

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



“Desenlaces en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias, un metaanálisis y revisión sistemática”

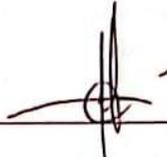
Por

DR. ERICK EDUARDO MENDOZA TRINIDAD

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

Desenlaces en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias, un metaanálisis y revisión sistemática

Aprobación de la tesis:



Dr. Med Erasmo Saucedo Uribe
Director de Tesis



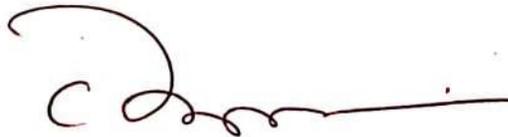
Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza
Coordinador de enseñanza



Dr. Med Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe del departamento de Psiquiatría



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

PAGINA DE AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por todo lo que me han dado, por su amor, por su paciencia y por su apoyo incondicional. A pesar de la distancia, siempre han estado conmigo y siguen siendo mi mayor motivación para seguir adelante. También quiero agradecer a la familia que encontré en mis compañeros de generación, sin su contención, su compañía y cariño durante la residencia, terminar este camino no hubiera sido posible.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN	6
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	7
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS	9
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS	11
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS	13
Capítulo VI	
6. RESULTADOS.	15
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN	26
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN	30

Capítulo IX

10.BIBLIOGRAFÍA	31
-----------------------	----

Capítulo X

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	36
----------------------------------	----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Análisis de medias escala BIS-11	37
--	----

Figura 2. Analisis de subescalas BIS-11	37
---	----

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno grave caracterizado por inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como impulsividad y comportamientos autolesivos. Este trastorno tiene un gran impacto en el funcionamiento del individuo y está frecuentemente asociado con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno por consumo de sustancias (TCS). La coexistencia de ambos trastornos podría estar relacionado a un cuadro clínico más grave, mayor riesgo de suicidio y un peor pronóstico en términos de remisión sintomática.

Esta revisión sistemática y metaanálisis buscan evaluar los desenlaces de pacientes con TLP y consumo de sustancias. El estudio sigue las pautas de PRISMA, y el protocolo está registrado en PROSPERO.

La búsqueda, que abarca bases de datos hasta febrero de 2022, incluyó artículos que analizaron la relación entre el TLP y los TCS. La revisión se enfocó en desenlaces relacionados con la impulsividad, la agresividad, la suicidalidad y la calidad de vida. El metanálisis examinó la relación entre el consumo de sustancias y la impulsividad, utilizando la escala BIS-11 como moderador de los tamaños del efecto.

Se incluyeron estudios que compararon pacientes con TLP y TCS con aquellos con solo TLP. Los estudios debían incluir participantes mayores de 18 años, con diagnósticos confirmados de TLP o TCS según criterios DSM, y evaluar al menos uno de los desenlaces de interés.

Se excluyeron estudios con diseños no comparativos, estudios que no evaluaban los desenlaces específicos (impulsividad, agresión, suicidalidad o calidad de vida), y aquellos con poblaciones clínicas no representativas (e.g., menores de edad o pacientes con otros trastornos psiquiátricos primarios).

Cuatro investigadores realizaron de forma independiente la selección de estudios, evaluación del riesgo de sesgo y extracción de datos.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

El TLP es un trastorno grave de la personalidad el cual se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, además de una marcada impulsividad y comportamientos autolesivos¹.

El TLP es un diagnóstico frecuente en la población general, con una prevalencia de aproximadamente 1%. Sin embargo, su prevalencia es mucho mayor en entornos clínicos, llegando al 12% en consulta ambulatoria y hasta al 22% entre los pacientes hospitalizados². Esto lo convierte en un trastorno muy relevante dentro de la práctica clínica.

Por lo general, el TLP se presenta en la adultez temprana. Tradicionalmente se pensaba que era un diagnóstico más común en mujeres. Por ejemplo, el **DSM-5** menciona que aproximadamente el 75% de los pacientes con este diagnóstico son mujeres¹. Sin embargo, estudios epidemiológicos más recientes sugieren que no hay diferencias significativas entre hombres (5.6%) y mujeres (5.2%) en cuanto a su prevalencia³. Esto pone en evidencia cómo la investigación sobre este tema sigue evolucionando.

Las personas con TLP tienden a utilizar los servicios de salud con mucha frecuencia, incluyendo las salas de urgencias, lo cual genera una carga económica significativa. De hecho, los costos asociados con los trastornos de la personalidad, incluyendo el TLP, parecen ser mayores que los de otros trastornos psiquiátricos como la depresión o la ansiedad generalizada. Por lo tanto, el TLP constituye un problema muy importante de salud pública⁴.

Este trastorno genera un grave impacto en el funcionamiento del individuo y suele existir con otros trastornos psiquiátricos. Se ha reportado que existen diferencias en la comorbilidad de acuerdo al sexo, por ejemplo los hombres con TLP presentan

más frecuentemente abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad, mientras que las mujeres presentan trastornos del estado de ánimo, ansiedad, de la conducta alimentaria y trastorno por estrés postraumático⁵.

Como ya se ha dicho, una comorbilidad frecuente es el TCS, el cual se estima tiene una prevalencia del 23% al 84% en pacientes con TLP⁶. El TCS se define como un patrón de consumo de sustancias que genera un deterioro funcional o malestar clínicamente significativo. El DSM-5 fusiona los diagnósticos de abuso y dependencia en una sola categoría de TCS, con once criterios diagnósticos divididos en cuatro grupos: problemas en el control, deterioro social, uso arriesgado y criterios farmacológicos (tolerancia y abstinencia)¹.

Se han propuesto múltiples teorías para explicar la comorbilidad entre el TLP y el TCS. Una de ellas menciona que algunos rasgos de la personalidad como la inestabilidad afectiva y la impulsividad son la base del desarrollo de ambos trastornos y pueden explicar gran parte de su coexistencia. También se puede atribuir a la superposición en los criterios diagnósticos de estos dos trastornos ya que el abuso de sustancias entra en el criterio de impulsividad al diagnosticar el TLP según los criterios del DSM⁷.

La presencia de ambos diagnósticos puede estar asociada a un cuadro clínico más grave, caracterizado por mayor impulsividad, más riesgo de suicidio, peor funcionamiento e incluso el TCS puede estar asociado con el fracaso en alcanzar la remisión sintomática entre los pacientes con TLP en un seguimiento de 6 años⁸.

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y JUSTIFICACIÓN

Se ha comentado sobre la alta prevalencia del TLP en contextos clínicos, así como la carga que representa esta población por el uso frecuente de diferentes servicios de salud como intervención en crisis, atención en urgencias debido a intentos de suicidio, internamientos para contención de riesgo suicida o el tratamiento de comorbilidades.

La presencia de TCS en pacientes con TLP es frecuente y ha sido asociada con desenlaces clínicos más graves. Sin embargo, a pesar de la importancia clínica de esta comorbilidad, los estudios disponibles presentan resultados heterogéneos y, en ocasiones, contradictorios en cuanto al impacto que tiene el TCS en la historia natural de los pacientes con TLP^{9,10}.

Además de agravar el cuadro clínico y complicar el tratamiento, esta comorbilidad representa un problema de salud pública debido al mayor costo para los sistemas de salud. Para lograr intervenciones costo efectivas es necesario la creación de evidencia solida que pueda orientar la planeación de políticas, maximizar el uso y distribución de recursos y mejorar la toma de decisiones.

También es importante señalar que los pacientes con TLP y consumo de sustancias suelen tener más dificultades para acceder a ciertos servicios médicos, esto puede ser explicado en parte por el gran estigma que enfrentan estas dos poblaciones. Por ejemplo, investigaciones recientes han identificado la presencia de actitudes y comportamientos negativos entre los profesionales de la salud hacia las personas con TLP¹¹. Además de enfrentarse a las actitudes negativas de los trabajadores de la salud, esta población también suele ser excluida de tratamientos, programas de salud mental o de rehabilitación e incluso de estudios donde evalúan la eficacia de tratamientos dirigidos a tratar síntomas del TLP^{12,13,14}.

La exclusión de esta población puede generar un ciclo en el que no reciben la atención que necesitan, causando resultados deficientes lo que provoca un aumento en la vulnerabilidad de estas personas. Comprender los desenlaces de salud y los factores que agravan esta comorbilidad pueden ser clave para mejorar las estrategias de prevención y tratamiento, así como promover una atención más eficaz e integral para los pacientes que presentan patología dual.

Durante la búsqueda no se encontró una revisión sistemática o metaanálisis evaluando las diferencias en los desenlaces entre las personas con patología dual (TLP + TCS) y los individuos solo con TLP.

Por lo tanto, en este estudio, buscamos sintetizar el conocimiento existente sobre los desenlaces en esta población, lo cual nos permitirá establecer un panorama más claro sobre el impacto que tiene esta comorbilidad, identificar áreas de oportunidad para futuras investigaciones y orientar a los profesionales de la salud mental en la toma de decisiones clínicas basadas en evidencias fundamentadas.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

1. OBJETIVO PRINCIPAL

El propósito fundamental de esta revisión sistemática y metaanálisis es determinar si el consumo de sustancias afecta el desenlace de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

Evaluar si el consumo de sustancias aumenta la impulsividad en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Evaluar si el consumo de sustancias aumenta la agresividad en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Evaluar si el consumo de sustancias influye en la conducta suicida en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Evaluar la repercusión que tiene el consumo de sustancias en la calidad de vida, el estado laboral, el grado académico y estado civil de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

P: (población) Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de acuerdo a los criterios estandarizados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (CIE-10), Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Tercera Edición (DSM-III), Cuarta Edición (DSM-IV), Cuarta Edición Revisada (DSM-IV-TR) o Quinta Edición (DSM-5).

I: (Intervención) Revisar la calidad de vida, estado laboral, estado civil y grado académico, impulsividad, conducta suicida, agresividad en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad.

C: (comparaciones) Revisar la calidad de vida, estado laboral, estado civil y grado académico, impulsividad, conducta suicida, agresividad en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad y consumo de

sustancias a través de escalas o instrumentos clinimétricos validados, y/o juicio clínico.

O: (objetivo) Comparar la calidad de vida, estado laboral, estado civil y grado académico, impulsividad, conducta suicida, agresividad entre pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad versus pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad con consumo de sustancias.

CAPÍTULO V

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión sistemática y metaanálisis para determinar si el consumo de sustancias afecta el desenlace de pacientes con TLP. Se incluyen ensayos clínicos que comparen algún desenlace de importancia entre pacientes con TLP versus pacientes con TLP con consumo de sustancias.

La población objetivo incluye pacientes de 18 años o más con Trastorno Límite de la Personalidad como diagnóstico principal. Este diagnóstico debe ser confirmado por cualquier criterio diagnóstico reconocido como el diagnóstico clínico respaldado por la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (SCID), Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10), o Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, 4ª edición revisada, o 5ª edición (DSM-IV, -TR, -5).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Los criterios de elegibilidad o inclusión que deberán cumplir los estudios que serán seleccionados para la presente propuesta de investigación requieren ser: ensayos clínicos, controlados, aleatorizados y comparativos. Estudios observacionales, longitudinales, prospectivos o retrospectivos, analíticos, estudios de cohorte, series de casos.

Asimismo, deberán cumplirse las siguientes características en los estudios evaluados: Adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de acuerdo con los criterios especificados (DSM-III, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-V o CIE-10). Adultos con diagnóstico de consumo de sustancias con los criterios especificados (DSM-III, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-V o CIE-10).

Evaluación de alguno de los siguientes desenlaces:

Calidad de vida a través de instrumentos clinimétricos validados (p. ej., SWLS, WHOQOL, etc.) Impulsividad a través de instrumentos clinimétricos validados (p. ej., BIS-11). Conducta suicida a través de instrumentos clinimétricos validados (p.

ej. SBQ, Columbia suicide history). Agresividad a través de instrumentos clinimétricos validados.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se descartan estudios transversales y reportes de caso, estudios que incluyan exclusivamente pacientes menores de 18 años, estudios que incluyan Pacientes con diagnóstico de un trastorno psicótico. Estudios que incluyan pacientes con algun diagnostico psiquiatrico que sea el foco primario de atencion diferente al trastorno límite de la personalidad y estudios que no evalúen alguno de los desenlaces de interés.

Búsqueda y Criterios de Selección:

Esta revisión sistemática y metaanálisis sigue las pautas delineadas en los Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis (PRISMA). El protocolo correspondiente se encuentra registrado en PROSPERO con el número CRD42023434546. La estrategia de búsqueda en MEDLINE, EMBASE, Web of Science y Scopus fue diseñada y supervisada por un bibliotecario experimentado, en colaboración con el investigador principal. Se llevó a cabo desde el inicio de cada base de datos hasta el 17 de enero de 2022.

Se realiza una actualización de la búsqueda en nov 4 del 2024.

Se examinaron las referencias de los estudios y revisiones seleccionados para evaluar su idoneidad.

La selección de estudios fue realizada de manera independiente por tres pares de investigadores quienes revisaron los informes principales y los materiales suplementarios, extrajeron información relevante de los ensayos incluidos y evaluaron el riesgo de sesgo. Se llevaron a cabo pruebas piloto antes de cada fase de cribado para garantizar una fiabilidad adecuada entre los evaluadores, con un kappa de Fleiss considerado satisfactorio si superaba 0.70. Cualquier discrepancia fue resuelta mediante consenso y arbitraje por un panel de investigadores dentro del equipo de revisión.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

1. Características generales de los estudios incluidos

Se incluyeron 10 estudios al análisis cualitativo. Siete hechos en América del Norte y tres en Europa. La mayoría de los estudios (n=7) usaron un diseño observacional transversal comparativo, la comparación más frecuente fue entre el grupo TLP + TCS vs. TLP – TCS, aunque también se comparó entre grupo TLP + TCS vs TCS - TLP. Cuatro de los estudios incluyeron un grupo de control formado por personas sin diagnóstico de TLP ni TCS. Por otro lado, dos estudios utilizaron un diseño de cohorte prospectivo y uno de los estudios realizó un enfoque retrospectivo comparativo. Se estudió a un total de 1065 pacientes, 351 en el grupo de patología dual y 295 con solo TLP.

2. Impulsividad

La impulsividad se define como una “predisposición hacia reacciones rápidas y no planificadas ante estímulos internos o externos, sin consideración por las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás”¹⁵. Actualmente se ha conceptualizado como un constructo multidimensional que incluye rasgos de la personalidad y una variedad de comportamientos asociados. Es un aspecto central del TLP y se encontró que la impulsividad es la característica más estable así como el predictor más fuerte de los niveles de psicopatología en el TLP¹⁶.

La impulsividad también está ampliamente relacionada con el TCS. Por ejemplo, los rasgos de la personalidad de desviación social e impulsividad están asociados a problemas en el control inhibitorio¹⁷. Y pudieran predecir el consumo inicial de alguna sustancia y el desarrollo de un TCS¹⁸.

Ocho de los diez artículos incluidos describieron cambios en la impulsividad. Los métodos de evaluación usados cubrían una variedad de síntomas relacionados con la impulsividad incluyendo la preferencia por recompensas pequeñas inmediatas

frente a recompensas mayores pero retrasadas, la propensión a tomar riesgos, inhibición conductual y medidas de autoinforme.

Todos los estudios demostraron mayores niveles de impulsividad auto informada en la población TLP + TCS frente a la población con solo TLP. Siete de estos artículos usaron la escala de Barrat (BIS-11), la cual es una herramienta ampliamente usada y diseñada para ser una medida multifacética de la impulsividad¹⁹. Está compuesta por tres subescalas: Impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. Un estudio mostró que los pacientes con patología dual tienen niveles más altos de impulsividad motora y no planeada, mientras que tres estudios indicaron que el grupo con TLP + TCS tiene mayor impulsividad motora y cognitiva en comparación con el grupo con solo TLP.

De acuerdo a los resultados de estos estudios podemos corroborar que existe un aumento de la impulsividad autopercibida en las personas con patología dual frente al grupo con solo TLP.

2.1 Impulsividad autoinformada y pruebas conductuales

Las mediciones de la impulsividad reflejan su naturaleza multifacética e incluyen diversas formas que van desde las evaluaciones de autoinforme hasta pruebas conductuales y análisis electrofisiológicos. Las evaluaciones de autoinforme suelen medir los rasgos de personalidad impulsivos o tendencia hacia el comportamiento impulsivo y dependen de la capacidad de la persona para recordar con precisión su propio comportamiento. Mientras que las pruebas conductuales en laboratorio ofrecen la ventaja de ser evaluaciones objetivas basadas en el rendimiento en ciertas tareas, por ejemplo la Delay Discounting Task (DDT) evalúa la toma de decisiones y refleja la rapidez con la que una recompensa pierde su valor en función de su distancia temporal²⁰.

Otras pruebas conductuales incluyen el Ballon Analog Risk Task (BART) el cual es una tarea computarizada validada como una medida conductual de la toma de riesgos²¹. Y la prueba GoStop Task que sirve para evaluar la capacidad de inhibir una respuesta ya iniciada²².

Estas formas de evaluar la impulsividad son ampliamente relevantes en los comportamientos adictivos, por ejemplo, la dependencia a sustancias se manifiesta

conductualmente como una preferencia por los efectos inmediatos y pasajeros de una droga, en contraste a los beneficios en el futuro de evitar su consumo, así como una incapacidad para detener esta conducta.

Dos de los ocho artículos usaron pruebas conductuales para evaluar la impulsividad, en ambos artículos encontraron que en la DDT los pacientes con TLP + TCS descontaban más rápidamente las recompensas retrasadas, eligiendo recompensas inmediatas más pequeñas en lugar de esperar por recompensas más grandes a comparación del grupo con solo TLP. Uno de estos artículos también utilizó la **BART** y la **GoStop Task** para evaluar la propensión a tomar riesgos. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas entre el grupo con TLP + TCS y el grupo con solo TLP. Este hallazgo es interesante porque, en ese mismo artículo, se menciona que la **desinhibición conductual** es una característica central del TLP. Tanto el grupo con TLP como el grupo con TLP + TCS mostraron déficits significativos en la capacidad para inhibir respuestas automáticas en comparación con el grupo control. Además, se concluyó que el descuento de recompensas demoradas parecía estar más asociado con los TCS que con el TLP.

En general, los cuestionarios de autoinforme sí muestran niveles más altos de impulsividad en el grupo con TLP + TCS. Pero, cuando se evalúa mediante pruebas conductuales, los resultados son un poco más mixtos. Los pacientes con patología dual no parecen estar tan afectados en estas pruebas como se podría pensar, lo que deja abierta la pregunta de cómo estas herramientas realmente capturan las distintas dimensiones de la impulsividad.

2.2 Otras medidas de evaluación

Uno de los artículos presentó resultados en relación con la evaluación de la impulsividad usando una medida diferente al BIS-11. La Entrevista Diagnóstica Revisada para Personalidades Limítrofes (DIB-R) ²³ mide cuatro aspectos principales del TLP: afecto, cognición, patrones de acción impulsiva y relaciones interpersonales.

En este artículo se señaló que la población con patología dual mostraba una mayor evidencia de comportamientos impulsivos según los resultados del DIB. Lo interesante es que esto se observó incluso en el seguimiento realizado siete años después, lo que refuerza la idea de que la impulsividad en esta población tiende a ser un rasgo persistente y difícil de modificar.

3. Agresividad

La agresión es un síntoma relevante tanto en el TLP como en los TCS. La agresión se refiere a un proceso conductual que incluye el objetivo de infligir daño a otro ser vivo que está motivado para evitar dicho acto. La agresión se puede distinguir de la ira, que es una emoción frecuentemente asociada con la agresión, y de la hostilidad, que son pensamientos relacionados con la agresión²⁴.

Al igual que la impulsividad, la agresión es un constructo heterogéneo, y se han propuesto varias formas de dividirla en categorías más homogéneas. La agresión, ya sea dirigida hacia uno mismo o hacia otros, es uno de los componentes centrales del TLP.

En los pacientes con TLP, la agresión está muy relacionada con la impulsividad y la disregulación emocional. Esto se puede traducir a arrebatos de ira o conductas autodestructivas. Además, este tipo de comportamientos puede intensificarse en situaciones de frustración, cuando perciben rechazo o en momentos de estrés interpersonal. Estas circunstancias generan problemas a nivel personal e incluso pueden complicar su manejo dentro del entorno clínico²⁵.

Por otro lado, en los TCS, la agresión también juega un papel importante. El consumo de sustancias puede desinhibir comportamientos agresivos y agravar problemas emocionales ya existentes. Por ejemplo, los estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas se han vinculado a un aumento de la agresividad, mientras que la abstinencia de sustancias depresoras, como el alcohol puede provocar irritabilidad y comportamientos violentos. Es más, el comportamiento agresivo no solo puede ser una consecuencia del consumo, sino que también podría aumentar el riesgo de desarrollar un patrón de abuso de sustancias²⁶.

Cuando el TLP y los TCS se combinan generan un desafío clínico aún más complicado. Ambos trastornos comparten factores de riesgo como la impulsividad y la dificultad para manejar emociones intensas, lo que puede potenciar tanto la frecuencia como la intensidad de los episodios de agresión. Este doble desafío clínico demanda estrategias de manejo específicas y cuidadosas. A continuación, se describen los hallazgos de los estudios incluidos en esta revisión.

De los 10 artículos analizados, 5 describieron cambios relacionados con la agresividad. Sin embargo, solo dos de estos estudios utilizaron el mismo apartado del SCL-90 para medir la hostilidad, lo que permite una comparación más directa entre los resultados. En contraste, los otros tres estudios emplearon herramientas diferentes para evaluar la agresividad, lo que causa heterogeneidad y dificulta establecer comparaciones entre los hallazgos.

3.1 Agresión externalizante y autodirigida

Los resultados sobre agresión externalizante y autodirigida revelan una gran variabilidad en los hallazgos entre los estudios: En el estudio de Heath et al., el 52.6% de los pacientes con TLP y TCS reportaron dificultades para controlar su comportamiento violento, en comparación con solo el 26.9% de aquellos sin consumo de sustancias, según el ASI²⁷.

En el estudio de Martino et al, se evaluaron diferentes dimensiones de la agresión utilizando el AQ²⁸. Los resultados del estudio mostraron que los pacientes con TLP y consumo de sustancias presentaban niveles más altos de agresión física, verbal, sentimientos de enojo y hostilidad en comparación con aquellos sin consumo de sustancia.

Por otro lado, en un estudio dirigido por Han-Joo Lee, la agresión externalizante se evaluó a través de cuestionamiento directo realizados por los investigadores. Aquí, los pacientes del grupo TLP + TCS reportaron mayores niveles de comportamientos externalizantes, como peleas físicas, en comparación con el grupo con solo TLP. Sin embargo, cuando se aplicaron correcciones estadísticas, estas diferencias dejaron de ser significativas.

Hablando de la agresión autodirigida, este mismo estudio no encontró diferencias significativas en la frecuencia de autolesiones entre los grupos con TLP, con o sin TCS. Sin embargo, Links et al. Reportaron lo contrario, en su estudio el grupo con patología dual mostró niveles significativamente más altos de conductas autolesivas en comparación con los pacientes con solo TLP o solo abuso de sustancias.

3.2 Hostilidad, enojo e ira

Este aspecto fue evaluado en dos estudios mediante el apartado de Hostilidad-Enojo del SCL-90 desarrollado por Derogatis et al.²⁹.

En el primer estudio, las puntuaciones en el SCL-90-R indicaron que los pacientes con TLP + TCS presentaban niveles significativamente más altos de hostilidad y comportamientos agresivos, lo que sugiere que el consumo de sustancias podría agravar las dificultades para regular emociones y controlar impulsos agresivos.

En contraste, el estudio de Van den Bosch et al. reportó que las pacientes con TLP + TCS presentaron niveles más bajos de hostilidad y una menor frecuencia de explosiones de ira.

En resumen, en los pacientes con TLP y consumo de sustancias, la agresión no se limita a un solo tipo. Por el contrario, estos pacientes tienden a mostrar niveles más altos en múltiples dimensiones, como la agresión física, agresión verbal, hostilidad y sentimientos de enojo. Esto relata lo complejo que puede ser su manejo clínico, ya que cada una de estas diferentes dimensiones requiere estrategias de intervención específicas y adaptadas a las necesidades de cada paciente.

Aunque existen diferencias entre los estudios, todos ellos coinciden en que los pacientes con TLP y consumo de sustancias suelen presentar niveles más elevados de agresión en comparación con los pacientes con solo TLP. Sin embargo, es importante señalar que la falta de significancia estadística en algunos de estos estudios podría deberse a limitaciones como el tamaño reducido de algunas muestras o las diferencias en las metodologías utilizadas.

4. Suicidalidad

La suicidalidad es un síntoma central y crítico tanto en el TLP como en los TCS, y representa una de las principales razones de atención clínica en estas poblaciones. En el TLP, los comportamientos suicidas están vinculados a la desregulación emocional, la impulsividad y la sensación de vacío crónico, lo que lleva a una alta prevalencia de intentos de suicidio. Se estima que entre las personas con TLP el 9-33% fallecen por suicidio, lo que convierte a esta población en un grupo de alto riesgo³⁰.

Por otro lado, el consumo de sustancias también se asocia con un riesgo elevado de conductas suicidas, ya que las sustancias pueden desinhibir comportamientos, exacerbar problemas emocionales subyacentes y contribuir a la desesperanza. También es un factor de riesgo importante para sobredosis, intentos de suicidio y muerte por suicidio. Las personas con dependencia al alcohol o uso de drogas tienen un riesgo de muerte por suicidio 10–14 veces mayor que la población general³¹.

La presencia de trastornos psiquiátricos junto con trastornos por consumo de sustancias incrementa aún más este riesgo.

Seis de los diez artículos incluidos en la revisión reportaron cambios relacionados con la suicidalidad. Este fenómeno fue evaluado a través de diferentes métodos, como escalas autoaplicables (SBQ), entrevistas estructuradas (SSI, C-SSRS), cuestionamiento directo, apartados específicos dentro de ciertas escalas (ASI, SCL-90) y, en un artículo no se especificó el método de evaluación.

4.1 Hallazgos principales sobre suicidalidad

4.1.1 Mayor prevalencia en pacientes con patología dual

En uno de los estudios incluidos, las puntuaciones en la escala SCL-90 relacionadas con la ideación suicida fueron significativamente más altas en el grupo con TLP y consumo de sustancias en comparación con el grupo sin consumo de sustancias. Además, este grupo también reportó una mayor tasa de intentos de suicidio a lo largo de su vida, así como una tasa más alta de intentos de suicidio recientes. También los pacientes con consumo de sustancias mencionaron haber tenido más días con problemas emocionales en el último mes, lo que también se relacionó con una mayor probabilidad de haber realizado un intento de suicidio durante esos mismos días.

4.1.2 Percepción del riesgo de suicidio futuro

Un estudio encontró que los pacientes con TLP y consumo de sustancias eran significativamente más propensos a experimentar pensamientos suicidas y a percibirse a ellos mismos como en riesgo de suicidarse en el futuro. Este hallazgo

resalta el impacto psicológico adicional que tiene esta comorbilidad, especialmente en como estos pacientes pueden percibir su propio riesgo.

4.1.3 Mayor frecuencia de intentos en TLP + TCS

Otro artículo reportó que los pacientes con TLP + TCS tenían una tasa cuatro veces mayor de intentos de suicidio en comparación con aquellos sin consumo de sustancias.

4.1.4 Diferencias según edad y letalidad

En un estudio que analizó las características clínicas de adultos jóvenes (<30 años) con TLP y trastorno por consumo de alcohol (AUD) no se encontraron diferencias significativas en el número total de intentos de suicidio entre los grupos comparados. Sin embargo, al incluir participantes de mayor edad se observó que el grupo con AUD y TLP tenía un número más alto de intentos de suicidio, y estos eran de mayor letalidad en comparación con los pacientes sin AUD. Esto sugiere que el impacto del consumo de sustancias en la suicidalidad podría agravarse con la edad y la cronicidad de la enfermedad, lo que resalta la importancia de un manejo temprano.

4.1.5 Estudios sin diferencias significativas

Dos estudios no encontraron diferencias significativas en la frecuencia de intentos de suicidio entre los grupos con TLP + TCS y aquellos con TLP sin consumo de sustancias. Esto podría estar relacionado con factores como el tamaño de muestra, las herramientas utilizadas para evaluar la suicidalidad, o las características específicas de las poblaciones estudiadas

En resumen, los pacientes con TLP y TCS tienden a presentar mayor riesgo de suicidalidad en comparación con aquellos con solo TLP, particularmente en términos de ideación y letalidad de los intentos. Sin embargo, algunos estudios no encontraron diferencias significativas, lo que resalta la necesidad de más investigación con medidas estandarizadas y enfoques específicos para comprender mejor estos riesgos en diferentes subgrupos.

5. Calidad de vida

La calidad de vida es un indicador integral que evalúa el bienestar físico, emocional, social y funcional de una persona. La Organización Mundial de la Salud³² define la calidad de vida como la percepción que los individuos tienen de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, y en relación con sus propios objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

En el TLP existen múltiples factores como la desregulación emocional, las relaciones interpersonales inestables, los comportamientos impulsivos y la elevada prevalencia de comorbilidades psiquiátricas que contribuyen a una percepción deteriorada de la calidad de vida. Las dificultades para mantener empleo, relaciones saludables y estabilidad emocional agravan aún más esta situación³³.

Por otro lado, los TCS afectan la calidad de vida a través del impacto negativo en la salud física, a causa de la estigmatización y aislamiento y la dificultad para mantener roles funcionales en la familia y la comunidad. Además, el consumo crónico de sustancias puede exacerbar problemas psiquiátricos preexistentes, como la ansiedad o la depresión, y generar complicaciones económicas y legales³⁴.

Cuando el TLP y el TCS coexisten, los efectos negativos sobre la calidad de vida suelen ser aún más graves. La comorbilidad puede aumentar los problemas emocionales, sociales y funcionales, dificultando el acceso a servicios médicos adecuados y perpetuando un ciclo de inestabilidad y deterioro.

Cuatro de los estudios incluidos describieron cambios significativos en la calidad de vida en pacientes con TLP y TCS. Los principales hallazgos se centran en las áreas de empleo, educación, problemas legales y sociales, y estabilidad económica:

5.1 Empleo y estabilidad laboral

En un estudio, se observó que el 62% de los pacientes con TLP y TCS estaban desempleados, en comparación con solo el 4% del grupo control sin comorbilidades.

Otro estudio encontró que solo el 10% de las pacientes con TLP y abuso de sustancias tenían empleo, frente al 52% de las pacientes sin abuso de sustancias.

Lo que sugiere que la comorbilidad puede tener un impacto en la capacidad de mantener una vida laboral activa.

5.2 Escolaridad y rendimiento académico

El nivel educativo fue evidentemente más bajo en pacientes con TLP y consumo de sustancias, ya que solo el 9% de ellos lograron alcanzar un nivel de educación superior. Además otro estudio encontró que los pacientes con TLP y abuso de sustancias tenían un rendimiento escolar significativamente más bajo en comparación con aquellos que no consumían sustancias.

5.3 Problemas sociales y económicos

El grupo con consumo de sustancias estuvo asociado con mayores problemas sociales y económicos, incluyendo desempleo y dificultades económicas. Promiscuidad y, en algunos casos, los pacientes participaban en prostitución como una fuente de ingreso.

En un estudio, el abuso de sustancias se asoció directamente con más problemas legales y laborales

En resumen, los pacientes con **TLP y TCS** experimentan un deterioro significativo en su calidad de vida, especialmente en aspectos clave como el empleo, la educación y la estabilidad económica.

6. Metanálisis sobre la impulsividad autoinformada

Dado que los estudios previos sobre los desenlaces en los pacientes con TLP y consumo de sustancias incluyeron una variedad de medidas diferentes, solo los datos disponibles sobre la impulsividad autoinformada mediante la escala BIS-11 fueron suficientes para los procedimientos de metanálisis. Este enfoque nos permite garantizar la comparabilidad entre los estudios.

Se realizó en primer lugar un Análisis general de la diferencia de medias del puntaje de BIS-11 entre los artículos incluidos (figura 1). Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas, lo que nos permite confirmar que los pacientes con patología dual presentan niveles más altos de impulsividad en escalas autoinformadas en comparación con los pacientes con solo TLP.

Realizamos un segundo análisis (figura 2) enfocándonos en los puntajes de las subescalas en el BIS-11 (impulsividad cognitiva, motora y no planeada) utilizando los resultados de tres artículos seleccionados. Sin embargo, este análisis no mostro resultados estadísticamente significativos y no fue una muestra representativa debido al número reducido de estudios que incluyeron los resultados de estas subescalas.

En resumen, los resultados de nuestro metaanálisis refuerzan la hipótesis de que la impulsividad es mayor en pacientes con patología dual, lo que lo convierte en un objetivo clínico importante a tratar. Sin embargo, la poca disponibilidad de datos para el análisis de subescalas resaltan la necesidad de realizar estudios a futuro con metodologías más uniformes.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Una de las características más relevantes entre los pacientes con TLP y TCS fue la impulsividad. Todos los estudios que se incluyeron en la revisión reportaron mayores niveles de impulsividad en los pacientes con patología dual en comparación con aquellos con solo TLP, lo que sugiere que los TCS exacerban este rasgo. Sin embargo, la heterogeneidad en las herramientas utilizadas para medir la impulsividad, como el BIS-11 y las pruebas conductuales, provocan variabilidad en los resultados.

Aunque en las escalas de autoinforme se muestren resultados elevados de impulsividad en los pacientes con patología dual, los resultados en las pruebas conductuales son mixtos y esto nos plantea a preguntarnos sobre como estas herramientas capturan diferentes aspectos de este constructo tan complejo.

Esta diferencia entre los resultados en las medidas de autoinforme y las pruebas conductuales también fue reportada en el estudio de Jacob et al.³⁵. En su estudio señalan que los pacientes con TLP reportan niveles más altos de impulsividad en las escalas de autoinforme como en el BIS-11 pero los resultados en pruebas conductuales como el Stroop Test y el Stop Signal Task son inconsistentes e incluso en algunos casos no muestran diferencias significativas frente a controles sanos. Este hallazgo refuerza la idea de que la impulsividad es un constructo multifacético que requiere un enfoque más integrado para su evaluación. Además, el artículo menciona que existe una relación entre los estados emocionales negativos y la pérdida del control inhibitorio en los pacientes con TLP, lo que sugiere que las emociones negativas aumentan los errores conductuales en esta población. Esto resalta la necesidad de abordar no solo los rasgos impulsivos de la personalidad, sino también los estados emocionales en los tratamientos dirigidos a las personas con patología dual.

Otra característica importante en los pacientes con TLP y TCS es la agresión. Los estudios incluidos en la revisión reportaron niveles más altos de agresión tanto física como verbal, así como sentimientos de ira y hostilidad en el grupo con consumo de sustancias. Sin embargo el uso de diferentes métodos de evaluación entre los estudios dificulta realizar comparaciones más consistentes y robustas.

Por otro lado, la suicidalidad también fue uno de los objetivos evaluados en esta revisión, emergiendo como un problema grave al que se enfrenta la población con patología dual. Se observaron tasas significativamente más altas de ideación suicida e intentos de suicidio en esta población. No obstante, algunos estudios no encontraron diferencias significativas, posiblemente debido a tamaños de muestra pequeños o a diferencias metodológicas usadas en cada investigación.

Además, los resultados sugieren una posible relación entre la duración del consumo de sustancias en pacientes mayores y un aumento en la letalidad de los intentos de suicidio. Esto podría deberse a la cronificación del consumo de sustancias y un deterioro gradual en el funcionamiento del individuo. Explorar estas relaciones a través de estudios longitudinales puede aportar información valiosa para diseñar estrategias de prevención más efectivas.

El estudio de Rizk et al.³⁶ Proporciona evidencia para reforzar esta posible relación, donde mencionan que el uso crónico de alcohol puede aumentar conductas de afrontamiento desadaptativas y dificultar la autorregulación, incrementando así el riesgo de suicidio. Además, el consumo crónico de opioides puede provocar cambios neuroanatómicos que generan un mayor número de estados afectivos negativos, lo que contribuye a un aumento de riesgo de suicidio. Sin embargo mencionan que aún existe una escasez de investigaciones sobre intervenciones farmacológicas y psicosociales para la coexistencia de trastorno por consumo de alcohol u opiodes y la ideación y conducta suicida.

Es muy importante considerar como la impulsividad se relaciona con otros síntomas como la agresión y la suicidalidad, actuando como un factor desencadenante o de mantenimiento de estos comportamientos. Por ejemplo, la preferencia por recompensas inmediatas y la dificultad para inhibir respuestas impulsivas, características observadas en la patología dual, no solo afectan la toma de decisiones, sino que también podrían contribuir a conductas autodestructivas.

Esta relación entre la impulsividad, la agresividad y los actos suicidas fue reforzada por el estudio de Brokke et al.³⁷. Este estudio encontró que los pacientes con intentos de suicidio de alta letalidad presentan puntuaciones más altas en impulsividad y agresión física en comparación con los que solo tienen ideación

suicida, especialmente en mujeres. Esto sugiere que algunos aspectos de la impulsividad pueden facilitar la progresión de la ideación suicida a un intento de suicidio de alta letalidad. El estudio también menciona que tanto la impulsividad como la agresividad pueden actuar como factores catalizadores en la letalidad de los intentos suicidas.

Los pacientes con TLP y TCS experimentan un marcado deterioro en su calidad de vida, especialmente en áreas como el empleo, la educación y la estabilidad económica. Sin embargo, los estudios disponibles apenas comienzan a abordar estas dimensiones de manera integral. Los programas deberían enfocarse no solo en el manejo clínico de los síntomas, sino también en mejorar las habilidades laborales, el acceso a la educación y la reintegración social, todos ellos aspectos clave para la calidad de vida en esta población.

El estudio de Mungo et al.³⁸ destacó que la agresión impulsiva se intensifica en situaciones con alta reactividad emocional y que la terapia dialectica conductual (DBT) ha mostrado ser efectiva para reducir tanto la agresión como la impulsividad, sin embargo la evidencia específica para la población con TLP y TCS sigue siendo limitada. Por lo que es necesario realizar investigaciones que combinen tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para abordar de una manera integral estos síntomas.

La importancia de crear estrategias terapéuticas integrales que aborden tanto los síntomas característicos del TLP, así como los desafíos asociados al consumo de sustancias es una de las aseveraciones realizadas por Lee et al.³⁹. En su estudio también argumentan que los tratamientos deben incluir componentes que permitan reducir las barreras estructurales y promuevan una reintegración social y económica, y no solo abordar síntomas como la impulsividad y la agresión. Este enfoque integral permitirá mejorar los resultados clínicos y también reducir el impacto negativo que tiene la patología dual en la calidad de vida de los pacientes.

Una de las principales limitaciones de este estudio es la diversidad metodológica entre los estudios incluidos. Se utilizaron diferentes herramientas para evaluar los resultados, lo que dificultó la comparación directa y limitó la realización de un

metaanálisis a solo los estudios que evaluaban los cambios en la impulsividad autoinformada a través del BIS-11. Además, la mayoría de los estudios eran de diseño transversal, lo que impide sacar conclusiones claras sobre la relación causal entre el TLP, los TCS y los resultados analizados.

Otra limitación importante es que no se exploró lo suficiente la interacción entre el TLP y los TCS en subgrupos específicos, como el género, la edad o el tipo de sustancia consumida. Este enfoque limitado reduce la capacidad de desarrollar intervenciones personalizadas que consideren las particularidades de cada grupo dentro de esta población.

Estas limitaciones resaltan la necesidad de investigaciones futuras que sean más homogéneas y metódicas, lo que permitiría superar estas deficiencias y profundizar en la comprensión de esta compleja comorbilidad

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática resalta la complejidad clínica de la comorbilidad entre el TLP y los TCS. Los hallazgos indican que esta interacción exagera síntomas clave como la impulsividad, la agresión y la suicidalidad, además de generar un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes.

La impulsividad se identificó como un rasgo central y más pronunciado en pacientes con patología dual, mientras que la agresión mostró una alta prevalencia que requiere abordajes específicos. Asimismo, la suicidalidad se presentó con mayor frecuencia y más letalidad, resaltando la necesidad de estrategias preventivas enfocadas en los factores de riesgo asociados. Por otro lado, el impacto negativo en la calidad de vida, especialmente en áreas como empleo y estabilidad económica, resaltan la importancia de implementar programas integrales de reintegración social.

Estos hallazgos enfatizan la necesidad de investigaciones futuras con diseños longitudinales y herramientas de evaluación estandarizadas, así como de intervenciones terapéuticas que aborden simultáneamente los síntomas clínicos y las barreras sociales. Una perspectiva integral permitirá mejorar tanto los desenlaces clínicos como la calidad de vida de esta población vulnerable.

CAPÍTULO IX

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
3. Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
4. Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2019). Societal costs of Borderline Personality Disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 458–467. <https://doi.org/10.1111/acps.13094>
5. Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
6. Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 583–593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
7. Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wyckoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use

- disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5, 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
8. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American journal of psychiatry*, 161(11), 2108–2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>
 9. Buono, F. D., Larkin, K., Rowe, D., Perez-Rodriguez, M. M., Sprong, M. E., & Garakani, A. (2021). Intensive Dialectical Behavior Treatment for Individuals With Borderline Personality Disorder With and Without Substance Use Disorders. *Frontiers in psychology*, 12, 629842. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.629842>
 10. Penzenstadler, L., Kolly, S., Rothen, S., Khazaal, Y., & Kramer, U. (2018). Effects of substance use disorder on treatment process and outcome in a ten-session psychiatric treatment for borderline personality disorder. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0145-6>
 11. Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 18(1), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
 12. Bertsch, K., Back, S., Flechsenhar, A., Neukel, C., Krauch, M., Spieß, K., Panizza, A., & Herpertz, S. C. (2021). Don't Make Me Angry: Frustration-Induced Anger and Its Link to Aggression in Women With Borderline Personality Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 12, 695062. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695062>
 13. Seitz, K.I., Leitenstorfer, J., Krauch, M. *et al.* An eye-tracking study of interpersonal threat sensitivity and adverse childhood experiences in borderline personality disorder. *borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8, 2 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00141-7>
 14. Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., Tata, P., Thornton, S., Barber, J., & Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological medicine*, 29(1), 19–25. <https://doi.org/10.1017/s003329179800765x>

15. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American journal of psychiatry*, 158(11), 1783–1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
16. Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.1.1>
17. Finn, P. R. (2002). Motivation, Working Memory, and Decision Making: A Cognitive-Motivational Theory of Personality Vulnerability to Alcoholism. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 1(3), 183–205. <https://doi.org/10.1177/1534582302001003001>.
18. Ersche, K. D., Turton, A. J., Pradhan, S., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2010). Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biological psychiatry*, 68(8), 770–773. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.06.015>
19. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*. 2009;47:385–395
20. MacKillop, J., Amlung, M.T., Few, L.R. et al. Delayed reward discounting and addictive behavior: a meta-analysis. *Psychopharmacology* 216, 305–321 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2229-0>
21. Lauriola, Marco; Panno, Angelo; Levin, Irwin P.; Lejuez, Carl W. . (2014). Individual Differences in Risky Decision Making: A Meta-analysis of Sensation Seeking and Impulsivity with the Balloon Analogue Risk Task. *Journal of Behavioral Decision Making*, 27(1), 20–36. doi:10.1002/bdm.1784
22. Donald M. Dougherty; Charles W. Mathias; Dawn M. Marsh; Ashley A. Jagar. (2005). Laboratory behavioral measures of impulsivity. , 37(1), 82–90. doi:10.3758/bf03206401
23. (DIB-R; Zanarini, Gunderson, Frankenburg y Chauncey, 1989)
24. Dominic J. Parrott; Peter R. Giancola. (2007). Addressing “The criterion problem” in the assessment of aggressive behavior: Development of a new taxonomic system. , 12(3), 0–299. doi:10.1016/j.avb.2006.08.002
25. K. Látalová; J. Praško. (2010). Aggression in Borderline Personality Disorder. , 81(3), 239–251. doi:10.1007/s11126-010-9133-3
26. Mathias, Charles W.; Duffing, Tiffany M.; Acheson, Ashley; Charles, Nora E.; Lake, Sarah L.; Ryan, Stacy R.; Liang, Yuanyuan; Dougherty, Donald M. . (2015). Aggression as a Predictor of Early Substance Use Initiation Among

- Youth With Family Histories of Substance Use Disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 14(4), 230–240. doi:10.1097/adt.0000000000000068
27. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. *The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disease*. 1980;168:26–33. doi: 10.1097/00005053-198001000-00006
28. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.452>
29. Derogatis, L.R. and Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (eds I.B. Weiner and W.E. Craighead). <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
30. Pompili, Maurizio; Girardi, Paolo; Ruberto, Amedeo; Tatarelli, Roberto . (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319–324. doi:10.1080/08039480500320025
31. Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 76 Suppl, S11–S19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003>
32. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403–9.
33. IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassmassi, B., & Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, 21(3), 138–150. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182937116>
34. Assari, S., Jafari, M. (2010). Quality of Life and Drug Abuse. In: Preedy, V.R., Watson, R.R. (eds) *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_214
35. Gitta A. Jacob, Lea Gutz, Kerstin Bader, Klaus Lieb, Oliver Tüscher, Christoph Stahl; Impulsivity in Borderline Personality Disorder: Impairment in Self-Report Measures, but Not Behavioral Inhibition. *Psychopathology* 1 April 2010; 43 (3): 180–188. <https://doi.org/10.1159/000304174>

36. Rizk, M. M., Herzog, S., Dugad, S., & Stanley, B. (2021). Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Current addiction reports*, 8(2), 194–207. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00361-z>
37. Brokke, S.S., Landrø, N.I. & Haaland, V.Ø. Impulsivity and aggression in suicide ideators and suicide attempters of high and low lethality. *BMC Psychiatry* **22**, 753 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04398-w>
38. Mungo, A., Hein, M., Hubain, P. *et al.* Impulsivity and its Therapeutic Management in Borderline Personality Disorder: a Systematic Review. *Psychiatr Q* **91**, 1333–1362 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09845-z>
39. Lee, N. K., Cameron, J., & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and alcohol review*, 34(6), 663–672. <https://doi.org/10.1111/dar.12267>

CAPÍTULO X

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Tengo 29 años y nací en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, donde crecí junto a mis padres y mi hermano mayor. Pasé gran parte de mi vida en Chiapas, lo que me permitió crear un vínculo muy fuerte con mi familia y con las personas que me rodeaban. Desde que comencé la licenciatura en Tuxtla, supe que quería dedicarme a la psiquiatría. Siempre me ha interesado entender a las personas, sus experiencias y emociones, y, sobre todo, ayudarlas a superar sus dificultades.

Cuando me aceptaron en la residencia de psiquiatría, tuve que mudarme a Monterrey. Fue un cambio enorme, tanto a nivel personal como profesional. Al principio fue difícil pero con el apoyo de mis amigos y mi familia he logrado adaptarme y me ha ido muy bien. Hoy puedo decir que esa decisión ha sido una de las mejores que he tomado.

La psiquiatría para mí es mucho más que una carrera, es una forma de conectar con las personas, comprender sus experiencias y brindarles el apoyo que necesitan. Cada día en mi formación me reafirma que esta es la profesión que elegí con el corazón. Estoy profundamente agradecido de poder trabajar en algo que me gusta, me llena de satisfacción y me permite hacer una diferencia en la vida de los demás. Durante mi residencia, no solo he aprendido sobre la complejidad de la mente humana, sino también sobre la importancia de la empatía, la dedicación y el valor de la amistad. Estos principios no solo guían mi práctica profesional, sino que también me recuerdan cada día por qué elegí este camino.

Figura 1: Meta-análisis de la diferencia de medias en impulsividad autoinformada mediante la escala BIS-11 entre pacientes con TLP y TCS frente a pacientes con TLP sin consumo de sustancias.

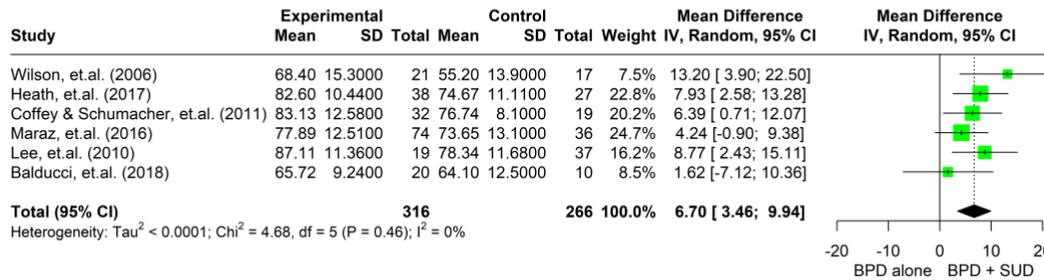
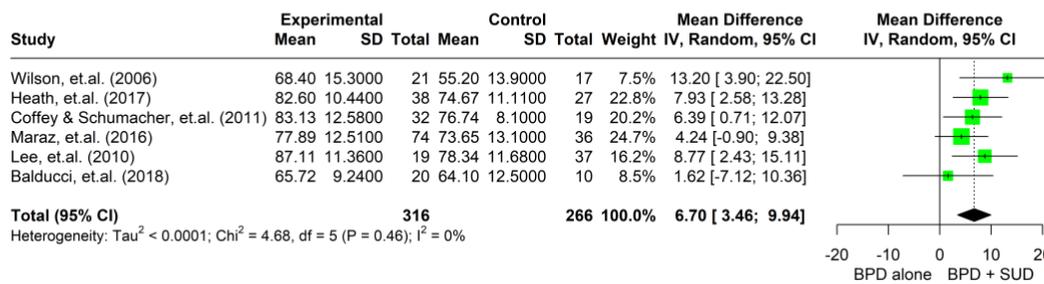


Figura 2: Meta-análisis de las diferencias en subescalas de impulsividad autoinformada mediante la escala BIS-11 entre pacientes con TLP y TCS frente a pacientes con solo TLP.



ABREVIATURAS

TLP: Trastorno Límite de la personalidad

TCS: Trastorno por consumo de sustancias

DSM: Manual de Diagnostico y Estadistica de Trastornos Mentales 5ª Edicion
(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)

DSM – IV: Manual de Diagnostico y Estadistica de Trastornos Mentales 4ª Edicion
(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)

CIE – 10: Clasificacion Internacional de enfermedades 10ª Edición

SCID: Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5

SWLS: escala de satisfacción con la vida

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

BIS-11: escala de barrat versión 11

SBQ: cuestionario de comportamientos suicidas

DDT: delay discounting task

BART: Ballon Analog Risk Task

DIB-R: Entrevista Diagnóstica Revisada para Personalidades Limítrofes

SCL-90: Listado de Comprobación de Síntomas - 90

AUD: trastorno por consumo de alcohol