Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

COMORBILIDAD DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y SÍNTOMAS DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN PACIENTES DE ENTRE 18 Y 50 AÑOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO", PUEBLA

COMORBIDITY OF AFFECTIVE DISORDERS AND SYMPTOMS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN PATIENTS BETWEEN 18 AND 50 YEARS OF AGE FROM THE "DR. RAFAEL SERRANO" PSYCHIATRIC HOSPITAL, PUEBLA.

Ernesto Agustín Lara Benítez
Corporación Universitaria Minuto de Dios

Luz Karina Ramírez Dueñas
Corporación Universitaria Minuto de Dios

José Luis Hernández Soto
Corporación Universitaria Minuto de Dios

MPSS Rodrigo Ruíz Caballero
Corporación Universitaria Minuto de Dios

MPSS Diana Laura Sánchez Ramos
Corporación Universitaria Minuto de Dios

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17953

Comorbilidad de trastornos afectivos y síntomas de trastorno límite de personalidad en pacientes de entre 18 y 50 años del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano", Puebla

Ernesto Agustín Lara Benítez[1]
ernestolarabe93@gmail.com
https://orcid.org/0009-0005-6781-8303
Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano
México

Luz Karina Ramírez Dueñas
luzkramirez@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-4690-9618
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

José Luis Hernández Soto
salana_aki@yahoo.com
https://orcid.org/0009-0003-5903-2533
Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano
México

MPSS Rodrigo Ruíz Caballero
rodrigoruizcaballero@gmail.com
http://orcid.org/0009-0006-0768-4718
Instituto Mexicano del Seguro Social.
México

MPSS Diana Laura Sánchez Ramos
dian251998@gmail.com
https://orcid.org/0009-0001-4697-1721
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

Introducción: El trastorno límite de personalidad (TLP) y los trastornos afectivos (TA) poseen una superposición de diversos factores de riesgo: abuso de sustancias, desventaja social, pobreza, exposición a la violencia, maltrato infantil, conflicto entre padres, aversión de los padres, etc... Ambos padecimientos se suelen reforzar mutuamente a lo largo de la adolescencia y la adultez joven, reportan comorbilidad de 59%. El TLP se caracteriza por: sensibilidad al rechazo, inestabilidad, intensidad y volatilidad emocional, así como conductas impulsivas asociado a su vez a altas tasas de suicidio y limitación en la funcionalidad, por lo que es preciso determinar la comorbilidad para dirigir el abordaje integral. **Objetivo:** Determinar la comorbilidad entre trastornos afectivos y síntomas de trastorno límite de personalidad en usuarios del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. **Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, unicentrico y homodemico. En 49 participantes que acudieron al servicio de consulta externa. Utilizando la revisión de expedientes clínicos y el cuestionario Borderline Symptom List 23 en español (BSL-23). Se empleó estadística descriptiva. **Resultados:** El 87.17% de los participantes obtuvo puntaje sugestivo a diagnóstico de TLP, el diagnóstico más frecuente y el subgrupo de personas con una severidad por encima de 0.64 corresponde a Trastorno depresivo mayor seguido por trastorno depresivo persistente. De acuerdo al puntaje del BSL-23, la severidad de los síntomas de trastorno límite de la personalidad fue moderada. **Discusión y conclusiones**: El trastorno límite de la personalidad es una importante comorbilidad entre los trastornos afectivos.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, trastornos afectivos, comorbilidad, trastornos mentales

[1] Autor principal
Correspondencia: ernestolarabe93@gmail.com

Comorbidity of affective disorders and symptoms of borderline personality disorder in patients between 18 and 50 years of age from the "Dr. Rafael Serrano" psychiatric hospital, Puebla.

ABSTRACT

Introduction: Borderline Personality Disorder (BPD) and affective disorders (AD) have overlapping various risk factors: substance abuse, social disadvantage, poverty, exposure to violence, child abuse, parental conflict, parental rejection, etc. Both conditions tend to mutually reinforce each other throughout adolescence and young adulthood, reporting a comorbidity of 59 %. BDP ins characterized by: sensitivity to rejection, instability, emotional intensity and volatility, as well as impulsive behaviors associated with high suicide rates and limitations in functionality, making it essential to determine comorbidity in order to direct comprehensive approaches. **Objective:** To determine the comorbidity between affective disorders and symptoms of borderline personality disorder in users of the Dr. Rafael Serrano psychiatric hospital. **Method:** An observational, descriptive, cross-sectional, prospective, unicentric, and homogenic study was conducted. In 49 participants who attended the outpatient consultation service. Using the review of medical records and the Borderline Symptom List 23 questionnaire in Spanish (BSL-23). Descriptive statistics were employed. **Results:** 87.17 % of the participants obtained scores suggestive of a diagnosis of BPD, with the most frequent diagnosis being Major Depressive Disorder, followed by Persistent Depressive Disorder in the subgroup of individuals with a severity above 0.64. According to the BSL-23 score, the severity of the symptoms of borderline personality disorder was moderate. **Discussion and conclusions:** Borderline personality disorder is a significant comorbidity among affective disorders.

***Keywords*:** borderline personality disorder, affective disorders, comorbidity, mental disorders

Artículo recibido 07 mayo 2025
Aceptado para publicación: 11 junio 2025

INTRODUCCIÓN

El término que actualmente conocemos como trastorno límite de la personalidad (TLP) fue acuñado en el siglo veinte por el húngaro Adolph Stern quien vivía en Estados Unidos de América, fue un médico, neurólogo y psiquiatra (psicoanalista). Stern fue uno de los primeros médicos que introdujeron el psicoanálisis a Estados Unidos, quien, a su vez, tuvo gran influencia de Sigmund Freud, debido a que fue psicoanalizado por este, lo cual explica que se encontrara influenciado por su trabajo. Es por eso, que el trastorno tiene origen en la conceptualización freudiana de la mente, considerada una frontera entre la neurosis y la psicosis; la primera siendo entendido según Freud como el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, y la psicosis, definida como el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior (Sigmund Freud, 2016), aunque actualmente ya no se utiliza con la misma frecuencia en el ambiente de la psiquiatría clínica, esto debido a que los avances en la neurobiología del TLP ha ido a pasos agigantados, se ha considerado que este nombre, basado en el psicoanálisis, podría ser obsoleto. (Pérez Rodríguez et al., 2018).

La presente investigación pretende evaluar la presencia de síntomas del trastorno de la personalidad límite en la población de entre 18 y 50 años del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de la ciudad de Puebla y la presencia de trastornos afectivos, específicamente, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, anteriormente llamado distimia, y trastorno bipolar, presuponiendo que existe relación entre el tipo de personalidad y el afecto, debido a que la sintomatología tiende a presentar cierta dificultad por su solapamiento. Además, es importante el conocer la existencia de dicha asociación para dirigir el abordaje y el tratamiento proporcionado, buscando incidir de manera conjunta la afectación para permitir la inclusión y evitar la disfunción social que puede verse exacerbada.

La definición inicial fue realizada en 1978 por Adolph Stern, en ese entonces no se encontraba catalogado de manera precisa en los sistemas de clasificación de la época y era considerado “intratable”, considerada un terreno incierto entre la psiquiatría y la medicina general, siendo objeto de estigma debido a la reputación de que los pacientes solían ser hostiles, conduciendo a que fueran ignorados o maltratados. Fue hasta 1980 que el término se añadió al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera Edición (DSM-III) y 10 años más tarde a la Clasificación Internacional de

Enfermedades (CIE), con el nombre de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (Gunderson et al., 2018).

El TLP tiene como características principales, una sensibilidad extrema al rechazo, inestabilidad de uno mismo, intensidad y volatilidad emocional, así como conductas impulsivas. Si bien, el diagnóstico de TLP cumple con los estándares, aún hay conflicto respecto a la definición, las características centrales y las posibilidades de tratamiento (Gunderson et al., 2018).

El trastorno de la personalidad límite (TLP) es un trastorno mental común, que se encuentra asociado a altas tasas de suicidio, gran limitación en la funcionalidad, altas tasas de trastornos mentales comórbidos, uso intensivo de tratamientos y altos costos a la sociedad (Leichsenring et al., 2011).

De acuerdo con (Mezei et al., 2020), en las últimas décadas, se ha mostrado una incidencia creciente de TLP en la práctica psiquiátrica; a pesar de lo anterior, se trata de un padecimiento infra diagnosticado. Conocer la etiología, entre la cual se encuentran los factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales, resulta fundamental para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados.

De manera frecuente, el tratamiento de los pacientes con TLP se ve obstruido por el incumplimiento a este, la ira constante del paciente, las tendencias suicidas, lo cual contribuye al mismo estigma comentado. Afortunadamente, estudios científicos más recientes han mostrado que es tratable, que es posible la recuperación sintomática (Gunderson et al., 2018).

Según Schulte Holthausen (2018) (Schulte Holthausen & Habel, 2018a), se ha afirmado en diversos documentos médicos como el DSM-5 que el TLP presenta una predominancia por las mujeres, con una proporción de 3:1, sin embargo, en otros estudios no se han reportado diferencias de prevalencia respecto al sexo, una probable explicación de esta discrepancia de datos es que el mayor número de personas con trastorno límite de personalidad que busca tratamiento son mujeres, lo que pudo haber ocasionado un sesgo de selección en estudios realizados en entornos clínicos.

Si bien, de acuerdo con los criterios clínicos del DSM-5, que mencionan que las características deben estar presentes a partir de la edad adulta, el TLP puede ser diagnosticado desde la infancia-adolescencia, esto con una fiabilidad, validez y estabilidad similar a la que puede realizarse en la adultez (Gunderson et al., 2018).

Entre los factores asociados que pueden contribuir al desarrollo del TLP se encuentran los psicosociales, siendo estos los antecedentes de trauma infantil, las enfermedades mentales maternas, la mala relación padres-hijos, un mal estilo de crianza; situaciones que conllevan al desarrollo de apego inseguro y desorganizado en el infante (Mezei et al., 2020).

Las muestras tanto clínicas como comunitarias muestran similitud en el hecho de que la adversidad en la infancia tiene una gran asociación con el TLP, es así que el trauma infantil se considera el factor de riesgo más importante para su desarrollo, al menos respecto a los factores ambientales. De manera retrospectiva se vio un incremento en el riesgo de presentar TLP en estudios comunitarios de niños que presentaron maltrato infantil. De igual modo una crianza inapropiada, comportamientos aversivos de los padres, la carencia afectiva propiciada por estos y la participación en exceso de la madre, así como la separación de los niños y la madre antes de los 5 años son factores que se han visto asociados. Los niños que han sufrido de maltrato presentan un perfil de personalidad caracterizado por un alto neuroticismo, poca amabilidad, poca escrupulosidad y poca apertura a la experiencia, además de que estas características tienden a persistir y comparten características con los rasgos de personalidad de los adultos con TLP (Gunderson et al., 2018).

Se conocen algunos periodos críticos para la génesis de la patología de personalidad. Tiende a presentarse apego anormal al cuidador principal, ya sea debido a la separación o a una crianza deficiente, y este apego interrumpido probablemente conducirá a déficit de la regulación emocional y el autocontrol. La reactividad emocional ante el estrés en el niño puede contribuir a un apego problemático. Un apego desorganizado entre madres e hijos es predictor de síntomas límite en adultos jóvenes de acuerdo con un estudio comunitario prospectivo. Cuando durante el periodo de la adolescencia se llega a impedir o retrasar el desarrollo de una identidad estable o un sentido de sí mismo puede conducir a la patología (Gunderson et al., 2018).

Entre las conductas predictoras tanto del desarrollo como de la persistencia del TLP en niños y adolescentes son las conductas autolesivas, los intentos de suicidio, la identidad insegura, la falta de orientación hacia objetivos, la afectividad negativa, la impulsividad, las conductas de riesgo, la ira, la agresión interpersonal, la mayoría características bien identificadas de TLP. Respecto a la atención clínica, se tiene a encontrar de manera más frecuente manifestaciones del tipo autolesiones,

comportamiento suicida o acciones impulsivas, más que manifestaciones relacionadas al temperamento (Gunderson et al., 2018).

De acuerdo a Pérez-Rodríguez (2018) (Pérez Rodríguez et al., 2018), en los primeros estudios realizados en la literatura acerca del trastorno límite de personalidad, fueron mostrados 3 factores subyacentes principales, los cuales están definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5). Estudios posteriores mostraron que estos 3 factores principales, presentan una correlación importante, lo que sugiere que hay una construcción unificadora de manera subyacente. Según el DSM-5 las características definitorias del trastorno, o su componente más importante, son la inestabilidad afectiva y la reactividad emocional, sin embargo, lo que pareciera causar esto sería un deterioro en la interocepción emocional, o alexitimia, siendo está definida como la incapacidad o dificultad para ser consciente de las emociones o estados de ánimo propios según (Kaplan & Sadock, 2022).

Respecto a la alexitimia en el trastorno límite de personalidad, se ha encontrado evidencia de que hay desconexión entre las respuestas emocionales medidas en el trastorno, que, se sabe, se encuentran intensificadas, y la apreciación subjetiva de las respuestas emocionales, que suelen ser interpretadas por la persona con el trastorno como embotadas, lo que se ha denominado como intercepción emocional (Pérez Rodríguez et al., 2018).

Hablando acerca de los mecanismos fisiopatológicos del TLP, se incluyen revisiones de la farmacología, observaciones en imagen cerebral, y estudios de asociación de genes. (Pérez Rodríguez et al., 2018)

El modelo neurobiológico del TLP propone fenotipos, producto de interacciones entre las influencias genéticas y ambientales, conduciendo a afectación del desarrollo cerebral, mediante efecto de hormonas y neuropéptidos. Como ya se tiene identificado, el maltrato en la primera infancia, además del cuidado de mala calidad de los padres pueden condicionar una afectación de la expresión de genes, así como de la estructura y funciones cerebrales, lo cual puede dar como resultado algunos rasgos de conducta que serán estables a lo largo de la vida del individuo (Gunderson et al., 2018).

Antes de describir algunas alteraciones, se debe recalcar que una disfunción de un solo circuito cerebral no es específica del TLP, como en la mayoría de trastornos psiquiátricos, es la concurrencia de varias disfunciones cerebrales, la que condiciona la génesis del trastorno (Gunderson et al., 2018).

La alteración cerebral más frecuentemente asociada al TLP es la disfunción prefrontolímbica, siendo un fenómeno relacionado a la afectividad negativa en función al estrés social. Sin embargo, esto puede encontrarse tanto en otros trastornos psiquiátricos, como en personas sanas y en quienes tuvieron adversidad en la infancia. Esta alteración puede cambiar con el tiempo, sin embargo, se requiere de mayor investigación para comprender los procesos relacionados a la patogénesis y progresión del TLP (Gunderson et al., 2018).

Respecto a los factores genéticos, se tienen pocos estudios, encontrándose valores distintos. Respecto a los estudios de gemelos, se ha visto que un entorno familiar común genera poca contribución a la presencia de TLP dentro de la familia. En estudios de gemelos con un solo entrevistador, la heredabilidad encontrada fue de alrededor del 70%. Resultados semejantes fueron encontrados en estudios que utilizaron cuestionarios y autoinformes, así como en estudios que midieron el TLP en dos ocasiones, con diferencia de 10 años (Gunderson et al., 2018).

Los primeros estudios genéticos eran de asociación de genes candidatos, la mayoría con muestras pequeñas (Pérez Rodríguez et al., 2018) pero en un metaanálisis realizado por Ali Amad en el año 2014 no se encontró asociación significativa de TLP con genes ya asociados a trastornos psiquiátricos y vulnerabilidad, como es el SLC6A4 (codificante del transportador de serotonina). (Amad et al., 2014)

El primer estudio de asociación del genoma en alrededor de 1000 pacientes con TLP evidenció una superposición genética con el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor; y los genes implicados, como el DPYD (codificador de dihidropirimidina deshidrogenasa), el PKP4 (codificador de la placofilina 4) y el SERINC5 (codificante para el incorporador de serina 5), tienen efecto sobre propiedades del procesamiento neuronal como la adhesión celular o la mielinización. Por lo tanto, está la posibilidad de que estas variantes genéticas no sean específicas para el TLP, sin embargo, plantean la posibilidad de que la superposición genética esté relacionada con síntomas transdiagnósticos, y como aspecto importante, refleja un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en general. En conclusión, teniendo en común el resto de los trastornos psiquiátricos, los factores genéticos y neurobiológicos no tienen la adecuada especificidad para la identificación o intervención temprana del TLP (Witt et al., 2017).

Si bien, a través de diversos estudios de familia, gemelos y adopción se ha visto una asociación fuerte de la heredabilidad en el TLP, los genes específicos continúan siendo desconocidos. Pero, al igual que la mayoría de los trastornos psiquiátricos, el TLP presenta un origen multifactorial, resultado de la interacción de la vulnerabilidad genética con los factores ambientales. El que se tenga un entendimiento limitado del aspecto genético del TLP es un gran obstáculo para el progreso en el tratamiento y la prevención del TLP (Pérez Rodríguez et al., 2018).

Concordando con lo anterior, Pérez-Rodríguez (2018) (Pérez Rodríguez et al., 2018), también menciona el factor hereditario y la continua incógnita de este, trayendo consigo limitaciones, ya que estudios genéticos se han centrado en genes vinculados previamente a la sintomatología del trastorno, como los genes de los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y noradrenérgicos; solo unos cuantos han investigado otros genes, como el codificador del factor neurotrófico derivado del cerebro.

Debido al papel que ocupa el maltrato en la etiología del TLP, es relevante identificar alteraciones epigenéticas que puedan explicar los síntomas del TLP. Se ha visto un incremento en la metilación de genes, como el MIR124-3, cuyo producto está implicado en la regulación de la plasticidad neuronal y la función amigdalina. Este gen está asociado con el TLP y el maltrato infantil, por lo que bien podría tener función en el proceso desde el maltrato hasta el desarrollo del TLP en la adultez. Las alteraciones en la metilación de otros genes como el BDNF están asociadas a aspectos como el maltrato infantil y la susceptibilidad al TLP (Gunderson et al., 2018).

Otra correlación está en los genes implicados en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS), como el FKBP5 y CRHR, relacionados a la etiología del TLP, sobre todo en personas que sufrieron maltrato infantil, sin embargo, esta asociación está presente también en otros trastornos psiquiátricos como lo son la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Las alteraciones en las hormonas del eje HHS podrían ser mediadoras en el efecto de la adversidad temprana en la estructura y función del cerebro en el TLP. Las variantes de los genes comentados en este párrafo propician una mayor secreción en el cortisol, conduciendo a alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro (Gunderson et al., 2018).

La existencia de alteraciones en varios circuitos neuronales es la base de los fenotipos del TLP. Entre dichos circuitos están los relacionados con el fenotipo de inestabilidad interpersonal, como los

involucrados en la teoría de la mente y la empatía, los relacionados con el fenotipo de la autoperturbación conduciendo a anomalías del pensamiento autorreferencial y del sentido del yo; así también los circuitos relacionados con la desregulación afectiva y la desregulación conductual. Es posible que el circuito del procesamiento del dolor afectivo media la hipoalgesia en la conducta autolesiva que se presenta en las personas con TLP (Gunderson et al., 2018).

Fenotipos interpersonales y del Self, se encuentran dentro del sistema para los procesos sociales y las estructuras involucradas en estos procesos son las ubicadas en la línea media, como la corteza prefrontal medial, corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal dorsomedial. Las personas con TLP presentan la tendencia a hipermentalizar de manera compleja y abstracta. Estudios de interferencia de la información social irrelevante para una tarea relacionada a un ejercicio cognitivo evidenció un acoplamiento mayor de la amígdala y la corteza prefrontal media, así como áreas del parahipocampo en pacientes con TLP respecto a individuos sanos (Gunderson et al., 2018).

Otro estudio examinó el proceso de la autorrepresentación y la representación de los demás; los pacientes con TLP presentaban una mayor activación de estructuras de la línea media en ambos procesos, lo que respalda la superposición entre los correlatos neurales de la perturbación propia y la de los demás; así también, dicha hiperactivación se asoció a representaciones sociales menos estables. Las personas con TLP tienden a presentar alexitimia, lo que conlleva a un mayor deterioro en la comprensión de las emociones de los demás y está relacionado con la desregulación del comportamiento (Gunderson et al., 2018).

Fenotipo de desregulación afectiva y/o emocional. La inestabilidad afectiva es una característica central de la psicopatología del TLP y describe el incremento de manera escalonada de afecto negativo que suele ocurrir en respuesta a estresores de distinta intensidad, pero con una regresión a la línea base de manera retrasada. Los estudios de neuroimagen han demostrado anormalidades en dichos procesos de las personas con TLP: los procesos de abajo hacia arriba se originan de la estimulación perceptual del mundo externo y son importantes en la detección de saliencia, en ellos están principalmente involucrados la amígdala, el hipocampo, la ínsula y la corteza cingulada anterior rostral; por otro lado, los procesos de arriba hacia abajo involucran áreas del funcionamiento cognitivo que juegan un papel importante en la toma de decisiones de manera estratégica y el llegar a metas, y en estos procesos

participan áreas prefrontales como es la corteza cingulada anterior dorsal, y las cortezas prefrontales orbitofrontal, ventrolateral y dorsolateral (Gunderson, 2018).

La hipersensibilidad emocional, definida como la hipervigilancia hacia los estímulos negativos del ambiente, y la falla en la adquisición de estrategias regulatorias y adaptativas del afecto son usuales en las personas con TLP. La hipervigilancia hacia los estímulos negativos ambientales ocurre en respuesta a señales sociales de amenaza. Los potenciales relacionados con eventos, basados en el electroencefalograma, evidenciaron un incremento en amplitudes P100 de las regiones occipitales, en la zona de la corteza visual, pero disminución de la amplitud N170 en regiones laterales temporo-occipitales y P300 centroparietales en respuesta a rostros mezclados de emociones felices e iracundas; esto indicaría una pre-atención, un procesamiento rápido y tosco de las señales sociales en el TLP en vez de un procesamiento más elaborado y con mayor detalle. Las amplitudes P100 normalizadas en individuos que se encuentran en TLP en remisión sugieren un incremento perceptual de los procesos de abajo hacia arriba, lo que refleja entonces una característica aguda más que un rasgo. Al respecto son necesarios estudios prospectivos (Gunderson, 2018).

Una característica importante en los pacientes con TLP agudo sin medicación, es la hiperreactividad de la amígdala izquierda en respuesta a estímulos negativos del ambiente; esta hiperreactividad no está restringida al surgimiento de un estímulo, si no también es el resultado de un déficit en la habitación. El papel central de la hiperreactividad amigdalina en el TLP también refleja una maladaptación de los procesos cognitivos de arriba a abajo, los cuales están implicados en la evaluación y priorización de los estímulos negativos ambientales. Otro hallazgo, usando espectroscopía de resonancia magnética nuclear, encontró un menor volumen de la amígdala izquierda, así como alteraciones metabólicas, sobre todo en la amígdala centromedial, que tiene proyecciones a los centros regulatorios hormonales en el hipotálamo y a centros autonómicos y del comportamiento en el tronco encefálico. Otro aspecto es el alargamiento del hipotálamo, con desregulación del eje HHS en las personas con TLP; sin embargo, la reducción del volumen de la amígdala y el hipocampo podría estar más pronunciada en pacientes que hayan tenido trauma de manera temprana y un TEPT comórbido. Las reducciones del volumen de materia gris en la amígdala sólo se suelen encontrar en individuos mayores con TLP, lo cual sugiere la condición progresiva de la patología, y eso parece ser irreversible (Gunderson et al., 2018).

La variabilidad e intensidad de las emociones están relacionadas a la hiperactividad amigdalina, mientras la desregulación emocional en general y la poca capacidad de reevaluación cognitiva en particular tuvieron una correlación negativa con la actividad de la corteza prefrontal en el TLP. También se han demostrado alteraciones estructurales de la corteza prefrontal en pacientes con TLP, como menor volumen de sustancia gris, adelgazamiento cortical y alteraciones microestructurales de los tractos de sustancia blanca. Los datos preliminares sugieren que una psicoterapia exitosa propicia la normalización en la baja conectividad prefronto-límbica dentro del circuito de la regulación afectiva, esto implica la posibilidad de que este mecanismo central del TLP sea reversible (Gunderson et al., 2018).

Los mecanismos de retroalimentación evaluativa de la regulación emocional incluyen procesos interoceptivos como la dimensión fisiológica de la experiencia emocional, los cuales parecen encontrarse bloqueados en los pacientes con TLP. En un estudio, los individuos con TLP presentaron una activación de la corteza prefrontal (CPF) dorsomedial en comparación con controles sanos al indicarse que atendieran a las emociones y sensaciones corporales, a diferencia de la autorreflexión cognitiva. La remisión del TLP sucedió de manera paralela a una mejora en la representación cortical de las señales corporales (Gunderson et al., 2018).

Anormalidades similares de la estructura y función cerebral se han reportado en trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad evitativa y trastornos depresivos. La disfunción prefronto-amigdalina podría formar parte de un mecanismo transdiagnóstico asociado a la afectividad negativa o los rasgos relacionados al constructo del neuroticismo. El neuroticismo ha demostrado modular una amplia red de regiones cerebrales, incluyendo la red regulatoria emocional (Gunderson et al., 2018).

Disregulación del comportamiento. La impulsividad es una construcción multifacética que incluye varios componentes. Se ha encontrado una deficiencia en la capacidad para retrasar una recompensa inmediata más pequeña por una mayor no inmediata, una interferencia emocional alta en el funcionamiento cognitivo y una reducción en la inhibición de respuesta en el contexto de estrés emocional en los pacientes con TLP. De hecho, las personas con TLP a menudo eligen más la opción pequeña con recompensa inmediata, a diferencia de individuos sanos. Los pacientes con TLP tienen poca habilidad para predecir resultados aversivos. En la tarea del afecto de ir/no ir, el TLP se caracterizó por alteraciones en la actividad de las áreas ventrolateral, prefrontal y orbitofrontal, indicando

interferencia entre tareas de inhibición motora y el procesamiento de estímulos emocionales. El control de la interferencia emocional en tareas de inhibición motora involucra áreas del cerebro que se superponen con el circuito de la regulación del afecto, como la corteza cingulada anterior orbitofrontal y subgenual. En el caso de pacientes mujeres con TLP, en un estudio realizado bajos altos niveles de estrés, se vio una disminución de la actividad de la corteza frontal inferior en comparación con controles sanos en tareas de ir/no ir, lo que implica una alteración en la capacidad de inhibir las respuestas motoras prepotentes. De tal modo que las anomalías de la corteza frontal inferior podrían estar correlacionadas neurobiológicamente con la impulsividad motora en el TLP. Respecto a la falla en la inhibición de respuesta incluso fuera de las situaciones de estrés intenso, es una característica asociada al TDAH, sin embargo, tal trastorno presenta una comorbilidad altamente prevalente del TLP (Gunderson et al., 2018).

Circuito del procesamiento del dolor. Un método que suelen utilizar los individuos con TLP para alivio del estrés es el comportamiento autolesivo no suicida, y se asocia con una disminución del procesamiento del dolor relacionado con el afecto. Hay dos mecanismos por los cuales podría existir un incremento en los umbrales del dolor en pacientes con TLP. La primera hipótesis sucede a través de una desactivación de la amígdala y un incremento del acoplamiento negativo entre las áreas límbica y prefrontal medial, lo que puede reflejar una modulación inhibitoria del circuito arriba-abajo en el TLP. De acuerdo con esta hipótesis, la actividad de la amígdala disminuyó más en individuos con TLP que en controles sanos, y la conectividad funcional con la circunvolución frontal superior tendió a la normalización posterior a una incisión en el antebrazo en las personas con TLP. La segunda hipótesis tiene que ver con un mejor acoplamiento entre la ínsula posterior y la CPF dorsolateral, reflejando una anormalidad en la evaluación al dolor, contribuyendo a la hipoalgesia en el TLP. Entonces, no es el daño tisular, sino la experiencia del dolor la que contribuye a la hipoalgesia en el TLP. La terapia dialéctica-conductual se enfoca en mejorar estrategias para la regulación del afecto y disminución en la modulación inhibitoria de arriba a abajo. Otro aspecto que podría estar relacionado, pero aún no está muy claro tiene que ver con la baja autoestima y un estilo cognitivo autocrítico como mediadores entre la hipoalgesia y la conducta autolesiva no suicida (Gunderson et al., 2018).

Respecto a la neurobiología, se pueden encontrar cambios en el eje HHS, así también en la neurotransmisión, la neuroplasticidad, y la respuesta al estrés, así como la regulación de las emociones y disfunción en sistema límbico y corteza frontal (Mezei et al., 2020).

La disfunción del eje HHS juega un papel importante en el desarrollo del TLP. La mayoría de los estudios al respecto han demostrado múltiples alteraciones en pacientes con TLP, entre ellas, niveles aumentados de hormonas del estrés como el cortisol basal, una respuesta de cortisol al despertar más pronunciada y una hiposensibilidad para la retroalimentación. Se encontró una correlación entre dicho incremento en la actividad del eje HHS y el maltrato en la vida temprana en el TLP. El exceso de la respuesta al estrés debido al cortisol en conflictos entre padres y adultos jóvenes fue modulado por la calidad de la protección parental, al menos, así fue percibido por los individuos con TLP (Gunderson et al., 2018).

En los adultos con TLP los niveles periféricos de oxitocina se encuentran disminuidos, sobre todo en aquellos con una historia de maltrato en edades tempranas y representaciones de apego desorganizado. Esto es importante debido a que se considera que la oxitocina actúa como una contraparte del cortisol, amortiguando las respuestas de estrés crónico, principalmente en el contexto social, además de que en el caso del TLP, contribuye a amortiguar las respuestas de estrés subjetivo y psicofisiológico, así como la hipersensibilidad a la amenaza social y otros estímulos negativos, mediante una modulación de la actividad amigdalina. Las variantes del receptor de oxitocina (OXTR), que codifica al receptor de oxitocina, son moduladas principalmente por el entorno; así, las interacciones gen-ambiente relacionadas con el receptor de oxitocina modulan la vulnerabilidad a la psicopatología (Gunderson et al., 2018).

SI bien existen pocos estudios respecto a las hormonas sexuales en el TLP, las concentraciones de testosterona parecen estar aumentadas en personas con TLP; esta hormona está involucrada en la inhibición prefronto-amigdalina, por lo que podría favorecer el acercamiento social y el comportamiento dominante. Los cambios en las hormonas sexuales femeninas, estradiol y progesterona, durante el ciclo menstrual, pueden afectar la expresión de los síntomas del TLP (Gunderson, 2018).

El diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (TLP) suele ser clínico, y tiene como base la evaluación psiquiátrica integral. Lo conveniente es usar todas las fuentes de información disponibles

para hacer el diagnóstico, incluyendo aquí, el historial clínico autoinformado del paciente, las observaciones del médico durante las entrevistas y la información obtenida de terceros (amigos y familiares), además, de encontrarse disponibles de manera legítima, los registros médicos.

Los pacientes deben ser evaluados cuidadosamente para detectar trastornos psiquiátricos comórbidos, incluyendo los trastornos por uso de sustancias, además de las tendencias suicidas y otras conductas autolesivas.

De manera global, se suelen utilizar los siguientes criterios clínicos:

DSM-5	CIE- 10
Trastorno de la personalidad límite	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes: 1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.) 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.	Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el limítrofe, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones

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 que figuran en el Criterio 5.)

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

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

interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.

Personalidad:

- Agresiva
- Explosiva
- Limítrofe

Lo apropiado respecto a la mayoría de los médicos, es discutir el diagnóstico con el paciente, así como las opciones de tratamiento. Es importante hacerle conocer al paciente que el TLP es un trastorno psiquiátrico reconocido, y que tiene fundamentos genéticos y psicosociales, además de existir formas efectivas de tratamiento, sobre todo respecto al ámbito de la psicoterapia, ante lo cual, la remisión

Al evaluar las características de los trastornos, en el DSM-5 (2020) se describe la relación entre el trastorno bipolar y los trastornos afectivos en términos de fenomenología y tratamiento, más que de acuerdo a su etiología o patogénesis.

Es frecuente que en el TLP existan trastornos psiquiátricos comórbidos, especialmente los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos somatomórfos. En una encuesta epidemiológica se evidenció que hasta el 85% de las personas con TLP tienen al menos un trastorno psiquiátrico comórbido, y el número medio fue de 3.2; en otro estudio con pacientes ambulatorios con TLP el número medio de comorbilidades fue de 3.4 (Skodol, 2022)

Respecto al trastorno bipolar, Chanen (2016) (Chanen et al., 2016) describe un solapamiento considerable con el TLP, debido al patrón y tipo de síntomas que ocurren previo al inicio del trastorno, sin embargo, los estudios que se enfocan en TB raramente miden TLP y viceversa.

Los estudios comentados en Chanen (2016) sugieren que el TB y el TLP comparten numerosos factores de riesgo, y síntomas y signos precursores, algunos incluso se superponen.

Hasta el 20% de los jóvenes pueden llegar a presentar un episodio depresivo antes de los 18 años; el inicio durante este período se ha asociado con un mayor riesgo de episodios posteriores y tendencia a la cronicidad. Existe de igual modo, superposición de factores para la depresión, el TLP y el TB, que incluyen el abuso de sustancias, la desventaja social, la pobreza, la exposición a la violencia, el maltrato infantil, el conflicto entre padres, la participación excesiva de los padres y la aversión de los padres. El trastorno límite de personalidad y depresión se suelen reforzar mutuamente a lo largo de la adolescencia y la adultez joven. (Chanen, 2016).

En un estudio descrito por Chanen (2016), en una comparación entre pacientes adolescentes ambulatorios con TLP, con otros trastornos de personalidad y sin trastorno de personalidad, aquellos con TLP tuvieron la mayor carga de comorbilidad con trastornos afectivos (59%), ansiedad (46%),

comportamiento disruptivo (70%) y consumo de sustancias (35%), lo cual evidencia que la presentación normativa de la TLP incluye ansiedad disfórica, síntomas de desregulación afectiva y otra psicopatología.

De acuerdo con un estudio realizado por Gunderson (2014) (Gunderson et al., 2014a), se encontró una co-ocurrencia de variantes de TLP del 57% en la población con depresión persistente. Respecto al TB, en un seguimiento de 10 años, la presencia de TLP demostró efectos negativos en el tiempo de remisión o resurgimiento del TB I o II, y similarmente, el TB I exacerbó los efectos del curso del TLP. La interacción significativa fue con el TB II, que acortó el tiempo de remisión del TLP. Sin embargo, nuevamente está la cuestión de la heterogeneidad del síndrome, que puede presentar gran semejanza con el TLP.

Si bien, los pacientes con TLP de manera frecuente presentan síntomas relacionados a otros trastornos de personalidad e inclusive en ocasiones llegan a cumplir criterios de los mismos, no hay hasta el momento estudios consistentes respecto a que trastornos de la personalidad prevalecen con mayor frecuencia (Skodol, 2022).

Hay una similitud en las tasas de depresión mayor comórbida respecto al sexo, pero tasas diferentes respecto a otros trastornos; en el caso del TEPT, sucede en el 51% de las mujeres y el 31% de los hombres; los trastornos de la conducta alimentaria existen en el 42% de las mujeres frente al 19% de los hombres; los trastornos por uso de sustancias co-ocurren en el 58% de las mujeres y el 85% de los hombres; el trastorno de personalidad antisocial en el 10% de las mujeres y el 30% de los hombres; el trastorno de la personalidad narcisista en el 5% de las mujeres y el 22% de los hombres; el trastorno esquizotípico de la personalidad en el 10% de las mujeres y el 25% de los hombres (Skodol, 2022).

Además de las comorbilidades, el TLP debe ser diferenciado de otros trastornos psiquiátricos mediante un diagnóstico diferencial de manera sistemática. Entre los trastornos incluidos, se encuentran:

El trastorno bipolar, debido a que la alteración del ánimo característica de estos síndromes puede asemejar la inestabilidad afectiva del TLP. Usualmente se puede diferenciar de acuerdo a la temporalidad, pues el ánimo depresivo o elevado del trastorno bipolar suele ser de mayor duración comparado con la inestabilidad afectiva; además la reactividad al ambiente es menor en el trastorno

bipolar, comparado con la inestabilidad afectiva del TLP que sí suele estar relacionada a estresores, como la hipersensibilidad al rechazo o al fracaso (Skodol, 2022).

En el trastorno depresivo mayor, sin embargo, el ánimo bajo se encontrará presente la mayor parte del día, la mayor parte de los días, por al menos dos semanas, y en el caso del TLP los cambios afectivos fluctúan en un mismo día. Además, en el TDM se encuentran involucrados síntomas neurovegetativos, como las alteraciones en el sueño, en el apetito, en la energía, características no asociadas al TLP (Skodol, 2022).

El trastorno depresivo persistente, antes llamado distimia, en el que hay un estado de ánimo bajo de manera crónica (al menos dos años de duración en adultos), así como alteración en el patrón alimenticio, el patrón de sueño, la energía y una baja autoestima, de manera sostenida, a diferencia del TLP (Skodol, 2022).

Así también, deben ser considerados el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de identidad disociativo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizotípico de la personalidad, y el trastorno dependiente de la personalidad (Skodol, 2022).

Si bien el diagnóstico suele ser clínico mediante entrevistas semiestructuradas incluyen preguntas para obtener información o bien cuestionarios autoaplicados, se puede llegar a apoyar de algunas escalas.

Varios instrumentos de evaluación de trastornos de personalidad validados están disponibles para diagnosticar cualquiera de los trastornos de personalidad, incluido el TLP. Estos instrumentos evalúan sistemáticamente cada criterio para cada trastorno de personalidad. Los instrumentos autoaplicados, como el Cuestionario de diagnóstico de personalidad, tienen la ventaja de ahorrar tiempo al entrevistador, con la desventaja de que a menudo arrojan diagnósticos falsos positivos (Gunderson et al., 2018).

Los estudios para diagnosticar el TLP han requerido de múltiples escalas, diseñadas principalmente para evaluar los trastornos del eje I, debido a que el TLP presenta una amplia gama de síntomas. El usar estas diversas escalas favorece la evaluación indirecta de síntomas del TLP, sin embargo, en los últimos años se han desarrollado varias escalas específicas para el trastorno, algunas basadas en los criterios del DSM-

IV; entre ellas, algunas administradas por médicos, como el índice de gravedad del TLP IV (BPDSI-IV por sus siglas en inglés), la escala de calificación de Zanarini para el trastorno límite de la personalidad (ZAN-BPD) y la escala de impresión clínica global para pacientes con TLP (CGI-BPD por sus siglas en inglés), que si bien, cuentan con propiedades psicométricas adecuadas, tienen desventajas, como el tiempo de administración prolongado, o la necesidad de experiencia clínica para la realización de las evaluaciones (Soler et al., 2013a).

Algunos instrumentos de entrevista están diseñados específicamente para la evaluación del TLP, como la Entrevista de diagnóstico revisada para borderlines. La entrevista clínica estructurada para el modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad es una nueva entrevista para la evaluación de los componentes dimensionales y categóricos del modelo alternativo para el trastorno de la personalidad, incluido el TLP (Gunderson et al., 2018).

Respecto a las escalas autoinformadas, hay principalmente tres, la Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST), con 15 ítems y 3 subescalas para evaluación de pensamientos, emociones y comportamientos típicos de sujetos con TLP, así como gravedad y cambios (Soler et al., 2013a).

Una escala autoaplicada llamada “Instrumento de detección de McLean para el trastorno límite de la personalidad” está disponible para detectar el trastorno en los pacientes. Cada uno de los 10 ítems es dicotómico y el instrumento tiene buenas propiedades psicométricas (sensibilidad 0,81 y especificidad 0,85). Esta herramienta está destinada únicamente a la detección y no a la prestación de un diagnóstico final (Skodol, 2022).

El Borderline Symptom List (BSL-95), creado por Bohus et al. y contiene 95 ítems, lo cual lo hace poco práctico en algunos entornos; debido a esto la versión original fue reducida a la Borderline Symptom List-23 (BSL-23) que incluye los ítems de la versión original que mostraron niveles más altos de sensibilidad al cambio y tiende a discriminar mejor entre el TLP y otros trastornos, además de un tiempo de administración reducido (Soler et al., 2013a).

Las propiedades psicométricas del BSL-23 fueron evaluadas en 5 muestras distintas de pacientes con TLP, evaluándose un total de 659 sujetos, obteniéndose una correlación entre el BSL-95 y el BSL-23 alta (Soler et al., 2013a).

El BSL-23 fue administrado a 240 personas con TLP, con criterios de inclusión consistentes en el diagnóstico de TLP según criterios del DSM-IV y una edad de entre 18 y 45 años, con los siguientes criterios de exclusión: comorbilidad con trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor actual, dependencia de sustancias y dificultades graves en la comprensión lectora.

Fueron analizados factores como la estructura factorial, la confiabilidad, la estabilidad test-retest, la validez convergente y la sensibilidad al cambio (Soler et al., 2013a).

El análisis de validez mostró que el BSL-23 es sensible al cambio posterior al tratamiento. El coeficiente de 0.97 fue similar al reportado para el BSL-95 que fue de 0.97. (Bohus et al., 2009). Una alta consistencia interna se mostró en una muestra de 147 mujeres con trastorno límite de personalidad. La confiabilidad test-retest en el periodo de una semana fue alta y de magnitud similar al BSL-95 (Bohus et al., 2007).

La intercorrelación entre el BSL-95 y el BSL-23 fue extremadamente alta tanto en una muestra de 379 pacientes con TLP como en una muestra de 147 mujeres con trastorno límite de personalidad.

Respecto a los resultados, el coeficiente alfa de Cronbach fue de .936, y el método de división por mitades arrojó una correlación de r = .92, lo que indica una alta consistencia interna general. En el análisis de confiabilidad de ítem por ítem, el coeficiente alfa de Cronbach mostró una leve mejora de .949.

En el análisis test-retest a la semana, en una submuestra de 74 sujetos, se obtuvieron resultados satisfactorios, con una r=0.734 y una p símbolo de más que 0.01 (Soler et al., 2013a).

Usualmente, los individuos con TLP se presentan para tratamiento debido a una exacerbación de otro trastorno mental comórbido, y el abordaje cuidadoso de una amplia gama de trastornos es apropiado en un individuo con sospecha de TLP; muchos otros trastornos pueden estar presentes en pacientes con TLP (Gunderson et al., 2018).

Hasta el 74% de los pacientes con trastorno límite de personalidad reciben un diagnóstico del Eje II, haciendo este, referencia a los trastornos de la personalidad y la discapacidad intelectual, aun así, el subtipo de diagnóstico difiere entre los sexos. La mayor parte de las mujeres presenta un diagnóstico de trastorno de personalidad dependiente y los hombres un trastorno antisocial de personalidad. A pesar de contar con muchos estudios enfocados en el trastorno límite de personalidad, no se han abordado de

manera suficiente aspectos específicos del sexo, por lo que todavía no resulta concluyente hasta qué punto hay diferencias en la prevalencia y en síntomas entre los sexos (Schulte Holthausen & Habel, 2018b).

También se ha observado la relación con trastornos del afecto, ansiedad, secundarios a estresores, asociados a sustancias, disociativos, de comportamiento disruptivo, somatomorfos, del neurodesarrollo y otros. Los trastornos co-ocurrentes probablemente no sean comórbidos en el sentido de un trastorno distinto a la patología o condición de base. Se ha visto que hay pacientes con TLP que no responden a los fármacos antidepresivos, y no se ha encontrado de manera específica que algún fármaco muestre gran eficiencia para su tratamiento y actualmente ninguno se encuentra aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos por sus siglas en inglés FDA (Gunderson et al., 2018).

Los síntomas depresivos pueden remitir con la mejora del TLP, lo cual sugiere que la depresión está asociada a la insatisfacción por la vida del paciente más que a un trastorno depresivo comórbido. De manera semejante, la remisión del TLP usualmente contribuirá a la remisión de los trastornos de ansiedad. Debido a que el TLP complica el tratamiento de otros trastornos y se asocia a un curso más crónico de muchos trastornos, y como el tratamiento efectivo del TLP puede disminuir la psicopatología asociada, distinguir el trastorno límite de personalidad de otros trastornos psiquiátricos puede ser menos importante que establecer prioridades en el tratamiento (Gunderson et al., 2018).

Como ya se comentó, el manejo del TLP a menudo se llega a complicar debido a comorbilidades psiquiátricas, por lo que algo muy importante es tomar prioridad del TLP en las personas con otras comorbilidades como depresión, trastorno de pánico, TEPT de inicio en la adultez, abuso de sustancias de manera intermitente o bulimia, pues en general, estos padecimientos tienden a remitir a la par del TLP. En los casos del trastorno bipolar tipo 1, el TEPT complejo de inicio temprano, el abuso de sustancias severo y la anorexia, si se debe priorizar el manejo sobre el TLP, pues para poderlo tratar, se requiere remisión de los mismos. En el caso de coexistir con un trastorno del control de los impulsos como un trastorno por consumo de sustancias severo o un trastorno de personalidad antisocial, el éxito en el manejo será improbable (Gunderson et al., 2018).

Los pacientes con TLP a menudo se presentan para recibir tratamiento en medio de un episodio de otro trastorno mental, como los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con

traumas o trastornos por uso de sustancias; así como intentos de suicidio, otras acciones impulsivas y autodestructivas, crisis interpersonales que los lleva a buscar ayuda (Gunderson et al., 2018).

Hay algunas terapias basadas en evidencia, si bien, no todas se encuentran disponibles de manera generalizada en todo el mundo; las más difundidas son la terapia dialéctico-conductual, la terapia basada en la mentalización, la psicoterapia basada en la transferencia y el manejo psiquiátrico general, en general estas cuatro han logrado disminuir la suicidabilidad y las autolesiones, así como la depresión, la ansiedad y el uso de hospitales y salas de emergencia en los pacientes con TLP (Gunderson et al., 2018).

El soporte familiar es esencial. Es importante validar las molestias de la persona con TLP, escucharla sin propiciar la ira de esta, y ayudarse de los profesionales para el manejo de amenazas de suicidio o comportamiento autolesivo (Gunderson et al., 2018).

Si bien se puede considerar algo poco práctico realización una prevención universal, debido en parte a la baja prevalencia en todos los grupos de edad, y por otro lado, debido a la falta de especificidad de los factores de riesgo; sin embargo, hay síntomas prodrómicos que sí es considerable identificar, como la emocionalidad, la hiperactividad e impulsividad, la depresión y la inatención (Gunderson et al., 2018).

Por otro lado, (Mezei et al., 2020) menciona que mediante el uso herramientas para prevenir e intervenir en el TLP puede llevar a la compresión de los antecedentes trae consigo resultados efectivos en el tratamiento, reduciendo la gravedad de los síntomas, logrando una mejora en la calidad de vida de un gran número de pacientes.

Respecto al curso y pronóstico de la enfermedad, existen dos estudios longitudinales al respecto, el estudio McLean sobre el desarrollo de adultos por sus siglas en inglés MSAD y el estudio longitudinal colaborativo de trastornos de la personalidad por sus siglas en inglés CLPS. En el CLPS alrededor del 85% de los pacientes presentaron remisión de síntomas por al menos 12 meses, en donde la tasa de recaídas era del 12%; en el MSAD, el 99% de los pacientes tuvieron una remisión de al menos 2 años, y el 78% de los pacientes tuvieron una remisión de al menos 8 años, con un seguimiento de 16 años (Gunderson et al., 2018).

Independientemente de la edad de diagnóstico, mientras la persona cumpla los criterios para el TLP, lo conveniente es que reciba tratamiento. Lo más importante, es dar a conocer a la persona información

acerca del diagnóstico, así como educación sobre el curso de la enfermedad, las implicaciones genéticas y el tratamiento (Gunderson et al., 2018).

METODOLOGÍA

El presente estudio adopta un enfoque observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, unicentrico y homodemico en usuarios que acudan al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano que cuenten con el diagnóstico de un trastorno afectivo, incluyendo trastorno bipolar y trastornos relacionados, y trastornos depresivos, de acuerdo a los criterios del DSM-5. Quienes participaron lo hicieron de forma libre y voluntaria, previa firma de carta de consentimiento informado, se excluyeron usuarios con analfabetismo, síntomas de psicosis, alteraciones del juicio, se eliminaron aquello que no hayan completado el cuestionario de manera apropiada y completa o que no deseen participar en el estudio.

Los criterios de selección incluyeron usuarios entre 18 a 50 años que acudieron a consulta externa del hospital psiquiátrico ¨Dr Rafael Serrano¨ en el periodo abril a junio 2023, con diagnóstico de algún trastorno afectivo, que hayan aceptado participar en el estudio

Respecto a la estrategia de muestreo, se obtuvo por conveniencia del investigador.

Se revisó los expedientes clínicos de los usuarios que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, que presentaron el diagnóstico de un trastorno afectivo, entre ellos, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente y trastorno bipolar. Se recopilo datos como el nombre, la edad, y el diagnóstico psiquiátrico actual.

Para evaluar los síntomas de Transtorno Limite de la personalidad se evaluó a través del cuestionario autoaplicable BSL-23 en español, está compuesta 23 ítems que se contestan con una escala de Likert de 5 puntos y ha demostrado una alta consistencia interna, como lo demuestra un alfa de Cronbach de 0,93. También ha demostrado una buena fiabilidad para el diagnóstico del TLP, así como una sensibilidad satisfactoria al cambio.

La puntuación global está clasificada en 6 grados de severidad, dividiéndose la puntuación total entre los 23 ítems:

Ninguno o bajo: 0-0.28.

Leve: 0.28-1.07.

Moderado: 1.07-1.87.

Alto: 1.87-2.67.

Muy Alto: 2.67-3.47

Extremadamente Alto: 3.47-4 (Kleindienst et al., 2020).

Muestra correlaciones moderadas a altas con la sintomatología depresiva, las puntuaciones de ansiedad estado y rasgo, hostilidad e impulsividad y las medidas de TLP. La BSL-23 española es capaz de discriminar entre diferentes niveles de gravedad del TLP y muestra una sensibilidad satisfactoria al cambio tras el tratamiento, lo que ha sido evaluado (Soler et al., 2013)

Previa aprobación de las autoridades del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, se realizó una introducción de ingreso al estudio, se aclararon dudas sobre lo que implicaba ser partícipe, y se proporcionó la Carta de Consentimiento Informado para su lectura, y se solicitó, sin coacción, la firma de este a quien aceptaron participar.

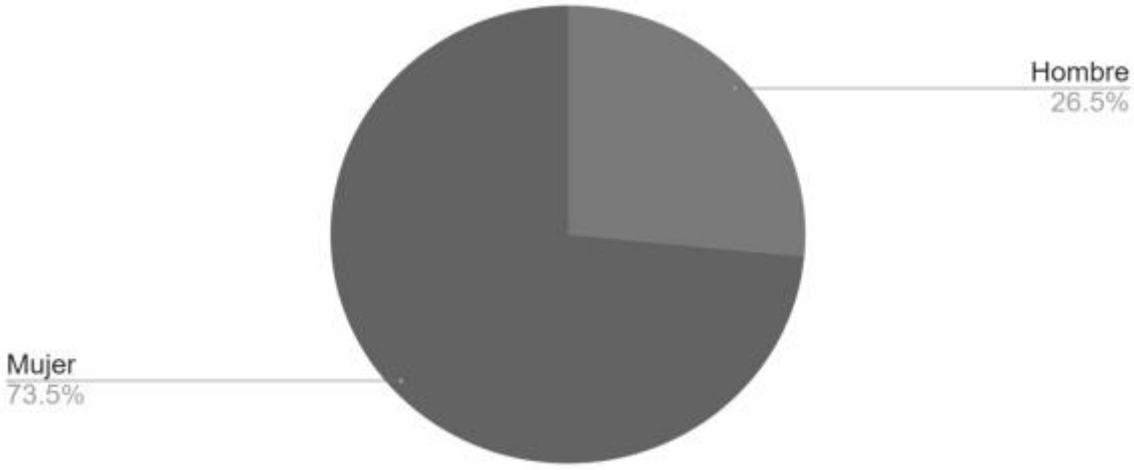
Análisis estadístico

Se emplearán medidas de tendencia central, frecuencia y porcentaje, así como comparaciones entre grupos, estadística descriptiva e inferencial. (Chi cuadrada).

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por un total de 49 individuos, de los cuales, un 26.5% corresponden a hombres y un 73.5% a mujeres (Gráfica 1).

Gráfica 1. Proporción de la población estudiada de acuerdo al sexo.



Fuente: Base de datos.

El promedio de edad de la población estudiada, fue de 34.65 años con una desviación estándar (DE) de 10.23 años, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 50 años. El grupo etario más representativo fue en el rango de los 18 a 30 años con un 36.7 % (tabla 1).

Tabla 1. Rango de edad en la población estudiada

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
18 a 30 años	18	36.7%	36.7%
31 a 40 años	14	28.6%	65.3%
41 a 50 años	17	34.7%	100%

Fuente: Base de datos.

Los diagnósticos más frecuentes en la población estudiada fueron: Trastorno depresivo mayor, presente en 31 individuos, Trastorno depresivo persistente, presente en 8 individuos y Trastorno bipolar tipo 1, encontrándose en 4 individuos (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnóstico de trastornos afectivos en la muestra estudiada

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastorno depresivo mayor	31	63.3%	63.3%
Trastorno depresivo persistente	8	16.3%	79.6%
Trastorno depresivo recurrente	3	6.1%	85.7%
Trastorno bipolar tipo 1	4	8.2%	93.9%
Otros trastornos bipolares	3	6.1%	100%
Total	49	100%	100%

Fuente: Base de datos.

En cuanto a los diagnósticos por sexo tanto en hombres como en mujeres el más común en ambos fue el trastorno depresivo mayor (Tabla 3).

Tabla 3. Diagnósticos encontrados de acuerdo al sexo en la población estudiada

Diagnóstico	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Trastorno depresivo mayor	10	21	31
Trastorno depresivo persistente	1	7	8
Trastorno depresivo recurrente	1	2	3
Trastorno bipolar tipo 1	1	3	4
Otros trastornos bipolares	0	3	3
Total	13	36	49

Fuente: Base de datos.

En cuanto a la severidad de acuerdo al BSL-23, un 30.6% de la población tuvo una severidad leve, seguida por una moderada con un 24.5% (Tabla 4).

Tabla 4. Severidad obtenida en el BSL-23 en la población estudiada según el género.

Nivel de Severidad				
	Frecuencia	H	M	Porcentaje acumulado
Bajo (0-0.28)	7	3	4	14.3
Leve (0.29-1.07)	15	3	12	44.9
Moderado (1.08-1.87)	12	5	7	69.4
Alto (1.88-2.67)	11	1	10	91.8
Muy alto (2.68-3.47)	4	1	3	100.0
Total	49	13	36	100.0

Fuente: Base de datos. Chi cuadrada NS (.352) en relación al género y nivel de severidad.

Utilizando el cuestionario BSL-23, los reactivos que presentaron mayor frecuencia fueron “me resultaba difícil concentrarme”, siendo reportada con 1 punto por 19 personas, “me sentí indefenso”, siendo reportada con 1 punto por 14 personas, “me sentía solo” siendo reportada con 4 puntos por 15 personas. Los síntomas que presentaron mayor severidad, de acuerdo a la puntuación total obtenida, fueron, “me sentía solo”, “sentí una tensión interna estresante”, “me sentí indefenso”, “mi humor oscilaba

rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión", "me resultaba difícil concentrarme" y "me sentí vulnerable".

Los síntomas que se identificaron con una menor frecuencia fueron "me di asco a mí mismo" y "la idea de morirme me causó una cierta fascinación" estando ausentes estas en 34 personas, y "pensé en hacerme daño" así como "quise castigarme", ambas ausentes en 33 personas.

Entre los que tuvieron una menor severidad se encontró los ítems: "pensé en hacerme daño", "quise castigarme", "sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza", "la idea de morirme me causó una cierta fascinación" y "me di asco a mí mismo".

Tal y como se muestra con detalle en la siguiente tabla:

Tabla 5. Tabla de respuestas ítems TLP (BSL-23) sobre los síntomas de mayor severidad y frecuencia.

	Ítems BSL-23	Nunca n(%)	Algo n(%)	Bastante n(%)	Mucho n(%)	Muchísimo n(%)
1	**Me resultaba difícil concentrarme**	7 (14.3)	19 (38.8)	4 (8.2)	9 (18.4)	**10 (20.4)**
2	**Me sentí indefenso**	14 (28.6)	14 (28.6)	5 (10.2)	**12 (24.5)**	4 (8.2)
3	**Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad**	20 (40.8)	11 (22.4)	7 (14.3)	5 (10.2)	6 (12.2)
4	**Sentí asco**	24 (49)	12 (24.5)	5 (10.2)	3 (6.1)	5 (10.2)
5	**Pensé en hacerme daño**	33 (67.3)	8 (16.3)	4 (8.2)	2 (4.1)	2 (4.1)
6	**Desconfié de los demás**	17 (34.7)	14 (28.6)	6 (12.2)	7 (14.3)	5 (10.2)
7	**No creía que tuviera derecho a vivir**	28 (57.1)	11 (22.4)	2 (4.1)	4 (8.2)	4 (8.2)
8	**Me sentía solo**	11 (22.4)	9 (18.4)	3 (6.1)	11 (22.4)	**15 (30.6)**
9	**Sentí una tensión interna estresante**	10 (20.4)	11 (22.4)	6 (12.2)	**13 (26.5)**	9 (18.4)
10	**Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza**	24 (49)	10 (20.4)	4 (8.2)	4 (8.2)	7 (14.3)
11	**Me odié a mí mismo**	24 (49)	8	5 (10.2)	8 (16.3)	4 (8.2)

			(16.3)			
12	**Quise castigarme**	33 (67.3)	11 (22.4)	2 (4.1)	2 (4.1)	1 (2)
13	**Sufrí de vergüenza**	21 (42.9)	13 (26.5)	7 (14.3)	5 (10.2)	3 (6.1)
14	**Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión**	18 (36.7)	7 (14.3)	4 (8.2)	9 (18.4)	**11 (22.4)**
15	**Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza**	32 (65.3)	8 (16.3)	1 (2)	3 (6.1)	5 (10.2)
16	**Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí**	20 (40.8)	7 (14.3)	10 (20.4)	7 (14.3)	5 (10.2)
17	**Me sentí vulnerable**	14 (28.6)	11 (22.4)	5 (10.2)	**10 (20.4)**	9 (18.4)
18	**La idea de morirme me causó una cierta fascinación**	34 (69.4)	9 (18.4)	0	4 (8.2)	2 (4.1)
19	**Nada parecía tener sentido para mí**	18 (36.7)	11 (22.4)	7 (14.3)	4 (8.2)	9 (18.4)
20	**Tuve miedo de perder el control**	16 (32.7)	14 (28.6)	2 (4.1)	7 (14.3)	10 (20.4)
21	**Me di asco a mí mismo**	34 (69.4)	5 (10.2)	1 (2)	5 (10.2)	4 (8.2)
22	**Tuve la sensación de salir de mí mismo**	27 (55.1)	5 (10.2)	5 (10.2)	6 (12.2)	6 (12.2)
23	**Sentí que no valía nada**	22 (44.9)	9 (18.4)	5 (10.2)	4 (8.2)	9 (18.4)

Fuente: Base de datos.

El diagnóstico más común en todos los grupos etarios fue el de trastorno depresivo mayor, y el segundo más frecuente fue trastorno depresivo persistente en las personas de entre 31 y 50 años, para la medición de la severidad se utilizó la escala BSL-23, 15 sujetos del estudio presentaron una severidad leve siendo esta la más frecuente, seguida de la moderada (n=12) siendo la severidad muy alta la menos común, presente únicamente en 4 individuos (Tabla 6).

Tabla 6. Diagnósticos afectivos encontrados de acuerdo a la edad en la población estudiada

	Rango de edad en años			
Diagnósticos	18 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Trastorno depresivo mayor	15	5	11	31
Trastorno depresivo persistente	1	4	3	8
Trastorno depresivo recurrente	0	2	1	3
Trastorno bipolar tipo 1	0	3	1	4
Otros trastornos bipolares	2	0	1	3
Total	18	14	17	49
Severidad	18 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Bajo (0-0.28)	3	2	2	7
Leve (0.29-1.07)	2	7	6	15
Moderado (1.08-1.87)	5	1	6	12
Alto (1.88-2.67)	6	3	2	11
Muy alto (2.68-3.47)	2	1	1	4
Total	18	14	17	49

Fuente: Base de datos.

Tabla 7. Diagnóstico de la muestra estudiada y el grado de severidad de los síntomas

Diagnostico	Grado de severidad					
	Bajo (0-0.28)	Leve (0.29-1.07)	Moderado (1.08-1.87)	Alto (1.88-2.67)	Muy alto (2.68-3.47)	Total
Trastorno depresivo mayor	5	8	8	8	2	31
Trastorno depresivo persistente	1	2	2	2	1	8
Trastorno depresivo recurrente	1	0	1	0	1	3
Trastorno bipolar tipo 1	0	4	0	0	0	4
Otros trastornos bipolares	0	1	1	1	0	3
Total	7	15	12	11	4	49

Fuente: Base de datos.

En el cuestionario BSL-23, el punto de cohorte entre controles sanos y pacientes con TLP fue de 0.64, de tal modo que, del total de la población, 34 sujetos (87.17%) lograron alcanzar dicho puntaje, 77% de este subgrupo correspondieron a mujeres y 23% a hombres (Gráfica 3).

Gráfica 3. Frecuencia de acuerdo al sexo de la población que alcanzó puntaje en BSL-23 para TLP

Fuente: Base de datos.

En este grupo de población la media de edad fue de 33.24 años (mediana de 32 años) con una desviación estándar de 10.26 años, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 50 años.

El rango de edad en el que se identificó una mayor prevalencia de síntomas de TLP fue el de 18 a 30 años, representando el 44.1% (Tabla 8).

Tabla 8. Edad de la población que cumplió puntaje para TLP en el BSL-23 de acuerdo a grupo etareo y género.

Rango de edad en años	Frecuencia	H	F	Porcentaje
18 a 30	15 (44.15%)	5	10	44.1
31 a 40	9 (26.5%)	1	8	70.6
41 a 50	10 (29.4%)	2	8	100
Total	34 (100%)	8	26	100

Fuente: Base de datos. Chi cuadrada NS (.440)

De las personas que cumplieron criterios para el diagnóstico de TLP de acuerdo al BSL-23, un 35.3% cumplió puntaje para severidad moderada, seguido por alta en un 32.4% (Tabla 9)

Tabla 9. Severidad del BSL-23 en la población que cumplió puntaje para TLP

Severidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Leve (0.29-1.07)	7	20.6	20.6
Moderado (1.08-1.87)	12	35.3	55.9
Alto (1.88-2.67)	11	32.4	88.2
Muy alto (2.68-3.47)	4	11.8	100
Total	34	100	100

Fuente: Base de datos

Así mismo, de este grupo que cumplió con puntaje para posible TLP, el 67.6% presentaban el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, seguido de trastorno depresivo persistente con un 14.7%, trastorno depresivo recurrente, trastorno bipolar tipo 1 y otros trastornos bipolares se presentaron en un 5.9%

El diagnóstico más común en todos los grupos de edad fue Trastorno depresivo mayor, habiendo un mayor número de casos en el grupo de 18 a 30 años con 12 casos (Tabla 10).

Tabla 10. Diagnóstico por rango de edad en la población que cumplió puntaje para TLP en el BSL-23

	Rango de edad en años			
Diagnósticos	18 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Trastorno depresivo mayor	12	4	7	23
Trastorno depresivo persistente	1	2	2	5
Trastorno depresivo recurrente	0	1	1	2
Trastorno bipolar tipo 1	0	2	0	2
Otros trastornos bipolares	2	0	0	2
Total	15	9	10	34
Severidad	18 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Bajo (0-0.28)	0	0	0	0
Leve (0.29-1.07)	2	4	1	7
Moderado (1.08-1.87)	5	1	6	12
Alto (1.88-2.67)	6	3	2	11
Muy alto (2.68-3.47)	2	1	1	4
Total	15	9	10	34

Fuente: Base de datos.

En la población de entre 18 a 30 años la mayoría de ellos tenían una severidad alta (n=6), entre 31 a 40 años, 4 sujetos presentaron una severidad leve de acuerdo al cuestionario BSL-23 (Tabla 10).

DISCUSIÓN

En un estudio realizado por Zanarini (2021) (Zanarini et al., 2021) en adultos de entre 18 y 35 años con diagnóstico de TLP hospitalizados en el McLean Hospital en Belmont, Massachusetts, admitidos entre 1992 y 1995, en los que se administraron la SCID-I, DIB-R y la DIPD-R, además de adolescentes con el diagnóstico presuntivo de TLP en el mismo hospital y la unidad de la Icahn School of Medicine en Monte Sinaí entre 2007 y 2012 con entrevistas clínicas estructuradas, se obtuvieron los siguientes resultados; 104 participantes fueron adolescentes de entre 13 y 17 años que cumplían criterios del DSM-IV para TLP, 290 sujetos eran adultos de entre 18 y 35 años que cumplían criterios del DSM-III-R para TLP. Coincidiendo esto con los hallazgos encontrados en nuestro estudio donde el grupo de edad más frecuente fue 18 a 30 años. Un porcentaje significativamente alto de los adultos con TLP cumplieron criterios para una combinación de trastornos del afecto e impulsividad, o bien, una compleja comorbilidad. El porcentaje a lo largo de la vida en los adultos con TLP del estudio indica que el 97% llega a presentar trastornos del estado de ánimo, encontrándose depresión mayor en el 86.6%, trastorno depresivo persistente en el 44.8% y trastorno bipolar tipo II en el 5.5%. En la realización de este estudio en el subgrupo de pacientes con puntaje por arriba del 0.64 quienes probablemente cumplen criterios para un trastorno límite de la personalidad, el diagnóstico del estado de ánimo más común fue trastorno depresivo mayor, seguido por el trastorno depresivo persistente concordando con lo descrito por Zanari previamente.

Otro estudio realizado por Zanarini en el mismo hospital (1998), en 520 pacientes admitidos entre 1991 y 1995 de entre 18 y 50 años, 369 pacientes presentaban criterios para TLP, El 78% fueron mujeres, cifra similar encontrada en nuestro estudio donde el 74% de la población general fueron mujeres y en el subgrupo un 77% fueron mujeres. El 96.3% presentaron trastornos del estado de ánimo, siendo el 82.8% trastorno depresivo mayor, el 38.5% distimia, el 9.5% bipolar tipo 2 (Zanarini et al., 1998)

En un estudio realizado en departamentos de psiquiatría de universidades italianas entre el 2015 y 2016 (Dell'Osso et al., 2019), en una muestra de pacientes con TLP de 50 personas, el 54% de los sujetos en el grupo de TLP tenían un trastorno del estado de ánimo comórbido, mientras que el 46% no lo tenía.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, 10 personas tenían trastorno bipolar tipo 1, 6 personas tenían trastorno bipolar tipo 2, 9 personas tenían trastorno depresivo mayor y 4 personas tenían trastorno depresivo persistente (2 sujetos recibieron diagnóstico de TDM y TDP).

En un estudio de 223 personas que en la línea base cumplieron con criterios de TLP (Gunderson et al., 2014b), que también cumplieron criterios de trastornos afectivos en la línea base o algún punto del seguimiento; específicamente TDM en 161 personas, trastorno bipolar I en 34 personas, trastorno bipolar II en 28 personas. 73% eran mujeres, la edad media era de 32 años. Los pacientes fueron evaluados prospectivamente entre 1997 y 2009.

En un estudio realizado por Lenzenweger (2007) (Lenzenweger et al., 2007) en el que se usó la recolección de datos del National Comorbidity Survey Replication, en 5692 adultos de 18 años en adelante entre febrero del 2001 y diciembre del 2003, la prevalencia a 12 años de algún trastorno afectivo en personas con TLP fue del 84.5%; 16.1% presentaron TDM, 19% distimia, 15.5% bipolar tipo 1 o 2. Del total de personas con un trastorno afectivo que presentaban TLP se obtuvo lo siguiente, el 6.7% de las personas con TDM, el 11.3% de las personas con distimia, el 14.8% de las personas con trastorno bipolar.

En la validación de la BSL-23 al español, realizada por Soler (2013) se evaluaron las cargas factoriales de cada uno de los reactivos, la mayoría de estos mostrando cargas superiores a 0.40, exceptuando el ítem 23, que resultó inferior. Los ítems que presentaron una mayor carga factorial fueron “Nada parecía tener sentido para mí”, Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión” este coincidiendo con una mayor severidad en nuestro estudio, “Me odié a mí mismo”, “Sentí una tensión interna estresante”, coincidiendo en nuestro estudio tanto en severidad como en frecuencia y “Tuve miedo de perder el control”.

La importancia de identificar la comorbilidad de un trastorno límite de la personalidad en la población con un trastorno afectivo radica en que en muchas ocasiones se llega a establecer un diagnóstico erróneo del TLP, pudiendo sobre-diagnosticarse o sub-diagnosticarse, sobre todo en el caso de haber diagnósticos co-ocurrentes que pueden propiciar la superposición de síntomas y enmascarar la sintomatología del TLP (que tiende a ser más generalizado y persistente) (Skodol, 2022). Además, un estudio de Morey (2010) (Morey et al., 2010) en el que se recopilaron datos durante 6 años del Estudio

Colaborativo Longitudinal de Trastornos de Personalidad, en el que se evaluaron diagnósticos y medidas de personalidad en 522 pacientes, sugiere que los trastornos de personalidad identificados durante un episodio depresivo son bastante válidos y que no se deben únicamente a el episodio afectivo.

De acuerdo a (Skodol, 2022), una vez identificado el TLP, el abordarlo de manera apropiada es importante puesto que existe una morbilidad y mortalidad considerables, y el tratamiento de primera línea en este caso es con psicoterapia, principalmente terapia dialéctico conductual, terapia basada en la mentalización y terapia centrada en la transferencia, psicoterapias que no suelen estar disponibles en nuestro medio, y es un factor que condiciona la tendencia a la cronicidad del padecimiento, por lo que algo que sería apropiado dados estos datos sería preparar a profesionales en estas áreas para poder abordad y manejar de manera más apropiada y basada en evidencia este tipo de trastornos psiquiátricos, debido a que hasta la actualidad, la evidencia que respalda la farmacoterapia para el TLP es limitada y de los grupos de fármacos que se han llegado a utilizar para el TLP ninguno ha logrado reducir consistentemente su gravedad general.

CONCLUSIONES

De la población estudiada, 34 sujetos (87.17%) lograron alcanzar puntaje acorde a diagnóstico de trastorno de personalidad límite, lo que demuestra una importante comorbilidad entre los trastornos afectivos y el trastorno de personalidad límite. Por otra parte, los reactivos más frecuentes del BSL-23 fueron “me resultaba difícil concentrarme”, “me sentí indefenso”, “me sentía solo” y “sentí una tensión interna estresante”.

A demás el grupo etario más común fue de 18 a 30 años en población general y en el subgrupo de puntaje concordante con trastorno de la personalidad límite. Así mismo diagnóstico más frecuente en la población estudiada y el subgrupo de personas con una severidad por encima de 0.64 corresponde a Trastorno depresivo mayor seguido por trastorno depresivo persistente.

De acuerdo al puntaje del BSL-23, fue más frecuente una severidad moderada. Finalmente, la población atendida en nuestra unidad con trastornos del estado de ánimo corresponde mayormente a mujeres, de igual modo, en el grupo que cumplió la puntuación la diferencia entre mujeres y hombres fue de 3 a 1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *40*, 6-19. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, *42*(1), 32-39. https://doi.org/10.1159/000173701

Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, *40*(2), 126-132. https://doi.org/10.1159/000098493

Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating Early Intervention for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, *24*(5), 330-341. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000105

Dell'Osso, L., Cremone, I. M., Carpita, B., Dell'Oste, V., Muti, D., Massimetti, G., Barlati, S., Vita, A., Fagiolini, A., Carmassi, C., & Gesi, C. (2019). Rumination, posttraumatic stress disorder, and mood symptoms in borderline personality disorder</p>. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *15*, 1231-1238. https://doi.org/10.2147/NDT.S198616

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*(1), 1-20. https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29

Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T., Grilo, C. M., Markowitz, J. C., Morey, L. C., Sanislow, C., Yen, S., Zanarini, M. C., Keuroghlian, A. S., McGlashan, T. H., & Skodol, A. E. (2014a). Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *75*(8), 829-834. https://doi.org/10.4088/JCP.13m08972

Kaplan & Sadock. (2022). *Manual de psiquiatría Clínica* (5.ª ed.). Wolters Kluwer.

Kleindienst, N., Jungkunz, M., & Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *7*(1), 11. https://doi.org/10.1186/s40479-020-00126-6

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, *377*(9759), 74-84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *62*(6), 553-564. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019

Mezei, J., Juhasz, A., Kilencz, T., & Vizin, G. (2020). [Borderline personality disorder in the light of developmental psychopathology]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: A Magyar Pszichofarmakologiai Egyesulet Lapja = Official Journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, *22*(3), 102-111.

Morey, L. C., Shea, M. T., Markowitz, J. C., Stout, R. L., Hopwood, C. J., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Yen, S., Sanislow, C. A., & Skodol, A. E. (2010). State Effects of Major Depression on the Assessment of Personality and Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *167*(5), 528-535. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09071023

Pérez Rodríguez, M. M., Bulbena-Cabré, A., Bassir Nia, A., Zipursky, G., Goodman, M., & New, A. S. (2018). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, *41*(4), 633-650. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.012

Schulte Holthausen, B., & Habel, U. (2018a). Sex Differences in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, *20*(12), 107. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975-y

Sigmund Freud. (2016). *Psicopatología de la Vida Cotidiana*. Pdf.

Skodol. (2022). *Borderline personality disorder: Treatment overview—UpToDate*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-treatment-overview

Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., & Pascual, J. C. (2013a). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, *13*, 139. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-139

Witt, S. H., Streit, F., Jungkunz, M., Frank, J., Awasthi, S., Reinbold, C. S., Treutlein, J., Degenhardt, F., Forstner, A. J., Heilmann-Heimbach, S., Dietl, L., Schwarze, C. E., Schendel, D., Strohmaier, J., Abdellaoui, A., Adolfsson, R., Air, T. M., Akil, H., Alda, M., … Rietschel, M. (2017). Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Translational Psychiatry*, *7*(6), e1155-e1155. https://doi.org/10.1038/tp.2017.115

Zanarini, M. C., Athanasiadi, A., Temes, C. M., Magni, L. R., Hein, K. E., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Goodman, M. (2021). Symptomatic Disorders in Adults and Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *35*(Suppl B), 48-55. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_502

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*(12), 1733-1739. https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733