puntuaciones en la escala TQ mayores o iguales a 14 es del 83% en una población con prevalencia de dicha severidad del 72.5%, así mismo la probabilidad de presentar una severidad de grave a muy grave del TLP para una RVN de 0.38 con puntuaciones en la escala TQ inferiores a 14 es del 50% en una población con prevalencia de dicha severidad del 72.5%.

## **DISCUSIÓN**

Existe evidencia robusta acerca de la asociación que tiene la exposición al trauma y el estrés elevado como un factor de riesgo para desarrollar TLP, y que funge como un moderados de los síntomas a largo plazo (14,15) Teniendo que aproximadamente un 30 a 90% de las personas con TLP presentan antecedentes de algún evento traumático o altamente estresante. El presente estudio mostró que el número de experiencias traumáticas vitales se asocia de manera moderada con la severidad clínica del TLP.

En nuestro estudio encontramos que el total de los sujetos presentó al menos una experiencia traumática vital. Es de nuestro conocimiento que la exposición a eventos traumáticos es común, diversos estudios epidemiológicos han estimado que entre el 81% al 90% de la población en general ha experimentado al menos uno de estos (16). Cabe destacar que es esperado que, en nuestra población de estudio, la prevalencia sea mayor debido a ser un hospital de tercer nivel de atención en psiquiatría.

El TLP abarca un amplio espectro de características clínicas, así como de severidad, lo que condiciona una dificultad para su tratamiento adecuado. En nuestro estudio un gran porcentaje de la muestra presentó una severidad clínica del TLP de grave a muy grave (72%)



debido a que se realizó en una unidad de tercer nivel de atención en psiquiatría. Algunos investigadores (17) han concluido que es necesario otorgar tratamiento específico de acuerdo a sus características clínicas y a su severidad, debido a que aparentemente la eficacia de los mismo podría variar por estos motivos. Sin embargo, existe una dificultad para evaluar dicha gravedad; por un lado, algunos investigadores han categorizado la gravedad dependiendo el tipo de síntomas como autolesiones o ideación suicida (18) y algunos otros por grado de funcionalidad (5). En nuestro estudio se utilizó la escala BSL-23, que identifica sobre todo la reactividad emocional asociada a la aparición de conductas autolesivas, y cuyos ítems tratan de resumir aquellos síntomas predominantes en el TLP (19).

La edad mediana de la muestra fue de 25 años, logramos identificar una diferencia en cuanto al estado civil entre la severidad del TLP. Los sujetos con una mayor gravedad de los síntomas de TLP fueron en su mayoría solteros, lo que puede hacernos pensar del grado de funcionalidad en sujetos con una mayor gravedad de sus síntomas. La mayoría presentó conducta autolesiva, esto está en consonancia a otros estudios en donde han identificado que en adultos jóvenes con TLP grave tenían un comportamiento más grave, entendido como conducta autolesiva o conducta suicida (20).

La respuesta biológica al estrés, aparentemente mediada por la exposición a experiencias traumáticas, puede condicionar una desregulación de la respuesta hacia el mismo, lo que se ha asociado con una respuesta conductual inapropiada clínicamente que se expresa como impulsividad, desregulación emocional, alteraciones sensoperceptuales y síntomas disociativos que son características centrales dentro del espectro sintomático del TLP (21,22), particularmente estos síntomas son expresados en el contexto de la exposición a un trauma en la infancia (23). Como sabemos, la infancia es un periodo sensible en el neurodesarrollo, en donde se llevan a cabo diversos procesos de maduración como una rápida mielinización y la poda sináptica (24).

Se han hipotetizado diversos mecanismos fisiopatológicos de los síntomas del TLP relacionados al estrés. Algunos de ellos han sugerido que existe una interacción epigenética a lo largo del neurodesarrollo (25), teniendo en cuenta que la exposición a una experiencia traumática genera un “impacto” que funciona como un factor de vulnerabilidad que desencadena una alta reactividad al estrés, ya que, la forma en la que el cerebro responde ante las amenazas se basa en la evaluación del entorno actual, las experiencias previas y nuestro genotipo (26). Existe evidencia que demuestra que el estrés crónico genera una alteración estructural cortical en zonas relacionadas a la respuesta al estrés, con un incremento del volumen de la amígdala y una disminución del hipocampo, así como una baja sensibilidad de los receptores de esteroides en el cerebro, lo que genera una alteración en la percepción del estrés, del procesamiento de las emociones y su misma regulación mediante un circuito de retroalimentación negativa (27).

### **Debilidades y limitaciones**

Este estudio presenta diversas limitaciones. En primer lugar, se debe reconocer el carácter retrospectivo del estudio, lo que hace que nuestra capacidad para interpretar la relación entre las experiencias traumáticas vitales y la severidad del TLP sea asociativa en lugar de tener una causa y efecto. En segundo lugar, debido a que el estudio se realizó en una unidad de hospitalización en psiquiatría, la mayor parte de los sujetos de estudio presentaban una comorbilidad psiquiátrica que ameritó su hospitalización a lo que se puede ver afectada la interpretación de las puntuaciones en severidad clínica del TLP. En tercer lugar, la mayoría de los sujetos presentaron un nivel educativo de bachillerato, contaban con empleo y no contaban con hijos, lo que no representa a la población actual de nuestra sociedad. Por lo anterior, la generalización del estudio podría verse reducida.

## **Fortalezas**

En nuestro estudio se utilizó la escala BSL-23 para determinar la gravedad clínica de los sujetos con TLP, dicha escala se enfoca en identificar los principales síntomas del TLP, así como, sus conductas disfuncionales. Así mismo, se realizó un análisis para determinar el mejor punto de corte de la escala TQ que predecía una gravedad importante de TLP en nuestra población, lo cual no se ha realizado en nuestro medio. Por otro lado, la unidad en donde se realizó el estudio es un referente nacional para el tratamiento hospitalario de trastornos mentales graves, teniendo una plantilla de personal altamente preparada, lo que fortalece la validez interna de los resultados obtenidos.

## **Perspectivas a futuro**

Esta investigación abre la posibilidad de realizar estudios prospectivos y con diversas mediciones a lo largo de la hospitalización de sujetos con TLP. Dada la facilidad de la evaluación de las experiencias traumáticas vitales mediante la escala TQ, se podrían realizar un cribado a todos los sujetos que acudan a alguna unidad de atención en salud mental, para detectar oportunamente aquellos casos graves. Lo anterior también podría ayudarnos a realizar índices clínicos para determinar la respuesta a los tratamientos y por lo tanto mejorar su seguimiento.

## **CONCLUSIONES**

Las experiencias traumáticas vitales se correlacionan de manera moderada con la gravedad clínica del TLP. A mayor número de experiencias traumáticas vitales, existe una mayor gravedad clínica del TLP.

## **REFERENCIAS**

1. Hyland P, Shevlin M, Brewin CR, Cloitre M, Downes AJ, Jumble S, et al. Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 2017 Sep;136(3):313–22.

2. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. DSM-IV personality disorders in Mexico: Results from a general population survey. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008 Sep;30(3):227–34.
3. Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. 3rd ed. Skodol A, Oldham J, editors. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. American Psychiatric Association Publishing ; 2019.
4. Organización Mundial de la Salud. Capítulo V: Trastornos Mentales y del Comportamiento [Internet]. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. 89–108 p. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf)
5. APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, editor. *Arlingt Am Psychiatr.* Fifth. 2013;947.
6. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2021 Dec 6;8(1).
7. Thomas N, Gurvich C, Kulkarni J. Borderline personality disorder, trauma, and the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019 Sep;15:2601–12.
8. Sachser C, Keller F, Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2017 Feb;58(2):160–8.
9. Liddell BJ, Nickerson A, Felmingham KL, Malhi GS, Cheung J, Den M, et al. Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptom Profiles in Traumatized Refugees. *J Trauma Stress.* 2019 Dec 24;32(6):822–32.

10. Giourou E, Skokou M, Andrew SP, Alexopoulou K, Gourzis P, Jelastopulu E. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World J Psychiatry*. 2018 Mar 22;8(1):12–9.
11. Savege Schraff J, Schraff DE. *Terapia de relaciones objetales para el tratamiento del abuso sexual*. 1st ed. Paidós; 2009. 333 p.
12. Villafañe A, Milanesio MS, Marcellino CM, Amodei C. La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Rev Evaluar*. 2003 Jun 1;3(1).
13. Frías Á, Palma C. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A review. *Psychopathology*. 2015;48(1):1–10.
14. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, et al. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Pers Disord [Internet]*. 2004 Apr;18(2):193–211. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
15. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry [Internet]*. 2006 May;163(5):827–32. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2006.163.5.827>
16. Frans O, Rimmö PA, Åber L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand [Internet]*. 2005 Apr;111(4):291–290. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>
17. Sahin Z, Vinnars B, Gorman BS, Wilczek A, Åsberg M, Barber JP. Clinical severity as a moderator of outcome in psychodynamic and dialectical behavior therapies for borderline

personality disorder. *Personal Disord Theory, Res Treat* [Internet]. 2018 Sep;9(5):437–46. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/per0000276>

18. Linehan MM. Development, evaluation, and dissemination of effective psychosocial treatments: Levels of disorder, stages of care, and stages of treatment research. In: *Drug abuse: Origins & interventions* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2004. p. 367–94. Available from: <http://content.apa.org/books/10341-015>
19. Kleindienst N, Jungkunz M, Bohus M. A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* [Internet]. 2020 Dec 1;7(1):11. Available from: <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-020-00126-6>
20. Lu WH, Wang PW, Ko CH, Hsiao RC, Liu TL, Yen CF. Differences in mental health among young adults with borderline personality symptoms of various severities. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2018 Apr;117(4):332–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929664617303558>
21. Bourvis N, Aouidad A, Cabelguen C, Cohen D, Xavier J. How do stress exposure and stress regulation relate to borderline personality disorder? *Front Psychol* [Internet]. 2017 Nov 30;8(NOV). Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.02054/full>
22. Barnow S, Limberg A, Stopsack M, Spitzer C, Grabe HJ, Freyberger HJ, et al. Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychol Med* [Internet]. 2012 Apr 9;42(4):783–94. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291711001917/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291711001917/type/journal_article)
23. Mosquera D, Steele K. Complex trauma, dissociation and Borderline Personality Disorder:

Working with integration failures. *Eur J Trauma Dissociation* [Internet]. 2017 Jan;1(1):63–71. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468749917300145>

24. Ismail FY, Fatemi A, Johnston M V. Cerebral plasticity: Windows of opportunity in the developing brain. *Eur J Paediatr Neurol* [Internet]. 2017 Jan;21(1):23–48. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1090379816300964>
25. Heim C, Binder EB. Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Exp Neurol* [Internet]. 2012 Jan;233(1):102–11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014488611004043>
26. Peters A, McEwen BS, Friston K. Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Prog Neurobiol* [Internet]. 2017 Sep;156:164–88. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301008217300369>
27. McEwen BS, Nasca C, Gray JD. Stress Effects on Neuronal Structure: Hippocampus, Amygdala, and Prefrontal Cortex. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2016 Jan 16;41(1):3–23. Available from: <http://www.nature.com/articles/npp2015171>

## ANEXOS

### Anexo 1. BSL-23.

|  |
|--|
| <b>Borderline Symptom List 23 (BSL-23)</b> |
|--|

Code: \_\_\_\_\_

Date: [ ] [ ] . [ ] [ ] . | 2 | 0 [ ] [ ]

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad. **Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas. Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.**

| Durante la última semana... |  | Nunca | Algo | Bastante | Mucho | Muchísimo |
|-----------------------------|--|-------|------|----------|-------|-----------|
| 1                           | Me resultaba difícil concentrarme  | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 2                           | Me sentí indefenso   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 3                           | Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad     | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 4                           | Senti asco   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 5                           | Pensé en hacerme daño  | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 6                           | Desconfié de los demás   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 7                           | No creía que tuviera derecho a vivir                                     | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 8                           | Me sentía solo   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 9                           | Sentí una tensión interna estresante                                     | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 10                          | Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza                | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 11                          | Me odié a mí mismo   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 12                          | Quise castigarme   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 13                          | Sufri de vergüenza   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 14                          | Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 15                          | Sufri al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 16                          | Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí                          | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 17                          | Me sentí vulnerable  | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 18                          | La idea de morir me causó una cierta fascinación                         | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 19                          | Nada parecía tener sentido para mí                                       | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 20                          | Tuve miedo de perder el control  | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 21                          | Me di asco a mí mismo  | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 22                          | Tuve la sensación de salir de mí mismo                                   | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |
| 23                          | Sentí que no valía nada  | 0     | 1    | 2        | 3     | 4         |



Ahora nos interesaría conocer además la calidad de su estado **general** a lo largo de la última semana. 0 % significa **absolutamente hundido**, 100% significa **excelente**. Por favor, señale el porcentaje que más se aproxime a su situación.

|  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 0%   | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| (absolutamente hundido) ←————→ (excelente) |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |

**BSL - Supplement: Items for Assessing Behavior**

| Durante la última semana... |  | Nada | una vez | 2- 3 veces | 4-6 veces | Diariamente o más a menudo |
|-----------------------------|--|------|---------|------------|-----------|----------------------------|
| 1                           | Me hice daño cortándome, quemándome, estrangulándome, dándome golpes con la cabeza, etc.   | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 2                           | Dije a otras personas que iba a matarme  | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 3                           | Intenté suicidarme   | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 4                           | Tuve atracones de comida   | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 5                           | Me provoqué el vómito  | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 6                           | Realicé deliberadamente conductas arriesgadas como conducir demasiado rápido o en dirección contraria, hacer equilibrios y juegos en lugares altos, en las vías de tren o con trenes en marcha, etc. | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 7                           | Me emborraché  | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 8                           | Tomé drogas  | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 9                           | Tomé medicación que no se me había recetado o si se me había prescrito, tomé más de la dosis recetada.   | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 10                          | Tuve brotes de ira incontrolada o atacé físicamente a otras personas   | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |
| 11                          | Tuve relaciones sexuales que no pude controlar, de las cuales más tarde me sentí avergonzado/a o enfadado/a.   | 0    | 1       | 2          | 3         | 4                          |

**Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas.**

**¡LE AGRADECEMOS MUCHO SU PARTICIPACIÓN!  
POR FAVOR, DEVUELVA EL CUESTIONARIO A SU TERAPEUTA.**

## Anexo 2. Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrían ser sucesos que representarían una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico; amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo; la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad; ver otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo «no». Si los ha experimentado rodee con un círculo «sí», e indique qué edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró e acontecimiento (p. ej., 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas o 4 años).

| <i>Acontecimiento</i>  | <i>Edad<br/>(cuando ocurrió<br/>el suceso)</i> | <i>Duración<br/>(anote la unidad<br/>de tiempo empleada:<br/>minutos, horas, etc.)</i> |
|--|--|--|
| 1. Accidente de coche, tren o avión                                    | NO   | SÍ   |
| 2. Accidente industrial o de trabajo                                   | NO   | SÍ   |
| 3. Pérdida del hogar por incendio                                      | NO   | SÍ   |
| 4. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones         | NO   | SÍ   |
| 5. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán | NO   | SÍ   |
| 6. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto            | NO   | SÍ   |
| 7. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo      | NO   | SÍ   |
| 8. Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo        | NO   | SÍ   |
| 9. Estar próximo a ahogarse  | NO   | SÍ   |
| 10. Abuso físico   | NO   | SÍ   |
| 11. Sufrir graves quemaduras   | NO   | SÍ   |
| 12. Ser tomado como rehén  | NO   | SÍ   |
| 13. Combate  | NO   | SÍ   |
| 14. Agresión   | NO   | SÍ   |
| 15. Violación  | NO   | SÍ   |
| 16. Incesto  | NO   | SÍ   |
| 17. Secuestro  | NO   | SÍ   |
| 18. Otra situación (especificar):                                      | NO   | SÍ   |

*Nota:* si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación. Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que le resulte más desagradable recordar ahora.

ACONTECIMIENTO: \_\_\_\_\_

|   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Estaba preparado para el suceso?  | NO | SÍ |
| 2. El acontecimiento, ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye la/s palabra/s apropiada/s | NO | SÍ |
| 3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?  | NO | SÍ |
| 4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?  | NO | SÍ |
| 5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?   | NO | SÍ |
| 6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?   | NO | SÍ |
| 7. ¿Se ha sentido «diferente» de otras personas debido al acontecimiento?   | NO | SÍ |
| 8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?  | NO | SÍ |
| 9. En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?  | NO | SÍ |

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presenta síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos *en cualquier momento después del suceso*.

|  |       |
|--|-------|
| 1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema  | NO SÍ |
| 2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación   | NO SÍ |
| 3. Estar nervioso o fácilmente asustado  | NO SÍ |
| 4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia  | NO SÍ |
| 5. Dificultad para dormir  | NO SÍ |
| 6. Problemas de concentración  | NO SÍ |
| 7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño   | NO SÍ |
| 8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted   | NO SÍ |
| 9. Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento   | NO SÍ |
| 10. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso  | NO SÍ |
| 11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso   | NO SÍ |
| 12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso  | NO SÍ |
| 13. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor  | NO SÍ |
| 14. No poder recordar una parte importante del suceso  | NO SÍ |
| 15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso   | NO SÍ |
| 16. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso                                     | NO SÍ |
| 17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos | NO SÍ |
| 18. Sentirse distanciado o alejado de la gente   | NO SÍ |
| ¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?  | NO SÍ |
| ¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?  | NO SÍ |

### Anexo 3. Consentimiento informado.

|  |   |
|--|---|
|           | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</p> <p>Y POLÍTICAS DE SALUD</p> <p>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b><br/>(ADULTOS-FAMILIAR)</p>  |
| <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p> |   |
| Nombre del estudio:  | <b>Prevalencia de experiencias traumáticas vitales en pacientes hospitalizados y de admisión continua con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad</b>  |
| Patrocinador externo (si aplica):  | No aplica   |
| Lugar y fecha:   | CDMX, CDMX, a _____ de 2021.  |
| Número de registro:  |   |
| Justificación y objetivo del estudio:  | Las personas con diagnóstico de trastorno de personalidad límite tienen antecedentes de experiencias traumáticas a lo largo de su vida. El objetivo de este estudio es conocer si estos eventos traumáticos se relacionan con problemas emocionales, y de interacción con otras personas.   |
| Procedimientos:  | Estoy enterado que se me realizará la obtención de mis datos. Mi participación consistirá en contestar de manera voluntaria, clara, honesta y sin presión alguna los cuestionarios para determinar el trastorno límite de la personalidad, así como la presencia de posibles síntomas de estrés derivados de eventos traumáticos que haya vivido, y en caso de revivirlos se me brindará atención psicológica en ese momento, así como la decisión de continuar dicho estudio. El investigador se compromete a mantener la confidencialidad de mis datos personales. No recibiré compensación económica alguna al participar en el estudio, tampoco tendré que hacer gasto alguno. El tiempo de responder los cuestionarios es de aproximadamente 35- 40 minutos. |
| Posibles riesgos y molestias:  | El responsable del trabajo me ha explicado que la presente investigación se considera con riesgo mínimo, debido a revivir el trauma y en caso de suscitar alguna incomodidad o malestar tras realizar los cuestionarios contaré con atención psicológica. Además de la cancelación de mi participación en el estudio.   |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:                              | El beneficio que usted pueden obtener de esta investigación es una mejor y más amplia valoración de su diagnóstico debido a que éste se determinará a través de cuestionario autorizados para la detección de las experiencias traumáticas vitales con el trastorno límite de personalidad y en caso de que usted cumpla criterios se le ofrecerá la atención y el tratamiento en el Hospital de Psiquiatría Héctor H Tovar Acosta  |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:                                | Mi participación es voluntaria y se me dijo que puedo abandonar libremente este estudio si así conviene a mis intereses, sin que esto afecte en mi atención médica y trato durante, así como posterior a mi decisión.   |
| Participación o retiro:  | Es de mi conocimiento que seré libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como derecho-habiente recibo en esta institución no se verá afectada  |
| Privacidad y confidencialidad:   | El investigador me ha asegurado, que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.   |
| En caso de colección de material biológico (si aplica):                                    | <input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra.<br><input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.<br><input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.  |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):                      | No aplica   |
| Beneficios al término del estudio:   |   |

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Carlos Hernández Vega. Matrícula 98374631. Médico no familiar adscrito al servicio de psiquiatría Hospital de Psiquiatría Héctor H Tovar Acosta Teléfono 55 55 03 3943 Correo: [chv2203@hotmail.com](mailto:chv2203@hotmail.com)

Colaboradores:

Dr. Víctor Adrián Islas Perezjera Matrícula: 98378472 Médico no familiar. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 22 Teléfono: 55 54 19 29 21 Email: [dvatalasp@gmail.com](mailto:dvatalasp@gmail.com)

Dra. Abigail Gallardo Martínez Matrícula: 97372630 Residente en la Especialidad de Psiquiatría Sede: Centro Médico Nacional Siglo XXI Sub-sede: Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta Teléfono: 222 238 0508. Email: [abga02@hotmail.com](mailto:abga02@hotmail.com)

Mtra. Eréndira Orozco Zagal Matrícula: 98375009 Psicóloga adscrita en el Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta Teléfono trabajo: 55 28 58 12 43 Correo: [tana\\_r@hotmail.com](mailto:tana_r@hotmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

ABIGAIL GALLARDO MARTINEZ

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**