UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

LA PERCEPCIÓN CULTURAL DE LA DIFERENCIA ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO DE BIPOLARIDAD

Reporte de Investigación Empírica.

Metodología Cualitativa

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ANA GABRIELA HERNÁNDEZ ALCÁZAR

DIRECTORA: Maestra Adriana Concepción Rojas Baltazar

IZTACALA

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 29 de noviembre del 2023

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Dedicatorias:

A mis dos menores hijos Alejandro y Laura Edith que son mi mayor motivación para seguir adelante, que, aunque no estén conmigo, algún día sabrán que este logro no es sólo por mí, sino también por ellos, que sepan que los amo y los adoro con toda mi alma. Volveremos a estar juntos algún día.

También dedico lo siguiente a mi segunda madre Edith Mercedes Alcázar y a mi segundo padre Jorge Martínez, que nunca dejaron de creer en mí y siempre estuvieron orgullosos, y sé que en el cielo aún se sienten así, los amo y los extraño.

ÍNDICE

RESUMEN 4

ABSTRACT 5

INTRODUCCIÓN 6

MARCO TEÓRICO 8

1) DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD 9

2) TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD 15

3) TRASTORNO DE BIPOLARIDAD 20

4) LAS DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO DE BIPOLARIDAD 24

MÉTODO 26

Participantes 26

Selección de la muestra 27

Criterios de inclusión 27

Criterios de exclusión 27

Tipo de estudio 27

Instrumento de medición 28

PROCEDIMIENTO 30

RESULTADOS 31

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 37

REFERENCIAS 41

ANEXOS 51

ANEXO 1. INSTRUMENTO APLICADO A LA POBLACIÓN 51

RESUMEN

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y el Trastorno de Bipolaridad (TB) son considerados trastornos mentales graves debido a altas tasas de autolesiones, intentos de suicidio y por falta de adherencia a un tratamiento ya sea psicológico o psiquiátrico. El TLP se caracteriza por miedo al abandono, sentimientos crónicos de vacío, desrealización, impulsividad y relaciones interpersonales inestables, mientras que en el TB se caracteriza por tener ciclos de fases maníacas-depresivas, donde un individuo en fase maníaca puede pasar noches sin dormir debido a la gran cantidad de energía, verborrea, así como sentido de grandiosidad, en cambio, en fase depresiva, puede dejar de comer y ya no realizar actividades que consideraba placenteras.

Los síntomas de la fase maníaca del Trastorno de Bipolaridad junto con la sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad pueden ser confundidas, y hasta en profesionales ocasionar malos diagnósticos; también puede existir la comorbilidad, por lo que es imperativo las personas tengan clara la diferencia entre un trastorno y otro para su pronta intervención, además de una correcta difusión en Internet para su normalización y reducir discriminación.

El propósito de este trabajo fue evaluar la percepción cultural ante el Trastorno de Bipolaridad y el Trastorno Límite de Personalidad, y que tampoco no hay un conocimiento de la diferencia entre estos dos, en residentes del Estado y Ciudad de México con un rango de edad de 20 a 40 años con escolaridad igual o mayor al bachillerato, mediante un cuestionario de Google Forms, siendo un estudio cualitativo transversal y descriptivo.

Palabras clave: Trastorno Límite de Personalidad, Trastorno de Bipolaridad, Diferencia clínica

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) and Bipolar Disorder (BD) are considered serious mental disorders due to high rates of self-harm, suicide attempts, and lack of adherence to psychological or psychiatric treatment. BPD is characterized by fear of abandonment, chronic feelings of emptiness, derealization, impulsivity and unstable interpersonal relationships, while BD is characterized by having cycles of manic-depressive phases, where an individual in a manic phase can spend sleepless nights due to due to the large amount of energy, verbosity, as well as a sense of grandiosity, however, in a depressive phase, one may stop eating and no longer carry out activities that were considered pleasurable.

The symptoms of the manic phase of Bipolar Disorder together with the symptoms of Borderline Personality Disorder can be confused, and even cause bad diagnoses in professionals; Comorbidity may also exist, so it is imperative that people are clear about the difference between one disorder and another for prompt intervention, in addition to correct dissemination on the Internet for normalization and reducing discrimination.

The purpose of this work was to evaluate the cultural perception of Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder, and that there is no knowledge of the difference between these two, in residents of the State and City of Mexico with an age range of 20 to 40 years old with schooling equal to or greater than high school, through a Google Forms questionnaire, being a qualitative cross-sectional and descriptive study.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Bipolar Disorder, Clinical Difference

INTRODUCCIÓN

Tal vez en alguna convivencia, ya sea familiar, con amigos o hasta inclusive en el trabajo al ver a una persona enojarse o reaccionar ante una situación, o al “chismosear” se han escuchado, pensado, expresiones de: “Estás/es loco (a)”, “eres/es bipolar”, y sostener que una persona es “tóxica”, cuando en realidad no hay un claro entendimiento del significado y el impacto que pudiera generar en un individuo al externarlas, ya que no se sabe si una persona está atravesando por una situación difícil, que lo llevó a pedir ayuda y requiere de una red de apoyo.

Existen propuestas de que, en las instituciones educativas, se deban implementar programas y actividades de la salud mental y ¿por qué no incluir acerca de la existencia de los diferentes trastornos? Para romper con estigmas promover también la inclusión, el trato a personas con trastornos, ya que no hay un contacto del sector salud y otros sectores que involucren la salud mental, por ejemplo, en un comunicado del Senado de la República (2019) se denunció que sólo el 5% de las escuelas cuentan con un psicólogo por lo que las actividades relacionadas a la salud mental son escasas o nulas, repercutiendo en la ignorancia que se tiene de los trastornos mentales, distorsionando lo que significa y no dando la relevancia que posee la salud mental para el bienestar y buen desarrollo de un individuo.

Como se mencionaba anteriormente, lastimosamente un diagnóstico psiquiátrico o ir al psicólogo son situaciones que pudieran crear estigmas repercutiendo en la desinformación de la salud mental (Frías y García, 2021), ya que no hay un interés de ilustrarse de conocimiento, así como con las noticias de eventos mundiales, enfermedades, tendencias de moda, política, etc. Orillando que exista la discriminación de individuos con

diagnósticos de algún trastorno, así como sostienen Martínez y Rosas (2021), que los estigmas a los individuos diagnosticados disminuyen que tengan acceso a los tratamientos y que además dificulta sus procesos de recuperación, debido a que la población general, amigos y familiares pudieran considerarlos peligrosos e impredecibles.

Con lo anterior se vuelve imperativo la colaboración comunitaria y no sólo de psiquiatras, psicólogos, si no la participación activa de familiares y amigos que se involucren en los procesos de recuperación para mejorar la calidad de vida de un individuo con diagnóstico (Belarre et al., 2017 como se citó en Martínez y Rosas, 2021). Además de que promueve la integración social.

El objetivo de este apartado fue evaluar la percepción cultural ante dos trastornos mentales graves: el Trastorno de Bipolaridad y el Trastorno Límite de Personalidad, y que tampoco no hay un conocimiento de la diferencia entre estos dos, confundiendo su sintomatología, y que como se mencionaba anteriormente repercute en los individuos para recibir atención psicológica y psiquiátrica o en sus procesos de recuperación.

Cabe resaltar la importancia de que se sepa acerca de estos trastornos y su diferencia es para su pronta intervención ya que Hernández (2022) sostiene que los padecimientos que se relacionan con tendencias suicidas son los trastornos del ánimo como el Trastorno de Bipolaridad, esquizofrenia, trastornos de la personalidad (donde se incluye al Trastorno Límite de la Personalidad) y de abuso de consumo de sustancias, calculando que más del 90% de las personas que cometen este acto contaban con un trastorno mental grave. También existe la posibilidad de una comorbilidad por lo que es imperativo distinguir la sintomatología, ya que esto aumenta la severidad clínica y el padecimiento de los individuos (Valdivieso, 2020).

Realizar este estudio abre el panorama de conocer que tan informada se encuentra la sociedad del Trastorno de Bipolaridad y del Trastorno Límite de Personalidad y de dónde obtienen la información, con la finalidad de abordar esos medios para la difusión y fomentar la normalización de estos trastornos, rompiendo estigmas, logrando la identificación y así recibir una pronta atención psicológica o psiquiátrica de ser necesario, y no llegar a extremos de autolesiones, intentos de suicidio que son eventos característicos de estos trastornos.

Al conocer que tan informada se encuentra la sociedad y el medio por el cual se informan, se pueden prevenir el suicidio y las autolesiones al identificar la relación con los trastornos mentales, en este caso del Trastorno de Bipolaridad se informa que entre el 23 y 26% de las personas con este trastorno intentan suicidarse (La Sociedad Internacional de Trastorno Bipolar como se citó en Pabón, 2021), y en el Trastorno Límite de Personalidad corresponde a un 10% de tasa de suicidio mientras que el 60 y 70% es de intentos de suicidio (Vera et al., 2019), con esto se defiende la importancia de este estudio, para abordar la ignorancia de estos trastornos, para así distinguirlos, fomentar la atención temprana y prevención.

MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado primeramente se define lo que es un Trastorno de Personalidad rescatando conceptos de personalidad y trastorno, para después abordar al Trastorno de Bipolaridad y el de Límite de Personalidad, retomando desde sus antecedentes históricos, sintomatología y diagnóstico diferencial.

1) DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

La personalidad es lo que nos diferencia a cada uno como individuos y se remonta desde los griegos en cuanto a los personajes en los teatros, y se ha derivado a escuchar frases como: “cada cabeza es un mundo” y esto es debido a que una persona, piensa, siente, se desarrolla, tiene distintas maneras de reaccionar ante diversas situaciones, es decir, un individuo ya nace con una personalidad, esto es determinado por sus biología (genes heredados) y se llama temperamento, sin embargo, esta personalidad se irá modificando a través del tiempo y de las experiencias que va viviendo, generando un aprendizaje y es a lo que se llama carácter, he de ahí la frase coloquial: “el carácter se forja” (Cruz, 2019).

Dentro del temperamento Cloninger (1993) plantea las 4 posibles dimensiones biológicas, siendo:

1) la tendencia genética a la exploración,
2) inhibición de conductas que lleven al castigo o frustración,
3) la tendencia a responder a conductas cuando son reforzadas con algo que provoque placer,
4) la persistencia a seguir ejecutando conductas pese a las dificultades u obstáculos.

Por el otro lado el carácter se conforma por:

a) hábitos, que son conductas que se realizan de manera habitual ante situaciones específicas y
b) rasgos, que es la deliberación por actuar de manera parecida en diversas situaciones (Cruz, 2019).

Otros autores como Ruiz (2021) rescata componentes del intelecto que hace referencia a la capacidad, destreza o talento de atención, memoria, análisis, construcción

simbólica, planificación, toma de decisiones y resolución de problemas, y el físico, que alude a la complexión del cuerpo de una persona, además de cómo funciona su organismo incluyendo los sistemas digestivo, respiratorio, endocrino, etc.

Cabe mencionar que en la personalidad se pueden identificar cinco factores que la constituyen, de acuerdo con el Modelo de los Cinco Factores de la personalidad (Caramellino et al., 2023) son:

1) El neuroticismo en donde existe una tendencia al malestar psicológico y a la falta de regulación de impulsos.
2) La extraversión relacionada a la tendencia de socializar con los demás, de ser optimista y sentir alegría.
3) La apertura a la experiencia es la curiosidad, además de estar a la disposición de nuevas ideas y a la expresión de las emociones
4) La amabilidad, considerándose como el grado de sentir compasión u hostilidad a los demás
5) La responsabilidad que es el compromiso y la organización para alcanzar objetivos personales (Cruz, 2019).

No obstante, el modelo propuesto de la personalidad con mayor relevancia, alcance y difusión en la actualidad, corresponde a la del psicólogo estadounidense Theodore Millon (1990), debido a que agrupa aspectos cognitivos, conductuales y biológicos además de incluir algunos derivados de perspectivas interpersonales, su “modelo evolutivo” sostiene que, en la personalidad, un individuo busca sobrevivir considerando la dicotomía de placer-dolor, repitiendo conductas si son agradables y rechazando las que no, además de que busca la adaptación a su entorno por lo que recurre a la polaridad pasivo-activo, por un lado se

acomoda, ajusta al ambiente y por el lado contrario se modifica. También la trascendencia es imperativa ya que genera un funcionamiento sociobiológico en su ambiente y se considera el sí mismo-los demás (Ticsihua, 2022).

Con lo anterior Millon (2011) como se citó en Ticsihua (2022) define patrones de personalidad a los modos subjetivos y perpetuos de funcionamiento que son resultado de la historia personal de una persona, llegando a configurar sus percepciones y formas de comportamiento al desenvolverse en su medio ambiente.

Habiendo dejado claro la definición de personalidad; la psicología es el estudio del comportamiento del ser humano ante todas las situaciones que se presenten, abarcando desde el procesamiento de la información, emociones y conductas, tiene su rama denominada como la psicología clínica, ésta disciplina es la encargada de la investigación, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales o psicológicos de los individuos, incluyendo aquellos denominados Trastornos de Personalidad, por lo que usa como herramienta de apoyo para la identificación de sintomatología, el DSM-5. Ya que, dentro de la metodología, un profesional de la salud al brindar la atención terapéutica a un individuo y establecimiento de una correcta intervención requiere la validez y fiabilidad de la evaluación y como segundo paso de su proceso, el diagnóstico (Caballero, 2007).

Dentro del DMS-5 (2014) se codifica, clasifica y brinda una guía de varios trastornos mentales, cuyo concepto la OMS (2022) define: como una alteración que afecta significativamente en un individuo en cuánto a la regulación de sus emociones, cogniciones y comportamientos, es decir, que conlleva una alteración genérica de la salud, sea o no consecuencia directa de una causa orgánica, en dónde un individuo puede llegar a sufrir de

tal forma que pudiera generar una incapacidad para seguir con su vida cotidiana, y que, a diferencia de una enfermedad, se tiene identificado la causa orgánica del proceso patológico de la pérdida de salud (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

Considerando lo anterior mencionado y rescatando que la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, si no un equilibrio de lo biológico, mental y social, la personalidad de un individuo es imprescindible, ya que engloba características únicas que lo diferencian de los demás, y no sólo en cuestiones genéticas, si no del proceso de la información, que es a lo que llamamos percepción, emociones, la cultura donde se desenvuelve, creencias que adopta como propias, son lo que también proporcionan a un individuo su medio de adaptación al entorno.

De acuerdo con Blanco-Artola et al. (2020) cuando un individuo sufre una desviación de las expectativas de su cultura (desadaptación) viéndose afectadas las emociones, cogniciones, y que como consecuencia van deteriorando su vida social y rutinaria en dónde el DSM-5 (2014) suma que es un fenómeno generalizado que no tiene mucha flexibilidad y que es constante en el tiempo, es a lo que se define como: Trastorno de la personalidad (APA, 2014).

El concepto de Trastorno de Personalidad se basa en la idea de un ajuste interno con lo externo, que se desarrolla y manifiesta de acuerdo con las elecciones y actividades de una persona, haciendo referencia a su autonomía y eficacia ante la presencia de competencias, de su sentido de satisfacción y bienestar, así como el conocimiento y uso de sus propias habilidades para su interacción en el entorno (Paschoal, 2022).

Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No se relacionan con lesiones cerebrales ni son secundarios a otros trastornos mentales, aunque pueden ser precedentes y pueden coexistir con ellos; pero esta transformación de la personalidad es adquirida, dándose en la vida adulta, debido a la experiencia de estar en situaciones estresantes graves o prolongadas, así como de privaciones ambientales extremas (Pérez-Longares, 2021).

Otros autores catalogan que las aflicciones que sufre un individuo con trastorno mental son “anormales” (Pérez-Ramírez, 2021) lo cual daría cabida a la definición actual de “normal” y que es precisamente lo que origina una percepción diferente en la sociedad con relación a los individuos diagnosticados, además de la información distorsionada que las personas adquieren de los trastornos de personalidad.

Para un fácil diagnóstico de los Trastornos de Personalidad surge la necesidad de crear herramientas como los DSM por sus siglas en inglés Diagnostic and Statistical Manual. En el año de 1952 elaborado por Meyer y Menninguer, el DSM-1 buscaba la clasificación de diversos trastornos sin embargo aún carecía de criterios diagnósticos, además de contener diversos errores, por lo que surge el DSM-2 en 1968, dónde se retoma con mayor relevancia para su creación el enfoque del psicoanálisis y el modelo médico para la clasificación de síndromes que al final no satisfacían las necesidades nosológicas de la psicología, dando lugar en el año de 1980 al DSM-3 donde contribuyó el psicólogo Theodore Millon en la clasificación de los Trastornos de Personalidad añadiendo el eje II, ya que éstos no eran considerados, por lo que enfatiza en los patrones de personalidad que derivarían a la poca flexibilidad adaptativa denominada patología (Ticsihua, 2022)

No fue hasta 1995 que se publica el DSM-4 que agrupaba a los Trastornos de Personalidad por sus características descriptivas, por lo que el psicólogo Millon, rechaza esta propuesta al no trascender a significados con pronóstico, ni etiológico, ni lógico en términos de la teoría. Por lo que en el DMS-5 se eliminan las agrupaciones por eje para hacerlo compatible con el modelo médico además de la integración de hallazgos neurobiológicos y genéticos de los trastornos (Ticsihua, 2022).

En el DSM-5 (2014) se encuentran 10 Trastornos de Personalidad agrupados en 3:

1) El grupo A, considerados como raros y excéntricos: Trastorno de la Personalidad Paranoide, Trastorno de la Personalidad Esquizoide y Trastorno de la Personalidad Esquizotípico
2) Grupo B, considerados como dramáticos, emocionales y erráticos: Trastorno de la personalidad antisocial; Trastorno de la personalidad límite, Trastorno de la personalidad histriónica; Trastorno de la personalidad narcisista
3) Grupo C, considerados como ansiosos o temerosos: Trastorno de la personalidad evasiva; Trastorno de la personalidad dependiente, Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (Arcila y Naranjo, 2019).

Cabe mencionar que el Trastorno Bipolar y los trastornos relacionados se encuentran separados de otros tipos de trastornos debido a la historia familiar, genética y sintomatología (APA, 2014), empero hay una lucha constante en que el Trastorno Bipolar y Trastorno de Límite de la personalidad deberían agruparse, sin embargo, más adelante de este apartado se expondrán las diferencias clínicas a considerar.

2) TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Un trastorno mental que es considerado grave y crónico que amenaza con el sentido de la vida a quienes lo padecen y a sus allegados, es el Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Su definición se podría deber primeramente a Bonet, quien unió los síntomas de impulsividad y estado de ánimo inestable como un solo síndrome en la fecha de 1684, sin embargo, Pinel (1806) describió a unos pacientes en dónde su cognición y percepción no tenían ningún problema, si no que más bien en la manera de comportarse y la afectividad era lo que demostraba alguna alteración en la mente (Crespo, 2022).

En los años de 1884 y 1890 a pacientes que fueran difíciles de establecer un diagnóstico, autores como Hughes, Russell y Rosse denominaron como *borderline* debido a la aproximación a la enfermedad mental pero que los síntomas no encajaban ante un diagnóstico en específico, por lo que Kraepelin (1921) fue quién mejor describió los síntomas del TLP: siendo la desregulación emocional, falta de regulación de los impulsos, ira intensa inapropiada además de la inestabilidad en relaciones interpersonales y autolesiones, denominándolo como “personalidad excitable” (Millón y Davis, 1998 como se citó en Crespo, 2022).

El concepto de “límite” fue acuñado por Adolf Stern en 1938, donde a un grupo de individuos no los podía colocar en aquellos que padecían neurosis o psicosis, porque no había una respuesta favorable hacia los tratamientos y describe síntomas como la hipersensibilidad excesiva, narcisismo, un estado de profunda inseguridad o ansiedad, ira inapropiada y dificultades en situaciones de realidad, en específico en las relaciones interpersonales (Lorca, 2020).

Grinker (1979) y Gunderson (1979) sostuvieron que características propias de quienes padecían TLP además de la ira y hostilidad, era la dependencia a otras personas, experiencias disociativas y, además, problemas de identidad. En 1980 fue cuando se incluye en el DSM-3 distinguiéndose de los trastornos de Depresión Mayor o de Esquizofrenia, considerando ocho criterios para su diagnóstico. En cambio, en la publicación del DSM-4 se añade un nuevo criterio, haciendo referencia a la disociación y a los síntomas pseudoparanoides (Gunderson, 2009 como se citó en Lorca, 2020).

El TLP se presenta en las primeras etapas de la edad adulta y se considera que quien lo padece en su percepción, relación y pensamiento sobre sí mismo además del entorno hay fluctuaciones en su autoimagen, falta de regulación de los impulsos, inestabilidad en sus estados de ánimo e inestabilidad en las relaciones interpersonales (Torres y Tamara, 2007).

En el DSM-5 (2014) se consideran 9 criterios y que con tan sólo debe cumplir 5 para su diagnóstico, siendo:

1) El miedo al abandono por lo que realizan esfuerzos desesperados para evitarlo,

2) Inestabilidad en sus relaciones interpersonales debido a que hay una alternancia entre extremos de idealización de una persona o su devaluación,

3) Alteración de la identidad,

4) Impulsividad en áreas autolesivas,

5) Comportamientos o amenazas recurrentes de suicidio,

6) Inestabilidad afectiva,

7) Sensación crónica de vació,

8) Enfado inapropiado e intenso,

9) Ideas paranoides con relación al estrés y/o disociaciones graves (p. 663).

Algunos autores como Rangel et al. (2021) mencionan que el miedo al abandono puede ser real o imaginario por lo que muestran una prevalencia significativa en experiencias de abuso/violencia y de patrones desorganizados de apego desde la infancia.

Como se había mencionado anteriormente, antes un criterio a considerar para el diagnóstico del TLP era el narcisismo (por Adolf Stern), sin embargo, un individuo con Trastorno de Personalidad Narcisista es que no tiene miedo al abandono, tiene una estabilidad en su autoimagen, no es impulsivo y además carece de preocupaciones autolesivas. En cambio, su distinción con el Trastorno de Personalidad Histriónico se debe a que el individuo al lograr algo, tiene un orgullo excesivo y no le interesan las preocupaciones de los demás. Además, en lo que concierne en la autocrítica un TLP se considera “malo” al contrario de otros trastornos de personalidad, en dónde son considerados como individuos superficiales, obstinados, explotadores y carentes de empatía (APA, 2014).

En cuanto a su neurobiología del TLP, en relación con la sintomatología que predomina, como lo es, la desregulación del afecto y el descontrol de los impulsos, se relacionan con la alteración en las transmisiones colinérgica, noradrenérgica y serotoninérgica; por el otro lado, la alteración en la percepción y que los individuos tengan algún estado psicótico, pero que es transitorio se relaciona con la alteración en la transmisión dopaminérgica (Guendelman et al., 2014).

Se sostiene que la neuro plasticidad se ve mermada por la falta de transmisión de glutamato, por lo que, al existir esta falta de neurotransmisiones, el sistema límbico no puede regular las actividades del hipocampo, amígdala y la corteza prefrontal, afectando la atención y cognición social. Lo anterior mencionado se comprueba con la investigación de tesis doctoral de Aguilar-Ortiz (2019) que en resonancias magnéticas se reporta la disminución de volumen tanto del hipocampo como de la amígdala en individuos con TLP, además de correlacionar la edad siendo en la reducción de volumen de la estructura límbica en individuos con TLP de más edad, y en estructuras corticales frontales y parieto-occipitales en individuos más jóvenes.

De acuerdo con el DSM-5 (2014), la prevalencia mundial del TLP podría ser del 1,6%. Y se calcula que entre el 6% y el 10% de pacientes visitan las casas de salud mental (ambulatorios), mientras que, los pacientes que son internados tienen una prevalencia del 20%. En Colombia se habla de una prevalencia del 2%, mientras que en Medellín en una investigación de estudiantes universitarios el TLP prevaleció en un 18.9%. siendo el de mayor alcance ante otros trastornos de personalidad (Loyola y Abril, 2022)

En el año 2018 el jefe de área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray San Bernardino sostiene que alrededor del 1.5% de la población mexicana padece Trastorno Límite de personalidad, y que en este centro su porcentaje de causa de atención fue del 19.3% en el año 2017, mientras que en urgencias varía entre ser la segunda y tercera causa, debido a que son personas que presentan amenazas suicidas recurrentes, autolesiones además del abuso de sustancias. Esto da lugar a su relevancia, ya que también no es trastorno muy conocido y que además puede ser confundido con el Trastorno de Bipolaridad (Secretaría de Salud, 2018).

Con lo anterior los familiares pueden referirse a sus allegados con TLP que son personas cambiantes, manipuladoras e intensas que intentan llamar la atención por las constantes amenazas de suicidio o que poseen problemas con el abuso de sustancias como alcohol o drogas, y que ha sido un problema para un profesional abordarlo, ya que se pudiera confundir la sintomatología con problemas de conducta, depresión, ansiedad por lo que no saben qué hacer con su allegado (Behn y Fischer, 2021). También existen comentarios de que la convivencia con una persona que padece TLP es complicada, y por ello la inestabilidad en las relaciones de pareja, ya que puede ser asfixiante por los apegos que se desarrollan, además de que por esta misma situación frecuentemente viven episodios de violencia y por la intensidad de éstos, representan un peligro para sí mismos y para los demás (Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM, 2019).

La sociedad no tiene muy clara la existencia de este trastorno pese a su prevalencia y relevancia, etiquetando a sus allegados por lo que el no sensibilizarlos con el trastorno, tampoco habría una mejora de los individuos que lo padecen.

En este apartado se defiende la eficiencia de la intervención psicológica desde un enfoque Cognitivo-Conductual, dónde se emplean técnicas de psicoeducación como en un caso clínico de una adolescente de 16 años con respuestas asociadas al Trastorno Límite de Personalidad, en dónde se lograron cambios en sus cogniciones y reacciones fisiológicas relacionadas con la ansiedad (Valdez et al., 2023). Adicional se rescata el trabajo de Armijos y Polo (2022) utilizando la Terapia Cognitiva de Beck (TC), Terapia Dialéctico Conductual (TDC) y Terapia Centrada en Esquemas, para tratar el síntoma del pensamiento dicotómico del TLP, mejorando en su calidad de vida.

En otro trabajo de tesis se aborda la impulsividad en un paciente con TLP retomando la Terapia Dialéctico Conductual como las habilidades de tolerancia al malestar, la regulación emocional y la validación (Maislin, 2021). Además, la eficiencia se puede denotar en el estudio de Florez et al., (2019) donde sostiene que, las técnicas cognitivo-conductuales son de las que mayor se emplean con objetivos claros, además de otras como la Terapia de Esquemas de Jeffrey Young que posee bases cognitivos conductuales aunado al enfoque *gestalt*; empero se recomienda la intervención psicológica junto a la aplicación de un tratamiento farmacológico para obtener mejores resultados.

3) TRASTORNO DE BIPOLARIDAD

Si bien se definió trastorno de personalidad como una alteración constante en el tiempo, y dónde afecta las emociones, cogniciones y conductas de un individuo, se rescata que el concepto de trastorno bipolar podría considerarse desde la Antigua Grecia con el gran filósofo Hipócrates, en dónde mencionaba a su paciente “con exceso de billis negra” o bien denominado melancolía y en su contraparte exceso de la “billis amarilla” como “una gran energía” (Naukas, 2015).

Otra mención, data en España entre los años 1751 y 1759 dónde el médico español y profesor de Anatomía en la Universidad de Valencia, Andrés Piquer-Arrufat, estudió el comportamiento del Rey Fernando VI hasta su fallecimiento, empleando en su tratado médico: “Discurso sobre la Enfermedad del Rey Nuestro Señor Don Fernando Sexto (que Dios guarde)”, el término: *affectio melancholico-manica*. Sin embargo, en el siglo XIX, Jean-Pierre Falret publicó su descripción del trastorno como “locura circular” debido a la duración variable con intervalos libres entre la depresión y la manía, pero al aparecer el

DSM-3 lo maníaco - depresivo, se transforma al término trastorno bipolar, siendo caracterizado por la polaridad del estado de ánimo (García, 2020).

El Trastorno de Bipolaridad es clasificado como un trastorno mental grave, debido al deterioro cognitivo y funcional que provoca en el individuo que lo padece; es caracterizado por episodios que parten de polos opuestos como lo es la manía y la depresión. Los síntomas de un episodio de manía se considera que el individuo posee una mayor energía de lo habitual, además de llegar a la euforia o irritabilidad, y que de acuerdo con el DSM-5 (2014) persisten durante una semana y durante casi todos los días, donde disminuye la necesidad de dormir y hay un aumento de la autoestima, por lo que se dirigen a un objetivo a alcanzar (ya sea escolar, laboral, social, etc.), además, pueden llegar a presionar para mantener conversaciones ya que la fluidez de su habla es mayor al igual que sus ideas, por lo tanto las personas que conviven con quien padece Trastorno de Bipolaridad, pueden observar los cambios en el individuo, sin embargo debido a esta situación quienes lo padecen pueden distraerse de una manera fácil y tender a la participación de eventos o situaciones de riesgo para su integridad física y emocional, afectando de manera grave su funcionamiento laboral y social (APA,2014).

En cambio, un episodio hipomaníaco se diferencia del maníaco por la durabilidad, donde se considera que, en vez de ser una semana, son cuatro días consecutivos, que no es lo suficientemente grave como el episodio maníaco, sin embargo, también se añade que se asocia a un cambio que no es característico del individuo (APA, 2014).

Se habló de los episodios maníacos e hipomaníacos, por lo que el polo opuesto es la depresión, donde recoge sintomatología de tristeza, sentimientos de vacío, sin la energía para realizar actividades o la pérdida de interés en realizarlas y el placer, también asocian la

pérdida de peso debido a que se pierde el apetito, insomnio, movimientos motores que se perciben lentos, falta de concentración e ideación suicida (Arrieta y Santos, 2019). Este episodio de depresión y para su diagnóstico tiene una durabilidad de dos semanas y que se diferencia de una depresión mayor (unipolar) es debido a que los episodios son menores con una duración de 3 a 12 meses (a comparación de la fase depresiva del bipolar que es de 3 a 6 meses) y su inicio es insidioso a comparación de un inicio agudo en el episodio depresivo del Trastorno de Bipolaridad (Vargas et al., 2020).

En cuestión de su diagnóstico diferencial el Trastorno de Bipolaridad y de acuerdo con el DSM-5 (2014) ante una depresión mayor es en la indagación de si en el pasado se presentaron episodios de manía o hipomanía. En cuánto la distinción entre el Trastorno Bipolar I y II es a que en el tipo I se pueden encontrar episodios maníacos e hipomaníacos junto con el episodio de depresión mayor, pero en el tipo II sólo se presentan episodios de hipomanía junto con el de depresión mayor, donde Somer y Birhamer (2018) como se citó en Vargas et al. (2020) sostienen que los individuos prefieren estar con episodios de hipomanía debido a que pueden realizar mayores actividades y no requieren una hospitalización como en los de tipo I, ya que como se mencionó anteriormente en los episodios hipomaníacos no hay una afectación tan severa en su funcionamiento laboral y social, además de la duración del episodio.

También es importante considerar y descartar cualquier aflicción médica por ejemplo de algún trauma o lesión cerebral; pudiera confundirse con algún trastorno de ansiedad generalizada o el de déficit de atención debido a la velocidad de los pensamientos, y la disminución en la necesidad de dormir. Del trastorno de estrés post traumático es imprescindibles indagar en los factores precipitantes (APA, 2014).

Se ha descubierto que en los pacientes con Trastorno de Bipolaridad tienen alteraciones cerebrales como lo son aumento de tamaño del tercer ventrículo y de los ventrículos laterales o abultamiento de los surcos corticales, cambios en las sustancias gris y blancas, además de un menor volumen frontal, del cerebelo, así como del hipocampo y amígdala (Vargas, 2020). No obstante, en un reciente estudio de Carreño et al. (2022), se sostiene que la estructura con relevancia que presenta alteraciones es el tálamo derecho debido a que participa en la regulación de las emociones y del estado de ánimo.

El Trastorno de Bipolaridad considerado como algo crónico tiene una prevalencia del 1% sin importar el género o el origen étnico, es decir la prevalencia mundial se encuentra en un rango del 0.4% al 1.7% 1,2,4 (Guerrero, 2022). Por otro lado, en México el Dr. José Ibarreche Beltrán, jefe de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, mencionó que este trastorno representó el 15% de las 34 mil 300 consultas que se brindaron en el año 2018, por lo que su prevalencia es del 1% al 3 % (Gómez, 2023). La Terapia Cognitivo Conductual ha demostrado su eficiencia en el tratamiento de este trastorno del ánimo, sobre todo el modelo de Beck que ha servido para comprender la etapa depresiva de los que padecen Trastorno de Bipolaridad, además de que también afianza la adherencia al tratamiento (Chávez et al., 2014)

En el trabajo de Manotas (2020) se sostiene que la intervención cognitivo-conductual crean conciencia en los individuos con Trastorno de Bipolaridad de la calidad de vida, regulación emocional, además de poder establecer una rutina diaria, ya que así también reduce la carga física, mental, de aquellos que cuidan al paciente. También se demuestra que hay una disminución en las tasas de reducción de los episodios maníacos-depresivos.

Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual también se busca qué el individuo con Trastorno de Bipolaridad tenga niveles más altos de funcionamiento psicosocial y Garzón (2022) menciona qué además de la terapia es necesario que el individuo también se encuentre bajo tratamiento farmacológico, ya que la intervención cognitivo conductual es fundamental para la disminución en las recaídas, además de que involucra la psicoeducación de los familiares del paciente con diagnóstico Trastorno de Bipolaridad, aunado de mantener al individuo en eutimia.

4) LAS DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO DE BIPOLARIDAD

En este apartado quisiera retomar algunos síntomas y/o criterios del DSM-5 (2014) de los Trastornos de Bipolaridad y Límite de la Personalidad, recordar que en el Trastorno de Bipolaridad (TB) hay cambios en el estado de ánimo de lo maníaco a lo depresivo, y que de igual forma en el Trastorno Límite de personalidad (TLP) hay cambios en la afectividad, sin embargo la diferencia radica en que en el TB los cambios de ánimo son por cuestión de días dependiendo si es de tipo I o II varía la duración; en un TLP sus estados de ánimo pueden cambiar en cuestión de horas y rara vez más de unos días (APA, 2014), aunado a esto Torales y Navarro (2019) sostienen:

> Las descripciones clásicas del trastorno bipolar que informan de episodios claros de estado de ánimo exaltado o depresivo, intercalados con períodos de eutimia, enmascaran el verdadero curso del trastorno que se caracteriza por la inestabilidad crónica del estado de ánimo y la mala función interepisódica. La duración de estos períodos puede variar considerablemente, de semanas a meses, y la depresión suele dominar el curso longitudinal del trastorno. El trastorno límite de la personalidad es, por su parte, un trastorno

> generalizado en el que la inestabilidad del estado de ánimo se acompaña de impulsividad, disfunción interpersonal, gestos suicidas repetidos, un sentido incierto de sí mismo, ira inapropiada y miedo al abandono (pp. 59-60).

La Fundación AMAI TLP (Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad) (2019) y Rangel et al. (2021) sostienen que otro factor que diferencia a ambos trastornos es la impulsividad ya que ésta sólo podría presentarse en la fase maníaca del TB y en el TLP es constante; Garza et al. (2022) también refieren que los individuos con Trastorno de Bipolaridad son capaces de tener relaciones interpersonales estables (más en la fase eutimia) ya que el individuo con Trastorno Límite de Personalidad tiende a la idealización y devaluación de las personas de una manera constante y continua.

Otras de las diferencias entre el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y el Trastorno de Bipolaridad (TB) es que en el TLP hay una ausencia de euforia qué aparece en el episodio maníaco del TB y que los cambios en el estado de ánimo del TB es debido a la falta de regulación de neurotransmisores mientras que en el TLP los factores son externos por ejemplo: algún gesto mal interpretado de otra persona o alguna crítica provocaría una ira injustificada, es decir, un individuo con TLP puede saber lo que le ocasionó el malestar, en este caso factores externos de su entorno y sobre todo con las relaciones que establece con las demás personas, mientras que el TB no lo identifica y puede no existir un motivo alguno. También en el TB se encuentra una fase de eutimia mientras que el TLP siempre está presente la sintomatología (Castillero, 2018).

Valdivieso (2019) rescata qué la despersonalización y desrealización son características qué sólo se evalúan en individuos con TLP y la disfuncionalidad laboral corresponde al TB. Garza et al. (2022) también sostiene en su trabajo que el TLP pareciera

tener un curso más favorable al llegar a la mediana edad. Además, la identidad de aquellos con TLP tiene una discrepancia grave y continua, ya que en el TB en su fase maníaca hay un sentido de grandiosidad.

Algunos autores sostiene que debería agruparse al Trastorno Límite de Personalidad con el Trastorno de Bipolaridad debido a sus semejanzas amplificando los tipos I y II del TB, ya que aquellos con una mayor desregulación emocional se acercan al tipo II por el temperamento ciclotímico, sin embargo no se considera viable por que los cambios de humor son muy rápidos y sería una ciclación sumamente rápida y podría caer en la interpretación de que estos cambios forman parte del estado mental y de las conductas de un individuo que padece TLP (Aguilar-Ortiz, 2019).

MÉTODO

En este apartado se realizó un estudio para evaluar la percepción de habitantes de la Ciudad y Estado de México acerca de los trastornos de Bipolaridad y de Límite de Personalidad mediante un cuestionario de Google Forms con respuestas tipo Likert, de esta forma, se recabó la información de su nivel de conocimiento y también del medio de dónde se informan de dichos trastornos, así mismo, se adaptaron preguntas de dos instrumentos que se emplean para ayudar al diagnóstico tanto del trastorno del ánimo como del de personalidad con la finalidad de evaluar si podían distinguir la diferencia de sintomatología entre uno y otro sin diagnosticar en los participantes.

Participantes

Para la recopilación de información se planteó la participación de mínimo 100 personas, sin distinción de género entre mujeres y hombres de escolaridad media superior en adelante de

entre 20 y 40 años, que radicaran en la Ciudad de México y Área Metropolitana, sin presencia de algún diagnóstico psiquiátrico o psicopatológico presente.

Selección de la muestra

Se consideró un muestreo no probabilístico o dirigido, ya que las mínimas 100 personas se eligieron según las características de la investigación. Siendo una muestra homogénea, en este caso buscando que los participantes tuvieran perfiles y características similares (edad, residencia y escolaridad), ya que el propósito se centró en el tema de investigación de la evaluación del conocimiento del Trastorno de Bipolaridad y del Trastorno Límite de Personalidad y sus diferencias (Hernández et al., 2014). Además de que este tipo de muestreo permitió la fácil accesibilidad a la población como por redes sociales de WhatsApp y en grupos de Facebook, para la difusión del cuestionario.

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres de 20 a 40 años que radicaran en Ciudad de México y Área Metropolitana, con escolaridad de medio superior en adelante.

Criterios de exclusión

Hombres y mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años que NO radicaran en la Ciudad de México y Área Metropolitana, que tuvieran una escolaridad menor a la media superior, además de que contaran con algún diagnóstico psiquiátrico.

Tipo de estudio

El tipo de investigación del presente estudio fue descriptivo debido a que sólo se recopiló información del fenómeno como se presentó en la realidad, ya que como sostiene Hernández et al. (2014) “sólo se pretenden medir o recoger información de manera

independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren" (p.92), en este caso, se pretendió conocer si adultos de 20 a 40 años residentes de la Ciudad de México y Estado de México tienen clara la existencia y diferencia de los Trastornos de Bipolaridad y Trastorno Límite de Personalidad, así como el medio de dónde obtuvieron el conocimiento de dichos trastornos.

Adicional a lo anterior se considera fue un diseño no experimental transversal, en el cual se observaron los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural sin manipulación de variables, y que se recolectaron datos en un momento único. (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Instrumento de medición

Mediante un cuestionario de Google Forms con respuestas tipo Likert de elaboración propia, que constó de 17 ítems se recabaron los datos sociodemográficos de los participantes preguntándoles de su residencia, ya fuera en el Estado o Ciudad de México, edad, escolaridad y si padecían de algún diagnóstico psicológico o psiquiátrico, otras dos preguntas correspondían a si habían escuchado hablar o conocían el Trastorno Límite de Personalidad y/o el Trastorno de Bipolaridad, posteriormente se retomaron y se adaptaron (de la sintomatología) 5 preguntas de cada uno de los siguientes instrumentos, no con la finalidad de diagnóstico:

El Cuestionario McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) rescatando las preguntas con número 1, 3, 7, 8 y 10 (en el cuestionario estas preguntas correspondieron a la 4, 5, 9, 2 y 7) y la Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST) colocando las preguntas con número 1, 2, 8, 12 y 17 (en el cuestionario estas preguntas correspondieron a la 3, 1, 6, 8 y 10), no con finalidad de

diagnóstico si no para la evaluación de si los participantes conocían o habían escuchado acerca del Trastorno Límite de la Personalidad y del Trastorno de Bipolaridad, así como la diferencia en su sintomatología.

Cabe mencionar que el Cuestionario McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) se emplea como apoyo para el diagnóstico del Trastorno Límite de personalidad, y fue creado en el año 2003 por Zanarini y colaboradores. La validación en su versión española fue en el año 2016 por Soler y colaboradores; volvió a emplearse en la tesis de grado, por Gurahua (2021). Este cuestionario consta de 10 ítems con respuesta dicotómica de “sí” y “no” donde se incluye un elemento para los ocho criterios y dos elementos para el criterio de paranoia y disociación del DSM-5 (2014) por lo que permite detectar rasgos clínicos de este trastorno.

Para el diagnóstico del Trastorno Bipolar se emplea la Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (Functioning Assessment Short Test, FAST), elaborada en España y que se centra en los principales problemas que experimentan el Trastorno de Bipolaridad. Este instrumento consta de 24 ítems con formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta («ninguna dificultad», «media dificultad», «dificultad moderada» y «mucha dificultad») puntuadas de 0 («ninguna dificultad») a 3 («mucha dificultad») (Lujan et al., 2022).

La puntuación total se obtiene de sumar la puntuación en cada ítem, de forma que el rango de la escala va de 0 a 72, mayores puntuaciones indican mayor dificultad de funcionamiento. Se agrupan en 6 factores o dimensiones de funcionamiento: 1) autonomía: referida a la capacidad de hacer cosas solo y toma de decisiones; 2) funcionamiento ocupacional: referido a la estabilidad en un trabajo remunerado, eficiencia al desarrollar

actividades designadas en ese trabajo, que sea un trabajo relacionado a lo que estudió (formación) y recibir un sueldo de acuerdo con las actividades del puesto; 3) funcionamiento cognitivo: concentración, cálculo mental, resolución de problemas, aprendizaje y memoria; 4) temas financieros: manejo de finanzas e inversiones; 5) relaciones interpersonales: relaciones con amigos y familiares, actividades sociales, relaciones sexuales y la habilidad para defender ideas y opiniones; y 6) tiempo libre: referido a la capacidad para la práctica de deporte y/o ejercicio así como el disfrutar de hobbies (Lujan et al., 2022).

PROCEDIMIENTO

Primeramente, se elaboró el instrumento de recaudación de información en Google Forms adaptando las preguntas del Cuestionario McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) y de la Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST) para su difusión a contactos de WhatsApp y en grupos de Facebook, cabe mencionar que se incluyó un consentimiento informado, respetando la confidencialidad de los participantes (Ver Anexo 1). Al recaudar 149 respuestas y cumpliendo con las 100 mínimas, se realizó el análisis de la información, descartando a aquellos que no entraran en los criterios de inclusión, quedando 86 respuestas viables para el análisis correspondiente, dividiéndolo por residencia en las dos Entidades Federativas: Estado y Ciudad de México, evaluando si tenían conocimiento acerca del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y el Trastorno de Bipolaridad (TB) o no, y si tenían un poco de conocimiento, cuál fue el medio, si por algún familiar, conocido o Internet, los resultados se exponen en gráficas pastel con porcentajes, después se realizó la comparación de ambas Entidades Federativas en cuanto a las 10 preguntas presentadas, si el síntoma presentado

pertenecía al TLP o al TB, exponiendo los resultados en gráficas de barras para una mejor visualización de las respuestas.

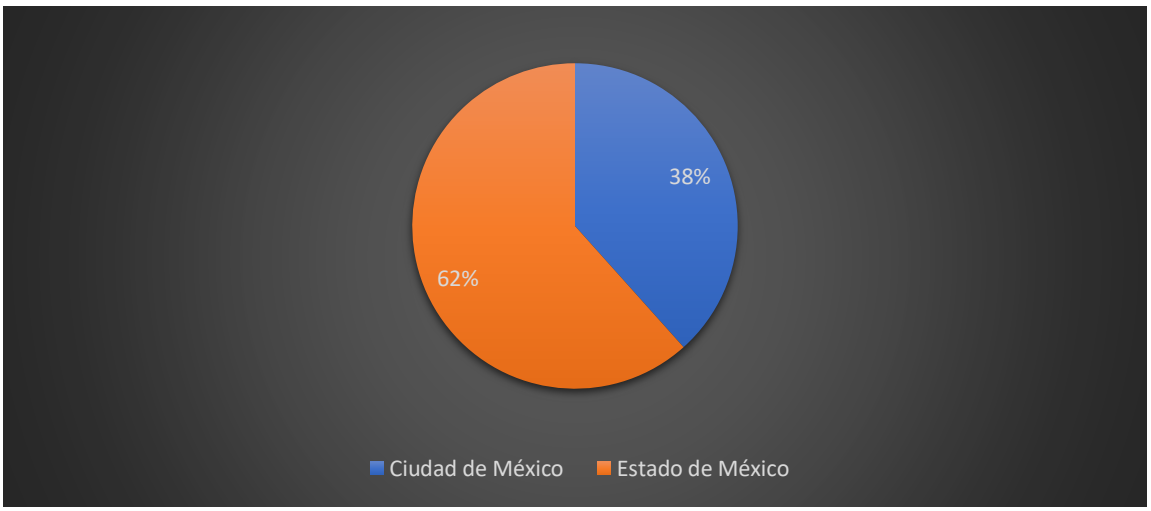
RESULTADOS

Al recaudar 149 respuestas se procedió al análisis de descarte por los criterios de exclusión, siendo 63 personas por que no cumplían con la escolaridad, edad y que además presentaban un diagnóstico previo.

Para la presentación de resultados de las 86 personas se dividió por Entidad Federativa: Estado y Ciudad de México en dónde el 62% de las personas que respondieron tienen residencia en el Estado de México y el 38% restante a la Ciudad de México (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1.

Respuestas por Entidad Federativa

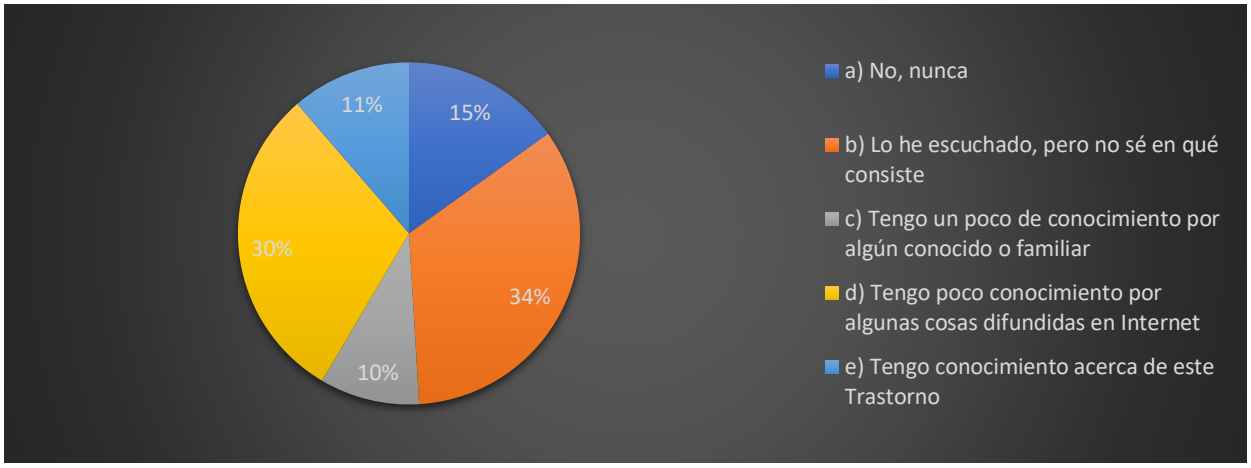


Nota: La gráfica representa las respuestas de las 86 personas consideradas, divididas por Entidad Federativa. Elaboración propia.

Del 62 % de las personas que respondieron del Estado de México siendo 53 respuestas, a la pregunta de si ¿Conocían o habían escuchado acerca del Trastorno Límite de Personalidad (TLP)? 8 contestaron que nunca lo han escuchado o ni lo conocen, 18 que lo han escuchado, pero que no saben en qué consiste, 5 que tienen un poco de conocimiento por algún familiar o conocido, 16 a que lo conocían poco por la difusión existente en internet y 6 respondieron que tienen el conocimiento de este trastorno (Ver Gráfica 2).

Gráfica 2.

¿Conoce o Había escuchado hablar del Trastorno Límite de Personalidad?

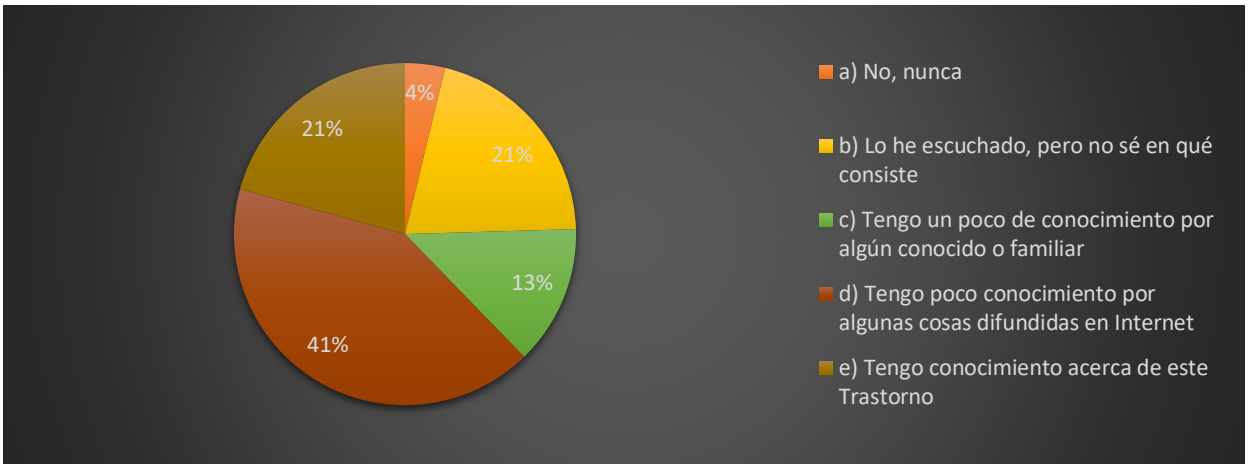


Nota: La gráfica representa las respuestas de las 53 personas residentes en el Estado de México a la pregunta ¿Conoce o había escuchado acerca del Trastorno Límite de Personalidad? Presentado en porcentaje. Elaboración propia.

Acerca del conocimiento del Trastorno de Bipolaridad de las 53 personas con residencia en el Estado de México, 2 contestaron que nunca lo han escuchado, 11 que lo han escuchado, pero que no saben en qué consiste, 7 que tienen un poco de conocimiento por algún familiar o conocido, 22 a que lo conocían poco por la difusión existente en internet y 11 respondieron que tienen el conocimiento de este trastorno (Ver Gráfica 3).

Gráfica 3.

¿Conoce o había escuchado acerca del Trastorno de Bipolaridad?

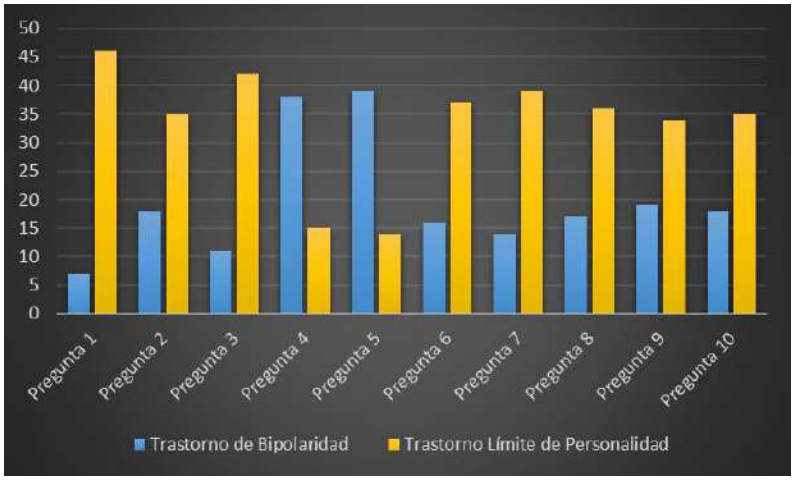


Nota: Este gráfico representa las respuestas de las 53 personas residentes en el Estado de México a la pregunta ¿Conoce o había escuchado acerca del Trastorno de Bipolaridad? Presentado en porcentaje. Elaboración propia.

En las preguntas 1,3,6,8 y 10 recuperadas de la Prueba FAST, se atañen al Trastorno de Bipolaridad (TB) y las preguntas 2,4,5,7 y 9 del Cuestionario de McLean que presentan la sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), las 53 personas contestaron lo siguiente: A las preguntas 1,2,3,6,7,8,9 y 10 predomina que es sintomatología que corresponde al TLP y las preguntas 4 y 5 se inclinaron a que son síntomas del TB y que aun teniendo conocimiento del trastorno, siendo un 21% del TB y un 11% del TLP no hay una correcta distinción entre la sintomatología (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4.

Respuestas al cuestionario. Estado de México

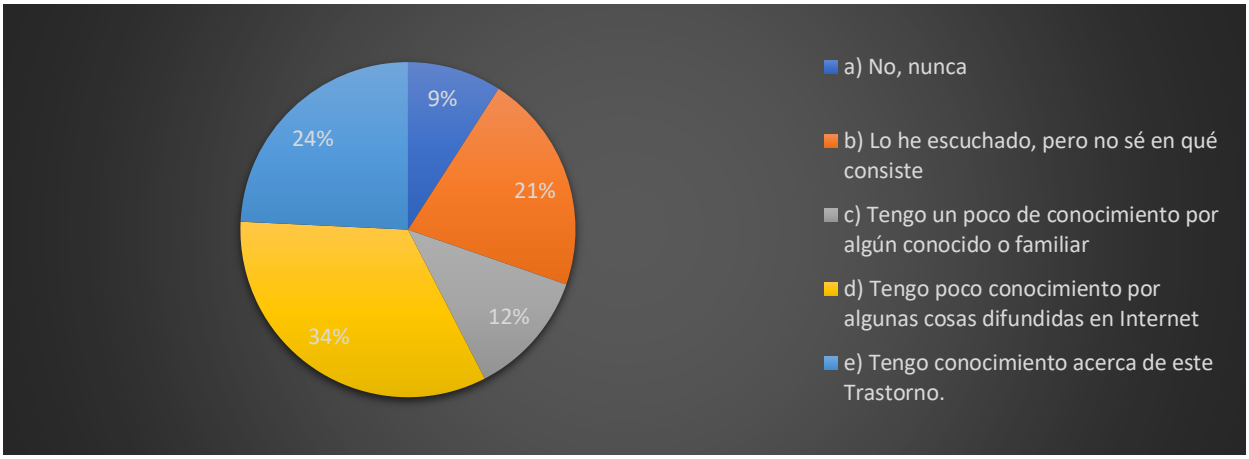


Nota: El gráfico representa las respuestas del cuestionario de los residentes del Estado de México para las diferencias de sintomatología del Trastorno de Bipolaridad y el Trastorno Límite de Personalidad. Elaboración propia.

En cuánto al 38% con residencia en la Ciudad de México, correspondiente a 33 personas, que respondieron a la pregunta de ¿Conoce o ha escuchado hablar acerca del Trastorno Límite de Personalidad? 3 contestaron que nunca lo han escuchado, 7 que lo han escuchado, pero que no saben en qué consiste, 4 que tienen un poco de conocimiento por algún conocido o familiar, 11 que tienen poco conocimiento por la difusión en Internet y 8 que sostienen tienen conocimiento del trastorno, donde el mayor porcentaje de la obtención de información del trastorno es por medio de Internet y que la difusión de información de este trastorno de personalidad pudiera ser deficiente ya que existen personas que nunca habían escuchado de él (Ver Gráfica 5).

Gráfico 5

¿Conoce o Había escuchado hablar del Trastorno Límite de Personalidad?

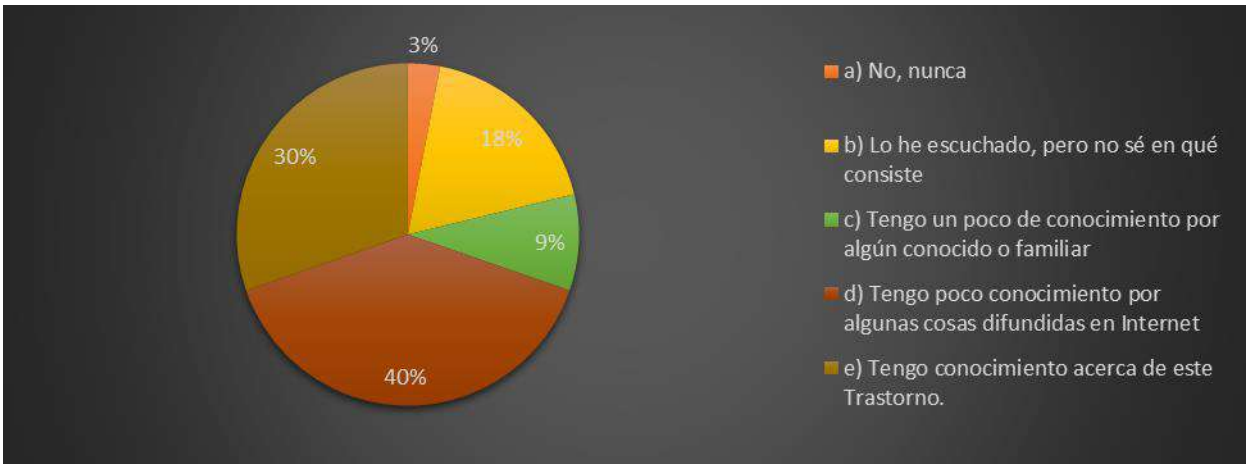


Nota: Este gráfico representa las respuestas de las 33 personas residentes en la Ciudad de México a la pregunta ¿Conoce o había escuchado acerca del Trastorno Límite de Personalidad? Presentado en porcentaje. Elaboración propia.

En cuanto si se conoce o han escuchado del Trastorno de Bipolaridad, 1 contestó que no lo conocía, 6 que lo han escuchado pero que no saben en qué consiste, 3 que tienen poco conocimiento por algún familiar o conocido, 13 que tienen conocimiento acerca del trastorno por la difusión en Internet y 10 que contestaron tienen el conocimiento acerca del Trastorno, dejando claro que el mayor medio de información de la población es por medio del Internet y que aún existen personas que no saben ni siquiera de la existencia del Trastorno de Bipolaridad (Ver Gráfica 6).

Gráfica 6.

¿Conoce o había escuchado acerca del Trastorno de Bipolaridad?

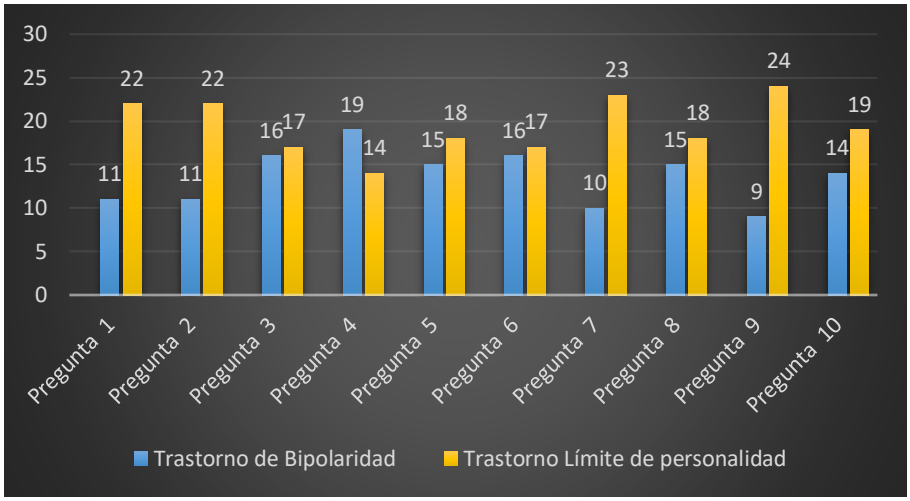


Nota: Este gráfico representa las respuestas de las 33 personas residentes en la Ciudad de México a la pregunta ¿Conoce o había escuchado acerca del Trastorno de Bipolaridad? Presentado en porcentaje. Elaboración propia.

Como se mencionaba anteriormente recordar que en las preguntas 1,3,6,8 y 10 recuperadas de la Prueba FAST, se atañen al Trastorno de Bipolaridad (TB) y las preguntas 2,4,5,7 y 9 del Cuestionario de McLean que presentan la sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), las 33 personas con residencia en la Ciudad de México contestaron lo siguiente: A las preguntas 1,2,3,5,6,7,8,9 y 10 predomina que es sintomatología que corresponde al TLP y sólo en la pregunta 4 se inclinaron a que son síntomas del TB demostrando la falta de conocimiento de la distinción entre los trastornos pese a que el 30% de las personas sostenía tener el conocimiento del Trastorno de Bipolaridad y un 24% del Trastorno Límite de Personalidad (Ver Gráfica 7).

Gráfica 7.

Respuestas al cuestionario en Ciudad de México



Nota: El siguiente gráfico representa las respuestas del cuestionario de los residentes de la Ciudad de México para las diferencias de sintomatología del Trastorno de Bipolaridad y el Trastorno Límite de Personalidad. Elaboración propia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se puede observar que el Trastorno Límite de Personalidad tiene un mayor porcentaje de no haber sido escuchado o que no lo conocen, o que si de haberlo escuchado no saben en qué consiste, siendo en el Estado de México, un 15% de las 53 personas que contestaron que no lo han escuchado nunca y un 34% que lo han escuchado pero que no saben en qué consiste, en cambio en la Ciudad de México correspondió a un 9% de no haber sido escuchado o que lo conocieran y un 21% de conocerlo sin saber en qué consiste.

Las diferencias del poco conocimiento adquirido del Trastorno Límite de Personalidad a través de algún familiar o conocido es que en el Estado de México es de un 10% y en la Ciudad de México de un 12% correspondiendo a la respuesta de una sola

persona, lo cual no se considera una diferencia significativa. No obstante, en las diferencias en cuanto al conocimiento del trastorno a través de la difusión de Internet, corresponden que en el Estado de México es de un 30% y en la Ciudad de México de un 34%. De las personas que respondieron que tienen conocimiento acerca de este trastorno de la personalidad lo reflejaron aquellos que residen en la Ciudad de México con un 24%, mientras que en el Estado de México fue de un 11%.

El Trastorno de Bipolaridad en el Estado de México, sólo un 4% lo desconoce y en la Ciudad de México un 3%. El haberlo escuchado pero que no tienen idea de en qué consiste este trastorno del ánimo corresponde que en la Ciudad de México es un 18% de las 33 personas que se consideraron y de los residentes del Estado de México a un 21%, sin embargo, en este último, el conocimiento a través de los familiares y amigos es mayor, obteniendo un 13% con el 9% de los residentes de la Ciudad de México. Y el total de conocimiento del Trastorno de Bipolaridad no presenta una diferencia significativa en los residentes de ambas Entidades Federativas, ya que en la Ciudad de México es de un 40% vs. a un 41% del Estado de México.

Se puede observar que existe un mayor conocimiento del Trastorno de Bipolaridad en ambas Entidades Federativas, con porcentajes menores de no haberlo escuchado y de saber en qué consiste, al contrario del Trastorno Límite de Personalidad con mayores porcentajes de que no se tenía el conocimiento ni en lo que consiste, y que aun así, en las respuestas de sintomatología existe la inclinación de que la mayoría corresponde al trastorno de personalidad pese a que con el trastorno del ánimo, se trató de rescatar preguntas de su fase depresiva.

CONCLUSIONES

En este apartado se concluye que efectivamente las personas residentes de la Ciudad de México y del Estado de México con rango de edad de 20 a 40 años y con nivel académico mayor al medio superior, no conocen acerca del Trastorno Límite de Personalidad y del Trastorno de Bipolaridad debido a la falta de información y difusión fiable o en dado caso una mala interpretación, como lo sostienen Frías y García (2021) por lo que no se contribuye al rompimiento de estigmas y discriminación hacia los individuos con algún trastorno mental, dificultando el acceso a una atención psicológica o psiquiátrica, así como la colaboración de familiares y amigos en un proceso terapéutico como lo sostienen Martínez y Rosas (2021).

Cabe mencionar que las tasas de autolesiones, intentos de suicidio y suicidios podrían verse reducidos con la relación a el Trastorno Límite de Personalidad y el Trastorno de Bipolaridad al tener un claro conocimiento de ellos y su diferenciación al difundir mayor información en Internet y no sólo a nivel microsocial e individual como discrepan Solar, *et al.* (2019), y así promover la salud mental a nivel macrosocial incluyendo en las escuelas, considerando que los que tengan acceso a la información de los trastornos puedan lograr una identificación y de manera oportuna solicitar ayuda.

En la aplicación de este estudio se rescata el hecho de que el mayor medio por el cual las personas adquieren conocimiento del Trastorno Límite de Personalidad y el Trastorno de Bipolaridad, es a través del Internet, por lo que se debería considerar una mayor difusión en estos medios y no descartar la propuesta de que sintomatología o criterios de los Trastornos Mentales, sean enseñados en las escuelas como lo señala el Senado de la República (2019), para que se imparta el conocimiento así como las

enfermedades de Transmisión Sexual, ya que aportaría a la identificación y así una pronta intervención, aunado a la participación de psicólogos dentro de las instituciones educativas para precisamente promover la salud mental.

Este estudio tiene limitaciones en cuánto a que no es generalizable y que valdría la pena considerar el evaluar el juicio que emiten las personas ante un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad o Trastorno de Bipolaridad o realizar estudios en cuánto al estigma de estos trastornos catalogando a sujetos con diagnóstico como violentas, desorientadas, tóxicas, etc. Con la finalidad de seguir trabajando en el rompimiento de estas percepciones, llegar a una normalización, evitar la discriminación y mejor enfocarse a la inclusión, ya que cómo bien mencionan: “Si una enfermedad física te incapacita para realizar actividades laborales, recreativas, educativas, etc. Un trastorno mental, TAMBIÉN”.

REFERENCIAS

Aguilar-Ortiz, S. (2019). *Neuroimagen del Trastorno Límite de la Personalidad* [Tesis Doctoral, Universitat Autónoma de Barcelona]. Base de datos. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2019/hdl_10803_670085/saagor1de1.pdf

Arcila-Florez, I. V. y Naranjo-Higuera, S. A. (2019). *Revisión sistemática sobre las técnicas cognitivo conductual para el tratamiento en las personas con trastornos de personalidad que corresponden al grupo B según el DSM V* [Tesis de Grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional. https://repository.ucc.edu.co/items/cbed7661-2dc9-49eb-a28a-fdae76644868

Armijos Piedra, T. R., & Polo Martínez, E. M. (2022). Terapia Cognitivo Conductual en el pensamiento dicotómico del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Centros: *Revista Científica Universitaria*, *11*(1), pp. 189–208. https://matriculapre.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/2540

Arrieta, M. y Santos, P. M. (2019). Trastorno bipolar. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, *12*(86), pp. 1-15. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030454121930229X

Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Behn, A. y Fischer, C. (2021, 15 de enero). *Mitos y Realidades sobre el Trastorno Límite de la personalidad.* https://www.ciperchile.cl/2021/01/15/mitos-y-realidades-sobre-el-trastorno-de-personalidad-limite/

Blanco-Artola, C.; Gómez-Solorzano, N.; Orozco-Matamoros, D. (2020). Actualización de los Trastornos de Personalidad. *Revista Médica Sinergia*, *5*(4). Pp. 1-11. https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/437/792

Caballero-Martínez, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *9*(84), Pp. 1. https://doi.org/10.1016/S0211-3449(07)74667-2

Caramellino, A. V.; Lorenzo, M. E. y Parker, T. (2023). Relación entre fortalezas de carácter y personalidad. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, *8*(338). https://doi.org/10.32351/rca.v8.338

Carreño-Ruiz, G.; Zapata-Ospina, J. P.; Vargas, C.; Aguirre-Acevedo, D. C., y López-Jaramillo, C. (2022). Neuroimagen estructural y polaridad predominante en pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I de Antioquia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *51*(2), pp. 123-132. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.005

Castillero-Mimenza, O. (2018, 8 de enero). *Las 7 diferencias entre el Trastorno Bipolar y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).* Psicología y Mente. https://psicologiaymente.com/clinica/diferencias-trastorno-bipolar-y-tlp

Chávez-León, E.; Benítez-Camacho, E. y Ontiveros-Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del Trastorno Bipolar tipo I. *Salud mental*, *37*(2), pp. 111-117.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000200004&script=sci_abstract&tlng=pt

Crespo-Delgado, E. (2022). *Avances en la investigación sobre el Trastorno de personalidad límite. Estudio de subtipos y su respuesta al tratamiento* [Tesis Doctoral, Universitat Jaume I]. Base de datos. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/675059/2022_Tesis_Crespo%20Delgado_Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cruz, C. (2019). Teorías de la personalidad a lo largo de la historia. *Psiquiatría y salud mental*, *36*(3/4), pp. 119-130. https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/06/07.-Teoria-personalidad-a-lo-largo-historia-Cruz.pdf

Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM (2019, 2 de agosto). *¿Qué es el Trastorno Límite de la Personalidad?*. https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/la-unam-te-explica-que-es-el-trastorno-limite-de-la-personalidad/

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003). Psicología Clínica y Psiquiatría. Papeles del psicólogo; *24*(85), pp. 1-10. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501

Florez, I. V. A.; Higuera, S. A. N. y Gaitán, M. I. (2019). *Revisión sistemática sobre las técnicas Cognitivo Conductual para el tratamiento en las personas con trastornos de personalidad que corresponden al grupo B según el DSM V* [Tesis de Grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional. https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/77dc979a-59dc-463c-92f2-357ec601ed92/content

Fundación AMAI TLP Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Limite de la Personalidad (2019, 21 de marzo). *¿Por qué confundimos el Trastorno Límite de Personalidad con el Trastorno Bipolar?*. https://www.amaitlp.org/blog/por-que-confundimos-el-trastorno-limite-de-personalidad-con-el-trastorno-bipolar/

García, S. O. (2020). *Estabilidad diagnóstica del trastorno bipolar en la Comunidad de Madrid* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=282951

Garza-Guerra, A. J.; Adame-Rocha, G. H. y Rodríguez-Lara, F. J. (2022). Diferencias clínicas del Trastorno Bipolar y el Trastorno Límite de la Personalidad: a propósito de un caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *51*(4), pp. 330-334. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502022000400330#:~:text=Los%20pacientes%20bipolares%20suelen%20tener,miedo%20al%20rechazo2%2C18.

Garzón Navarro-Pelayo, M. (2022). Intervenciones psicosociales efectivas en pacientes con trastorno de bipolaridad [Tesis de Maestría, Universitat Jaume I]. Repositorio Institucional. https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/201626

Gómez-Rueda, H. (2023) Capítulo 13. Trastorno bipolar en el adulto: nueva conceptuación en el siglo XXI en *Temas selectos en Neurociencias y Psiquiatría* (pp 127-136). Paracelsus. ResearchGate. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Herrera-Huerta2/publication/366182676_Temas_selectos_en_neurociencias_y_psiquiatria/links/6395747fe42faa7e75b39ea2/Temasselectosenneurocienciasypsiquiatria.pdf#page=142

Guendelman, S.; Garay, L. y Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista médica de Chile*, *142*(2), pp. 204-210. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200009

Guerrero-Herrera, L. F. (2022). *Concentración de citocinas séricas en pacientes con trastorno bipolar en manía, antes y después de respuesta a tratamiento* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. Repositorio Institucional. https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/8077

Gurahua-Sebastian, K. J. (2021). *Características clínicas y sociodemográficas del Trastorno Límite de Personalidad en escolares de la institución educativa peruano suizo del distrito de Comas* [Tesis de Grado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional. https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3054

Hernández-García, M. E. (2022). *Relación de riesgo suicida en pacientes con trastorno bipolar y el polimorfismo RS140701 del gen SLC6A4* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Institucional. https://eprints.uanl.mx/24358/7/24358.pdf

Hernández-Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014) Concepción o elección del diseño de investigación. En *Metodología de la investigación* (pp. 126-168), McgrawHill. https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf

Lorca-Alamar, F. (2020). *El Sentido de la Vida como factor protector del Trastorno Límite de la Personalidad* [Tesis Doctoral, Universidad Católica de Valencia, San Vicente

Mártir]. Base de datos. https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1311/Lorca%20Alamar%2c%20Mar%c3%ada%20F%c3%a1tima_Tesis%20definitiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Loyola, A. E. C. y Abril, L. E. C. (2022). Sintomatología Psicótica del Trastorno Límite de la Personalidad. Polo del Conocimiento: *Revista científico-profesional*, *7*(2). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8354947

Lujan-Lujan, E. M.; García-León, M. A.; Rodríguez-Cano, E.; Huertas-Martínez, S.; Roldan-Merino, J.; Puig-Llobet, M. y Pomarol-Clotet, E. (2022). Validación de la versión española de la Escala de funcionamiento breve (FAST) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *15*(3), pp. 157-166. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.01.006

Maislin, N. (2021). *El Trastorno Límite de la Personalidad: el abordaje de la impulsividad desde la Terapia Cognitivo Conductual* [Tesis de Grado, Universidad de Palermo]. Base de datos. http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2370/Maislin%2C%20Nahuel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Manotas-Llanos, L. M. (2020). *Revisión de la evidencia empírica disponible sobre los modelos de intervenciones cognitivo-conductuales para el Trastorno Bipolar* [Tesis de Grado, Universidad de la Costa]. Repositorio Institucional. https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/7184

Martínez-Castillo, A. A., y Santiago, F. J. R. (2021). El estigma hacia los pacientes psiquiátricos: una revisión bibliográfica. *Alternativas Psicología*, *47*(1), 14. https://www.alternativas.me/attachments/article/263/El%20estigma%20hacia%20los%20pacientes%20psiqui%C3%A1tricos:%20una%20revisi%C3%B3n%20bibliogr%C3%A1fica.pdf

Naukas (2015, 27 de marzo). *Una breve historia del concepto de trastorno bipolar*. Cuaderno de Cultura Científica. https://culturacientifica.com/2015/03/27/una-breve-historia-del-concepto-de-trastorno-bipolar/

Organización Mundial de la Salud (2022, 8 de junio). Trastornos Mentales. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Pabón Basto, A. Y. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *20*(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2021000400018&script=sci_abstract

Paschoal-Pizzut, M. (2022). *Trastorno de personalidad Borderline y la dificultad de diagnóstico: Un análisis de la consecuencia como un perjuicio para la identidad del portador* [Tesis doctoral, Selinus University of Sciences and Literature]. Base de datos.https://www.uniselinus.education/sites/default/files/2023-03/Pizzut_Marcelo.pdf

Pérez-Longares, P. (2021). *Revisión de los factores de riesgo que influyen en el trastorno límite de la personalidad* [Tesis de Grado, Universidad Católica de Valencia]. Repositorio Institucional. http://hdl.handle.net/20.500.12466/1879

Pérez-Ramírez, B. (2021). De la noción de trastorno mental al concepto de discapacidad psicosocial a partir de una intervención situada. *Inter disciplina*, *9*(25), 233-256. https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2021.25.79975

Rangel-Rodríguez, A., Guzmán-Díaz, G., & Cisneros-Herrera, J. (2021). Tratamientos cognitivo-conductual y psicoanalítico del trastorno límite de la personalidad. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, *8*(15), pp. 14-19. https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/6675

Ruiz, J. (2021). *Breve reseña de los antecedentes históricos y la constitución de la 'Psicología de la Personalidad' como disciplina científica*. Barcelona, Dipòsit Digital Universitat de Barcelona, Col·lecció OMADO. http://hdl.handle.net/2445/180062

Secretaría de Salud. (2018, 9 de julio). *270. Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad*. https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad

Senado de la República Mexicana (2019, 18 de septiembre). *Indispensable establecer en escuelas, programas de prevención y atención a enfermedades mentales* [Comunicado del Senado, LXIV Legislatura]. http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/46103-indispensable-establecer-en-escuelas-programas-de-prevencion-y-atencion-a-enfermedades-mentales.amp.html

Solar, F. C.; Fernández, P. G.; Borquez, S. S.; Rovegno, C. I. y Rivera, C. N. (2019). Promoción y prevención en salud mental: ¿Esperanza fundada, vana ilusión o

contrabando psicopatologizador?. *Papeles del psicólogo*, *40*(3), pp. 211-216. https://www.redalyc.org/journal/778/77864998008/77864998008.pdf

Ticsihua Vilchez, L. J. (2022). *Patrones clínicos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II en las internas del establecimiento Penitenciario Jauja 2022* [Tesis de Grado, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional. https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/4641/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Torales, J. y Navarro, R. (2019). Trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar: del solapamiento de criterios diagnósticos al solapamiento clínico. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, *52*(1), pp. 59-62. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S181689492019000100059&script=sci_arttext

Torres G. y Tamara E. (2007). Trastorno límite de personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual. *Cuadernos de neuropsicología*, *1*(3), pp. 311-320. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000300014

Valdez, C. I. R.; Calva, S. I. L., y Gálvez, A. L. B. (2023). Evaluación inicial y psicoeducación en adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad: caso clínico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *26*(3). http://matriculapre.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/2540

Valdivieso-Jiménez, G. (2020). Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno Límite De La Personalidad Y Su Comorbilidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *58*(1), pp. 2-15. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000100002

Valdivieso-Jiménez, G. (2021). Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual Para el Trastorno Bipolar: una Revisión Sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021001025

Vargas, X. R.; Leal, M. A. y Zamora, S. M. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista médica sinergia*, *5*(9), pp. 1-15. https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/572/961

Vera-Varela, C.; Giner, L.; Baca-García, E. y Barrigón, M. L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, *26*(1), pp. 1-6. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593419300065

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO APLICADO A LA POBLACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De antemano se agradece su participación en este cuestionario. El objetivo es EVALUAR el conocimiento que tiene la población de la existencia del Trastorno Límite de Personalidad, así como el Trastorno de Bipolaridad y si hay claridad en las diferencias de estos, por lo que NO se realiza ningún tipo de diagnóstico y los datos recabados se tratarán de manera CONFIDENCIAL solo para fines académicos de la investigación.

Al dar click en continuar, estará aceptando participar de manera voluntaria y dando consentimiento de la recopilación de sus datos (no se le solicita nombre).

•Quiero continuar con mi participación voluntaria y doy mi consentimiento para los fines de esta investigación

•No quiero participar, GRACIAS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

•Sexo: F/M

•Edad:

•Escolaridad:

•Lugar de residencia: CDMX o Edo. Mex.

•Ha recibido algún diagnóstico psiquiátrico o psicológico? Si/No

•Conoce o ha escuchado hablar acerca del Trastorno Límite de Personalidad (TLP)?

a) No, nunca

b) Lo he escuchado, pero no sé en qué consiste

c) Tengo un poco de conocimiento por algún conocido o familiar

d) Tengo poco conocimiento por algunas cosas difundidas en Internet

e) Tengo conocimiento acerca de este Trastorno.

•Conoce o ha escuchado hablar acerca del Trastorno de Bipolaridad (TB)?

a) No, nunca

b) Lo he escuchado, pero no sé en qué consiste

c) Tengo un poco de conocimiento por algún conocido o familiar

d) Tengo poco conocimiento por algunas cosas difundidas en Internet

e) Tengo conocimiento acerca de este Trastorno.

A continuación, se le presentarán preguntas con algún síntoma del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) o Trastorno de Bipolaridad (TB), favor de seleccionar la opción del Trastorno que usted considere o tenga conocimiento que corresponde a ese síntoma.:

1) La persona que padece este Trastorno encuentra dificultad en encontrar o realizar aficiones, como salir con amigos, jugar cartas, salir a pasear, ir al cine, etc.:
   a) Trastorno Límite de Personalidad (TLP)
   b) Trastorno de Bipolaridad (TB)
2) El sentimiento crónico de vacío corresponde al Trastorno de:
   a) Trastorno Límite de Personalidad (TLP)
   b) Trastorno de Bipolaridad (TB)
3) En este Trastorno existe una dificultad para desempeñar una actividad física o practicar un deporte:

a) Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

b) Trastorno de Bipolaridad (TB)

4) En este Trastorno las relaciones personales más cercanas se han visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes:

a) Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

b) Trastorno de Bipolaridad (TB)

5) En este Trastorno, quien lo padece tiene al menos otros dos de los siguientes problemas de impulsividad; atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal:

a) Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

b) Trastorno de Bipolaridad (TB)

6) La dificultad de realizar un trabajo renumerado/pagado corresponde a este Trastorno:

a) Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

b) Trastorno de Bipolaridad (TB)

7) Los esfuerzos desesperados para evitar sentirse abandonado, como, por ejemplo: llamar repetidamente a una persona para que confirme que está preocupada por, suplicarle que no lo deje, agarrarse físicamente, son característicos de este Trastorno:

a) Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

b) Trastorno de Bipolaridad (TB)

8) Para quien padece este Trastorno es muy difícil concentrarse, como leer, ver una película, estudiar, etc.:

a) Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

b) Trastorno de Bipolaridad (TB)

9) Quien padece el Trastorno se siente frecuentemente como irreal o como si las cosas que le rodean no fuesen reales:

a) Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

b) Trastorno de Bipolaridad (TB)

10) Vivir sólo o de manera Autónoma es una dificultad para quien padece este Trastorno:

a) Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

b) Trastorno de Bipolaridad (TB)