



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación 37 Sur del Distrito Federal
UMAE Hospital de especialidades CMN Siglo XXI.
“Dr. Bernardo Sepúlveda”**

TITULO

Perfil del uso de sustancias en mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad hospitalizadas en el Hospital de Psiquiatría “San Fernando”.

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

PRESENTA

Dr. Carlos Raymundo Jiménez Serrano

TUTOR PRICIPAL

Dr. VICTOR ADRIAN ISLAS PEREZYERA

CDMX

Febrero,2026



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.

DEDICATORIA

A mi madre quien siempre ha sido un faro en mi camino.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

1. DATOS DEL ALUMNO	
APELLIDO PATERNO	JIMENEZ
APELLIDO MATERNO	SERRANO
NOMBRE	CARLOS RAYMUNDO
TELEFONO	5542384618
UNIVERSIDAD	Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD O ESCUELA	Facultad de Medicina
ESPECIALIDAD	Psiquiatría
N° DE CUENTA	313348657
CORREO ELECTRONICO	jimenezraymundo0608@gmail.com
2. DATOS DEL TUTOR	
	DR. VICTOR ADRIAN ISLAS PEREZYERA Especialista en psiquiatría Médico adscrito del hospital de psiquiatría "San Fernando" Teléfono:55 54 19 29 20. Correo electrónico: victorislapsiquiatra@gmail.com
3. DATOS DE LA TESIS	
TITULO	Perfil del uso de sustancias en mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad hospitalizadas en el Hospital de Psiquiatría "San Fernando".
N° DE PÁGINAS	80 páginas
AÑO	2026
NUMERO DE REGISTRO	R-2025-3601-230

ÍNDICE

1. RESUMEN	0
2. MARCO TEÓRICO	1
2.1 INTRODUCCIÓN	1
2.1.1 Personalidad y trastornos de la personalidad	1
2.1.2 Trastorno límite de la personalidad (TLP)	2
2.1.3 Neurobiología del TLP	3
2.1.4 Epidemiología del TLP	3
2.1.5 Factores de Riesgo y Etiología del TLP	4
2.1.6 Criterios diagnósticos para el TLP	5
2.1.7 Tratamiento del TLP	8
2.1.8 Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)	9
2.1.9 Epidemiología del TUS	10
2.1.10 Neurobiología de los Trastornos por Uso de Sustancias	11
2.1.11 Factores de Riesgo del consumo de sustancias	12
2.1.12 Cuadro clínico y criterios diagnósticos del TUS	12
2.1.13 Detección de TUS	14
2.1.14 Tratamiento para el TUS	14
3. ANTECEDENTES	16
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
6. JUSTIFICACIÓN	18
7. OBJETIVOS	19
7.1 OBJETIVO GENERAL	19
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
8. HIPÓTESIS	20
9. MATERIAL Y MÉTODOS	21
9.1 Criterios de selección	21
9.2 Tamaño de muestra y análisis estadístico	21
9.3 Descripción general del estudio	23
9.3.1 Diseño y tipo de estudio	23
9.3.2 Procedimientos	23

9.3.3	Procesamiento de datos.....	24
9.3.4	Aspectos estadísticos.....	24
9.3.5	Descripción de Escalas	25
9.3.6	Definición de Variables.....	26
10.	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	29
10.1	Información al paciente y consentimiento informado	30
10.2	Evaluación de riesgo beneficio	30
10.3	Confidencialidad de los datos	31
11.	ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD	31
12.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	32
13.	RESULTADOS	32
14.	DISCUSIÓN	51
15.	CONCLUSIONES	58
16.	REFERENCIAS	59
17.	ANEXOS	66

1. RESUMEN

Título: Perfil del uso de sustancias en mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad hospitalizadas en el Hospital de Psiquiatría “San Fernando”. **Introducción:** El Trastorno Límite de Personalidad representa una entidad clínica compleja. La presentación del TLP se caracteriza centralmente por inestabilidad emocional, impulsividad y alta frecuencia comportamientos autodestructivos. La comorbilidad con el uso de sustancias exacerba los síntomas propios del TLP, ensombrece el curso del trastorno y complica el tratamiento. Se ha propuesto que el consumo de sustancias se constituye como una forma de afrontar las emociones irregulares y desbordantes. Pese a ello, en México, la magnitud y características de este fenómeno no han sido ampliamente investigadas en población de mujeres con contextos clínicos específicos. Estudios previos han evidenciado una alta comorbilidad entre el TLP y los trastornos por uso de sustancias (TUS); por ejemplo, se ha reportado que el 63.08% de las personas con TLP presentan TUS por alcohol, el 30.98% por cannabis, el 16.73% por cocaína y el 13.23% por opiáceos [1]. Estos datos resaltan la necesidad de realizar investigaciones locales que permitan definir el perfil de uso de sustancias, para desarrollar estrategias de intervención contextualizadas.

Objetivo: Determinar el perfil del uso de sustancias en mujeres adultas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, evaluadas con la escala ASSIST, en el hospital regional de psiquiatría “San Fernando”. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal. En mujeres de 18 a 64 años diagnosticadas con TLP hospitalizadas en el Hospital de Psiquiatría “San Fernando”. La muestra calculada es de 91 pacientes, se aplicó la escala ASSIST. Se llevo a cabo análisis descriptivo en el que se generaron estadísticas descriptivas con software especializado; medidas de frecuencia, porcentaje y asociación. **Análisis estadístico:** Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se clasificó a las participantes según los niveles de riesgo derivados de la escala ASSIST (bajo, moderado y alto) para cada sustancia. Adicionalmente, se emplearon pruebas de correlación de Spearman y pruebas exactas de Fisher-Freeman-Halton para identificar asociaciones significativas entre el uso de sustancias y variables sociodemográficas, clínicas y funcionalidad familiar. **Resultados:** El estudio evidenció una alta prevalencia de consumo de sustancias a lo largo de la vida en mujeres con TLP, destacando el alcohol, tabaco y cannabis. Más de la mitad presentó

riesgo moderado o alto para al menos una sustancia. Además, se identificaron asociaciones significativas entre el consumo de tranquilizantes y la disfunción familiar. Estos resultados delinean un perfil de consumo complejo que requiere intervenciones integrales. **Conclusión:** Las mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad hospitalizadas presentan un perfil de consumo marcado por una alta prevalencia de uso de sustancias, particularmente alcohol y tabaco, lo que refuerza la necesidad de un abordaje clínico integral para esta población.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTRODUCCIÓN

2.1.1 Personalidad y trastornos de la personalidad

Ciertamente, al hacer referencia sobre la personalidad de un individuo se entiende que se habla acerca de las particularidades que resalta una diferencia hacia los demás, es decir contempla las diferencias individuales son la base de la personalidad, es por ello que, algunas teorías prestan vital importancia a los tipos y rasgos de las personas para poder categorizar y/o comparar aspectos de la misma [2].

En este entendido, la personalidad es una construcción psicológica que hace alusión al conjunto dinámico de características psíquicas de una persona. En otras palabras, es lo que hace que los sujetos actúen de una manera en particular ante una determinada circunstancia. En mención a lo anterior, los esquemas particulares de historia, valores, creencias, pautas familiares y/o culturales, así como, sentimientos y pensamientos sustentan la reacción de cada individuo [3].

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), se define al trastorno de personalidad (TDP) como un patrón perdurable de experiencia interna, comportamiento inflexible y dominante que permanece al pasar del tiempo; bien puede tener su inicio en la adolescencia o aparecer en la adultez temprana. Se trata de alteraciones severas de la personalidad que no necesariamente son consecuencia directa de alguna otra enfermedad psiquiátrica, daño o alteración neuropsiquiátrica. Dicho patrón se presenta en dos o más de los siguientes ámbitos: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos [4].

La clasificación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5 responden a la distinción cualitativa de síndromes clínicos constituidos por conjuntos de rasgos de

personalidad; las características generales de un TDP se categorizan partiendo de los siguientes criterios [4]:

- Criterio A: se trata de un patrón duradero de experiencia interna y del comportamiento desviado de las expectativas de la cultura del individuo. Se ve manifestado en dos o más de las siguientes áreas:
 1. Cognición
 2. Afectividad
 3. Funcionamiento Interpersonal
 4. Control de impulsos
- Criterio B: el patrón duradero se convierte en inflexible en varias, sino es que todas, las áreas personales y sociales.
- Criterio C: el patrón duradero lleva a una indisposición clínica importante o a un deterioro social, laboral u otras áreas del funcionamiento.
- Criterio D: El patrón es estable y de larga duración teniendo su inicio al menos en la adolescencia o adultez temprana.
- Criterio E: El patrón persistente no se explica mejor como manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- Criterio F: el patrón duradero no se le atribuye a ningún efecto fisiológico de una sustancia u otra afección médica.

2.1.2 Trastorno límite de la personalidad (TLP)

El trastorno Límite de Personalidad (TLP), es un trastorno de la personalidad del grupo B; dicha patología psiquiátrica en su mayoría se ha descrito como grave. Desde la perspectiva psicodinámica de Kernberg, este trastorno engloba una psicopatología específica y crónica en la cual el individuo tiene una ausencia de psicosis presentando un concepto difuso de sí mismo e inestabilidad emocional, reflejándose así en relaciones interpersonales inestables; es decir, tienen una alta dificultad para presentar relaciones de manera significativa [4][5].

El TLP es considerado por muchos como el trastorno que más impacto negativo trae al individuo, esto, debido a que muchas de las personas que lo padecen han presentado conductas autodestructivas como abuso de drogas, autolesión, tendencias suicidas y promiscuidad [6].

Algunas de las características Borderline más representativas son tales como: pérdida de la capacidad de autodefinición y compromiso con los valores, objetivos o relaciones, además de una dolorosa sensación de incoherencia, sentimientos crónicos de vacío,

impulsividad, ideas paranoides transitorias en relación con estrés o síntomas disociativos graves y esfuerzos desenfrenados por impedir un abandono real o imaginario [7][4].

Referente a la neurocognición, las personas con TLP muestran diversos déficits en algunas áreas clave como lo son: la toma de decisiones, la memoria y el funcionamiento ejecutivo. Dichos déficits, tienen un impacto moderado en el funcionamiento del día a día de los sujetos teniendo una persistencia relacionada a la dificultad para planificar y realizar acciones que sean buenas a largo plazo, en lugar de respuestas impulsivas a las emociones inmediatas [8].

2.1.3 Neurobiología del TLP

Hasta el día de hoy aún no existe un modelo lo suficientemente claro para poder explicar las alteraciones sufridas en el cerebro de los pacientes con TLP, pese a ello, una de las hipótesis que destacan dentro de la comunidad científica, propone que dicho trastorno se origina a partir de un desequilibrio en el sistema límbico. Bajo esta hipótesis, se observó una hiperactividad durante el proceso emocional del hipocampo y la amígdala, logrando así, dar los primeros indicios para explicar la intensa reactividad emocional de los individuos con TLP. No obstante, también hubo resultados contradictorios, no encontrando una relación clara entre los síntomas clínicos del TLP y la actividad de las áreas antes mencionadas [8].

Por otro lado, algunos otros estudios han basado su investigación en los niveles anormales de cortisol encontrados en pacientes con TLP, lo que sugiere una alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), sin embargo, nuevamente no se han encontrado evidencias significativas de dicha relación indicando que cierta condición se relaciona más con el trauma en la infancia que con el TLP por sí solo [8].

De igual manera, la oxitocina es una hormona también implicada dentro de la investigación sobre el origen del TLP debido a que en algunas pacientes femeninas se han encontrado niveles bajos de dicha hormona, lo que pudiera explicar la dificultad para mantener relaciones interpersonales estables. Asimismo, de nuevo existen resultados poco claros dentro de esta hipótesis, puesto que al administrar oxitocina exógena se genera contradicción en dicha propuesta [8].

2.1.4 Epidemiología del TLP

La prevalencia del TLP solo hasta el año 2021 se situó alrededor de un 2% [9]; en la actualidad, ya se estima una prevalencia de entre 0.7 al 2.7 % [8]. Lo anterior se consideran cifras importantes, debido que, por sí solos los trastornos de personalidad afectan al menos

a un 13% del total de la población en general, a su vez, los familiares de pacientes con TLP tienen mayor riesgo de padecer este trastorno de hasta cinco veces superior [9].

En entornos psiquiátricos dichas tasas van al alza alcanzando hasta el 12 % de pacientes ambulatorios y al menos el 22% de hospitalizados; reflejando así la demanda elevada de servicios de salud mental representada por sujetos con TLP [8]. La prevalencia de pacientes se duplica en la juventud, aproximadamente de los 16 a los 22 años, pasando del 1.4% al 3.2% de la población general [10].

Tratándose del sexo femenino dicha prevalencia aumenta aproximadamente en una proporción 3:1 tanto en muestras clínicas como de investigación; del mismo modo, mientras que los varones presentan mayor prevalencia a consumo de sustancias tóxicas y sintomatología externalizante las mujeres expresan mayor inclinación hacia trastornos de la conducta alimentaria y síntomas internalizantes [11][8].

Por otro lado, está comprobado que cerca de la mitad de pacientes que sufren algún trastorno mental también sufrirán de algún trastorno por consumo de drogas en algún momento de su vida [12]; del mismo modo, el riesgo de suicidio es mayormente más alto en personas con TLP relacionadas al consumo de sustancias, pues al menos el 75% de los pacientes registrados han intentado suicidarse al menos una vez, pronosticando así al menos un 5.9% de tasa de muerte por suicidio [8].

2.1.5 Factores de Riesgo y Etiología del TLP

Linehan[13] sugiere que el TLP es el resultado de diferentes interacciones entre diversos factores de riesgo particulares como lo son los biológicos y psicosociales, entre vulnerabilidades temperamentales de base biológica y traumáticas de la niñez.

Desde inicios de los 2000's algunos autores como Plomin y colaboradores [14] afirmaron que los genes explican al menos del 40 al 60% de la variabilidad en los rasgos de personalidad de un individuo. Dichos rasgos normales de personalidad pueden evolucionar hacia un TLP cuando el sujeto crece en un entorno traumático o con un apego disfuncional, sin embargo, tal relación tiene alta complejidad por lo que aún no ha sido establecida por completo [12]. Así mismo, se ha estimado que el porcentaje de heredabilidad del TLP ronda al menos el 46%, sugiriendo así, una sólida influencia genética. Del mismo modo, estudios han hallado que hay mayor riesgo de desarrollar dicho trastorno tratándose de familiares cercanos o gemelos [8].

La variación neuromorfológica resultó ser un factor de riesgo singular en pacientes con TLP, ya que se ha encontrado evidencia de cambios morfológicos en el área del hipocampo, amígdala, hipotálamo y corteza prefrontal en pacientes con dicho trastorno. Tras comparar resultados de algunos estudios se mostró un aumento de los niveles de oxigenación de la sangre en ambos lados de la amígdala de los pacientes con TLP junto con activación de la corteza prefrontal medial e inferolateral. Esta asociación, según Pérez [9] puede explicar la inestabilidad emocional en pacientes con TLP incluso con factores estresantes bajos y un aumento en la latencia para volver a la línea de base.

Otro factor de riesgo importante, es una alta prevalencia de trauma, por ejemplo, haber sufrido experiencias traumáticas de abuso y/o violencia durante la infancia puede predisponer un riesgo potencial a algunos trastornos mentales, aunado a la nula o escasa red de apoyo en el entorno familiar [12]; esto debido a que los factores familiares, de igual manera, representan un papel significativo y decisivo en la edad temprana teniendo un impacto fuerte en el comportamiento, toma de decisiones, sentimientos y emociones creando tanto un entorno protector como de riesgo en relación con el consumo de sustancias [15]. Las acciones de los padres y/o cuidadores relacionados con el maltrato afectan negativamente al apego del niño, nivel de seguridad, estrategias para afrontar el estrés y el desarrollo de la identidad. Esto, a la par, causa daños en la percepción de uno mismo, la del resto de personas y su relación [9].

2.1.6 Criterios diagnósticos para el TLP

Como ya se venía hablando anteriormente, en la práctica clínica el TLP es considerado uno de los trastornos más difíciles de intervenir sobre todo porque presenta una sintomatología grave y un complejo pronóstico, lo cual, se agudiza en pacientes que nunca han recibido una intervención oportuna y/o adecuada [16].

Comúnmente existen dos tipos de criterios para poder desarrollar el diagnóstico del TLP. El primero se fundamenta a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el segundo mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) [17].

La nueva edición del CIE-11 cuya versión preliminar se publicó en junio de 2018 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta importantes cambios basados en los principios de utilidad clínica y aplicabilidad global; dentro de los cuales destaca la incorporación de un enfoque dimensional respecto al diagnóstico y clasificación del

trastorno de personalidad [18]. Aquí se distinguen tres niveles que deben ser evaluados consecutiva, metódica y regularmente [19]:

Trastorno de Personalidad Leve	Trastorno de personalidad Moderada	Trastorno de personalidad grave
<p>Existen problemas notorios en muchas de las relaciones interpersonales y en la ejecución de los roles ocupacionales y sociales; sin embargo, se mantienen algunas relaciones y/o se llevan a cabo algunos roles.</p>	<p>Existen problemas específicos en la mayoría de las relaciones interpersonales y en la ejecución de roles ocupacionales y sociales a través de diversas situaciones, que son suficientemente extendidas como para comprometer a la mayoría en algún grado.</p> <p>El trastorno de personalidad moderada se asocia con una historia pasada y expectativa futura de daño a sí o a otros, pero no a un grado que cause daño duradero o coloque en riesgo la vida del individuo o la de terceros.</p>	<p>Hay muchos problemas severos en el funcionamiento interpersonal que afectan todas las áreas de la vida.</p> <p>La disfunción social general del individuo es profunda. Está ausente o gravemente comprometida la habilidad y/o la voluntad para llevar a cabo de modo generalizado roles ocupacionales y sociales.</p> <p>El trastorno severo de la personalidad habitualmente se asocia a una historia pasada y futura expectativa de daño importante hacia sí u otros que ha provocado daños duraderos o ha puesto en peligro la vida.</p>

Es imperativo mencionar que el TLP se encuentra dentro de una categoría diagnóstica heterogénea, no obstante, esto lleva a la posible existencia de varios subtipos del trastorno por lo que su diagnóstico sigue siendo fundamental para la planificación de un tratamiento adecuado y personalizado [8]. Es por ello que diversos estudios utilizan principalmente los criterios diagnósticos descritos por el DSM 5 gracias a su fácil y certera aplicación [20][17]; [16]. A continuación, se entablan dichos criterios, mismos que se ven manifestados por cinco o más de los siguientes postulados:

criterios diagnósticos según DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014)
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni automutilación del criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

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

Sin embargo, en la actualidad el DSM 5 propone, a su vez, un modelo alternativo para diagnosticar de manera general los TDP incluyendo el TLP todo esto desde una perspectiva dimensional dejando de lado el enfoque categórico tradicional antes descrito. Dicha alternativa se basa en la identificación de rasgos y funcionalidad general de la personalidad del individuo. Tal es el caso, que para poder diagnosticar el TLP se requiere presentar una disfunción moderada o mayormente moderada en dos o más de las siguientes áreas [8]:

- Identidad: los pacientes muestran una autoimagen inestable, lo cual, está directamente relacionado a una autocrítica excesiva y estados disociativos.
- Autodirección: cambian sus metas y objetivos drástica o constantemente reflejando una dirección inestable a lo largo de su vida.
- Empatía: presentan dificultades para percibir, entender y reconocer las necesidades y el sentir de los demás. Así mismo, dicho comportamiento se ve reflejado en una hipersensibilidad interpersonal, es decir, tienden a sentirse atacados y ofendidos con facilidad.
- Intimidad: las relaciones de las personas con TLP se rigen a través de la intensidad, inestabilidad, desconfianza y preocupación ansiosa por el abandono e idealización.

Aunado a esto, el modelo alternativo también requiere de la presencia de al menos cuatro rasgos patológicos de personalidad, mismos que se enumeran a continuación:

- 1) Labilidad emocional
- 2) Ansiedad
- 3) Inseguridad por separación
- 4) Depresividad

- 5) Impulsividad
- 6) Toma de riesgos
- 7) Hostilidad

2.1.7 Tratamiento del TLP

El tratamiento de pacientes con TLP se lleva a cabo mediante dos métodos que por lo regular actúan a la par, estos, son el terapéutico y el farmacológico, no obstante, la psicoterapia es la principal vía de tratamiento para este trastorno y existen varias modalidades que han reflejado buenos resultados en los pacientes; dentro de ellas, se encuentran la terapia dialéctica conductual (DBT), la terapia focalizada en la transferencia (TFP), la terapia basada en la mentalización (MBT) y la terapia de esquemas [8];[21].

- Terapia dialéctica conductual: la DBT fue propuesta por Marsha Linehan con el propósito de ofrecer una alternativa específica para la intervención de pacientes con TLP, tomando como base, la teoría biosocial en donde se observa al contexto de desarrollo y la predisponibilidad a una alta sensibilidad emocional de los sujetos [22][23]. Este tipo de terapia se focaliza en enseñar y preparar a los pacientes para poder regular sus emociones, en otras palabras, le muestra el camino a la aceptación de emociones dolorosas y ayuda a canalizarlas, redireccionarlas y al final cambiarlas. La terapia se da de manera individual agregando un entrenamiento grupal en habilidades y, si así lo requiere, acompañamiento de manera remota al presentar una crisis [8].
- Terapia focalizada en la transferencia (TFP): se trata de una terapia psicodinámica que tiene como objetivo desmenuzar y resolver los conflictos intra-psiquiátricos de los pacientes con TLP. En este sentido, a través de dicho método se pretende lograr que el paciente funcione dentro de un nivel neurótico de organización de la personalidad con una identidad integrada desarrollando percepciones coherentes y tridimensionales de sí mismo y de todo el que lo rodea [24].
- Terapia basada en la mentalización (MBT): esta terapia ha demostrado tener un importante efecto de mejoría tras su aplicación en pacientes con TLP; fue desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy e inicialmente se consideró como una terapia específica para tratar dicho trastorno. La MTB pretende estabilizar la capacidad de mentalización para que posteriormente funja como un amortiguador entre la relación afecto-comportamiento; es decir, una apropiada capacidad de

mentalización aumenta la posibilidad de regulación emocional, así como la reducción de impulsividad [25].

- Terapia de esquemas: esta terapia fue propuesta por Young y brinda un método alternativo a la terapia cognitivo-conductual tradicional. Se basa en la identificación y modificación de patrones, pensamientos y comportamientos disfuncionales, mismos que son distinguidos como esquemas; estos esquemas se presentan a lo largo de la infancia y adolescencia del individuo en respuesta a estímulos del lugar donde se desarrollan [26][27][28].

Por otro lado, dentro de la farmacoterapia se ha demostrado que los antipsicóticos atípicos, antidepressivos y antiepilépticos específicos muestran una importante mejoría en sujetos con TLP [29][30] siendo de apoyo, evidentemente, para tratar síntomas comórbidos como la ansiedad, episodios psicóticos y la depresión, sin embargo, aún no hay estudios suficientes que indiquen que algún fármaco de los antes mencionados sea capaz de tratar los principales síntomas del TLP [8].

2.1.8 Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)

Las consecuencias derivadas del consumo de sustancias tóxicas representan uno de los motivos más frecuentes de consulta de primera, segunda y tercera línea, considerándola, así como una de las patologías con mayor impacto en la salud mundial; tal es el caso, que las adicciones relacionadas a la enfermedad mental han afectado hasta 1 billón de personas globalmente [31].

El consumo de sustancias se puede definir como la dependencia y adicción a alguna droga que afecta directa o indirectamente al sistema nervioso central y su funcionamiento, produciendo así, alteraciones en el individuo que la consume [32]. Dicha ingesta de sustancias y sus consecuencias puede explicarse desde la perspectiva de las características individuales, centrado en la visión de responsabilidad de la persona y, por supuesto, en su estilo de vida [33]; en este sentido, los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) se ven representados por patrones de consumo que causan daños físicos o mentales significativos o alteraciones en el funcionamiento social y/o personal [34].

Ahora bien, es importante definir a qué nos vamos a referir cuando hablamos de una dependencia, para ello se tomará en cuenta el enfoque propuesto por la DSM-5 debido a que brinda una perspectiva más holística e integrada basada en la evidencia sobre la adicción y, sobre todo, enfatizando los cambios psicológicos que ocurren debido al abuso

de drogas. Dicho término hace referencia a un estado de dependencia psíquica o física que surge a partir del uso periódico de una sustancia. Cabe mencionar que, hablar de una dependencia no es lo mismo que hablar de una adicción ya que esta última se caracteriza más por el comportamiento compulsivo y/o obsesivo de la búsqueda de drogas[35].

Aunado a lo anterior, las drogas son aquellas sustancias procesadas químicamente o naturales, que se incorporan al organismo humano con la capacidad de modificar algunas funciones del mismo; es decir, la ingesta de cualquier tipo de droga puede tener su efecto en la percepción, ánimo, conducta y psicomotricidad del sujeto, por mencionar algunos. Sin embargo, es de aclarar que, dichos efectos son diversos dependiendo del tipo de sustancia, la cantidad y la frecuencia con la que se consuman; esto, debido a se encuentran condicionados por las definiciones sociales, económicas y culturales que las diferentes formaciones sociales expresan, o negocian respecto a ellas, en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas [36].

2.1.9 Epidemiología del TUS

En la actualidad a nivel global el consumo de sustancias tiene una muy elevada prevalencia, tan solo hablando del alcohol, alrededor de 2.300 millones de personas lo consumen de manera frecuente, seguido de este, el tabaco tiene aproximadamente 1.100 millones de consumidores en el mundo [37].

De igual manera, hay registros que indican que el consumo de alcohol es mayor en América y Europa mientras que en Medio Oriente y África es menor. Estados Unidos es el país que presenta niveles más altos de uso de drogas ilegales y legales, el 91.6% de las personas entrevistadas compartieron haber abusado del alcohol en algún momento de su vida, en tanto, solo el 73.6% resultó haber fumado tabaco; el 42% de las personas encuestadas en EUA reportó haber consumido cannabis; en el caso de cocaína solo el 16.2% de los estadounidenses indicó haberla consumido. Los porcentajes de consumo en México indican que solo el 29% de las personas estudiadas reportaron abusar del consumo del alcohol, 1.9% tabaco, 1.2% cocaína y el 77% indicó su consumo de cannabis[38]

Ahora bien, el 59% de los pacientes atendidos en urgencias por abuso de sustancias son hombres, mientras que el 43.1% se ve representado por mujeres; la frecuencia promedio de las intoxicaciones de sustancias presentadas en urgencias ronda el 47.2% esto, tratándose solamente durante el fin de semana, es decir, de viernes a domingo [39]. Aunado a lo anterior, hay un par de condiciones sociodemográficas que se relacionan directamente

con el consumo de sustancias, tal es el caso del género, edad y estado civil; el uso y abuso de drogas como alcohol, tabaco, cocaína, cannabis y sus derivados se encuentra liderado por el mismo grupo de personas, es decir, hombres jóvenes solteros, aunque claro, dicha situación no exenta a mujeres y/o personas mayores de tal abuso [38]

2.1.10 Neurobiología de los Trastornos por Uso de Sustancias

Los circuitos cerebrales reguladores de la motivación y recompensa son la clave en la aparición y desarrollo de una adicción [37]. Este sistema está constituido por neuronas dopaminérgicas mismas que se agrupan en el área ventral tegmental (AVT). Dichas neuronas, constituyen la vía mesolímbica proyectándose al núcleo accumbens (NAcc) y a la amígdala (AMI), en tanto, si se proyecta hacia la corteza prefrontal (CPF) constituye la vía mesocortical, donde la dopamina ejerce su acción mediante los receptores D1 y D2 que se expresan en las neuronas del NAcc y sobre terminales glutamatérgicas que llegan de la CPF y la AMI [37] [40].

Aunado a lo anterior, los receptores D1 tienen una afinidad menor por la dopamina y se activan cuando hay niveles altos de este neurotransmisor, como ocurre durante un episodio de consumo de sustancias adictivas. Dicha activación está asociada con la formación de recuerdos de recompensa y con la estimulación de las vías de la motivación y el refuerzo. En cambio, los receptores D2 tienen una afinidad mayor por la dopamina y se ve reflejado en el control inhibitorio y la toma de decisiones. En personas con TUS se han registrado niveles bajos de receptores D2 lo que podría explicar el aumento de comportamientos compulsivos e impulsivos [41].

El AVT se activa cuando realizamos una tarea gratificante, por ejemplo, comer, a tal caso se le conoce como reforzador necesario porque depende de una necesidad homeostática; a consecuencia de esto, se activa la liberación de dopamina en el NAcc mientras que la AMI la inhibe. En el caso específico de las drogas de abuso se promueve una mayor liberación de dopamina asociada al consumo, debido a que es un reforzador vacío ya no responde a una necesidad homeostática facilitando una mayor sensación placentera [40]. En otras palabras, a medida que el cerebro se adapta a la presencia constante de una sustancia adictiva, los receptores de dopamina se vuelven menos sensibles; es decir, el consumo del individuo cada vez tiene que ser mayor para alcanzar el mismo nivel de euforia que al principio. A este proceso se le conoce como desensibilización [41].

La transición del uso reactivo de sustancias hacia la adicción responde a tres etapas, cada una en relación a diferentes adaptaciones neurobiológicas, mismas que son; intoxicación, abstinencia y anticipación. La primera etapa es donde el cerebro desarrolla una respuesta adaptativa a la recompensa generada por el consumo. En la abstinencia, la reducción en la recompensa genera un aumento en el estrés, lo que motiva la búsqueda compulsiva de la sustancia. En la tercera etapa, el sujeto desarrolla un deseo y preocupación constante por el consumo, incluso cuando no está disponible; todas las fases anteriores se encuentran mediadas por la plasticidad cerebral [41].

2.1.11 Factores de Riesgo del consumo de sustancias

Los factores de riesgo en relación al consumo de sustancias son acumulativos y abarca variables tanto biológicas como sociales. Está comprobado que la genética juega un papel significativo en dicho consumo; un estudio arrojó que el 50% de vulnerabilidad hacia el uso de sustancias es hereditario. Así mismo, algunas otras variables genéticas como la metabolización de sustancias o la transmisión dopaminérgica y glutamatérgica aumentan el riesgo de adicción [37].

Por otro lado, las experiencias traumáticas y/o violentas en la niñez como abuso o maltrato también incrementan el riesgo de desarrollar trastornos de uso de sustancias (TUS) sobre todo cuando esto se experimenta con la temprana exposición a drogas. El caso de los adolescentes es particular, pues es la etapa donde se percibe más vulnerabilidad debido al incompleto desarrollo de la corteza prefrontal; entre más temprano sea el acercamiento y consumo mayor será el riesgo a desarrollar TUS [37].

El entorno social también es importante; escenarios que presentan mayor grado de estrés, falta de apoyo y/o programas sociales, fácil acceso a las drogas, pobreza, desempleo y racismo aumentan la vulnerabilidad de los individuos [37].

2.1.12 Cuadro clínico y criterios diagnósticos del TUS

El diagnóstico clínico se basa en dos perspectivas; la primera es la propuesta por la OMS, el ICD-11, mismo que distingue entre episodios perjudiciales, patrones perjudiciales y dependencia. La segunda es el DSM-5 propuesto por la Asociación Psiquiátrica Americana, en donde se toma en cuenta el abuso y dependencia como un solo principio TUS el cual cuenta, a su vez, con criterios que evalúan el control del consumo, los problemas sociales, el uso riesgoso y los criterios farmacológicos [42][35].

El diagnóstico del ICD-11 requiere de la presencia de dos o más de las tres características base del mismo, las cuales, pueden estar presentes en el individuo al mismo tiempo, o bien, ocurrir repetidamente durante un periodo de al menos 12 meses o de forma continua durante al menos un mes. Dichas características se describen a continuación [43]:

1. Poco o nulo control sobre el consumo de sustancias; en términos de inicio, nivel, circunstancias o terminación del uso y, a menudo, pero no necesariamente, acompañado por una sensación subjetiva de urgencia o ansia de consumir la sustancia.
2. El consumo de sustancias se convierte en una prioridad en la vida del individuo, por encima de otros intereses, actividades y responsabilidades.
3. Características fisiológicas: indicativo de neuroadaptación a la sustancia. Todo esto manifestado por (I) tolerancia, (II) retirada de síntomas después de la reducción en el uso de la sustancia (III) uso repetido de la sustancia (o farmacológicamente similar sustancia) para prevenir o aliviar síntomas de abstinencia.

Por otra parte, los criterios para el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, según el DSM-5 , son los siguientes [35].

- Consumo elevado de alguna sustancia con una duración más prolongada de lo previsto.
- Esfuerzo fallido por tratar de reducir y/o controlar el consumo.
- Gran tiempo destinado al esfuerzo por recuperarse de los efectos de una sustancia, o bien, mayor tiempo dedicado a la realización de actividades necesarias para la obtención de alguna.
- Ansias y deseo por el uso de una sustancia.
- El consumo está ligado al incumplimiento de obligaciones importantes en todas las áreas (familiar, laboral, social).
- Ingesta y uso continuo de la sustancia a pesar de presentar problemas persistentes sociales o interpersonales.
- Reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas.
- Uso y abuso de sustancias en situaciones en las que es físicamente peligroso.
- Uso y abuso de la sustancia a pesar de tener un problema psicológico o físico recurrente y persistente.

- Necesidad de consumir grandes cantidades de la sustancia para lograr el efecto deseado.
- Efecto disminuido a través de la continua ingesta usando la misma cantidad de la sustancia.
- Síntomas de abstinencia.

2.1.13 Detección de TUS

Para la detección del TUS existen diferentes instrumentos. Entre los más utilizados se encuentran el AUDIT (Prueba de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol), el DAST (Prueba de Evaluación del Abuso de Drogas) y el ASSIST (Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias). Esta última prueba desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, presenta gran utilidad al evaluar diferentes tipos de sustancias, además de que ofrece una visión más amplia del patrón de consumo de cada una de ellas.

El ASSIST V3.0, es un instrumento que nos permite identificar a personas que presentan uso, abuso y dependencia al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

El ASSIST está conformado por 8 preguntas, las primeras siete preguntas evalúan diferentes aspectos del consumo de 9 tipos de sustancias, la pregunta 8 evalúa el consumo de sustancias de forma inyectada. Con base a ello se determina una puntuación de riesgo para cada sustancia, categorizada en tres niveles de riesgo, los cuales son “bajo”, “moderado” y “alto”. Las puntuaciones para cada sustancia se obtienen sumando las puntuaciones de cada respuesta de la pregunta 2 a las 7 del instrumento, obteniendo así una puntuación máxima de 39 y mínima de 0.

Además, ha sido traducido, adaptado y validado en población mexicana. Existen estudios que demuestran adecuada confiabilidad y validez a el uso de este instrumento en la población mexicana, especialmente para identificar el uso de alcohol, tabaco y marihuana[44].

2.1.14 Tratamiento para el TUS

El tratamiento para la TU toma en cuenta tres vertientes que son: el aspecto farmacológico, la terapia conductual y la neuromodulación. Para el primer caso ya existen varios medicamentos aprobados para el tratamiento del consumo de varias sustancias; por ejemplo, el tabaco, opioides y alcohol, aunque aún faltan opciones que sean efectivas para tratar el uso de estimulantes y el cannabis [37].

Particularmente, para frenar y/o disminuir el consumo de tabaco se incluyen en el tratamiento terapias de reemplazo de nicotina como lo son los parches, chicles e inhaladores; así mismo, también se utilizan inhibidores del transportador de dopamina como el bupropión, o bien, algunos antagonistas parciales de los receptores nicotínicos como la vareniclina; tratamientos que han demostrado aumentar las tasas de abandono del tabaco significativamente [37].

En cambio, los tratamientos más efectivos para tratar el consumo de opioides ayudando a la reducción del deseo de ingesta y disminuyendo la tasa de sobredosis son fármacos como la metadona, buprenorfina y la naltrexona. Sin embargo, la naloxona es el tratamiento de elección para revertir sobredosis de opioides [37].

El tratamiento terapéutico se ve representado por la terapia cognitivo conductual (TCC) y la entrevista motivacional. Ambas opciones son utilizadas para modificar los patrones de pensamiento y comportamiento en relación al consumo de drogas de abuso; dichos tratamientos terapéuticos se presentan en combinación con la prescripción de algún fármaco para mejorar resultados [37].

Así mismo, en algunos casos donde los tratamientos convencionales no han sido del todo efectivos se propuso la intervención de tratamientos con enfoques de neuromodulación como lo es la estimulación magnética transcraneal o la estimulación cerebral profunda, sin embargo, dicha propuesta aún sigue siendo una línea de investigación abierta [37].

Por otro lado, actualmente algunos tratamientos están dirigidos a restaurar la función dopaminérgica o a la regulación de la actividad de los receptores de la dopamina. Por ejemplo, algunas investigaciones tienen su blanco puesto en tratamientos que aumenten los niveles de receptores D2 con el objetivo de mejorar el control inhibitorio ayudando a reducir el comportamiento impulsivo del individuo. De igual manera, estudios han demostrado que el ejercicio físico aumenta la expresión de receptores D2 mejorando la actividad cerebral en áreas específicas reguladoras de las emociones, lo que podría ser clave y benéfico para las personas en estado de recuperación [41].

3. ANTECEDENTES

En el 2011 Pennay y colaboradores [45] realizaron un estudio que consistió en una revisión sistemática de la relación entre una elevada prevalencia de la comorbilidad del Trastorno Límite de la Personalidad y los Trastornos por Uso de Sustancias; los resultados arrojaron que de manera general en individuos con TUS la prevalencia del TLP es bastante alta representando hasta un 65% en poblaciones de tratamiento frente a un 1-2% en la población general. Así mismo, dentro de los ensayos estudiados hay unos pocos realizados específicamente en población femenina, los cuales demostraron que de las pacientes diagnosticadas con TLP el 53% de ellas tenía, a su vez, TUS. Aunado a esto, la revisión concluyó que la evidencia sobre cuál tratamiento es más efectivo para la comorbilidad TUS-TLP es insuficiente e involucra un reto.

Por otro lado, Kienast [46] llevó a cabo una investigación sobre la relación del TLP y el TUS donde determinaron que el TLP afecta alrededor del 2.7% de la población adulta, porcentaje del cual, a su vez, el 78% desarrolla un TUS en algún momento de su vida reconociendo que los individuos con Trastorno Límite de Personalidad y abuso de sustancias desarrollan mayores niveles de impulsividad y menor estabilidad clínica en comparación con aquellos que solo presentan TLP. Ahora bien, del porcentaje general de prevalencia del TLP se encontró una ligera distribución mayor representado por el género femenino, es decir, se encontró una contraparte del 3.0% en mujeres vs. 2.4% en hombres, cifras que indican y abren una brecha para futuros estudios debido a que no se descarta que dicha diferencia de porcentajes es causada por algún sesgo diagnóstico dentro del estudio, dejando sobre la mesa que quizá el trastorno puede estar igualmente distribuido entre ambos géneros. Lo que sí es un hecho es que los pacientes femeninos con TLP y consumo de sustancias presentan mayor tendencia a mostrar comportamientos autolesivos o suicidas teniendo como principales factores de riesgo ser menores de 30 años de edad, bajo nivel educativo e ingresos por debajo de la media.

En el año 2015 Carpenter [1] realizó un estudio donde indicó que el TLP está altamente comórbido con TUS, mismo que afecta entre 1% y 3% de la población en general. La investigación utilizó datos del NESARC e incluyó una muestra representativa de 34,481 individuos de los cuales el 2.7% cumplían con los criterios para el diagnóstico del TLP; los resultados arrojaron que la prevalencia del TLP era ligeramente mayor en mujeres, pacientes con ingresos familiares bajos, menores de 30 años y personas separadas,

divorciadas o viudas. De igual manera, los datos estadísticos sobre la prevalencia de TUS en sujetos con TLP indicó que al menos el 63.08% de la población estudiada presentó un trastorno por uso de alcohol en comparación con el 33.77% de los pacientes sin TLP; el 30.98% de las personas con TLP presentó un trastorno por uso de cannabis, en comparación con el 9.06% de los individuos sin dicho trastorno; el 16.73% de los casos de TLP tuvieron un trastorno por uso de cocaína a comparación del 2.78% representado por población no TLP; el 13.23% de casos TLP indicó tener un trastorno por uso de opiáceos vs. el 1.82%. Por último, el estudio sugirió que las futuras investigaciones se efectuarán mediante una intervención específica de género abordando cómo la población femenina es más susceptible a desarrollar un TUS a través de la presencia del Trastorno Límite de la Personalidad.

De igual manera, la investigación liderada por Trull y colaboradores [47] indicó que la prevalencia del TLP se encuentra entre un 2 y 3 % de la población en general. También se encontró que el consumo de sustancias puede ser una manifestación del intento de las personas con TLP de controlar o sobrellevar sus emociones irregulares y desbordantes; lo que es impresionante es que la elevada prevalencia de la comorbilidad del Trastorno Límite de la Personalidad y los Trastornos por Uso de Sustancias; los resultados arrojaron que de manera general en individuos con TUS la prevalencia del TLP es bastante alta representando hasta un 65% en poblaciones de tratamiento alrededor del 53% de las personas con TUS también cumplen con criterios para ser diagnosticados con TLP, al contrario de esto, la revisión encontró que aproximadamente el 45.46% de las personas diagnosticadas con TLP también coincide con tener un diagnóstico TUS al momento del estudio, siendo que la prevalencia de por vida es del 75.28%. Así mismo, el alcohol es la sustancia mayormente consumida en todos los casos de la relación TLP-TUS seguido de la cocaína y el cannabis.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha descrito con anterioridad, de manera general, la relación entre el Trastorno Límite de la Personalidad y los Trastornos por Uso de Sustancias tiene una alta prevalencia de comorbilidad, por lo que abordar el consumo de sustancias en mujeres con TLP representa un desafío clínico significativo dado a que la presencia de consumo de sustancias dentro de esta población tiene un importante impacto en el pronóstico de las pacientes.

Las mujeres con TLP que presentan consumo de sustancias tienden a experimentar mayores dificultades en su proceso diagnóstico y tratamiento, reportándose mayor tasa de hospitalizaciones psiquiátricas, mayor riesgo de conductas autolesivas y una tasa elevada de intentos de suicidio. Aunado a esto, el propio consumo de sustancias, puede exacerbar los síntomas propios del TLP, dificultando las intervenciones clínicas del trastorno y aumentando la cronicidad del mismo.

Partiendo del supuesto que el TLP está fuertemente asociado a una historia personal de trauma, desde etapas tempranas, a inestabilidad en el apego y a una alta sensibilidad emocional; el uso de sustancias en estas pacientes puede ser conceptualizado como una estrategia de afrontamiento de tipo disfuncional, con la finalidad de obtener regulación emocional en situaciones desbordantes y aliviar el sufrimiento emocional a corto plazo.

Existen diversos factores de riesgo en la génesis de este fenómeno entre los cuales se han descrito bajo nivel socioeducativo, entorno familiar disfuncional, ausencia de redes de apoyo, historia personal de trauma, comúnmente abuso físico, psicológico o sexual, así como características propias del TLP como inestabilidad emocional y altos niveles de impulsividad, que se convierten en elementos predisponentes para mecanismos de gratificación inmediata a través del uso de sustancias.

En consecuencia, se vuelve necesario generar evidencia empírica que describa con precisión el perfil del uso de sustancias en esta población, considerando el tipo de sustancias consumidas, su frecuencia, los niveles de riesgo asociados y la posible presencia de uso combinado. Esta información es clave para diseñar estrategias de intervención eficaces y culturalmente pertinentes.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil del uso de sustancias en mujeres adultas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad hospitalizadas en el Hospital de Psiquiatría “San Fernando”?

6. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la evidencia que sugiere una alta prevalencia de consumo de sustancias en pacientes con TLP, no han sido estudiadas la magnitud y las características de este fenómeno en población mexicana y, sobre todo, dentro de la población femenina ligada a entornos clínicos específicos donde el acceso a tratamientos de salud mental puede estar influenciado por factores sociodemográficos particulares.

Como se ha descrito, las personas con diagnóstico de TLP presentan comportamientos más impulsivos y destructivos por lo que el consumo de sustancias solo lo encamina a un riesgo mayor de comportamientos autolesivos, siendo así, la perfecta manifestación del intento de lidiar con sus emociones desbordantes y sus estados afectivos negativos.

La problemática del consumo de sustancias en esta población se extiende no solo a la dependencia química que puede generarse, sino también a la exacerbación de los síntomas del TLP. El uso de sustancias se presenta como un mecanismo de escape a corto plazo, sin embargo, a largo plazo su uso complica el tratamiento, aumentando la cronicidad de dicho trastorno y los comportamientos autodestructivos. Las mujeres con TLP que consumen sustancias, presentan un pronóstico sombrío, debido a que tienen menos adherencia a los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos.

Es por ello que, la realización de esta investigación, brindaría una descripción más integral del perfil de consumo de las mujeres adultas con diagnóstico de TLP, enfocándose en explorar el tipo de sustancias consumidas, patrón de consumo de las mismas, factores de riesgo, así como, valorar el impacto que esta presentación comórbida puede tener en el tratamiento y pronóstico del trastorno, con el objetivo de mejorar las estrategias de intervención y manejo en esta población específica.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil del uso de sustancias en mujeres adultas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, evaluadas con la escala ASSIST, en el hospital regional de psiquiatría “San Fernando”.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Describir la prevalencia del uso de tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas u otro tipo de estimulantes, inhalantes, tranquilizantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos u otras sustancias en mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

- II. Describir los niveles de riesgo asociados al consumo de cada sustancia, según los puntajes obtenidos en la escala ASSIST, en mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
- III. Identificar la presencia de uso combinado de sustancias en mujeres adultas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
- IV. Describir la frecuencia del consumo de sustancias en los últimos tres meses, de acuerdo con los puntajes obtenidos en la escala ASSIST, en mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
- V. Describir la frecuencia con la que el consumo de sustancias ha generado problemas de salud, sociales, legales o económicos, según lo reportado en la escala ASSIST, en mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
- VI. Describir la frecuencia del deseo intenso o apetencia de consumo de sustancias en los últimos tres meses, conforme a los puntajes obtenidos en la escala ASSIST, en mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
- VII. Determinar la asociación entre la escolaridad, estado civil, edad, ocupación, y el uso de sustancias en mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
- VIII. Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y el uso de sustancias en mujeres adultas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
- IX. Describir los tipos de tratamientos previos para lograr la abstinencia a las diversas sustancias en mujeres con TLP.
- X. Describir las vías de administración prevalentes de consumo de sustancias en mujeres con TLP.

8. HIPÓTESIS

1. Se espera que la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas en mujeres de 18 a 64 años con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), sea de al menos el 60%, siendo más frecuente el consumo de sustancias lícitas (alcohol y tabaco) en comparación con sustancias ilícitas. Esta tendencia reflejaría el uso de dichas sustancias como un mecanismo de afrontamiento frente a los síntomas emocionales asociados al TLP, según los resultados obtenidos mediante la escala ASSIST.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes mujeres.
- De 18 a 64 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico previo o reciente de Trastorno Límite de la Personalidad.
- Hospitalizados en Hospital de Psiquiatría “San Fernando”.
- Derechohabientes IMSS.
- Pacientes que acepten formar parte del estudio mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Mujeres con diagnóstico actual de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otros trastornos psicóticos que interfieran con la capacidad de proporcionar información precisa sobre el consumo de sustancias.
- Discapacidad intelectual.
- No hablen el idioma español.
- Deterioro cognitivo.
- Dificultad para la expresión verbal.

Criterios de eliminación

- Pacientes que retiren su consentimiento durante el estudio.
- Pacientes que cuenten con datos incompletos durante la evaluación realizada.
- Crisis psiquiátrica aguda o aparición de síntomas psicóticos severos durante la recolección de datos.

9.2 Tamaño de muestra y análisis estadístico

- Universo de Trabajo: Mujeres adultas hospitalizadas en unidades psiquiátricas con diagnóstico de TLP.
- Población de estudio: mujeres de 18 a 64 años diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), quienes reciben atención en el Hospital Regional de

Psiquiatría “San Fernando”. Se incluyeron únicamente aquellas pacientes que cumplan con los criterios de selección.

- Lugar de Desarrollo: El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Psiquiatría “San Fernando”, un centro especializado en el tratamiento de trastornos mentales graves. Este hospital cuenta con una población significativa de pacientes con diagnóstico de TLP, permitiendo un acceso adecuado a la muestra requerida. Las entrevistas y la aplicación del cuestionario ASSIST se realizaron en consultorios privados del hospital para garantizar confidencialidad y comodidad. (Experiencia del grupo y Factibilidad, Recursos etc.)

Muestra:

Para el cálculo del tamaño de muestra, se utilizó la fórmula para la estimación de una proporción en población finita. Considerando un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Tomando en cuenta que la población de estudio (mujeres con diagnóstico de TLP de 18 a 64 años hospitalizadas) fue de un total de 131 mujeres para el año 2023, con una prevalencia del diagnóstico de TLP en el Hospital psiquiátrico “San Fernando” del 14.6%. Por lo anterior se trabajó con un tamaño muestral de 77 sujetos, a su vez, dicha cifra ajustada por pérdidas esperadas del 15%, obteniendo un tamaño de muestral de 91 sujetos. A continuación, se muestra el desglose estadístico de dicho cálculo:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

$N = 131$ (tamaño de la población).

$z = 1.96$ (valor z para un nivel de confianza del 95%).

$p = 0.14$ (proporción esperada).

$q = 0.86$ (complementario de p , es decir, $(1-p)$).

$d = 0.05$ (margen de error o precisión esperada).

Ajustamos el tamaño de la muestra debido a pérdidas esperadas del 15%, para asegurar contar con suficientes datos.

$$n \text{ ajustado} = \frac{n}{1 - \text{tasa de pérdida}}$$

$n = 77$ (tamaño de muestra calculado).

Tasa de pérdida esperada = 15% = 0.15.

Aunque el tamaño muestral estimado fue de 91 sujetos, se aplicó un muestreo consecutivo durante el periodo de 3 meses, reclutando a todas las mujeres que cumplieran con los criterios. Si no se alcanzará la muestra estimada, se procedería con el análisis correspondiente a los datos recabados, considerando los límites de representatividad.

9.3 Descripción general del estudio

9.3.1 Diseño y tipo de estudio

Estudio descriptivo, observacional y transversal; estudio de prevalencia.

9.3.2 Procedimientos

1. Selección de la muestra: Se reclutó una muestra representativa del total de mujeres diagnosticadas con TLP en el hospital durante un periodo de 3 meses.
2. Reclutamiento: Las participantes fueron mujeres que han estado hospitalizadas en el Hospital de Psiquiatría San Fernando. Las pacientes fueron invitadas a participar preferentemente durante su estancia hospitalaria; sin embargo, si no fue posible completar la evaluación durante la hospitalización, se programó una cita de seguimiento posterior al egreso para aplicar los instrumentos del estudio. Se les explicó detalladamente el estudio y se obtuvo su consentimiento informado.
3. Aplicación del cuestionario ASSIST: El cuestionario se aplicó en una entrevista individual, realizada por profesional capacitado. El ASSIST valoró el uso de 10 sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opioides y otras drogas. La entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos y fue llevada a cabo en un ambiente privado y cómodo.

4. Recolección de datos sociodemográficos: Adicionalmente, se obtuvieron datos sociodemográficos y clínicos de las participantes, tales como edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y tratamientos psiquiátricos previos o actuales, para contextualizar los resultados del ASSIST.

9.3.3 Procesamiento de datos

Los datos recabados fueron codificados y almacenados en una base de datos digital con acceso restringido, para su posterior análisis mediante el software estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) realizándose análisis descriptivos con pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas.

Se agruparon a los individuos en categorías específicas según el puntaje obtenido en el ASSIST que refleja el nivel de riesgo asociado al uso de sustancias, en las siguientes categorías:

- Riesgo bajo (uso ocasional).
- Riesgo moderado (uso perjudicial o de riesgo).
- Riesgo alto (uso dependiente).

Se calcularon estadísticas descriptivas para todas las variables del estudio. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar).

9.3.4 Aspectos estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recolectados. Para las variables cualitativas (por ejemplo, el tipo de sustancia consumida), se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas (por ejemplo, la edad de las participantes), se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar).

La prevalencia de consumo de cada sustancia fue expresada en porcentajes, y se calculó la proporción de mujeres en cada categoría de riesgo (bajo, moderado, alto) para cada tipo de sustancia.

Se realizaron análisis bivariados mediante la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton, con el fin de evaluar asociaciones entre el uso de sustancias, la funcionalidad familiar y variables

sociodemográficas y clínicas. La distribución de variables cuantitativas se evaluó con Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó la correlación de Spearman para relacionar los puntajes del ASSIST y el APGAR familiar.

9.3.5 Descripción de Escalas

ASSIST: El ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011, es una herramienta de tamizaje reconocida a nivel mundial para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Este instrumento ha sido adaptado para la población mexicana, tal como se señala en los estudios realizados por Casas-Muñoz y colaboradores, quienes validaron su aplicación en dicho contexto [48]. Este instrumento ha sido adaptado en población mexicana, ha sido validado en diversos contextos. Estudios realizados por Casas-Muñoz y colaboradores [48] adaptaron y validaron el ASSIST específicamente para la población mexicana, destacando su utilidad en la detección del consumo de sustancias. Existen otros estudios como el realizado Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez donde se demostró la consistencia interna del ASSIST, subrayando su capacidad para evaluar el nivel de riesgo asociado al consumo de diversas sustancias y guiar intervenciones como la intervención breve o la derivación a servicios especializados.

El cuestionario consta de 8 ítems que exploran aspectos relevantes del consumo en los últimos tres meses. Estas preguntas abarcan desde el tipo y la frecuencia de sustancias consumidas, hasta indicadores más complejos como el craving (deseo de consumo), problemas asociados al uso (sociales, legales, económicos o de salud), y la preocupación manifestada por el entorno familiar. Además, el ASSIST indaga sobre intentos previos de reducir o cesar el consumo, así como el uso de drogas por vía intravenosa.

La puntuación obtenida permite categorizar el nivel de riesgo del consumo en bajo, moderado o alto. Para el alcohol, un puntaje entre 0 y 10 indica riesgo bajo, entre 11 y 26 señala riesgo moderado, y 27 o más sugiere un riesgo alto. En el caso de otras sustancias, un puntaje de 0 a 3 se clasifica como riesgo bajo, de 4 a 26 como moderado, y 27 o más como alto [48]. Esta categorización facilita la toma de decisiones clínicas, ya que, según el nivel de riesgo identificado, se recomienda desde la observación continua hasta la derivación a servicios especializados para tratamiento intensivo.

APGAR familiar: Creado por Smilkstein en 1978 [49], es un instrumento que evalúa la funcionalidad familiar, midiendo la satisfacción de los individuos en cinco dimensiones clave: adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución. La adaptación se refiere a la capacidad de la familia para utilizar recursos internos y externos en situaciones de estrés; la participación, a la interacción y comunicación entre sus miembros; el crecimiento, al desarrollo emocional y social de los mismos; el afecto, a la expresión de apoyo y cariño; y la resolución, a la habilidad para resolver conflictos y tomar decisiones efectivas [49].

9.3.6 Definición de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Número de años cumplidos al momento de la encuesta.	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Estado Civil	Condición jurídica de las persona establecida por sus relaciones de familia, como el matrimonio o del parentesco, implica un conjunto específico de derechos y deberes legales,	Situación civil del paciente encuestado.	Cualitativa nominal	Soltero Unión Libre Casado Separado Divorciado Viudo
Escolaridad	Se refiere al grado de instrucción formal que una persona recibe a través de instituciones académicas.	Último grado de estudios que cursó hasta la fecha de la realización del formulario	Cualitativa nominal	Ninguna Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Postgrado
Cohabitación	Acción de habitar juntamente con otra u otras personas; convivir, coexistir.	Con quien comparte vivienda.	Cualitativa nominal	Vive Solo Vive Acompañado

Religión	Conjunto de creencias y prácticas que se establecen desde la relación del individuo con lo divino.	Identificación del individuo con alguna afiliación religiosa al momento de la encuesta	Cualitativa nominal	Católico, Cristiano, Evangélico, Pentecostal, Testigo de Jehová, Mormón, Adventista del séptimo día, Luz del mundo, Budismo, Islam, Judío, Ateo, Agnóstico, Sin religión, Otra (Especificar)
Funcionalidad familiar.	Capacidad de la familia de proporcionar a sus miembros un contexto seguro que favorezca el desarrollo personal de sus miembros.	Medición de acuerdo al APGAR familiar, valorando cinco dimensiones: Adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución.	Cualitativa ordinal	Alta Moderada Baja
Ingreso mensual individual.	Cantidad total de dinero que un individuo recibe en el transcurso de un mes. Dicho ingreso puede provenir de diferentes fuentes.	Suma total de ingresos que un individuo recibe durante un mes.	Cuantitativa continua	Monto en pesos MXN
Estado de residencia	Lugar donde una persona normalmente pasa los periodos diarios de descanso, sin tener en cuenta las ausencias temporales por viajes de ocio, vacaciones, visitas a familiares y amigos, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa.	Estado de la república mexicana donde el paciente vive	Cualitativa nominal	Se Desconoce Ciudad De México Estado De México Querétaro Morelos Durango Puebla Tlaxcala San Luis Potosí Guerrero Veracruz Otro

Años vividos con el diagnóstico o de TLP	Tiempo transcurrido, en años, desde que el paciente fue diagnosticado por personal de salud mental con TLP hasta el momento de la recolección de datos.	La diferencia entre la fecha exacta (Años y si es posible mes) en que recibieron el diagnóstico oficial de TLP y el año actual de la recolección de datos.	Cuantitativa continua	Años
Temporalidad del consumo de sustancias	Edad en la que la persona comenzó a consumir alguna sustancia psicoactiva.	Edad en años reportada por el paciente al momento de iniciar el consumo de cada sustancia	Cuantitativa continua	Edad en años
Diagnósticos psiquiátricos comórbidos.	Aquellos diagnósticos psiquiátricos que coexistan durante la atención médica o el ingreso, e impacten en el manejo o el tratamiento administrado.	Si el paciente se conoce con un diagnóstico psiquiátrico coexistente al TLP, se indicará en el formulario.	Cualitativa nominal	Indicar diagnóstico conocido por paciente
Tratamiento Terapéutico Actual	Engloba aquellas intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas que una persona con diagnóstico de TLP está recibiendo en el momento de la evaluación.	Variable 1a: Tratamiento farmacológico actual: Aquel medicamento utilizado para incidir sobre la sintomatología presente. Variable 1b: Tratamiento psicoterapéutico actual: Psicoterapia recibida actualmente para el manejo del TLP.	1ª: Cualitativa nominal 1b: Cualitativa nominal	1ª: Antidepresivos (Sí/No) Antipsicóticos (Sí/No) Estabilizadores del ánimo (Sí/No) Ansiolíticos (Sí/No) 1b: Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) (Sí/No) Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (Sí/No) Terapia psicodinámica (Sí/No) Otras terapias (especificar)

Número de internamientos previos	Hace referencia a los episodios en los que el paciente ha requerido hospitalización psiquiátrica debido a la gravedad de los síntomas del TLP.	Indicar el número de episodios de internamiento en instituciones psiquiátricas.	Cuantitativa discreta	De 0 a n (sin límite superior).
Conductas autolesivas	Comportamientos deliberados en los cuales la persona se causa daño físico a sí misma sin intención suicida, tales como cortes, golpes, u otros, realizados con el propósito de aliviar malestar emocional o controlar la ansiedad.	Número de episodios de conductas autolesivas reportadas por la paciente en el último mes.	Cuantitativa discreta	De 0 a n (sin límite superior).
Intentos de suicidio	Conductas autoagresivas deliberadas dirigidas a provocarse la muerte, independientemente de la letalidad del acto o de su desenlace.	Número total de intentos de suicidio reportados por la paciente, considerando toda la vida.	Cuantitativa discreta	De 0 a n (sin límite superior).

10. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se gestionó la solicitud de aprobación ante el comité de ética del Centro Médico Nacional Siglo XXI para llevar a cabo el presente estudio. De acuerdo con lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, en su título tercero, capítulo III, artículo 41 bis, fracción II, y el título QUINTO, capítulo único, Artículo 100 y del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud. Así como el reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación en salud, en su título SEGUNDO, capítulo I, artículos 13, 14, 16 y 17 , enfatizando la necesidad de garantizar la ética, la seguridad y la confidencialidad en los proyectos de investigación en salud y la supervisión adecuada mediante comités reguladores. El presente trabajo se apega a las normas éticas de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial y sus encomiendas sobre principios éticos de las investigaciones médicas en seres humanos que fueron adoptadas por la 18ª Asamblea médica mundial de Helsinki, Finlandia en Junio

de 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General en Fortaleza Brasil en Octubre de 2013. El presente estudio se realizó de acuerdo a lo estipulado con el código de Nuremberg, pues se respetó la autonomía del sujeto participante, quien tomó la decisión voluntaria para participar en el estudio, así como poder retirarse del mismo, en el momento en el que él lo considere. En la elaboración de esta investigación se respeta el informe de Belmont pues se considera que cumple con los cuatro principios éticos universales: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia.

10.1 Información al paciente y consentimiento informado

A cada sujeto que se le propuso participar en el estudio, se le hizo entrega del consentimiento informado (Anexo 14.5) Este documento fue redactado en un vocabulario que le permita la comprensión de su contenido a los participantes, el investigador informó al paciente sobre el estudio, el carácter voluntario de su participación y que no supuso ningún cambio ni en su tratamiento ni en su atención médica respecto a los que recibiría en caso de no participar. Los investigadores resolvieron las dudas que los participantes presenten. Los participantes del estudio pudieron revocar en cualquier momento el consentimiento para la utilización de sus datos en el análisis, sin expresión de causa y sin que por ellos se derivará para él responsabilidad ni perjuicio alguno.

10.2 Evaluación de riesgo beneficio

Esta investigación no presentó ningún riesgo para la integridad física o moral de los participantes. Se considera una investigación de riesgo mínimo, de acuerdo con el artículo 17 y los párrafos I a III del reglamento de la Ley General en Salud en materia de investigación en seres humanos, capítulo I, que señala las disposiciones comunes en el cual se declaran a los estudios prospectivos, que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes, en exámenes físicos o psicológicos, de diagnóstico o tratamiento rutinarios pues en el presente estudio se recabarán únicamente datos sociodemográficos, datos propios de las condiciones clínicas a examinar, y la realización de escalas clinimétricas para recolectar variables de características psicológicas y psiquiátricas. El beneficio que obtiene el paciente es su contribución al conocimiento en este campo de la salud mental lo que puede influir en mejoras a futuro en la práctica clínica. A las participantes que mediante la evaluación fueron identificadas con consumo de tres o más sustancias, o al menos una sustancia con un nivel de riesgo grave, así como aquellas con consumo de sustancias inyectables, se les ofreció tratamiento durante su hospitalización o, al momento de su egreso, y en caso necesario fueron canalizadas a una unidad

especializada, como los Centros de Integración Juvenil (CIJ). A todas las pacientes con consumo de sustancias, independientemente del nivel de riesgo, se les proporcionó un tríptico informativo sobre el consumo de sustancias (Anexo 14.4). Además, a las pacientes que utilizaron sustancias inyectables se les entregó una “Tarjeta sobre Riesgos Asociados con Inyectarse” (Anexo 14.3).

10.3 Confidencialidad de los datos

Todos los datos de identificación de los sujetos participantes, así como los datos clínicos recabados serán manejados con estricta confidencialidad. Cada expediente/caso tuvo una clave numérica desde el inicio de su participación y no se registró el nombre de los participantes ni el número de seguridad de los mismos. El paciente no será identificado en ningún caso si los resultados de este estudio de investigación se presentan en reuniones científicas o publicaciones. La información recopilada se utilizó exclusivamente con fines académicos y de investigación. Los investigadores se comprometieron a registrar y procesar los datos de manera fidedigna y correcta. Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio, se limitó el acceso a ellos, únicamente tendrán acceso a los mismos los investigadores designados. El resguardo de los datos estuvo bajo la responsabilidad del investigador principal, Dr. Carlos Raymundo Jiménez Serrano, quien los almacenó en su computadora personal con medidas de seguridad adecuadas. Estos datos se conservarán durante un periodo de cinco años tras la culminación de la tesis y la aprobación del alumno a su cargo. Asimismo, los formatos físicos de recolección y las escalas utilizados para la recolección de datos, fueron eliminados inmediatamente después de que la información haya sido capturada en la base de datos electrónica, asegurando así la protección y el manejo ético de la información confidencial del estudio.

11. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

La elaboración de este protocolo, no requirió de manejo ni transporte de materiales biológicos, infectocontagiosos, cepas patógenas de bacterias, parásitos ni virus de cualquier tipo. No incluyó manejo de material radiactivo de cualquier tipo, animales y/o células y/o vegetales genéticamente modificados, sustancias tóxicas, peligrosas o explosivas, ni cualquier otro material que ponga en riesgo la salud o integridad física del personal o del paciente

12. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los recursos humanos necesarios para la elaboración de esta investigación, consistieron en la presencia de un investigador principal quién es el Dr. Víctor Adrián Islas Perezyera. Su participación en dicho estudio, radicó, en su supervisión metodológica, así como, la capacitación al investigador secundario, para la evaluación de la patología a estudiar y la aplicación de los instrumentos correspondientes. Participación en el análisis estadístico de la información y en la supervisión de la redacción del trabajo final.

Investigador secundario: Residente del tercer año de psiquiatría quien cuenta con la Licenciatura en Médico Cirujano: Carlos Raymundo Jiménez Serrano, quien participó en la aplicación de instrumentos de evaluación clinimétrica, en los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio y aceptaron la participación en el mismo mediante la firma de consentimiento informado, así como en la recolección de los datos obtenidos. Participó en el análisis estadístico de la información y elaboró la redacción del trabajo final.

Para la realización de este protocolo de investigación no se requirió financiamiento, se utilizaron los recursos físicos disponibles en la infraestructura actual del centro hospitalario: oficina de trabajo de médicos, consultorio de hospitalización del Hospital de Psiquiatría “San Fernando”. Un equipo de cómputo para recabar los datos, mismo con el que ya se contaba en el servicio, por lo que se consideró un estudio factible, al contarse con los recursos materiales y humanos necesarios, así como los casos de pacientes que se requirieron al tratarse de patologías comunes atendidas en la unidad.

13. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se reclutaron 91 mujeres hospitalizadas en el Hospital de Psiquiatría San Fernando. Para determinar la adecuación a la distribución normal de las variables cuantitativas (edad en años, años con diagnóstico de TLP, número de hospitalizaciones previas, conductas autolesivas en el último mes, intentos de suicidio, puntaje APGAR, edades de inicio de consumo por sustancia y puntajes de la escala ASSIST (por sustancia y total), así como el número de sustancias consumidas) se aplicó la prueba de Kolmogórov–Smirnov para una muestra con corrección de Lilliefors, dado que el tamaño muestral fue >30 . (Tabla 1) En todos los casos, los valores del estadístico D oscilaron entre 0.129 y 0.540 y los valores de p fueron $< .001$, por lo que ninguna de las variables evaluadas mostró distribución normal. En consecuencia, los análisis inferenciales subsecuentes se

realizaron mediante pruebas no paramétricas o transformaciones/categorizaciones según correspondiera.

Tabla 1. Pruebas de normalidad

Variable	M	DE	Normalidad	
			Prueba de Kolmogórov-Smirnov	p valor
Edad (años)	25.88	6.32	0.144	<.001***
Años con diagnóstico TLP	3.14	3.73	0.258	<.001***
Número de hospitalizaciones previas	1.86	4.03	0.323	<.001***
Conductas autolesivas en el último mes	1.95	3.03	0.261	<.001***
Intentos de suicidio	2.69	3.79	0.298	<.001***
Puntaje APGAR	4.79	2.78	0.129	<.001***
Edad de inicio del consumo Tabaco	12.08	7.38	0.262	<.001***
Tabaco suma	7.62	9.67	0.268	<.001***
Edad de inicio del consumo Alcohol	14.04	5.73	0.281	<.001***
Alcohol suma	8.62	10.04	0.207	<.001***
Edad de inicio del consumo Cannabis	9.84	9.18	0.309	<.001***
Cannabis suma	5	9.38	0.34	<.001***
Edad de inicio del consumo Cocaína	4.51	8.18	0.467	<.001***
Cocaína suma	1.86	6.77	0.487	<.001***
Edad de inicio del consumo Anfetaminas	2	5.78	0.525	<.001***
Anfetaminas suma	0.57	3.53	0.52	<.001***
Edad de inicio del consumo Inhalantes	0.64	2.99	0.54	<.001***
Inhalantes suma	0.31	2	0.517	<.001***
Edad de inicio del consumo Tranquilizantes	5.09	9.04	0.45	<.001***
Tranquilizantes suma	2.3	6.11	0.471	<.001***
Edad de inicio del consumo Alucinógenos	2.73	6.49	0.509	<.001***
Alucinógenos suma	0.31	1.5	0.538	<.001***
Edad de inicio del consumo Opiáceos	0.37	2.58	0.536	<.001***

Opiáceos suma	0.07	0.63	0.531	<.001***
Edad de inicio del consumo Otras	0.18	1.68	0.531	<.001***
Otras suma	0.29	2.62	0.521	<.001***
Número de sustancias	3.01	1.89	0.162	<.001***
Suma total ASSIST	26.92	27.16	0.161	<.001***

Nota: Funcionalidad familiar medida con el APGAR. Suma por sustancia según la escala ASSIST. Criterios de significancia: * p < .05; **p < .01; ***p < .001. APGAR = índice de funcionalidad familiar; ASSIST = Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.

Comparación de características sociodemográficas según el grado de funcionalidad familiar

La muestra de pacientes incluidas en el estudio fue agrupada según el grado de funcionalidad familiar para evaluar las diferencias en las características sociodemográficas presentes, sin embargo, no se pudo identificar diferencia significativa en ninguna de las variables probadas. No obstante, existió la tendencia de que las pacientes con moderada/baja funcionalidad familiar tuvieran un ingreso mensual $\leq 15,000$ pesos a comparación de aquellas con alta funcionalidad que tenían una distribución más amplia en cuanto a su ingreso mensual (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de características sociodemográficas entre pacientes con trastorno límite de la personalidad con diferente grado de funcionalidad familiar

Característica	Grado de funcionalidad familiar		Valor de p
	Alta n = 29	Moderada/baja n = 62	
Edad en años, <i>mediana (RIQ)</i>	25 (18 – 40)	25 (18 – 46)	0.915
Estado civil, n (%)			
Soltera	26 (89.7)	49 (79)	0.569
Casada	1 (3.4)	5 (8.1)	
Unión libre	2 (6.9)	6 (9.7)	
Separada	0 (0)	2 (3.2)	
Escolaridad, n (%)			
Primaria	0 (0)	3 (4.8)	0.333
Secundaria	2 (6.9)	4 (6.5)	
Bachillerato	12 (41.4)	32 (51.6)	
Licenciatura	14 (48.3)	23 (37.1)	
Posgrado	1 (3.4)	0 (0)	
Ocupación, n (%)			
Empleada	17 (58.6)	27 (43.5)	0.599
Desempleada	3 (10.3)	8 (12.9)	
Ama de casa	0 (0)	2 (3.2)	
Estudiante	9 (31)	24 (38.7)	
Otro	0 (0)	1 (1.6)	

Cohabitación, n (%)			
Vive sola	2 (6.9)	1 (1.6)	0.237
Vive acompañada	27 (93.1)	61 (98.4)	
Religión, n (%)			
Católica	21 (72.4)	36 (58.1)	0.478
Cristiana	1 (3.4)	5 (8.1)	
Atea	1 (3.4)	4 (6.5)	
Agnóstica	0 (0)	4 (6.5)	
Sin religión	6 (20.7)	11 (17.7)	
Otra	0 (0)	2 (3.2)	
Estado de residencia, n (%)			
Ciudad de México	27 (93.1)	54 (87.1)	0.673
Estado de México	0 (0)	3 (4.8)	
Querétaro	1 (3.4)	3 (4.8)	
Morelos	1 (3.4)	1 (1.6)	
Otro	0 (0)	1 (1.6)	
Ingreso mensual, n (%)			
< 5,000 pesos	13 (44.8)	32 (51.6)	0.069
5,000 – 10,000 pesos	2 (6.9)	11 (17.7)	
10,000 – 15,000 pesos	8 (27.6)	15 (24.2)	
15,000 – 20,000 pesos	3 (10.3)	4 (6.5)	
≥ 20,000 pesos	3 (10.3)	0 (0)	

Nota: La comparación entre grupos se evaluó con las pruebas U de Mann-Whitney, chi cuadrada y exacta de Fisher. RIQ: rango intercuartil.

Comparación de características clínicas según el grado de funcionalidad familiar en pacientes con trastorno límite de la personalidad

Por otro lado, se evaluaron las diferencias clínicas entre ambos grupos de funcionalidad familiar. No obstante, solo se pudo identificar que las pacientes con funcionalidad familiar moderada/baja habían registrado más intentos de suicidio a comparación de aquellas con una funcionalidad familiar alta ($p=0.033$) (Tabla 3).

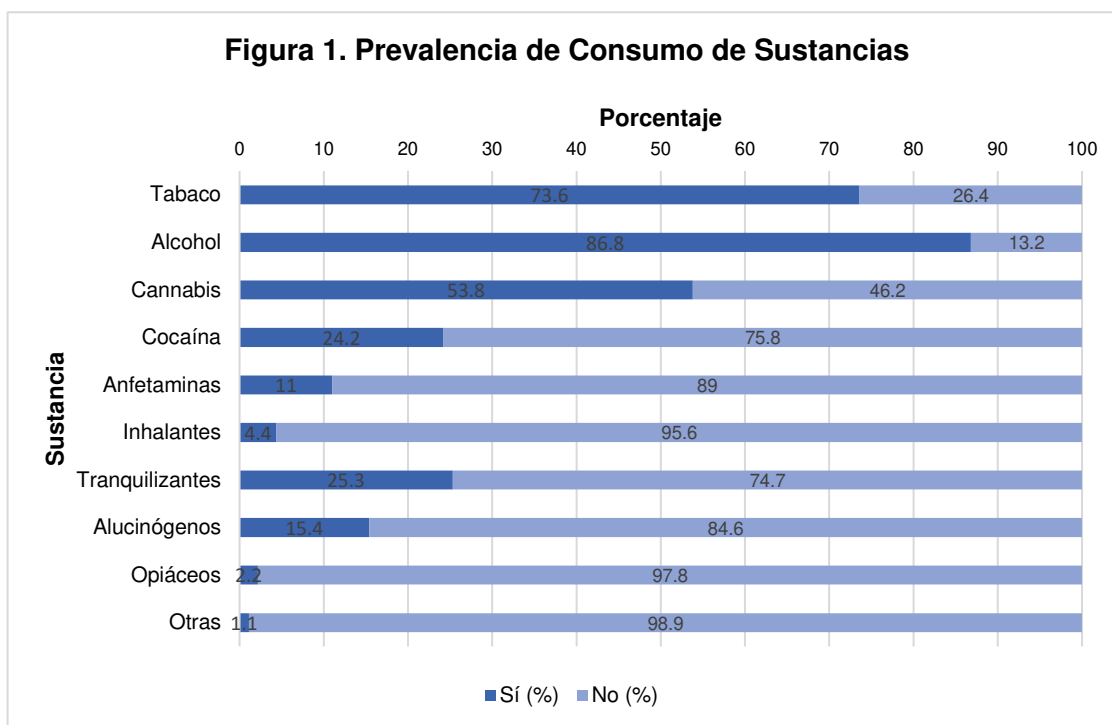
Tabla 3. Comparación de características clínicas entre pacientes con trastorno límite de la personalidad con diferente grado de funcionalidad familiar

Característica	Grado de funcionalidad familiar		Valor de p
	Alta <i>n</i> = 29	Moderada/ baja <i>n</i> = 62	
Años con diagnóstico de TLP, <i>mediana (RIQ)</i>	2 (1 – 14)	2 (0 – 19)	0.685
Diagnósticos psiquiátricos comórbidos, n (%)			
Trastornos depresivos	15 (51.7)	42 (67.7)	0.141
Trastornos de ansiedad	9 (31)	21 (33.9)	0.789
TEPT	6 (20.7)	11 (17.7)	0.737
Trastornos alimentarios	1 (3.4)	0 (0)	0.319
TDAH	6 (20.7)	5 (8.2)	0.165
Trastorno bipolar	0 (0)	0 (0)	-

Tratamiento farmacológico, n (%)			
Antidepresivos	26 (89.7)	56 (90.3)	1
Estabilizadores del ánimo	7 (24.1)	7 (11.3)	0.129
Ansiolíticos	13 (44.8)	34 (54.8)	0.373
Psicoestimulantes	3 (10.3)	2 (3.2)	0.165
Tratamiento psicoterapéutico, n (%)			
Ninguno	3 (10.3)	8 (12.9)	
TDC	1 (3.4)	6 (9.7)	0.818
TCC	16 (55.2)	28 (45.2)	
Psicodinámica	2 (6.9)	5 (8.1)	
Otra	7 (24.1)	15 (24.2)	
Consumo de sustancias a lo largo de la vida, n (%)			
Tabaco	21 (72.4)	46 (74.2)	0.858
Alcohol	24 (82.8)	55 (88.7)	0.511
Cannabis	14 (48.3)	35 (56.5)	0.466
Cocaína	6 (20.7)	16 (25.8)	0.595
Anfetaminas	1 (3.4)	9 (14.5)	0.160
Inhalantes	2 (6.9)	2 (3.2)	0.590
Tranquilizantes	4 (13.8)	19 (30.6)	0.085
Alucinógenos	3 (10.3)	11 (17.7)	0.535
Opiáceos	1 (3.4)	1 (1.6)	0.538
Otras	0 (0)	1 (1.6)	1
Número de hospitalizaciones previas, mediana (RIQ)	1 (0 – 8)	1 (0 – 35)	0.649
Número de conductas autolesivas en el último mes, mediana (RIQ)	1 (0 – 20)	1 (0 – 12)	0.925
Número de intentos de suicidio, mediana (RIQ)	1 (0 – 7)	2 (0 – 20)	0.033

Nota: La comparación entre grupos se evaluó con las pruebas U de Mann-Whitney, chi cuadrada y exacta de Fisher. RIQ: rango intercuartil; TLP: trastorno límite de la personalidad; TEPT: trastorno de estrés postraumático; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TDC: terapia dialéctica conductual; TCC: terapia cognitivo conductual.

En la muestra analizada (N = 91), la sustancia con mayor prevalencia de consumo a lo largo de la vida fue el alcohol, reportado por el 86.8 % de las participantes (n = 79; IC 95%: 78.7%–92.6%), seguido del tabaco con un 73.6 % (n = 67; IC 95%: 63.9%–81.8%) y el cannabis con un 53.8 % (n = 49; IC 95%: 43.6%–63.8%). Un cuarto de las encuestadas reportó haber consumido tranquilizantes con un 25.3 % (n = 23; IC 95%: 17.2%–34.9%) o cocaína, con un 24.2 % (n = 22; IC 95%: 16.3%–33.7%). El uso de otras sustancias fue menos frecuente: alucinógenos con el 15.4 % (n = 14; IC 95%: 9.1%–23.8%), anfetaminas con el 11.0 % (n = 10; IC 95%: 5.8%–18.6%), inhalantes con el 4.4 %; (n = 4; IC 95%: 1.5%–10.1%) y opiáceos con el 2.2 %; (n = 2; IC 95%: 0.5%–6.9%) y solo un 1.1 % reportó haber consumido alguna otra sustancia distinta a las mencionadas (n = 1; IC 95%: 0.1%–5.0%). Los resultados porcentuales se presentan en la figura 1.



Nota: Prevalencia del consumo de sustancias a lo largo de la vida entre las participantes del estudio. Se muestran los porcentajes de consumo para cada sustancia.

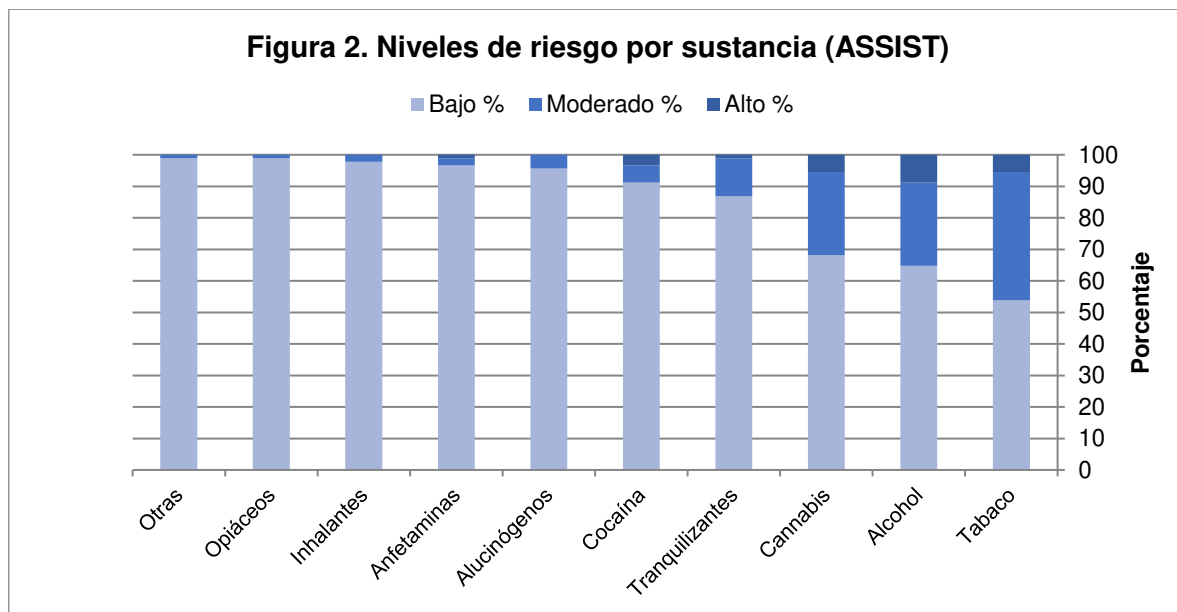
Con respecto al riesgo asociado al consumo de sustancias, el tabaco evidenció un patrón de uso importante: el 40.7% de los participantes se ubicó en un nivel de riesgo moderado y un 5.5% en riesgo alto. Para el alcohol, el 26.4% presentó un riesgo moderado y un 8.8% riesgo alto. En el caso del cannabis, el 26.4% se encontró en nivel moderado y el 5.5% en alto, siendo estas tres sustancias las que concentraron los mayores porcentajes de riesgo elevado. Por otra parte, sustancias como cocaína, anfetaminas, tranquilizantes y alucinógenos mostraron niveles de riesgo mayormente bajos, aunque con algunos casos aislados de riesgo moderado y alto. Por ejemplo, el 5.5% presentó un riesgo moderado y el 3.3% alto por consumo de cocaína; mientras que el 12.1% de los usuarios de tranquilizantes se ubicó en riesgo moderado y el 1.1% en riesgo alto. Finalmente, sustancias como inhalantes, opiáceos y otras drogas mostraron en su mayoría un riesgo bajo, con porcentajes mínimos en riesgo moderado (1.1–2.2%) y sin casos de riesgo alto.

Tabla 3. Niveles de riesgo asociados al consumo (bajo/moderado/alto según ASSIST):

Sustancia	Riesgo	n (%)
Tabaco	Bajo	49 (53.8%)
	Moderado	37 (40.7%)

Alcohol	Alto	5 (5.5%)
	Bajo	59 (64.8%)
	Moderado	24 (26.4%)
Cannabis	Alto	8 (8.8%)
	Bajo	66 (68.1%)
	Moderado	24 (26.4%)
Cocaína	Alto	5 (5.5%)
	Bajo	88 (96.7%)
	Moderado	3 (3.3%)
Anfetaminas	Alto	2 (2.2%)
	Bajo	89 (97.8%)
	Moderado	1 (1.1%)
Inhalantes	Alto	0 (0.0%)
	Bajo	79 (86.8%)
	Moderado	11 (12.1%)
Tranquilizantes	Alto	1 (1.1%)
	Bajo	87 (95.6%)
	Moderado	4 (4.4%)
Alucinógenos	Alto	0 (0.0%)
	Bajo	90 (98.9%)
	Moderado	1 (1.1%)
Opiáceos	Alto	0 (0.0%)
	Bajo	90 (98.9%)
	Moderado	1 (1.1%)
Otras	Alto	0 (0.0%)
	Bajo	1 (1.1%)
	Moderado	0 (0.0%)

Nota: Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes y los niveles de riesgo para cada sustancia. Los niveles de riesgo se clasifican como bajo, moderado o alto de acuerdo con los puntajes establecidos por el instrumento ASSIST. ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test..



Nota: Distribución porcentual de los niveles de riesgo para cada sustancia medidos mediante la escala ASSIST.

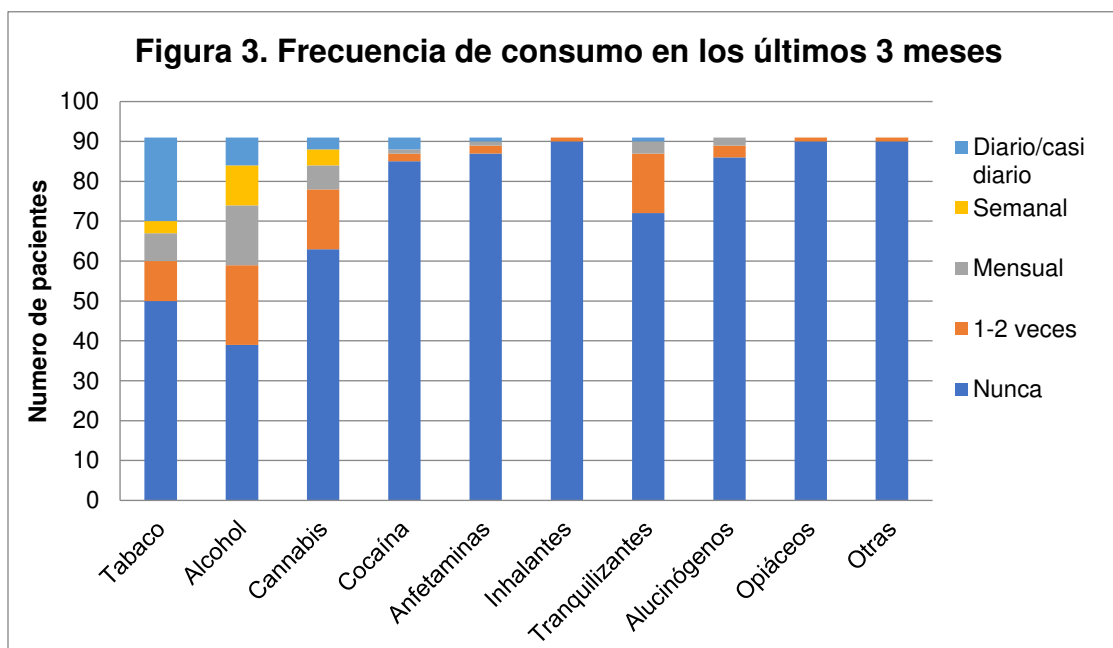
Con respecto al uso de sustancias de forma combinada, solo el 20.9% de los participantes (IC 95%: 13.5%–30.1%) reportó haber consumido dos o más sustancias de manera combinada a lo largo de su vida.

Tabla 4. Uso combinado de sustancias

		n (%)	LI (IC 95%)	LS (IC 95%)
Uso combinado	Si	19 (20.9%)	13.5%	30.1%
	No	72 (79.1%)	69.9%	86.5%
	Total	91(100.0%)		

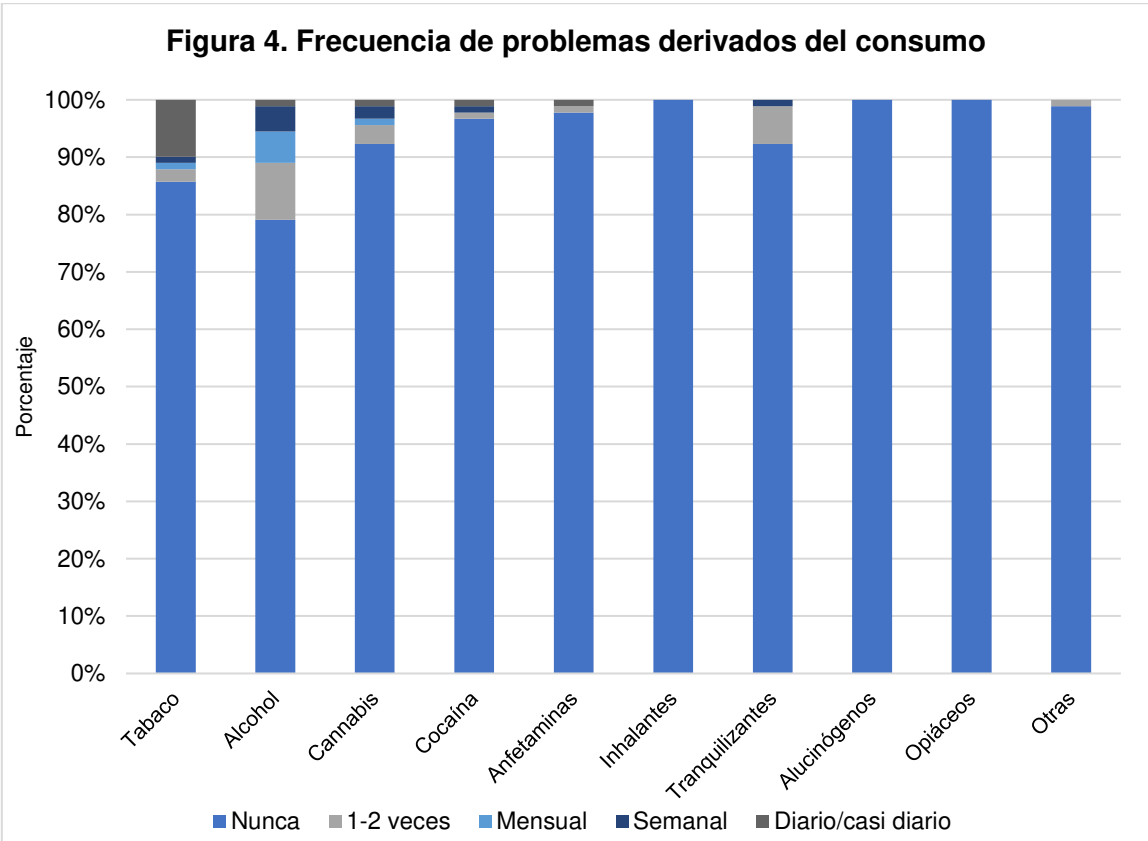
Nota: LI = Límite inferior; LS = Límite superior; IC = Intervalo de confianza.

De los últimos tres meses, la sustancia con uso más frecuente fue el tabaco, ya que el 23.1% de los participantes reportaron consumo diario o casi diario, y el 3.3% con consumo semanal. El alcohol fue la segunda sustancia más reportada: el 29.7% lo consumió una o dos veces, el 16.5% con frecuencia mensual, y el 12.1% de forma semanal o diaria. En cuanto al cannabis, el 30.8% reportó algún grado de consumo reciente, con un 4.4% consumiéndolo diariamente o casi diariamente. Para otras sustancias como cocaína, amfetaminas, inhalantes, tranquilizantes y alucinógenos, el consumo reciente fue bajo pero presente, con algunos casos de uso semanal o diario, principalmente en tranquilizantes (3.3% diario/casi diario). Cabe destacar que no se reportó consumo reciente de opiáceos, y solo un caso aislado de uso semanal de otras sustancias. (Figura 3)



Nota: Frecuencia de consumo autoreportada en los últimos tres meses para cada sustancia según la escala ASSIST.

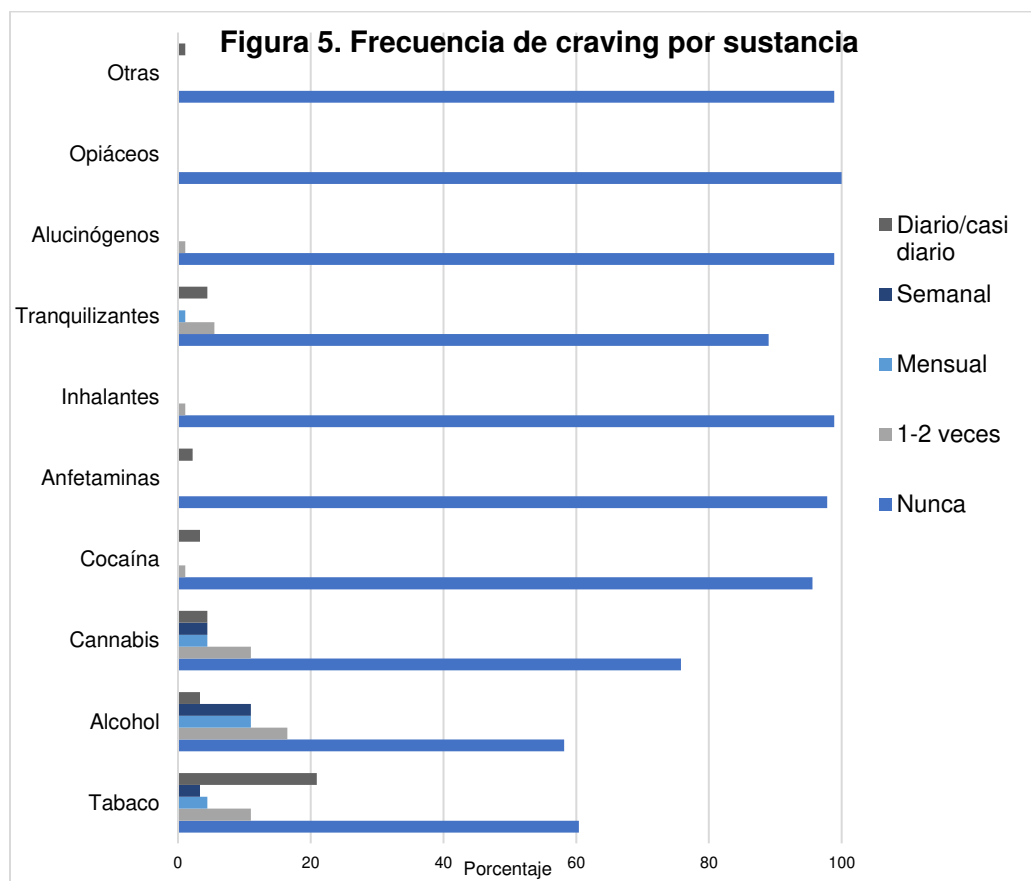
En general, la mayoría de los participantes no reportó haber tenido problemas derivados del consumo de sustancias en los últimos tres meses (Figura 4). Es importante señalar que el tabaco fue la sustancia más frecuentemente asociada con consecuencias negativas: un 9.9% indicó haber tenido problemas de forma diaria o casi diaria, mientras que otro 4.4% lo reportó en menor frecuencia. En el caso del alcohol, el 20.9% de los encuestados experimentó problemas relacionados con su consumo, en distintos niveles de frecuencia. Para el cannabis, el 7.7% manifestó haber tenido problemas, y en menor medida lo hicieron los consumidores de cocaína (3.3%), anfetaminas (2.2%) y tranquilizantes (7.7%). Las sustancias como inhalantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas no fueron señaladas como causantes de problemas recientes en ningún caso (Figura 4).



Nota: Distribución porcentual de la frecuencia de problemas derivados del consumo reportada para cada sustancia según la escala ASSIST.

El tabaco fue la sustancia que generó mayor frecuencia de craving entre los participantes, con un 20.9% de pacientes con ansias diarias o casi diarias de consumo, y otro 11% de forma ocasional (1–2 veces en tres meses). En total, el 39.6% de la muestra experimentó algún grado de deseo por consumir tabaco recientemente. En el caso del alcohol, el craving también fue relevante: el 3.3% lo presentó de forma diaria o casi diaria, mientras que un

38.5% lo reportó con menor frecuencia (semanal, mensual o esporádica). El cannabis mostró niveles de deseo menores, aunque el 24.2% de los encuestados manifestó algún grado de craving. En comparación, sustancias como cocaína (3.3%), anfetaminas (2.2%) y tranquilizantes (11%) también registraron reportes de deseo intenso, aunque en porcentajes más bajos. Por otra parte, no se observaron casos de craving para opiáceos y prácticamente ninguno para inhalantes, alucinógenos y otras sustancias, salvo casos aislados. En la figura 5 se muestran las frecuencias de craving para cada sustancia.



Nota: Distribución porcentual de la frecuencia de craving reportada para cada sustancia según la escala ASSIST.

La gran mayoría de los participantes (91.2%; IC 95%: 84.1%–95.8%) no ha recibido ningún tipo de tratamiento para lograr la abstinencia de sustancias. Solo un pequeño porcentaje ha accedido a intervenciones terapéuticas, siendo las más reportadas la psicoterapia individual (3.3%), la participación en grupos de ayuda mutua (2.2%), la atención en centros de rehabilitación (2.2%) y, en menor medida, el tratamiento farmacológico (1.1%).

Tabla 5. Tratamientos previos para abstinencia

	n (%)	LI (IC 95%)	LS (IC 95%)
No	83 (91.2)	84.1%	95.8%
Farmacológico	1 (1.1)	0.1%	5.0%
Psicoterapéutico	3 (3.3)	0.9%	8.5%
Grupo de ayuda	2 (2.2)	0.5%	6.9%
Centro de rehabilitación	2 (2.2)	0.5%	6.9%
Total	91(100.0)		

Nota: n = frecuencia absoluta; % = porcentaje. IC 95% = intervalo de confianza al 95 %. Datos sobre tratamientos previos para la abstinencia reportados por las participantes.

El consumo de sustancias por vía inyectable fue poco frecuente en la muestra: solo el 2.2% de los participantes (IC 95%: 0.5%–6.9%) reportó haber utilizado esta vía de administración alguna vez en su vida. El 97.8% indicó no haberla utilizado nunca.

Correlación de puntaje ASSIST de uso de cada y el puntaje de APGAR familiar

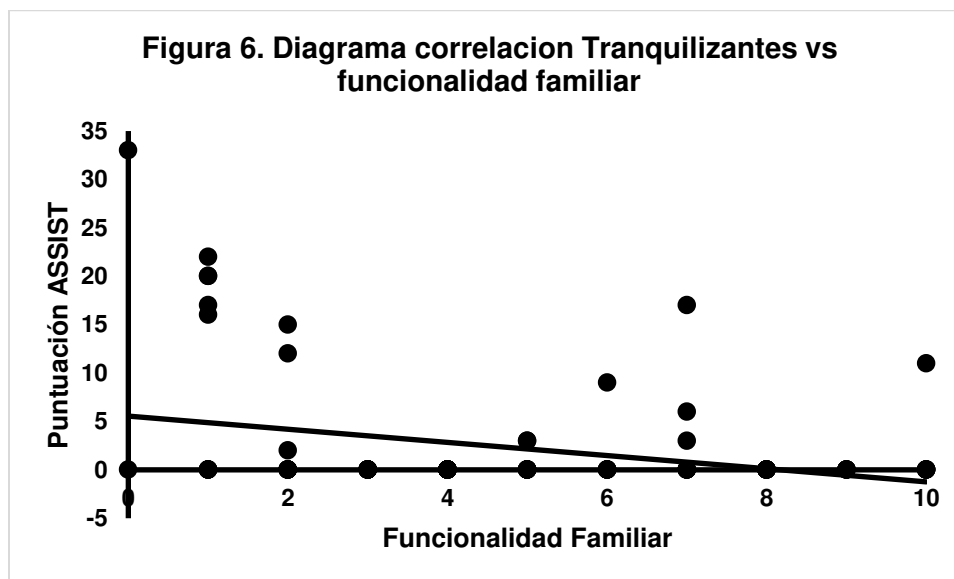
Tabla 6. Correlación de Spearman entre puntajes ASSIST y APGAR familiar

Sustancia (puntaje ASSIST)	Coefficiente de correlación	p (bilateral)
Tabaco suma	0.011	0.918
Alcohol suma	0.034	0.749
Cannabis suma	0.059	0.576
Cocaína suma	0.089	0.403
Anfetaminas suma	0.010	0.927
Inhalantes suma	0.177	0.094
Tranquilizantes suma	-0.233	0.027*
Alucinógenos suma	0.190	0.071
Opiáceos suma	0.026	0.805
Otras suma	-0.007	0.950

Nota. Correlaciones de Spearman (bilateral) entre el puntaje APGAR (funcionalidad familiar) y los puntajes por sustancia del ASSIST. N = 91 ρ = coeficiente de Spearman. Criterios de significancia: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. ASSIST = Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; APGAR = índice de funcionalidad familiar.

Las correlaciones evaluadas entre las puntuaciones del ASSIST para las diferentes sustancias y la funcionalidad familiar (APGAR) se muestran en la tabla x. En la muestra total (N=91) las correlaciones de Spearman, en lo general, no demostraron correlaciones significativas entre APGAR y los puntajes de consumo de la mayoría de las sustancias. Con excepción de la única relación estadísticamente significativa que se observó para

Tranquilizantes, con una relación negativa débil, $\rho(89) = -.233$, $p = .027$, como se muestra en la figura 6. Esto sugiere que, a mayor puntaje de consumo de tranquilizantes, menor funcionalidad familiar (APGAR). El resto de las sustancias presentó coeficientes cercanos a cero y valores de $p > .05$, lo que indica ausencia de relación monotónica relevante entre la funcionalidad familiar y los puntajes del ASSIST.



Nota: Diagrama de dispersión correlación entre puntaje ASSIST de tranquilizantes y puntaje funcionalidad familiar (APGAR).

Comparación de uso de sustancias a lo largo de la vida según las características sociodemográficas de las participantes

Tabla 7. Uso de sustancias (vida) según grupos de edad

Sustancia (vida)	18–25 años n (%)	26–35 años n (%)	36–45 años n (%)	≥46 años n (%)	Total Sí	Total No	$\chi^2 /$ Fisher
Tabaco	34 (37.4%)	27 (29.7%)	5 (5.5%)	1 (1.1%)	67(73.3%)	24(26.4%)	0.538 ^a
Alcohol	46 (50.5%)	27 (29.7%)	5 (5.5%)	1 (1.1%)	79(86.8%)	12(13.2%)	0.236 ^a
Cannabis	28 (30.8%)	20 (22.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	49(53.8%)	42(46.2%)	0.010 ^a
Cocaína	15 (16.5%)	6 (6.6%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	22 (24.2%)	69(75.8%)	0.076 ^a
Anfetaminas	7 (7.7%)	3 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (11.0%)	81(89.0%)	0.710 ^a

Inhalantes	3 (3.3%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (4.4%)	87(95.6%)	1.000 ^a
Tranquilizantes	11 (12.1%)	11 (12.1%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	23 (25.3%)	68(74.7%)	0.594 ^a
Alucinógenos	11 (12.1%)	3 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14 (15.4%)	77 (84.6%)	0.314 ^a
Opiáceos	2 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (2.2%)	89 (97.8%)	0.597 ^a
Otros	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	90(98.9%)	0.451 ^a

Nota. Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes con consumo de sustancia por grupos de edad. Se utilizó χ^2 de Pearson cuando $\leq 25\%$ de celdas esperadas tuvieron recuentos < 5 ; cuando este supuesto no se cumplió (indicado con superíndice a), se reportó la prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton (p bilateral). n (%) = frecuencia (porcentaje del total). Criterios de significancia: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Se determinó la asociación entre los grupos de edad (18 a 25 años, 26 a 35 años, 36 a 45 años y ≥ 46 años) y el consumo a lo largo de la vida de cada sustancia. De forma general no se identificaron diferencias significativas en la proporción de consumo entre los diferentes grupos etarios para la mayoría de las sustancias (todas p > .05; pruebas de Fisher Freeman Halton).

La única asociación significativa sucedió entre edad y consumo de cannabis a lo largo de la vida (prueba exacta de Fisher, p = .010). El consumo fue más frecuente en el grupo de 18 a 25 años y 26 a 35 años, y prácticamente ausente en los grupos de mayor edad. Los datos completos se presentan en la Tabla 7.

Tabla 8. Uso de sustancias (vida) según estado civil

Sustancia (vida)	Soltera n (%)	Casada n (%)	Unión libre n (%)	Separada n (%)	Total Sí	Total No	χ^2 / Fisher
Tabaco	55 (60.4%)	3 (3.3%)	7 (7.7%)	2 (2.2%)	67 (73.3%)	24 (26.4%)	0.453 ^a
Alcohol	65 (71.4%)	4 (4.4%)	8 (8.8%)	2 (2.2%)	79 (86.8%)	12 (13.2%)	0.343 ^a
Cannabis	43 (47.3%)	2 (2.2%)	3 (3.3%)	1 (1.1%)	49 (53.8%)	42 (46.2%)	0.496 ^a
Cocaína	21 (23.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	22 (24.2%)	69 (75.8%)	0.112 ^a

Anfetaminas	9 (9.9%)	0 (3.3%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	10 (11.0%)	81 (89.0%)	1.000 ^a
Inhalantes	3 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	4 (4.4%)	87 (95.6%)	0.054 ^a
Tranquilizantes	18 (19.8%)	1 (1.1%)	4 (4.4%)	0 (0.0%)	23 (25.3%)	68 (74.7%)	0.357 ^a
Alucinógenos	13 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	14 (15.4%)	77 (84.6%)	0.883 ^a
Opiáceos	2 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (2.2%)	89 (97.8%)	1.000 ^a
Otros	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	90 (98.9%)	0.088 ^a

Nota. Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes con consumo "vida" de cada sustancia según estado civil. Se utilizó χ^2 de Pearson cuando $\leq 25\%$ de las celdas tuvieron recuentos esperados < 5 y ningún recuento esperado < 1 ; cuando este supuesto no se cumplió (indicado con superíndice a), se reportó la prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton (p bilateral). Criterios de significancia: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Al evaluar la asociación entre el estado civil y el consumo a lo largo de la vida de cada sustancia. No existieron diferencias significativas en la proporción de consumo para tabaco (p=.453a), alcohol (p=.343a), cannabis (p=.496a), cocaína (p=.112a), anfetaminas (p=1.000a), inhalantes (p=.055a), tranquilizantes (p=.357a), alucinógenos (p=.883a), opiáceos (p=1.000a) ni para la categoría "otras" sustancias (p=.088a). Los datos se muestran en la Tabla 8.

Tabla 9. Uso de sustancias (vida) según escolaridad

Sustancia (vida)	Primaria n (%)	Secundaria n (%)	Bachillerato n (%)	Licenciatura n (%)	Posgrado n (%)	Total Sí	Total No	χ^2 / Fisher
Tabaco	3(3.2%)	4 (4.4%)	31 (34.1%)	28 (30.8%)	1 (1.1%)	67 (73.3%)	24 (26.4%)	0.828 ^a
Alcohol	3(3.3%)	5 (5.5%)	37 (40.7%)	33 (36.3%)	1 (1.1%)	79 (86.8%)	12 (13.2%)	0.837 ^a
Cannabis	2(2.2%)	3 (3.3%)	24 (26.4%)	20 (22.0%)	0 (0.0%)	49 (53.8%)	42 (46.2%)	0.976 ^a
Cocaína	0(0.0%)	1 (1.1%)	12 (13.2%)	9 (9.9%)	0 (0.0%)	22 (24.2%)	69 (75.8%)	0.953 ^a
Anfetaminas	0(0.0%)	0 (0.0%)	8 (8.8%)	2 (2.2%)	0 (0.0%)	10 (11.0%)	81 (89.0%)	0.335 ^a

Inhalantes	0(0.0%)	1 (1.1%)	2 (2.2%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	4 (4.4%)	87 (95.6%)	0.453 ^a
Tranquilizantes	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (14.3%)	10 (11.0%)	0 (0.0%)	23 (25.3%)	68 (74.7%)	0.611 ^a
Alucinógenos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (8.8%)	6 (6.6%)	0 (0.0%)	14 (15.4%)	77 (84.6%)	0.866 ^a
Opiáceos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	2 (2.2%)	89 (97.8%)	1.000 ^a
Otros	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	90 (98.9%)	0.516 ^a

Nota. Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes con consumo “vida” de cada sustancia según escolaridad. Se utilizó χ^2 de Pearson cuando $\leq 25\%$ de las celdas tuvieron recuentos esperados < 5 y ningún recuento esperado < 1 ; cuando este supuesto no se cumplió (indicado con superíndice a), se reportó la prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton (p bilateral). Criterios de significancia: *p $< .05$, ** p $< .01$, *** p $< .001$.

No existieron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de consumo de las sustancias evaluadas a lo largo de la vida entre los distintos grados de escolaridad (todas las comparaciones con prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton, p $\geq .335$) (Tabla 9).

Tabla 10. Uso de sustancias (vida) según ocupación

Sustancia (vida)	Empleada n (%)	Desempleada n (%)	Ama de casa n (%)	Estudiante n (%)	Otro n (%)	Total Sí	Total No	χ^2 / Fisher
Tabaco	37(40.7%)	7 (7.7%)	1 (1.1%)	22 (24.2%)	0 (0.0%)	67 (73.6%)	24 (26.4%)	0.075 ^a
Alcohol	39(42.9%)	8 (8.8%)	1 (1.1%)	30 (33.0%)	1 (1.1%)	79 (86.8%)	12 (13.2%)	0.220 ^a
Cannabis	23(25.3%)	6 (6.6%)	0 (0.0%)	19 (20.9%)	1 (1.1%)	49 (53.8%)	42 (46.2%)	0.642 ^a
Cocaína	8(8.8%)	6 (6.6%)	0 (0.0%)	8 (8.8%)	0 (0.0%)	22 (24.2%)	69 (75.8%)	0.131 ^a

Anfetaminas	5(5.5%)	2 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (3.3%)	0 (0.0%)	10 (11.0%)	81 (89.0%)	0.803 ^a
Inhalantes	3(3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	4 (4.4%)	87 (95.6%)	0.813 ^a
Tranquilizantes	12 (13.2%)	3 (3.3%)	0 (0.0%)	7 (7.7%)	1 (1.1%)	23 (25.3%)	68 (74.7%)	0.480 ^a
Alucinógenos	5 (5.5%)	3 (3.3%)	0 (0.0%)	6 (6.6%)	0 (0.0%)	14 (15.4%)	77 (84.6%)	0.615 ^a
Opiáceos	1 (1.1%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (2.2%)	89 (97.8%)	0.285 ^a
Otros	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	90 (98.9%)	1.000 ^a

Nota. Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes con consumo “vida” de cada sustancia según ocupación. Se utilizó χ^2 de Pearson cuando $\leq 25\%$ de las celdas tuvieron recuentos esperados < 5 y ningún recuento esperado < 1 ; cuando este supuesto no se cumplió (indicado con superíndice a), se reportó la prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton (p bilateral). Criterios de significancia: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de consumo de ninguna de las sustancias evaluadas a lo largo de la vida según la ocupación (pruebas exactas de Fisher–Freeman–Halton con $p \geq .075$). El consumo de trabajo mostro la p más baja ($p = .075$), sin alcanzar el umbral de significancia (Tabla 10).

Tabla 11. Uso de sustancias (vida) según religión

Sustancia (vida)	Católica n (%)	Cristiano n (%)	Ateón (%)	Agnósticon (%)	Sin religión n (%)	Otra n (%)	Total Sí	Total No	$\chi^2 /$ Fisher
Tabaco	45(49.5%)	4 (4.4%)	4 (4.4%)	3 (3.3%)	10 (11.0%)	1 (1.1%)	67 (73.6%)	24 (26.4%)	0.469 ^a
Alcohol	50(54.9%)	4 (4.4%)	5 (5.5%)	4 (4.4%)	15 (16.5%)	1 (1.1%)	79 (86.8%)	12 (13.2%)	0.299 ^a
Cannabis	34(37.4%)	2 (2.2%)	3 (3.3%)	2 (2.2%)	8 (8.8%)	0 (0.0%)	49 (53.8%)	42 (46.2%)	0.527 ^a

Cocaína	14(15.4%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	6 (6.6%)	0 (0.0%)	22 (24.2%)	69 (75.8%)	0.754 ^a
Anfetaminas	6(6.6%)	0(0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	3 (3.3%)	0 (0.0%)	10 (11.0%)	81 (89.0%)	0.642 ^a
Inhalantes	3(3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	4 (4.4%)	87 (95.6%)	1.000 ^a
Tranquilizantes	13(14.3%)	1 (1.1%)	1(1.1%)	0 (0.0%)	7 (7.7%)	1 (1.1%)	23 (25.3%)	68 (74.7%)	0.441 ^a
Alucinógenos	8 (8.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	5 (5.5%)	0 (0.0%)	14 (15.4%)	77 (84.6%)	0.414 ^a
Opiáceos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2(2.2%)	0 (0.0%)	2 (2.2%)	89 (97.8%)	0.165 ^a
Otros	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	90 (98.9%)	0.505 ^a

Nota. Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes con consumo “vida” de cada sustancia según religión. Se utilizó χ^2 de Pearson cuando $\leq 25\%$ de las celdas tuvieron recuentos esperados < 5 y ningún recuento esperado < 1 ; cuando este supuesto no se cumplió (indicado con superíndice a), se reportó la prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton (p bilateral). Criterios de significancia: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001. < .001***.

No existieron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de consumo de sustancias a lo largo de la vida entre los distintos grupos religiosos (todas las pruebas exactas de Fisher–Freeman–Halton con $p \geq .165$). El p más bajo correspondió a opiáceos ($p = .165$), sin alcanzar significancia (Tabla 11).

Tabla 12. Uso de sustancias (vida) según estado de residencia

Sustancia (vida)	CDMX n (%)	EdoMex n (%)	Querétaro n (%)	Morelos n (%)	Otro n (%)	Total Sí	Total No	$\chi^2 /$ Fisher
Tabaco	60(65.9%)	2 (2.42)	3 (3.3%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	67 (73.6%)	24 (26.4%)	0.861 ^a
Alcohol	70(76.9%)	3 (3.3%)	4 (4.4%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	79 (86.8%)	12 (13.2%)	0.507 ^a
Cannabis	42(46.2%)	3 (3.3%)	3 (3.3%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	49 (53.8%)	42 (46.2%)	0.348 ^a
Cocaína	19(20.9%)	0(0.0%)	2 (2.2%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	22 (24.2%)	69 (75.8%)	0.442 ^a

Anfetaminas	8(8.8%)	0(0.0%)	2 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (11.0%)	81 (89.0%)	0.202 ^a
Inhalantes	4 (4.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (4.4%)	87 (95.6%)	1.000 ^a
Tranquilizantes	22(24.2%)	0 (0.0%)	1(1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	23 (25.3%)	68 (74.7%)	0.922 ^a
Alucinógenos	12 (13.2%)	0 (0.0%)	2 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14 (15.4%)	77 (84.6%)	0.381 ^a
Opiáceos	2 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0(0.0%)	2 (2.2%)	89 (97.8%)	1.000 ^a
Otros	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	90 (98.9%)	0.066 ^a

Nota. Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes con consumo “vida” de cada sustancia según estado de residencia. Se utilizó χ^2 de Pearson cuando $\leq 25\%$ de las celdas tuvieron recuentos esperados < 5 y ningún recuento esperado < 1 ; cuando este supuesto no se cumplió (indicado con superíndice a), se reportó la prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton (p bilateral). Criterios de significancia: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001. < .001***.

Al evaluar la prevalencia de consumo de ninguna sustancia a lo largo de la vida entre los distintos estados de residencia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (todas las pruebas exactas de Fisher–Freeman–Halton con $p \geq .066$) (Tabla 12).

Tabla 13. Uso de sustancias (vida) según ingreso mensual

Sustancia (vida)	<5k n (%)	5-10k n (%)	10-15k n (%)	15-20k n (%)	20k o más n (%)	Total Sí	Total No	χ^2 / Fisher
Tabaco	30(33.0%)	8 (8.8%)	20 (22.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	67 (73.6%)	24 (26.4%)	0.236 ^a
Alcohol	38(41.8%)	12 (13.%)	21 (23.1%)	5 (5.5%)	3 (3.3%)	79 (86.8%)	12 (13.2%)	0.630 ^a
Cannabis	25(27.5%)	8 (8.8%)	12 (13.2%)	2 (2.2%)	2 (2.2%)	49 (53.8%)	42 (46.2%)	0.670 ^a
Cocaína	13(14.3%)	3(3.3%)	4 (4.4%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	22 (24.2%)	69 (75.8%)	0.778 ^a
Anfetaminas	4(4.4%)	2(2.2%)	2 (2.2%)	1(1.1%)	1 (1.1%)	10 (11.0%)	81 (89.0%)	0.471 ^a
Inhalantes	2 (2.2%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	4 (4.4%)	87 (95.6%)	0.604 ^a
Tranquilizantes	11(12.1%)	3 (3.3%)	6(6.6%)	2 (2.2%)	1 (1.1%)	23 (25.3%)	68 (74.7%)	1.000 ^a

Alucinógenos	7 (7.7%)	3 (3.3%)	2 (2.2%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	14 (15.4%)	77 (84.6%)	0.570 ^a
Opiáceos	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0(0.0%)	2 (2.2%)	89 (97.8%)	0.363 ^a
Otros	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	90 (98.9%)	0.505 ^a

Nota. Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes con consumo “vida” de cada sustancia según ingreso mensual. Se utilizó χ^2 de Pearson cuando $\leq 25\%$ de las celdas tuvieron recuentos esperados < 5 y ningún recuento esperado < 1 ; cuando este supuesto no se cumplió (indicado con superíndice a), se reportó la prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton (p bilateral). Criterios de significancia: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001. < .001***.

No se encontraron diferencias relevantes en la prevalencia de consumo de sustancias a lo largo de la vida, entre los diferentes niveles de ingreso mensual (todas las pruebas exactas de Fisher–Freeman–Halton con $p \geq .236$). El p más bajo correspondió a tabaco ($p = .236$), sin alcanzar significancia (Tabla 13).

Tabla 14. Uso de sustancias (vida) según cohabitación

Sustancia (vida)	Vive sola n (%)	Vive acompañada n (%)	Total Sí	Total No	χ^2 / Fisher
Tabaco	3(3.3%)	64 (70.3%)	67 (73.6%)	24 (26.4%)	0.563 ^a
Alcohol	2(2.2%)	77 (84.6%)	79 (86.8%)	12 (13.2%)	0.349a
Cannabis	2(2.2%)	47 (51.6%)	49 (53.8%)	42 (46.2%)	1.000 ^a
Cocaína	0(0.0%)	22(24.2%)	22 (24.2%)	69 (75.8%)	1.000 ^a
Anfetaminas	0(0.0%)	10(11.0%)	10 (11.0%)	81 (89.0%)	1.000 ^a
Inhalantes	0 (0.0%)	4 (4.4%)	4 (4.4%)	87 (95.6%)	1.000 ^a
Tranquilizantes	0 (0.0%)	23 (25.3%)	23 (25.3%)	68 (74.7%)	0.5669 a
Alucinógenos	0 (0.0%)	14 (15.4%)	14 (15.4%)	77 (84.6%)	1.000 ^a
Opiáceos	0 (0.0%)	2 (2.2%)	2 (2.2%)	89 (97.8%)	1.000 ^a
Otros	0 (0.0%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	90 (98.9%)	1.000 ^a

Nota. Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de participantes con consumo “vida” de cada sustancia según ingreso mensual. Se utilizó χ^2 de Pearson cuando $\leq 25\%$ de las celdas tuvieron recuentos esperados < 5 y ningún recuento esperado < 1 ; cuando este supuesto no se cumplió (indicado con superíndice a), se reportó la prueba exacta de Fisher–Freeman–Halton (p bilateral). Criterios de significancia: *p < .05, ** p < .01, *** p < .001. < .001***.

Al respecto de la asociación entre la prevalencia del consumo de sustancias a lo largo de la vida y la cohabitación no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas (todas las pruebas exactas de Fisher con $p \geq .349$). El p más bajo correspondió al alcohol ($p = .349$), seguido de tabaco ($p = .563$) y tranquilizantes ($p = .567$), sin embargo, ninguno de estos alcanzó significancia (Tabla 14).

14. DISCUSIÓN

El presente estudio confirma con solidez la hipótesis central planteada en esta investigación: las mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) muestran una prevalencia elevada de consumo de sustancias psicoactivas, especialmente de aquellas de acceso legal.

El patrón de prevalencia demuestra, que el uso de sustancias lícitas opera de forma casi endémica en las pacientes con TLP, actuando posiblemente como un intento casi universal de regulación emocional frente a la intensa disfunción límbica y la baja tolerancia al estrés.

En la población se observó que la mayoría de las participantes eran jóvenes adultas, con una mediana de edad de 25 años, predominantemente solteras. En términos educativos la mayor parte contaba con escolaridad media o superior, existiendo un contraste con su situación laboral, en donde una proporción importante se encontraba desempleada, lo que puede reflejar dificultades en la integración social y funcional asociadas al diagnóstico de TLP. La mayoría de las participantes vivían acompañadas, son procedentes de la Ciudad de México y de religión católica. Estos hallazgos nos permiten esbozar un perfil general de pacientes jóvenes, con cierto nivel educativo pero en contextos de vulnerabilidad económica y familiar, lo cual puede influir en su evolución clínica y respuesta al tratamiento.

Con respecto a la relación que se encontró entre la funcionalidad familiar moderada o baja con un mayor número de intentos de suicidio ($p = 0.033$), podemos subrayar la importancia del contexto familiar como un factor protector o de riesgo en la conducta suicida dentro de la población con diagnóstico de TLP. Dicha información es concordante con estudios previos que señalan la asociación entre la disfunción familiar con mayor presentación de impulsividad y conductas autolesivas [50].

La correlación negativa observada entre el consumo de tranquilizantes y la funcionalidad familiar (correlación negativa débil, $r = -.233$, $p = .027$), indica que el incremento en el riesgo asociado al uso de tranquilizantes se relaciona con una disminución en los niveles de funcionalidad familiar. La literatura previa ha señalado una fuerte asociación entre el uso de psicofármacos no prescritos y la disfunción en las dinámicas familiares, particularmente en contextos de regulación emocional disfuncional [51].

Al examinar la prevalencia de uso de por vida, encontramos hallazgos importantes, se reportó que el 86.8 % presentó consumo de alcohol y el 73.6 % consumo de tabaco. Cifras que superan ampliamente el umbral del 60 % planteado en la hipótesis.

En nuestra muestra (n = 91), adicionalmente al alcohol y el tabaco, existieron otras sustancias con prevalencia relevante como el cannabis con 53.8%, los tranquilizantes con 25.3% y la cocaína con 24.2%. El consumo de otras sustancias fue menor: alucinógenos (15.4%), anfetaminas (11.0%), inhalantes (4.4%), opiáceos (2.2%) y otras sustancias no especificadas (1.1%).

Estudios previos como el de Carpenter [1] reportaron una frecuencia de TUS de 63 % para alcohol y un 31 % para cannabis en pacientes con TLP, utilizando criterios diagnósticos categoriales. En comparación, nuestro estudio encontró cifras aún mayores (86.8 % vs. 63 %), lo cual puede explicarse tanto por la naturaleza clínico-hospitalaria de nuestra población como por el enfoque dimensional mediante el uso de la escala ASSIST, que capta el “uso de por vida” con un umbral más sensible de registro y los niveles de riesgo sin requerir un diagnóstico formal. Dicha diferencia metodológica puede conducir a estimaciones más amplias de prevalencia, ya que capta patrones subclínicos y de riesgo que podrían no cumplir los criterios diagnósticos tradicionales.

En el análisis de los niveles de riesgo asociados al consumo de las diferentes sustancias, es importante resaltar que pese a que la mayoría de las participantes ha tenido contacto con diversas sustancias, los niveles de riesgo alto son poco frecuentes, lo que propone un perfil general de consumo no dependiente.

El tabaco presentó el perfil de riesgo más elevado: un 46.2 % de las participantes se ubicó en riesgo moderado (40.7 %) o alto (5.5 %), sumando un 46.2 % con algún grado de riesgo significativo. Le siguieron el alcohol con 35.2 % (26.4 % moderado, 8.8 % alto) y el cannabis con 31.9 % (26.4 % moderado, 5.5 % alto), siendo estas tres sustancias de acceso más frecuente las principales fuentes de riesgo significativo.

En contraste, sustancias como la cocaína mostraron una menor presencia de riesgo: el 91.2 % permaneció en riesgo bajo, con 5.5 % en moderado y 3.3 % en alto. Las anfetaminas, tranquilizantes, alucinógenos, inhalantes, opiáceos y otras sustancias reflejaron un perfil aún más bajo, con más del 85 % de las usuarias en riesgo bajo y menos del 12 % en riesgo moderado o alto. En particular, para opiáceos y otras sustancias no especificadas, el 98.9 % se mantuvo en riesgo bajo, sin casos registrados de riesgo alto.

Este perfil general sugiere que, si bien el consumo está presente, la mayoría de las participantes aún no desarrollan patrones compatibles con dependencia severa. Esta observación puede interpretarse a la luz del modelo de automedicación en el TLP, el cual plantea que las pacientes tienden a utilizar sustancias de manera esporádica o situacional como una estrategia para aliviar el malestar emocional agudo, más que de forma sistemática o crónica. En este sentido, un riesgo bajo puede reflejar un patrón de uso impulsivo, vinculado a intentos de regulación emocional ante estados afectivos intensos, en lugar de una dependencia consolidada.

Bajo una perspectiva clínica, la identificación de este patrón de alto contacto, pero bajo riesgo en la mayoría de las participantes, nos permite orientar la conducta clínica hacia la realización de intervenciones breves y motivacionales que tengan la finalidad de prevenir la progresión hacia formas de consumo más graves.

El 20.9 % de las mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) reportó haber consumido dos o más sustancias de manera combinada a lo largo de su vida (IC 95%: 13.5%–30.1%), lo que evidencia la existencia de un subgrupo clínico de alto riesgo dentro de la muestra. El consumo de múltiples sustancias puede explicarse como un intento para la regulación de afectos extremos mediante reforzadores inmediatos de distinta índole.

Por mencionar un ejemplo, quien consume alcohol con la finalidad de experimentar un alivio rápido de la ansiedad puede consecuentemente añadir el consumo de cannabis para modular efectos secundarios (“craving” o insomnio), conformándose así un ciclo de sinergias farmacológicas que refuerza el policonsumo [1]. Estudios previos en poblaciones clínicas con TLP. Se han reportado tasas de policonsumo que oscilan entre el 15 % y el 30 % [52]. El hallazgo del 20.9 % en esta muestra se sitúa dentro de ese rango.

El policonsumo incrementa exponencialmente el riesgo de sobredosis, reacciones adversas y complicaciones médicas, y se ha asociado a una mayor frecuencia de ideación suicida y autolesiones en pacientes con TLP [13].

En la práctica clínica, este hallazgo enfatiza la necesidad de diseñar programas que aborden los riesgos del consumo combinado de sustancias, particularmente aquellas de fácil acceso como el alcohol y el tabaco, que con frecuencia actúan como puerta de entrada a combinaciones más peligrosas.

Los datos sobre la frecuencia de consumo en los últimos tres meses revelan una concentración significativa en sustancias de acceso legal y alta disponibilidad como el

tabaco, el alcohol y el cannabis, mientras que el uso reciente de sustancias ilícitas fue escaso.

El tabaco fue consumido de forma diaria o casi diaria por el 23.1 % de las participantes, mientras que un 45.1 % reportó algún grado de consumo reciente. Le siguió el alcohol, con una prevalencia total del 58.3 % en diferentes frecuencias, y el cannabis, con 30.8 %. Estos datos evidencian patrones de uso sostenido en un subgrupo clínicamente relevante.

En mujeres con TLP, el consumo persistente de sustancias como el tabaco y el alcohol puede entenderse como una forma de control dentro de escenarios estructuralmente limitados, donde las sustancias podrían tener múltiples funciones: alivio, pertenencia, contención o protesta. La baja frecuencia de consumo de otras sustancias, refuerza la idea de que el consumo de sustancias en esta población se concentra en aquellas que son más accesibles, menos estigmatizadas y de efectos conocidos. Pese a esto los hallazgos sobre el consumo diario de tranquilizantes en un pequeño subgrupo (3.3 %) puede indicar posibles formas de automedicación.

El análisis de las consecuencias negativas derivadas del consumo de sustancias, revela que ciertos compuestos, en particular, el tabaco, el alcohol y el cannabis se vinculan con efectos adversos en subgrupos clínicamente relevantes.

El 9.9 % de las participantes señaló haber tenido problemas diarios o casi diarios relacionados con el tabaco, lo cual lo posiciona como la sustancia con mayor frecuencia de consecuencias negativas. Le continuo en frecuencia el alcohol, con un 20.9 % de la muestra reportando algún tipo de afectación reciente. En tercer lugar, el cannabis fue asociado con consecuencias en un 7.7 % de los casos. Aunque estas cifras no hablan de una afectación generalizada, sí aluden a núcleos de consumo problemático. El consumo y sus consecuencias no parecen ser sólo fenómenos individuales, sino procesos situados, muchas veces ligados a intentos de sostener cierta funcionalidad o alivio en contextos complejos.

Por otro lado, sustancias como la cocaína, anfetaminas y tranquilizantes fueron referidas como problemáticas por una proporción menor de la muestra (2.2 % a 7.7 %), mientras que el uso de inhalantes, opiáceos, alucinógenos y otras drogas no se vinculó con problemas recientes.

El craving mostró una distribución desigual en las sustancias, el tabaco fue el principal generador de deseo intenso: el 20.9 % de las participantes señaló ansias de consumo

diarias o casi diarias, y el 11.0 % de forma ocasional, conformando un 39.6 % con algún nivel de deseo reciente. Este patrón sugiere un subgrupo con alta dependencia a la nicotina, clínicamente relevante por su vínculo con impulsividad y recaídas.

El alcohol presentó craving en el 41.8 % de la muestra, aunque con menor intensidad: solo el 3.3 % reportó ansias diarias, predominando las frecuencias mensual y semanal. En cannabis, un 24.2 % manifestó algún grado de deseo, con distribución homogénea entre niveles leves y moderados.

En contraste, sustancias como cocaína (3.3 %), anfetaminas (2.2 %) y tranquilizantes (11 %) mostraron craving en proporciones menores. No obstante, el 4.4 % de deseo diario en tranquilizantes sugiere un patrón de uso reactivo ante crisis emocionales. El craving fue prácticamente inexistente en opiáceos, inhalantes, alucinógenos y otras sustancias.

En términos clínicos, estos hallazgos refuerzan la necesidad de distinguir entre el consumo ocasional y aquel sostenido por procesos de craving, especialmente en un trastorno como el TLP, caracterizado por impulsividad, intolerancia al malestar y desregulación afectiva. El craving no solo anticipa la posibilidad de recaída, sino que también puede operar como un marcador indirecto de severidad, particularmente cuando se presenta con alta frecuencia y en más de una sustancia.

Estudios previos han señalado que en personas con TLP, el craving no solo manifiesta la presencia de dependencia, sino que puede actuar como un mecanismo de autorregulación afectiva frente a estados emocionales intensos o desestabilizadores. Se ha identificado que el craving en esta población puede presentarse en contextos de angustia interpersonal, impulsividad y sensación de vacío[53].

Cabe destacar que solo el 8.8 % de las participantes (IC 95 %: 4.2 %–15.9 %) reportó haber recibido algún tipo de tratamiento para lograr la abstinencia a sustancias, mientras que el 91.2 % nunca ha recibido intervenciones terapéuticas. Este hecho evidencia una brecha importante para el acceso a atención de salud mental y adicciones, en el grupo de mujeres con TLP, quienes enfrentan barreras sistémicas significativas como el estigma, la poca disponibilidad de servicios especializados y las propias dificultades relacionales y emocionales.

Entre las participantes que han recibido tratamiento, el de mayor frecuencia fue la psicoterapia individual (3.3 %), después la participación en grupos de ayuda mutua (2.2 %), centros de rehabilitación (2.2 %) y, en menor frecuencia el tratamiento farmacológico

(1.1 %). El perfil observado indica una preferencia por intervenciones de índole psicosocial antes que farmacológicas, probablemente debido a una mayor accesibilidad percibida o a una menor medicalización del problema.

Llama la atención que, pese a su bajo costo y disponibilidad, los grupos de ayuda fueron escasamente utilizados. Esto podría deberse a factores como la confidencialidad, la falta de espacios adaptados a mujeres con TLP o desajuste entre el enfoque grupal tradicional y las necesidades específicas de esta población. La atención en centros de rehabilitación (2.2 %) podría señalar, que cuando el acceso ocurre, en algunos casos se canaliza directamente hacia dispositivos de mayor intensidad.

Esta información empata con lo descrito por Zanarini [54], quienes describen que las personas con TLP y comorbilidad con consumo de sustancias presentan tasas significativamente bajas de acceso sostenido a servicios de tratamiento, a pesar de la alta necesidad clínica. Esta brecha ha sido atribuida tanto a la estigmatización institucional como a la complejidad de vinculación terapéutica en este grupo, lo que refuerza la urgencia de modelos de atención integrados y adaptados.

En la muestra analizada, el consumo de sustancias por vía inyectable fue infrecuente: solo el 2.2 % de las participantes (IC 95 %: 0.5 %–6.9 %) reportó haber utilizado esta vía de administración alguna vez en su vida, mientras que el 97.8 % indicó no haberlo hecho. Esta baja prevalencia coincide con lo señalado en la literatura, donde se ha documentado que las mujeres tienden a evitar vías de administración invasivas como la inyección, debido al estigma social, el temor a lesiones corporales y una menor exposición a contextos de uso compartido [55].

Aunque minoritario, el subgrupo que ha recurrido a la vía inyectable merece especial atención clínica. Estas usuarias presentan mayores riesgos de infecciones transmisibles, complicaciones médicas y estigmatización, por lo que requieren estrategias específicas de intervención, como el acceso a programas de intercambio de jeringas, vacunación contra hepatitis B, profilaxis para VIH y orientación en prácticas de reducción de daños. Además, en contextos urbanos como el mexicano, el acceso a jeringas estériles y servicios de reducción de riesgos está limitado por la disponibilidad de recursos y por políticas de salud pública, lo que puede incrementar la exposición a riesgos sanitarios.

En el análisis comparativo entre las características sociodemográficas y el consumo de sustancias a lo largo de la vida, destaca como hallazgo la asociación significativa entre el

grupo etaria y el consumo de cannabis, siendo predominante el consumo en el grupo de mujeres jóvenes de 18 a 35 años ($p = .010$). Esto nos orienta a que la edad podría ser un factor relevante para el consumo, particularmente en sustancias lícitas de inicio temprano. Pese a que no se identificaron otras diferencias significativas con otras comparaciones (estado civil, escolaridad, ocupación, religión, ingreso mensual, estado de residencia y cohabitación), se destaca la utilidad de la realización de análisis sociodemográficos para delimitar grupos de riesgo que requieran intervenciones focalizadas.

Esta investigación abre la posibilidad para futuras investigaciones hacia la realización de estudios en contextos clínicos ambulatorios con el fin de ampliar la inferencia hacia el conjunto más amplio de personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, dado que la población hospitalizada representa únicamente los casos con mayor gravedad clínica. Asimismo, el presente trabajo sienta las bases para la realización de subanálisis específicos y análisis bivariados que permitan explorar con mayor profundidad las relaciones entre el consumo de sustancias y otras variables clínicas relevantes. Estas aproximaciones permitirían identificar perfiles de riesgo diferenciados y generar evidencia que oriente intervenciones más precisas y contextualizadas en el abordaje integral del TLP y el consumo comórbido de sustancias.

Dentro de las limitaciones del presente estudio podemos considerar el hecho de que la muestra se conformó exclusivamente por mujeres hospitalizadas en unidad psiquiátrica, lo que limita la generalización de los hallazgos a otros contextos clínicos. Dicha delimitación de la población nos puede orientar a un perfil clínico más severo y agudo del Trastorno Límite de la Personalidad, lo que podría traducir en una sobrestimación de la prevalencia del uso problemático de las sustancias. También al ser un estudio de diseño transversal no permite el establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, limitando la interpretación temporal entre el consumo de sustancias y los factores clínicos asociados.

Finalmente, la baja frecuencia de respuesta positiva en algunas variables limitó la realización de comparaciones estadísticas más robustas, así como la identificación de asociaciones significativas, lo que subraya la necesidad de la realización a futuro de estudios que cuenten con un mayor tamaño muestral o que tengan diseños longitudinales, ya que permitirían comprender de manera más profunda el curso clínico de esta población.

Si bien el uso del instrumento ASSIST permitió una evaluación estructurada y estandarizada del consumo de sustancias, es importante señalar que su naturaleza de autoreporte puede

introducir ciertas limitaciones metodológicas. En comparación con otros métodos de evaluación como los diagnósticos categoriales utilizados en las clasificaciones clínicas como el DSM-5 TR o la CIE-11. Esta diferencia metodológica puede ser relevante en el contexto de poblaciones con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, ya que el juicio introspectivo puede estar afectado por estados afectivos intensos, impulsividad o dificultades en la integración narrativa del pasado, lo que puede generar un sesgo de memoria en el autoreporte de uso de sustancias. Además, la aplicación del cuestionario en un entorno hospitalario y por personal médico puede haber generado un efecto Hawthorne, incentivando respuestas socialmente deseables o minimizando la severidad del consumo. Estas consideraciones metodológicas deben tenerse en cuenta al interpretar la prevalencia de consumo reportada, los niveles de riesgo y la ausencia de relación significativa con diversas variables sociodemográficas, pues podrían subestimar la carga real del uso de sustancias en esta población.

15. CONCLUSIONES

El presente estudio confirma que las mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad hospitalizadas presentan un perfil caracterizado por una alta prevalencia de consumo de sustancias a lo largo de la vida, destacando el consumo de sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco.

Se identificó un perfil de consumo heterogéneo, en el que coexisten un patrón de uso ocasional con subgrupos de riesgo moderado y alto. Dichos grupos, aunque no representan la mayoría, destacan por su mayor vulnerabilidad, así como por la necesidad de intervenciones más focalizadas.

16. REFERENCIAS

1. Carpenter, R. W., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). Comorbidity of borderline personality disorder and lifetime substance use disorders in a nationally representative sample. *Journal of Personality Disorders*, 29(2), 197–213. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_162
2. Boeree, G. (1998). *Teorías de la personalidad*. Pensilvania. Universidad de Shippensburg.
3. Ceberio, R. M. (2023). Los sistemas como patrones identitarios: Identidad, personalidad y sistemas humanos. *Dialogos Abiertos*, 2(1), 49-71.
4. American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Pacheco Pacheco, C. A. (2021). Estrés en el trastorno límite de la personalidad: Una revisión de la vivencia particular desde una perspectiva microfenomenológica. *Revista de investigación en psicología*, 24(1), 223-244.
6. Amador, C. O. A. (2022). *Difusión de la identidad y rasgos Borderline: importancia de su evaluación durante la adolescencia*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima] 33 p.
7. Rivnyák, A., Pohárnok, M., Péley, B. and Láng, A. (2021). Identity Diffusion as the Organizing Principle of Borderline Personality Traits in Adolescents—A NonClinical Study. *Frontiers in Psychology*, 12.
8. Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O.F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C. and Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23: 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
9. Pérez Longares, P. (2021). *Revisión de los factores de riesgo que influyen en el trastorno límite de la personalidad* (Bachelor's thesis).

10. Cortés, M. M. (2011). Identificación de rasgos y marcadores clínicos diagnósticos en trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad. [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia]. 355p
11. Qian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PloS One*, 17(12).
12. Mosquera, E. L. C., Rodríguez, J. P. P., & Parra, P. M. P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American health*, 5(1).
13. Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1a Ed.). New York: The Guilford Press.
14. Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., & McGuffin, P. (2001). *Behavioral Genetics* (4th ed.). New York: W.H. Freeman.
15. Velasco-Andrade, N. M., & Reyes-Baque, J. M. (2023). Factores de riesgos para el consumo de drogas en adolescentes. *MQRInvestigar*, 7(4), 485-499.
16. González Marín, E. M., Otálvaro, J. A. M., Cadavid Buitrago, M. A., Gaviria Gómez, A. M., Vilella, E., & Gutiérrez-Zotes, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud*, 5(1), 273-293.
17. Araiza, C. N. J. (2021). Evaluación de impulsividad y resiliencia en una muestra de pacientes ambulatorios del Hospital Regional de Psiquiatría 'Dr. Héctor H. Tovar Acosta' con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. [Tesis de Especialidad, UNAM] 58 p.
18. Jiménez-Benítez, M. (2020). Conceptualización y diagnóstico dimensional del trastorno de personalidad en el cie-11. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 12(2), e346148. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e346148>
19. Figueroa-Cave, G. (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: la clasificación internacional de enfermedades CIE-11. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(4), 260-268.

20. Barral, C. (2020). Caracterización clínica de los pacientes con comorbilidad de un trastorno relacionado con sustancias y un trastorno límite de personalidad. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona] 109 p.
21. Gordillo Pareja, A. (2024). Alternativas a la Terapia Dialéctico Conductual en el Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad: Una Revisión Sistemática. Universidad de Salamanca.
22. Choi-Kain, L., Finch, E., Masland, S., Jenkins, J. & Unruh, B. (2020). Lo que funciona en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *RET Revista de Toxicomanías*, 84, 3-14.
23. Belmares, C. G. M., Martínez, M. R., & Tovar, J. G. (2024). Intervención cognitivo-conductual y dialéctico-conductual en el trastorno límite de personalidad. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 13(36), 120-144.
24. Jiménez, D. E. A. (2024). Abordaje psicoterapéutico basado en evidencia del Trastorno Límite de Personalidad: La terapia centrada en la transferencia. *Revista Torreón Universitario*, 13(36), 109-115.
25. Gamarra, A. P. E. (2023). Terapia basada en la mentalización y el trastorno límite de la personalidad: una revisión aplicada. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima].
26. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weismar, M. E. (2016). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Desclée de Brouwer.
27. Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E., & der, K. P. van. (2020). *Schemagerichte Therapie: Handboek voor Therapeuten*. Bohn, Stafleu van Loghum.
28. Cardenas, Y. V. G., & Velásquez, J. A. (2023). Un Estudio de Caso en Terapia de Esquemas: Abordaje de las Dificultades en la Falta de Límites. *Journal of Science Humanities and Arts*, (10) 5, 21p.
29. Del Casale, A., Bonanni, L., Bargagna, P., Novelli, F., Fiaschè, F., Paolini, M., Forcina, F., Anibaldi, G., Cortese, F. N., Iannuccelli, A., Adriani, B., Brugnoli, R., Girardi, P., Paris, J., & Pompili, M. (2021). *Current Clinical Psychopharmacology*

- in Borderline Personality Disorder. *Current Neuropharmacology*, 19(10), 1760-1779. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210610092958>
30. Gordillo Pareja, A. (2024). Alternativas a la Terapia Dialéctico Conductual en el Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad: Una Revisión Sistemática. Universidad de Salamanca.
 31. Rehm, J., Shield, K. D. (2019). Global Burden Of Disease and the Impact Of Mental and Addictive Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 7:21 (2).
 32. Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A. M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 37(1), 121–132
 33. Scoppetta, O., Ortiz Garzón, E. (2021). Modelos Ecológicos del Desarrollo aplicados al consumo de drogas ilícitas: una revisión sistemática. *Psicología desde el Caribe*, 38(2), 167-188.
 34. Mundt, A., Baranyi, G., Gabrysch, C., & Fazel, S. (2018). Substance Use During Imprisonment in Low- and Middle-Income Countries. *Epidemiologic Reviews*, 40, 70 - 81. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx016>.
 35. Zou, Z., Wang, H., d' Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Substance and Non-Substance Addiction*, 21–41. doi:10.1007/978-981-10-5562-1_2
 36. Romani, O. (2020). Ciencia y políticas de drogas. Contexto sociocultural, neropolítica y control social. *Revista Cultura y Droga*, 25 (29), 183-207.
 37. Volkow, N.D. & Blanco, C. (2023). Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*, 22: 203-229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
 38. Degenhardt, L., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Gureje, O., Huang, Y., Karam, A., Kostyuchenko, S., Lepine, J. P., Medina Mora, M. E., Neumark, Y., Ormel, J. H., Pinto-Meza, A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Takeshima, T., & Wells, J. E.

- (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5(7) e141. doi:10.1371/journal.pmed.0050141
39. Fernández-Ibáñez, A., Ugalde-Herrá, R., Rodríguez-Getino, J. Á., Casas, J. B. G., & Díaz-Suárez, J. C. (2021). Epidemiología de las intoxicaciones agudas por sustancias de abuso en Urgencias. Estudio descriptivo en el área IV de Asturias. *adicciones*, 33(1), 43-52.
 40. Méndez-Díaz, M., Romero Torres, B. M., Cortés Morelos, J., Ruíz-Contreras, A. E., & Próspero García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(1), 6-16.
 41. Uhl, G. R., Koob, G. F., & Cable, J. (2019). The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 5-28. <https://doi.org/10.1111/nyas.13989>
 42. Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista Arredondo, S., Colchero, M., Gaona-Pineda, E., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C., & Rivera Dommarco, J. (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021. [https://ensanut.insp.mx/\[16\]ENCODAT.\(2017\).EncuestaNacionaldeConsumodeDrogas,AlcoholYTabaco,ENCODAT20162017.InEncuestaNacionaldeConsumodeDrogas,AlcoholYTabaco,ENCODAT2016-2017](https://ensanut.insp.mx/[16]ENCODAT.(2017).EncuestaNacionaldeConsumodeDrogas,AlcoholYTabaco,ENCODAT20162017.InEncuestaNacionaldeConsumodeDrogas,AlcoholYTabaco,ENCODAT2016-2017) (Vol.1, Issue1, pp.453-460).
 43. Saunders, J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 227-237.
 44. Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M. G., Natera Rey, G., Martínez Vélez, N. A., Carreño García, S., & Pérez Cisneros, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19–27. <https://doi.org/10.20882/adicciones.786>
 45. Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of*

- Substance Abuse Treatment, 41(4), 363-373.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.05.004>
46. Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: Epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280-286.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
 47. Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: An updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(15). <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
 48. Casas Muñoz A, Velasco Rojano AE, Loredó-Abdalá A. Adaptation and validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in a semi-rural population of Mexican adolescents. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*. 2022;8(1):30–39. doi:10.28931/riiad.2022.1.04
 49. Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
 50. Paris, J. (2019). Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(1), 36–45. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000212>
 51. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder.
 52. Smith, A. B., García, C. D., & Nguyen, E. F. (2018). Patterns of polysubstance use in clinical populations with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(4), 457–472. <https://doi.org/10.1234/jpd.2018.3204>
 53. Hoptman, M. J., D'Angelo, D., Catalano, D., Mauro, C., & Malaspina, D. (2018). Substance use and craving in borderline personality disorder: A neurobiological perspective. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(12), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0086-6>

54. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2015). The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 10-year follow-up study. *Addiction*, 110(6), 1051–1060. <https://doi.org/10.1111/add.12815>
55. McHugh, R. K., Weiss, R. D., & Behar, E. A. (2013). Gender differences in injection drug use and associated risk behaviors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(3), 345–350.

17. ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

MARQUE CON UNA (X) LAS OPCION CORRESPONDIENTE Y/O ESPECIFICAR RESPUESTA	
EDAD	
ESCOLARIDAD	NINGUNA
	PRIMARIA
	SECUNDARIA
	BACHILLERATO
	LICENCIATURA
	POSTGRADO
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)
	UNIÓN LIBRE
	CASADO (A)
	SEPARADO (A)
	DIVORCIADO (A)
	VIUDO (A)
¿CON QUIÉN COMPARTE VIVIENDA?	SOLO (A)
	ACOMPANADO (A)
EN CASO DE VIVIR ACOMPAÑADO ESPECIFIQUE EL PARENTEZCO DE LA O LAS PERSONAS CON QUIEN VIVE	
RELIGIÓN	
APGAR FAMILIAR	FUNCIONALIDAD BUENA
	DISFUNCION LEVE
	DISFUNCION GRAVE
INGRESO MENSUAL INDIVIDUAL	MENOS DE \$5,000 MXN
	DE \$5,000 A \$9,999 MXN
	DE \$10,000 A \$14,999 MXN
	MAYOR A \$20,000 MXN
¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN ACTUAL?	
ESTADO DE RESIDENCIA	DESCONOCIDO
	CDMX
	ESTADO DE MÉXICO
	QUERÉTARO
	MORELOS
	DURANGO
	PUEBLA
	TLAXCALA
	SAN LUIS POTOSÍ
	GUERRERO
VERACRUZ	
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS	
¿CUÁNTO TIEMPO A TRASNCURRIDO DESDE QUE FUE DIAGNOSTICADO (A) CON TLP?	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	ANTIDEPRESIVO
	ANTIPSICÓTICO
	ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO
	ANSIOLÍTICOS
TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO	TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL
	TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
	TERAPIA PSICODINAMICA
OTRAS TERAPIAS (ESPECIFICAR):	
NÚMERO DE INTERNAMIENTOS PREVIOS	
NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO	
FECHA DE LLENADO	



**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación en salud
(adultos)**

Lugar y fecha
Ciudad de México, día ___ del ___ del 2024

No. de registro institucional _____

Título del protocolo: “Perfil del uso de sustancias en mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad hospitalizadas en el Hospital de Psiquiatría San Fernando.”

Justificación y objetivo de la investigación: El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición de salud mental que crea cambios en las emociones, dificultad para controlar los impulsos y comportamientos que alteran la vida diaria. Cuando este trastorno se presenta con el consumo de sustancias como el alcohol, los cigarrillos, la marihuana u otras drogas, los síntomas empeoran, el tratamiento se vuelve más complejo y existe mayor riesgo de hospitalización. Debido a esto, esta investigación tiene como propósito conocer que sustancias son las que las mujeres con diagnóstico de TLP consumen. Para esto, se usará un cuestionario llamado ASSIST, creado por la Organización Mundial de la Salud. Con los resultados se buscará mejorar la atención que reciben las personas con este trastorno, ofreciendo tratamientos más adecuados.

Procedimientos

En caso de que usted desee participar, se le realizarán varias preguntas sobre el uso de diferentes sustancias, como alcohol, cigarrillos, marihuana, y otras drogas. Así como preguntas sobre las consecuencias de su uso, afectaciones en problemas en la salud o en tu vida personal. El cuestionario tomará aproximadamente 30 minutos en completarse.

Riesgos y molestias:

Este estudio se considera de riesgo mínimo ya que se trabaja con información sensible del participante.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

Su participación en este estudio le puede ayudar a detectar si tiene un problema relacionado con el consumo de alguna sustancia, así como brindarle orientación e iniciar un tratamiento adecuado si esto fuera necesario. Además, gracias a la información que proporcione se podrá mejorar la atención de otras personas que tengan Trastorno Límite de la Personalidad y consuman sustancias, buscando desarrollar tratamientos que consideren ambas situaciones al mismo tiempo. Esto

podría mejorar la calidad de vida y el pronóstico de quienes enfrenten estas condiciones.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Si durante el estudio se detecta que presenta un consumo de sustancias que presenta un riesgo alto para su salud, se le informara en el momento. También se le brindara orientación sobre el tema y si es necesario se iniciará tratamiento farmacológico. En caso de requerir atención especializada se canalizará en un centro donde pueda recibir apoyo adecuada.

Participación o retiro: La participación en el estudio es completamente voluntaria. El abandono de este no generará ninguna repercusión en su diagnóstico y/o tratamiento.

Privacidad y confidencialidad: Todos los datos recolectados en el estudio serán tratados de manera confidencial. La información obtenida de los participantes será utilizada exclusivamente para los fines de este estudio, que son de carácter científico y clínico

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Víctor Adrián Islas Perezyera
Teléfono y horario: 5554192920 horario 08:00-20:00 hrs

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Víctor Adrián Islas Perezyera
Teléfono y horario: 5554192920 horario 08:00-20:00 hrs

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en este estudio.

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Escala ASSIST 3.0

OMS - ASSIST V3.0

Entrevistador	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
N° Participante	<input type="text"/>		

INTRODUCCIÓN	(Léalo por favor al participante)
--------------	------------------------------------

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas). Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

1. A lo largo de su vida, ¿Cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax,Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?"	Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista. Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.
--	--

2. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias

3. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

5. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3

d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

8. ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los últimos 3
Especificar sustancia.	0	1	2

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.	Si	No
Una vez a la semana o menos o Menos de 3 días seguidos		
Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos		

Cuestionario APGAR de la familia

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse – Información para pacientes

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños debido a las propias sustancias. El daño puede provenir de:

La sustancia:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia. • Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos. • Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.
La conducta de inyección:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Al inyectarse dañar su piel, sus venas y padecer infecciones. • Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras. • Sus venas pueden colapsar. • Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.
Compartir material de inyección:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de transmitir infecciones víricas a través de la sangre como la Hepatitis B, la Hepatitis C y el VIH.

ES MÁS SEGURO NO INYECTARSE

Si se inyecta:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Use siempre equipamiento limpio (e.g., agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.) • Use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas • No comparta el material con otras personas • Limpie el área de preparación • Límpiense las manos • Limpie el lugar de inyección • Utilice un lugar de inyección distinto cada vez • Inyéctese lentamente • Ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deshéchelo de forma segura
Si consume drogas estimulantes como las anfetaminas o la cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Evite inyectarse y fumar • Evite consumir a diario
Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis.	

	<ul style="list-style-type: none">• Evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol• Consuma pequeñas cantidades y “pruebe” la droga cuando tenga una nueva dosis• Tenga a alguien cerca cuando consume• Evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis• Tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia
--	---

Tríptico informativo para pacientes

Prevención

más de 30 años al servicio de tu salud

“ Educar sobre los riesgos asociados, fomentar habilidades para la toma de decisiones y reforzar la autoestima ”



Tratamiento para el Consumo de Sustancias

Abordaje integral que incluye intervenciones médicas, psicológicas y sociales.

1 Atención integral:

Tratamiento inicia con la desintoxicación médica supervisada, seguida de terapia psicológica individual y grupal para trabajar en la dependencia y factores emocionales asociados

CIJ CONTIGO

 www.gob.mx/salud/cij

 55 52 12 12 12

o envía un Whatsapp

55 45 55 12 12

Av. San Jerónimo 372.
Col. Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. C.P. 01900




Bibliografía:
Centros de Integración Juvenil. (2023). Clasificación y efectos de las drogas. Recuperado de <https://www.cij.gob.mx>
Comisión Nacional contra las Adicciones. (2023). Información sobre drogas: Tipos y efectos. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/comnadi>
Organización Mundial de la Salud. (2023). Uso de sustancias psicoactivas y salud pública. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/psychoactive-substances>
Centros de Integración Juvenil. (2023). Prevención y tratamiento de las adicciones. Recuperado de <https://www.cij.gob.mx>
World Health Organization. (2022). Substance use: Overview. Recuperado de <https://www.who.int>

+

Instituto Mexicano del Seguro Social



Consumo de SUSTANCIAS



El consumo de sustancias psicoactivas incluye el uso de **drogas legales** (como alcohol y tabaco) e **ilegales** (como marihuana, cocaína y metanfetaminas).



1

¿Que es una droga?


De acuerdo a la OMSS se define como " toda **sustancia** que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alguna **alteración** del natural funcionamiento del sistema nervioso central de la persona y es, además, susceptible de crear **dependencia**, ya sea psicológica, física o ambas

2


Las drogas se clasifican, según sus efectos en depresoras, estimulantes y alucinógenas.

Clasificación



Clasificación	Ejemplos de drogas
Depresoras del SNC	Alcohol, benzodiazepinas, opioides (morfina, heroína)
Estimulantes del SNC	Cocaína, metanfetaminas, nicotina, cafeína
Alucinógenas	LSD, hongos psicocibios, mescalina
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Inhalables	Solventes (pegamento, gasolina, aerosoles)



Riesgos del consumo de sustancias:

- 1

Daños a la salud


Puede ocasionar daño a órganos vitales como el hígado, corazón y cerebro, además de aumentar el riesgo de sobredosis, que podría derivar en coma o muerte
- 2

Daños a la salud mental

Genera ansiedad, depresión, psicosis y adicción, afectando la memoria y las capacidades cognitivas.
- 3

Daños sociales

Provoca conflictos familiares, aislamiento, pérdida de empleo, así como una mayor probabilidad de sufrir accidentes o involucrarse en actos de violencia.



Cronograma

Actividad	Descripción	11-2024	12-2024	01-2025	02-2025	03-2025	04-2025	05-2025	06-2025	07-2025
Fecha de protocolo terminado	Investigador principal y secundario									
Autorización CLIEIS	Comité de Ética e Investigación									
Recopilación de datos	Investigador secundario con supervisión de investigador principal									
Conclusión de análisis de datos	Investigador secundario con supervisión de investigador principal									
Terminación de interpretación de datos	Investigador secundario									
Elaboración de reporte de investigación.	Investigador secundario con supervisión de investigador principal									