



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**EFFECTIVIDAD DE LA OLANZAPINA COMPARADO CON
RISPERIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS
PSICÓTICOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO
HERRERA 2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
NATALIA AGUILAR CERDEÑA**

**ASESOR
JOSE DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

**LIMA- PERÚ
2023**



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Unidad de Posgrado
Facultad de
Medicina Humana

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**EFFECTIVIDAD DE LA OLANZAPINA COMPARADO CON
RISPERIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS
PSICÓTICOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD
HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA
2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADA POR
NATALIA AGUILAR CERDEÑA**

**ASESOR
DR. JOSE DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

**LIMA, PERÚ
2023**

NOMBRE DEL TRABAJO

**EFFECTIVIDAD DE LA OLANZAPINA COM
PARADO CON RISPERIDONA EN EL TRA
TAMIENTO DE LOS SINTOMAS PSICÓTI
COS**

AUTOR

NATALIA AGUILAR CERDEÑA

RECUESTO DE PALABRAS

11259 Words

RECUESTO DE CARACTERES

65562 Characters

RECUESTO DE PÁGINAS

56 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.1MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 27, 2022 8:50 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 27, 2022 8:54 AM GMT-5

● **15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



Dr. José Sandoval Paredes
Docente Asesor FMH-USMP

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	5
1.4.1. Importancia	5
1.4.2. Viabilidad y factibilidad	6
1.5 Limitaciones	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	18
2.3 Definición de términos básicos	25
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
3.1 Formulación	28
3.2 Variables y su definición operacional	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	33
4.1 Diseño metodológico	33
4.2 Diseño muestral	33
4.3 Técnicas de recolección de datos	35
4.4 Procesamiento y análisis de datos	35
4.5 Aspectos éticos	35
CRONOGRAMA	36
PRESUPUESTO	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	38
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El trastorno límite de la personalidad es una condición que está presente en todos los niveles de atención; el resultado de tres de las más importantes y rigurosas encuestas resultaron en que la prevalencia mundial es de 0.7% (1). En atención primaria, la prevalencia varía del 4 al 6% (2). Está presente en el 10% de las personas atendidas en centros de salud mental para pacientes ambulatorios, entre el 15% y el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y entre el 30% y 60% de las poblaciones clínicas, con el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad (3).

El trastorno límite de la personalidad es una condición que posee diversas comorbilidades y entre las más frecuentes se encuentran la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno mental por consumo de sustancias y la psicosis, por lo que el uso de antidepresivos, estabilizadores del ánimo y antipsicóticos es de uso común. Estudios reportan que aproximadamente el 10% de las personas con trastorno límite de la personalidad se les ha prescrito un antipsicótico en algún momento de su evolución (4).

Sobre los síntomas psicóticos el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, los describe como ideas paranoicas relacionadas con situaciones de estrés. Los estudios mencionan que los pacientes con este trastorno pueden presentar alucinaciones y delirios, aproximadamente del 20 al 50% de ellos se manifiestan en algún momento (5). Debido a la pobre información sobre la coexistencia de los síntomas psicóticos y el trastorno límite de la personalidad se desconoce su evolución a largo plazo, es sabido que es variable y que esta variabilidad les permite a los pacientes vivir vidas significativas y bastante estables o terminar en las salas de emergencia aislados con atención especializada por gran parte del resto de sus vidas. Algunos estudios describen que la tasa de remisión varía entre el 30 al 50%, tras el

segundo año de tratamiento y hasta un 80% para el décimo año de tratamiento (6). Estudios recientes han demostrado la relación de la presencia de síntomas psicóticos y la conducta suicida descrita en pacientes con trastorno límite de la personalidad (7).

Los síntomas psicóticos son considerados como de gravedad junto con la agitación psicomotriz, el insomnio, la depresión, la ansiedad, la conducta suicida, la agresividad y la disfuncionalidad (8).

La olanzapina y la risperidona son antipsicóticos atípicos del que se han demostrado que reduce los síntomas psicóticos, los síntomas depresivos y también es estabilizador del ánimo sobre todo de los síntomas maníacos. Es sabido que uno de los síntomas comórbidos en el trastorno de la personalidad con frecuencia son los síntomas de psicóticos, existen varios estudios que demuestran una disminución de estos con la prescripción de este fármaco (9).

En el Perú, algunos estudios realizados en el Instituto Nacional de Salud Mental informan a través de indicadores, un cálculo en el que aproximadamente el 5% de las personas en el país podrían tener rasgos significativos del trastorno límite de personalidad y se puede diagnosticar este trastorno desde los 16 años (10).

Se puede evidenciar que este trastorno se ha incrementado en los últimos años, como el aumento en 2.5 veces más en el periodo de 2011 al 2014 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa (11).

Además, los factores relacionados con este trastorno son la edad, ya que el 39% de los casos presentaba edades entre 16 a 20 años y el 31% entre 21 y 25 años. Otro factor que considerar es el sexo, porque la mayoría de los casos presentados pertenecen a mujeres (77%) y con antecedentes de abuso sexual. Autores encontraron que el 58% de las mujeres internadas que presentaban intento de suicidio y diagnosticadas con trastorno límite de personalidad había sido ultrajadas (12).

En un hospital de Lima, del grueso de pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad, se proyecta que un 20 al 50% de estos casos presentan síntomas psicóticos y que en su gran mayoría son episodios de tipo transitorios, que están muy relacionados con situaciones altamente estresantes para el paciente (13).

En el Hospital Víctor Larco Herrera, en los últimos tres años se ha podido observar que los trastornos específicos de la personalidad son la tercera causa de morbilidad representada por el 10% de total de patologías que el hospital registra en el grupo de pacientes nuevos en la consulta externa de psiquiatría adultos y, entre ellos, el trastorno de personalidad límite es el que mayor prevalencia presenta (89%). Así mismo, se observa un aumento de esta patología con respecto a los años 2015 y 2019, en donde los trastornos de personalidad ocupaban el cuarto puesto (14).

El grupo etario predominante que acude atención psiquiátrica por el trastorno límite de personalidad, se localiza entre los 18 y 29 años que representa el 52%. A pesar de las cifras, las estadísticas no reflejan del todo la realidad, ya que se muestra un predominio de la población femenina (2:1) de esta patología, que es más accesible a solicitar atención en comparación a la población masculina. Además, se debe tener en cuenta que el trastorno de personalidad límite tiene gran frecuencia de comorbilidades, por lo que muchas veces no es posible subjetivar en las estadísticas. La gravedad de este trastorno se refleja a sí mismo en la disfuncionalidad que produce esta patología en las diferentes áreas(14). Estudios de poblaciones clínicas han demostrado que las personas con trastorno límite de la personalidad experimentan significativamente mayor deterioro en su trabajo, relaciones sociales y ocio en comparación con los con depresión (15).

Las personas con trastorno límite de la personalidad pueden participar en una variedad de conductas impulsivas que incluyen autolesiones, problemas de alimentación y uso excesivo de alcohol y sustancias ilícitas. Así mismo, tienen

un mayor riesgo de suicidio, con un 60 a 70% de intentos de suicidio en algún momento de su vida. Se ha estimado la tasa de suicidio consumado en personas con trastorno límite de la personalidad es de aproximadamente el 10% (15).

Los trastornos de personalidad son diagnosticados en 30% de los suicidios, principalmente el trastorno de personalidad límite; también el narcisista, el antisocial, el dependiente y el no especificado, y estos la gran mayoría de las veces cursando al mismo tiempo con un trastorno mental o con consumo de sustancias (16).

Así mismo, una característica importante es su alta y variada comorbilidad, cumplen criterios para el diagnóstico depresión el 40 a 80%, tiene como patología comórbida al trastorno bipolar (10 al 20%), el abuso de sustancias (60%), el trastorno por estrés postraumático (40 al 50%), el trastorno de pánico (30 al 48%) y los trastornos de la conducta alimentaria (30 al 53%) (17).

Por las circunstancias antes mencionadas, el tratamiento farmacológico es ciertamente complejo en estos pacientes. El papel de los fármacos psiquiátricos cumple una función, más que importante en el abordaje terapéutico multifocal del trastorno límite de personalidad (18). Sin embargo, la terapéutica sustentada hasta la fecha colabora solo con ciertos síntomas (inconsistencia emocional, agresividad-impulsividad, inhibición-ansiedad y alteración cognitiva) (4).

Al realizar la búsqueda bibliográfica, no se han encontrado estudios que describan las características psicopatológicas, epidemiológicas, sociológicas del trastorno límite de la personalidad y sobre todo del manejo psicofarmacológico para los síntomas psicóticos que se presentan en el trastorno límite de la personalidad en el Hospital Víctor Larco Herrera

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad de la olanzapina comparado con la risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos del trastorno límite de la personalidad en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera en 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de la olanzapina comparado con la risperidona como tratamiento de los síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad en Hospital Nacional Víctor Larco Herrera en 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Establecer las características sociodemográficas de los pacientes con síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad (edad, sexo, comorbilidades, diagnóstico previo, severidad de su enfermedad) y comparar ambos grupos de estudio

Analizar la tasa de adherencia de la olanzapina y risperidona en pacientes con síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad.

Establecer la presencia de síntomas psicóticos con los dos tratamientos.

Determinar los efectos colaterales de la olanzapina y risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

La presente investigación es un estudio relevante, pues el manejo de los síntomas psicóticos en pacientes con trastorno límite de la personalidad, conlleva gran interés debido a que representa un desafío en el campo de la psiquiatría, puesto que no se ha logrado a la fecha, definir el mejor tratamiento para los síntomas de este trastorno.

Así mismo, el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera no ha presentado estudios similares, donde se compare la eficacia de la olanzapina para estos casos, a pesar de ser un tratamiento farmacológico de uso muy frecuente entre los psiquiatras para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable, pues la institución donde extraerá la población de muestra ha autorizado la ejecución del presente proyecto. El instrumento para obtener la información se difundirá a los médicos involucrados, ya que se cuenta con el permiso de las autoridades correspondientes.

Así mismo, este estudio es factible, ya que se cuenta con los recursos económicos y humanos que garanticen el desarrollo de la investigación sin dificultades.

1.5 Limitaciones

La carencia de antecedentes sobre investigaciones referentes al tratamiento de los síntomas psicóticos con olanzapina o risperidona en pacientes con trastorno límite de personalidad en el Hospital Larco Herrera va a limitar la comparación de los resultados.

La probable falta de registro de algunos datos en la historia clínica podría alterar algunos resultados, para poder contrarrestar esta limitación se realizará una

revisión exhaustiva de cada historia clínica elegida para comprobar que cuente con todas las características establecidas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Kelleher I publicó, en 2017, una investigación sobre la morbilidad psiquiátrica en adultos del 2007, obteniendo una muestra probabilística estratificada y la revisión sistemática por medio de una revisión en los principales buscadores con el objetivo de determinar la superposición clínica entre el trastorno límite de personalidad y la psicosis temprana, ya que ambas patologías tienen un curso inestable y un importante deterioro funcional en el paciente, además de aumentar el riesgo de la conducta suicida y el ingreso a centros hospitalarios. Se extrajo una muestra de 323 participantes de 16 años a más, aquellos fueron evaluados por trastorno límite de la personalidad, comportamiento suicida y experiencias psicóticas. Los resultados indicaron que el 4% de la muestra presentó experiencias psicóticas que se asociaron a intentos autolesivos, se evidenció que el riesgo de suicidio se duplica en las personas con trastorno límite de personalidad y síntomas psicóticos. Finalmente, se concluye que las experiencias psicóticas estaban altamente relacionadas con comportamientos suicidas, pero no necesariamente al trastorno de personalidad (7).

Slotema C elaboró, en 2018, una revisión sistemática actualizada, cuyo objetivo fue realizar una revisión de los estudios sobre la presentación de alucinaciones verbales auditivas en pacientes con trastorno límite de la personalidad; para esto, escogieron 36 estudios que representó una muestra de 1263 pacientes, de la cual el 25% de pacientes las experimentó. De este grupo, el 78% las presentó al menos una vez al día. Así mismo, estas presentaciones psicóticas estaban asociadas a conductas suicidas y un riesgo para terminar en la hospitalización. La respuesta con antipsicóticos se desarrolló en 21 de los estudios. Entre los síntomas psicóticos que se evidenciaron fueron delirio paranoide, ideas de referencia y alucinaciones verbales auditivas, y el tratamiento fue con una respuesta significativamente adecuada con las siguientes dosis/fármacos: 3 mg de haloperidol, 4 mg de olanzapina, 7.5 mg de aripiprazol, 5 mg de risperidona y 10 mg de quetiapina. Los resultados concluyeron que tanto los antipsicóticos

típicos como los atípicos tienen una respuesta favorable. Así mismo, el 43% y 36% fue el porcentaje de abandono respectivamente. Los antipsicóticos atípicos tuvieron como efectos secundarios más importantes la sialorrea (78%), sedación (42%) y el aumento de peso (44%), mientras con los antipsicóticos típicos, los efectos más comunes fueron: la sequedad de boca (58%), vértigo (50%) y la sedación (42%) (19).

Stoffers J desarrolló, en 2015, una revisión sistemática que tiene por objetivo identificar las tendencias de ensayos controlados aleatorios con respecto al tratamiento para los síntomas del trastorno límite de la personalidad, entre ellos, los síntomas psicóticos. Los estudios con ensayos controlados aleatorizados comparan la olanzapina (2.5 a 10 mg) con el haloperidol (2.5 a 10 mg). Los resultados no difieren con respecto a los efectos posteriores al tratamiento. La risperidona oral se estudió por ocho semanas y mostró mejora en el funcionamiento global del paciente, que incluyen síntomas psicóticos. La quetiapina (150 a 300 mg) indica efectos estadísticamente significativos, pero su respuesta es mayor al manejo de la impulsividad y la ira, por lo que no indica superioridad frente a los síntomas somáticos en comparación al uso de otros antipsicóticos, mientras que los estudios no basados en ensayos controlados mostraron que con el uso de olanzapina se presentaba una modesta mejora, pero sin diferencias significativas. La risperidona mostró cambios significativos en el manejo de los síntomas psicóticos, así como con el uso de la paliperidona. El estudio refleja la existencia de evidencia beneficiosa con respecto a los antipsicóticos de segunda generación, pero aun así la evidencia base continúa siendo insatisfactoria (20).

Bozzatello P ejecutó, en 2020, una revisión de numerosos ensayos clínicos aleatorios controlados donde se describían la eficacia de los diferentes fármacos usados en el trastorno límite de la personalidad, entre ellos los antipsicóticos de primera y segunda generación. El estudio se refiere a los síntomas psicóticos presentes en el trastorno límite de la personalidad, como síntomas transitorios relacionados con el estrés. Muestra estudios que tratan de demostrar la eficacia

del haloperidol (6 mg/día) donde los resultados no logran mejorar los síntomas y se evidencia que probablemente sea la causa de la aparición de síntomas depresivos en estos pacientes sujetos a tratamientos de larga duración. Los antipsicóticos de segunda generación en general presentan un alto riesgo de presentar efectos secundarios, pero entre ellos la risperidona (2.5 mg/día) y la paliperidona (3-6 mg/día) mejoró específicamente los síntomas psicóticos en estos pacientes. La olanzapina (5 a 10 mg/día) mostró una mejor respuesta cuando se usaba en combinación con la psicoterapia dialéctica conductual sobre todo en pacientes que presentaban delirio paranoide. En cambio, el aripiprazol (15 mg/día) mostró ser más efectivo en el manejo de las alucinaciones verbales auditivas. En conclusión, el estudio refiere que los antipsicóticos de primera generación a dosis bajas, podrían manejar los síntomas psicóticos, pero hay poca evidencia de la eficacia. Los antipsicóticos de segunda generación, siendo la olanzapina el aripiprazol y la risperidona se confirman según los estudios, resultados prometedores, pero se necesita mayor evidencia (21).

Riffer F publicó, en 2019, una revisión sistemática con el objetivo de investigar el tratamiento farmacológico en los pacientes con trastorno límite de la personalidad en ambiente clínico. La muestra fue de 110 pacientes hospitalizados, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad tratados en una clínica psiquiátrica en Austria. El estudio muestra varios trabajos de investigación, entre ellos revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías internacionales donde se aborda la farmacoterapia para este grupo de pacientes. Los resultados mostraron que al 96.4% se le indicó por lo menos un tratamiento psicotrópico y el 36.4% por lo menos recibieron entre 3 a 4 medicamentos y el 26% recibió más de 5 medicamentos. Entre los antipsicóticos usados con más frecuencia por su respuesta estuvieron: quetiapina, aripiprazol, olanzapina y risperidona, y en combinación risperidona con aripiprazol, aripiprazol con quetiapina y aripiprazol con olanzapina. Por lo tanto, los resultados muestran cierta mejora significativa en los síntomas, pero no en la calidad de vida del paciente (22).

Paolini E desarrolló, en 2016, un estudio observacional retrospectivo que evaluó a 109 pacientes entre 17 y 56 años, ingresados al servicio de hospitalización de psiquiatría, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que se encontraban hospitalizados desde junio del 2011 a junio 2013. Con el objetivo de describir las características clínicas y la farmacoterapia usadas en los pacientes este diagnóstico e investigar las posibles ventajas del tratamiento único o de tratamientos farmacológicos combinados en términos de duración de estancia hospitalaria. Del total, 28.1% de pacientes presentaban síntomas psicóticos y el 78.7% se les indicó antipsicóticos. Los antipsicóticos más usados fueron: quetiapina (26.6%), olanzapina (18.4%), risperidona (14.7%). Se evidenció que también existía una relación significativa entre la duración de la estancia hospitalaria y el tratamiento indicado, en el que el uso combinado de antidepresivos y antipsicóticos da lugar a una mayor probabilidad una estancia más prolongada. Los resultados dejan apreciar que los antipsicóticos se prescribieron con más frecuencia en esta población y confirman la eficacia significativa de estos la fisiopatología psicótica (23).

Bozzatello P publicó, en 2017, un artículo de investigación con el objetivo de estudiar la eficacia y tolerabilidad de la asenapina en el manejo de los síntomas psicóticos que presentan los pacientes con trastorno límite de la personalidad. Realizan un ensayo controlado aleatorizado y abierto en un total de 51 pacientes que llevan consulta ambulatoria entre los 18 y 50 años con diagnóstico de trastorno límite de personalidad, a los cuales se les indica por 12 semanas la asenapina (5-10 mg/día) u olanzapina (5 – 10 mg/día). Se les evalúa al inicio y luego de 12 semanas por medio de escalas. Los resultados reflejaron que el 20% aproximadamente de pacientes abandonaron el tratamiento, incumplieron las indicaciones y descontinuaron la toma por los efectos secundarios de la medicación. El 78% completaron el ensayo; se encontró superioridad con la olanzapina con respecto a la reducción de la ideación paranoide, sin embargo, no alcanzó el poder estadístico suficiente. Se concluye que la asenapina y la olanzapina tienen una eficacia similar en el tratamiento de la inestabilidad afectiva, la olanzapina se muestra superior en el grupo de pacientes con

síntomas paranoides, pero no obtuvo el poder estadístico para detectar una real diferencia (24).

Gartlehner G ejecutó, en 2021, una revisión sistemática en pacientes con trastorno límite de la personalidad con el objetivo de evaluar la eficacia general y la efectividad comparativa de los diversos tratamientos farmacológicos en estos pacientes. La búsqueda bibliográfica incluye ensayos aleatorizados, no aleatorizados y estudios observacionales controlados en poblaciones de los 16 años en adelante, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que hayan estado en tratamiento farmacológico por 8 semanas mínimo, que se les haya comparaciones con placebo y que hayan tenido controles. Los resultados mostraron que 9 de los ensayos clínicos aleatorizados evaluaron eficacia de los antipsicóticos sobre los síntomas psicóticos, la mayoría de ellos evaluaron que la olanzapina a una dosis de 5 a 10 mg/día mostraron mejoras estadísticamente significativas sobre los resultados del placebo, lo que no resultó igual con dosis de olanzapina a 2.5 mg/día sobre el placebo. Se concluye que los antipsicóticos podrían mejorar los síntomas del trastorno límite de la personalidad, pero no el funcionamiento total de los pacientes, por lo tanto, los autores sugieren interpretar los resultados con cautela por la baja certeza de la evidencia presentada (25).

Hancock-Johnson E desarrolló, en 2017, una revisión sistemática del tratamiento indicado en los pacientes con trastorno de la personalidad límite. Se buscaron datos bibliográficos de artículos, ensayos de farmacoterapia, así mismo se identificaron trabajos que proponen tratamientos con antipsicóticos, con estabilizadores del ánimo, con antidepresivos y con antagonistas opioides. Con respecto a la efectividad con el tratamiento con antipsicóticos, los resultados fueron diversos, mientras se concluyó que hubo poca evidencia para apoyar el uso de estabilizadores del ánimo y con respecto a los antidepresivos y antagonistas opioides los trabajos no fueron suficientes para apoyar su uso (26).

Wasylyshen A publicó, en 2016, una revisión de literatura con el objetivo de encontrar estudios que evalúan el uso de antipsicóticos de segunda generación en el trastorno límite de personalidad. Se empleó la búsqueda de estudios clínicos y ensayos, que dio como resultado 269 estudios que evaluaban el uso de antipsicóticos de segunda generación. Se encontró que evaluaron a 8 antipsicóticos, entre ellos clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, aripiprazol, ziprasidona, paliperidona y asenapina. Con respecto a la olanzapina, se evaluó su efectividad con dosis 4.46 a 8.83 mg/día, los síntomas que tuvieron mejoría fueron la paranoia y psicoticismo, depresión, ira, hostilidad y agresividad. En comparación con el placebo, las dosis moderadas (5 a 10 mg/día), no las dosis bajas, dieron mejores resultados. Con respecto a la risperidona, a una dosis media de 3.27 mg/día evidencia una disminución de 21% en los síntomas generales luego de ocho semanas de tratamiento, pero no se encontraron estudios para el manejo de la psicosis. Las conclusiones fueron que se encontraron inconsistencias entre los estudios disponibles y esto impide al autor poder recomendar algún fármaco; también, resultó que los pacientes con trastorno límite de personalidad tratados con fármacos tienen más riesgo de polifarmacia con antipsicóticos y esto conlleva a mayor posibilidad de generar efectos adversos complejos como desordenes metabólicos y extrapiramidales (27).

Bridler R publicó, en 2015, una revisión sistemática con el objetivo de investigar las tendencias de la prescripción de psicotrópicos para tratar los síntomas del trastorno límite de la personalidad. Busca describir las prácticas del tratamiento en comparación con las recomendaciones hechas por las revisiones previas, se identificó tendencias específicas y las tasas de prescripción y se compararon con pacientes hospitalizados por otros diagnósticos psiquiátricos. Los pacientes se seleccionaron entre 18 y 40 años. Con respecto a los antipsicóticos, el 70% de pacientes eran medicados con ellos y con un ritmo constante igualmente que los antidepresivos. Con respecto al tipo de antipsicótico usado, se evidenció un aumento en el transcurso de la evolución de la enfermedad con los antipsicóticos de segunda generación (quetiapina,

aripiprazol); sin embargo, con el uso de olanzapina pasó lo contrario. Se evidenció una disminución significativa en su prescripción. La risperidona mantuvo una tasa constante de prescripción durante todo el tiempo. Con respecto a la frecuencia de las prescripciones de antipsicóticos esta fue mayor en los usuarios con trastorno límite de la personalidad en el grupo en general excepto en los que cursaban con esquizofrenia y principalmente fueron usados los antipsicóticos de segunda generación, la quetiapina fue el fármaco preferido y la olanzapina fue prescrito con menos frecuencia. La quetiapina tuvo una tasa de incidencia del 33%, sin embargo, los resultados evidenciaron que el 38% de pacientes encontró una mejora de los síntomas en estos pacientes (28).

Yadav D ejecutó, en 2020, un artículo de revisión de pautas descritas en el Reino Unido, Estados Unidos y Australia, donde se resumen las pautas de la farmacoterapia en el trastorno límite de la personalidad. Se describen que, para el manejo de los síntomas psicóticos en estos pacientes, las pautas de la Asociación Americana de Psiquiatría es el manejo inicial con dosis de bajas de olanzapina (2.5 a 10 mg/día), risperidona (4 mg/día) y en casos de respuesta parcial y síntomas afectivos concomitantes, agregar un antidepresivo (Inhibidores de los receptores de la serotonina). Las pautas de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica recomiendan uso de antipsicóticos típicos o atípicos sin especificar. Las pautas The National Institute for Health and Care Excellence recomienda que no debe usarse farmacoterapia de forma rutinaria para los síntomas intrínsecamente asociados a esta patología como los síntomas psicóticos transitorios. La revisión Cochrane sugirió algún beneficio del uso de antipsicóticos de segunda generación, pero, en la mayoría de sus estimaciones, estas se basaron en un solo estudio. Además, sugirieron mínimos efectos beneficiosos para los antipsicóticos de primera generación. Las pautas australianas recomiendan al aripiprazol, olanzapina y quetiapina, las cual según sus estudios han demostrado algún efecto en la reducción de los síntomas psicóticos (29).

Stoffers-Winterling J elaboró, en 2020, una revisión donde identifica en ensayos aleatorios controlados recientes la evidencia de los tratamientos farmacológicos en personas con trastorno límite de personalidad. Se empleó la búsqueda de diversas publicaciones relevantes desde el 2015 hasta el 2020 de los resultados de los tratamientos farmacológicos con antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. Se encontró que con los antidepresivos la falta de evidencia es alarmante a pesar de que es el fármaco que con más frecuencia se usa (70 a 80%). Con respecto a los antipsicóticos, su prescripción es frecuente (35-60%) en pacientes ambulatorios, se describe el uso de la quetiapina para efectos de funcionamiento psicosocial, gravedad del trastorno y en la agresión. Los estabilizadores del estado de ánimo cumplen una función alternativa a los antipsicóticos, pero así mismo describen que no son la mejor opción de tratamiento por los efectos secundarios sobre todo en mujeres en edad fértil. Las conclusiones fueron entre ellos la ausencia de beneficio de la fluoxetina en la prevención de la conducta suicida en estos pacientes, con respecto a la lamotrigina no se encuentra efectos que representen beneficio por lo que no lo recomiendan. Solo la quetiapina tiene un uso específico en trastorno límite de personalidad como el manejo de la ansiedad, alteraciones en la afectividad y trastornos traumáticos que son comunes en este trastorno (30).

García M publicó, en 2017, una revisión sistemática sobre utilidad de los antipsicóticos atípicos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos en el tratamiento de los síntomas del trastorno límite de personalidad. Se realizó la búsqueda de información de diferentes trabajos, se analizaron datos durante 12 semanas como promedio. Con respecto a los antipsicóticos atípicos, se encontró que el aripiprazol presenta efectos importantes sobre algunos síntomas como la ira, síntomas psicóticos, impulsividad y problemas interpersonales. La olanzapina igualmente brindó resultados relativamente significativos para reducir la inestabilidad afectiva, los síntomas psicóticos con dosis que variaban entre 2.5 – 20 mg/día. Las conclusiones refieren que los antipsicóticos atípicos sobre todo a la olanzapina y el aripiprazol si muestran en cuanto a la eficacia para los

síntomas del trastorno límite de personalidad. El autor refiere que la consistencia es baja, ya que la muestra es pequeña. (31).

Carrasco J publicó, en 2019, una revisión sistemática sobre las diversas evidencias de los fármacos en el manejo de las manifestaciones propiamente dichas en relación al trastorno. Se empleó la recolección de trabajos mediante buscadores. Con respecto a los antipsicóticos, estos muestran evidencia al emplearlos para las alteraciones cognitivas perceptivas, la olanzapina, quetiapina y aripiprazol. Con respecto a la olanzapina se evidencia su eficacia a dosis entre 5 a 10 mg/día, con un decremento de más de la mitad en la puntuación de las escalas que valoran el progreso de la enfermedad. En otros estudios se demostró que el uso de olanzapina 6 meses mejoraba la ansiedad, ideación paranoide y la impulsividad – agresividad. Las conclusiones refieren a pesar de que muestra evidencia de eficacia de estos fármacos, el autor recomienda estudios más amplios con respecto al tiempo y a la muestra (32).

Zonnenberg C elaboró, en 2016, una revisión sistemática, con el objetivo de brindar una visión general sobre los trabajos realizados en cuestión de prevalencia y características fenomenológicas de las manifestaciones psicóticas en pacientes con trastorno límite de personalidad y la angustia que trae como consecuencia su presentación. Se encontró que las manifestaciones psicóticas como las alucinaciones son experimentados por casi la tercera de pacientes con trastorno límite de personalidad, la edad promedio de presentación fue de 17 años manifestándose durante pocos minutos durante el día, se evidenció también la gran perturbación que presentaban estos pacientes y como consecuencia la alteración funcional en la vida de aquellos. Las conclusiones fueron que estas manifestaciones psicóticas son frecuentes en los pacientes con trastorno límite de personalidad y están fuertemente relacionados con experiencias traumáticas producidas en la infancia mayormente y de estas sobresale las producidas por abuso sexual y emocional. Recomienda el autor se maneje estos síntomas como cuadros psicóticos francos por lo que avala el uso de antipsicóticos (33).

Cattarinussi G publicó, en 2021, una revisión sistemática con el objetivo de mejorar la interpretación de la probable función de los fármacos indicados para los síntomas en el trastorno límite de personalidad. Se realizó la búsqueda de bibliografía que registran estudios destacados hasta antes de enero de 2021, de 400 trabajos de investigación, 86 resultaron escogidos. Se encontró que a los pacientes a quienes se les indicó estabilizadores de ánimo, antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos, presentaron una menor actividad en la circunvolución supramarginal derecha a expresiones faciales que tenían origen en el enojo, dolor y felicidad en comparación con el grupo que no se encontró medicado.

Así, también, se encontró activación del cíngulo anterior. Estos fármacos tienen una representación en la activación de algunas partes involucradas del cerebro y la conectividad funcional que se presentan el perfil emocional de los pacientes con trastorno límite de personalidad. Las conclusiones fueron que, finalmente, se evidenció que el uso de antipsicóticos y antidepresivos tiene un efecto normalizador conectado con la respuesta clínica, mediado por los cambios metabólicos que se producen en el cerebro en el trastorno límite de personalidad, sin embargo, existen zonas cerebrales que no se ven afectadas por los efectos de los fármacos y eso se atribuiría a que algunos circuitos emocionales se encuentran interrumpidos en el trastorno límite de personalidad y son menos susceptibles a estos y esto trae a consecuencia que se presente poca adherencia al tratamiento (34).

Syed A desarrolló, en 2016, una revisión sistemática de las recomendaciones de la National Institute for Health and Care Excellence con respecto a la actitud terapéutica frente al trastorno límite de personalidad. Se empleó un resumen de la guía, con énfasis en las alternativas farmacológicas. Se encontró que en ella no se recomienda el uso de fármacos exclusivamente para comportamientos autolesivos, inestabilidad emocional, comportamiento de riesgo y síntomas psicóticos. Algunos antipsicóticos y estabilizadores del ánimo podrían mejorar a

corto plazo algunos de los síntomas que corresponden al perfil de cada fármaco. Con respecto a los antipsicóticos estos deben usarse por un tiempo breve. Se evidenció que la olanzapina se vio relacionada con un incremento de la conducta autolesiva. Las conclusiones fueron que la psicoterapia es el tratamiento eje sobre el tratamiento farmacológico (35).

Moeller K publicó, en 2016, una revisión con el objetivo de detallar el uso de fármacos en pacientes que se encuentren hospitalizados. En base a los años pasados se revisó las historias clínicas de un centro médico que corresponden a pacientes que ingresaron al servicio durante los años 2011 y 2014. Total, fueron 214 pacientes entre 18 y 65 años y los fármacos que se usaron fue antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y sedantes, con respecto de los antipsicóticos. Se encontró que los pacientes con trastorno límite de personalidad tenían el doble de riesgo de tener dos o más hospitalizaciones, así mismo poseían la alta posibilidad de terminar en polifarmacia en algún momento de su estancia hospitalaria y a la vez se evidencia que un porcentaje de pacientes recibieron medicación sin sustento clínico. Con respecto a los antipsicóticos, al 47% de los pacientes se les indicó al ingreso y al alta y el 90% de ellos recibieron antipsicóticos en algún momento de su hospitalización. La olanzapina y el aripiprazol resultaron siendo favorecedores para la inestabilidad emocional, la psicosis, la ira y la impulsividad. Se concluye que es significativo la utilización de psicofármacos para el manejo de pacientes con trastorno límite de personalidad (36).

Xia L investigó, en 2018, una revisión con el propósito de comparar la eficacia y seguridad de la olanzapina y la risperidona en niños y adolescentes (≤ 18 años) con psicosis. Se realizó una búsqueda bibliográfica de ensayos controlados aleatorios. Entre los resultados se incluyó ocho ECA con 457 participantes (225 integrantes en el grupo de olanzapina y 232 participantes en el grupo de risperidona). No se observaron diferencias significativas en los valores de las medias de la Escala de síndrome positivo y negativo / Escala de valoración psiquiátrica breve, en las puntuaciones de síntomas positivos o las puntuaciones

de síntomas negativos entre los dos grupos. Se concluye que no hay una diferencia significativa en la eficacia entre la olanzapina y la risperidona para el tratamiento de niños y adolescentes con psicosis (37).

2.2 Bases teóricas

Trastorno de personalidad límite

El trastorno de personalidad límite es considerado como una patología psiquiátrica severa, que se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, acompaña a estos patrones la característica impulsividad (17).

El trastorno límite de personalidad fue descrito por primera vez, se refirió de aquellas personas que presentaban cuadros clínicos que se encontraban entre la neurosis y la psicosis. Más adelante, otros autores participan de aquella especificación dentro de un criterio psicoanalítica. Aparecen por los años setenta los primeros esfuerzos sólidos para definir a este cuadro como trastorno de personalidad, que es específico, crónico y estable, con una precisa estructura, un conglomerado de signos detallados, una organización del Yo y de dispositivos de protección que la hacen diferente, claramente, de las neurosis y psicosis. Algunos autores determinan que el trastorno límite de personalidad pertenecería un supuesto teórico sub-afectivo: lo cual lo pondría más cercano al grupo de los trastornos afectivos, en especial de los cuadros depresivos (38).

Las relaciones de las personas con trastorno límite de personalidad tienden a ser inestables, intensas y tormentosas. Sus puntos de vista de los demás pueden cambiar repentina y dramáticamente, alternando entre extremos de idealización y devaluación, o ver a los demás como benéficos y cariñosos y luego como crueles, punitivos y rechazados. Es especialmente probable que estos cambios ocurran en respuesta a la desilusión con una persona importante o cuando una relación de sustento se ve amenazada o pérdida.

Este trastorno suele caracterizarse por una variación en la identidad de la persona, que consiste en una impresión o un sentido del yo marcadamente inestable y persistente. La autoimagen (objetivos, valores, tipo de amigos, objetivos vocacionales) puede cambiar repentina y dramáticamente. Las personas con este trastorno generalmente se sienten muy perturbadas por sus pensamientos, pero también pueden sentir que no existen en absoluto, especialmente cuando se sienten solos y sin apoyo.

Muchos individuos con personalidad límite son impulsivos en una o más áreas potencialmente dañinas, como gastar dinero de manera irresponsable, apostar, tener una conducta sexual insegura, consumir drogas o alcohol, conducir de forma imprudente o comer en exceso. La automutilación y las conductas autolesivas, gestos suicidas recurrentes son comunes. Estos actos autodestructivos a menudo se precipitan por la posible separación de los demás, el rechazo o abandono percibido o real, o la expectativa de que otros asuman una mayor responsabilidad.

La inestabilidad afectiva es otra característica común del trastorno. Se trata de una importante reacción de la afectividad. El estado de ánimo disfórico habitual de estos individuos a menudo se ve interrumpido por la ira, el miedo o el pavor y solo se alivia con poca frecuencia por tiempos cortos de tranquilidad. Estos episodios pueden ser desencadenados por la extrema reactividad del individuo a los factores estresantes interpersonales. Las personas con este trastorno también suelen tener sentimientos crónicos de vacío. Muchos experimentan una ira inadecuada e intensa o tienen dificultades para controlar su ira. Por ejemplo, pueden perder la paciencia, sentir una ira constante, tener arrebatos verbales o participar en peleas físicas. Esta ira puede ser provocada por su percepción de que una persona importante es negligente, retenida, indiferente o abandonada. Las expresiones de ira pueden ir seguidas de sentimientos de maldad o de vergüenza y culpa. Durante los períodos de estrés extremo (por ejemplo, abandono percibido o real), estos individuos pueden experimentar una ideación

paranoica transitoria o síntomas disociativos graves (por ejemplo, despersonalización).

Fenomenología

Lo que vive y siente el paciente con trastorno límite de personalidad puede oscilar entre la disforia (rasgo constante) y la rabia (rasgo intermitente), cada uno de ellos se genera por una experiencia en particular generado por una vivencia particular (39).

La disforia es corresponde a un estado de ansiedad, irritabilidad, descontento e infelicidad, esto se presenta de manera continua, la falta de motivación, la rigidez y la dificultad para articular con otras experiencias. Este estado va a determinar la percepción y la relación que tiene con el mundo, con los otros y con el mismo (40).

La disforia, es experimentada por el paciente como la sensación de un vacío interno, la incertidumbre, la nula originalidad de sus relaciones, sensación y sentirse de su vida sin importancia, la imagen e impresión de falta de utilidad en su sociedad y entorno de la persona y una fortaleza sin orden, ni rumbo; además, detonante. En situaciones de angustia emocional asociados a estresores sociales, estos pacientes pueden presentar un recrudecimiento de su estado disfórico basal, lo que produce que el paciente tenga la sensación de sentirse en un estado extremo, aprehensivo, con necesidad para reaccionar y confundido en relación con su propia identidad. Es aquí donde aparecen la rabia con el objetivo de destituir los obstáculos para la frustración o terminar con el origen del dolor o de la irritación (41).

Para el paciente con trastorno límite de personalidad, la rabia es un estado discontinuo que aparece ante cualquier disolución de la empatía de su interlocutor y, a pesar de que ocasiona emociones relacionadas a la vergüenza y aflicción en un periodo de tiempo prolongado, da cabida a la restauración de la autonomía ante circunstancias que causan frustración. La

colera, produce que la causa se delinee claramente y busca que se cumpla sus expectativas, así como evita el corte y la pérdida, facilita de cierto modo la vivencia misma. La ira sin control también se da en situaciones que son interpretadas como intrusiones (42).

Síntomas psicóticos en el trastorno límite de personalidad

Los síntomas psicóticos en el trastorno de personalidad emocionalmente inestable son diversos y son similares a los presentes en cuadros presentados en el espectro esquizofrénico. Las alucinaciones verbales auditivas son los síntomas psicóticos más comunes, estudios demuestran que entre el 29% y 50% de los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad los han presentado, estos síntomas son frecuentes y son percibidos como críticos, controladores, angustiantes, malévolos, omnipotentes y de mayor poder social que el paciente. En comparación con los pacientes con esquizofrenia, los pacientes reportan estas voces eran más angustiantes, más negativas, más controladoras, menos perturbadoras y con mayor resistencia hacia ellas.

Los pacientes adultos experimentan diversos tipos de síntomas psicóticos además de las alucinaciones verbales auditivas, entre ellas las alucinaciones visuales, gustativas, olfativas, táctiles, con respecto a los delirios se presentan: inserción del pensamiento, bloqueo del pensamiento, delirio de control, ideas de referencia y disociaciones. En comparación con los pacientes con esquizofrenia, los pacientes con trastorno límite de personalidad informan menos delirios, desorganización conductual y síntomas negativos, como el embotamiento afectivo o el retraimiento social (43).

Los síntomas psicóticos en pacientes con trastorno límite de personalidad, se caracteriza por ser temporales, se dan en situaciones de alto nivel de estrés en individuos con personalidades predispuestas, son capaces de solucionarse sin tratamiento, la preocupación es constante. No se encuentra un rango de duración establecido, y se considera la posibilidad de la conciencia pueda estar

comprometida, como la despersonalización y la desrealización son de carácter histérico, se presume alteraciones de la conciencia) (13).

Estudios en pacientes con trastorno límite de personalidad han hallado que los síntomas psicóticos están asociados con un mayor número de criterios diagnósticos y además están relacionados con otros síntomas psiquiátricos como la depresión, ansiedad, sentimientos de soledad, esquizotipia, un mayor riesgo suicida y un número mayor de visitas a salas de emergencia, hasta durante dos años luego de la aparición de esta manifestación psicótica.

Existe una relación cercana con el riesgo de intento suicida, refiere la literatura que el riesgo aumenta 2.23 veces. Así mismo la presencia de alucinaciones y delirios son considerados como predictores de readmisiones hospitalarias (43).

Alucinaciones

La experiencia alucinatoria que experimenta el paciente con trastorno límite de personalidad es variable, desde experiencias comunes como escuchar su nombre esporádicamente, experiencias recurrentes y no formadas como escuchar susurros, hasta alucinaciones formadas sin percepción como escuchar voces con la creencia que son reales y se deben obedecer (44).

Delirios

Estudios refieren que alrededor del 20% de los pacientes con trastorno límite de personalidad muestran delirios como ideas de referencia, grandiosidad o de persecución. Otros estudios indicaron que la ideación paranoide estaba presente en un 29% de los pacientes con trastorno límite de personalidad, la experiencia delirante en estos pacientes se caracteriza por ser paranoica delirante y está estrechamente relacionado con el funcionamiento social, las dificultades interpersonales incluyendo la sensibilidad al rechazo puede condicionar la presencia en pacientes con esta patología. Así mismo la hipervigilancia, producto del trauma podría estar relacionada con la formación de la paranoia, sin embargo, no siempre sucede así. Lo que sí es conocido es que

estos pacientes son más propensos a interpretar que las demás personas piensan negativamente sobre ellas (44).

Epidemiología

El trastorno límite de la personalidad es el trastorno de personalidad más común en entornos clínicos. Está presente en el 10% de los pacientes atendidos en clínicas ambulatorias de salud mental, el 15% -20% de los pacientes hospitalizados psiquiátricos y el 30% - 60% de las poblaciones clínicas con un trastorno de la personalidad. Ocurre en aproximadamente el 2% de la población general (45).

El trastorno límite de la personalidad se determina en mayor proporción en mujeres, con una proporción de género estimada de 3:1. El trastorno está presente en las culturas de todo el mundo. Es 50% común que se encuentre en los familiares biológicos de primer grado de los individuos con el trastorno anteriormente mencionado. Además, es sabido que existe un mayor riesgo (familiar) de trastornos relacionados con sustancias, trastorno de personalidad disocial y trastornos del estado de ánimo.

Trastorno de personalidad límite, síntomas psicóticos y psicofarmacología

Un enfoque farmacológico para el tratamiento de la personalidad límite se basa en la evidencia de que algunas dimensiones de la personalidad de los pacientes parecen estar mediadas por la desregulación de la fisiología de los neurotransmisores y responden a la medicación (40). La farmacoterapia puede guiarse por un conjunto de supuestos básicos para la elección de tratamientos específicos.

Primero, el trastorno límite de la personalidad es un trastorno recurrente. La farmacoterapia, así mismo, evidencia una significativa eficacia en la disminución de la severidad de los síntomas y optimización del funcionamiento. Pese a ello,

la curación no es un objetivo realista, ya que los medicamentos no curan el carácter.

Segundo, el trastorno límite de la personalidad es caracterizado por una serie de dimensiones.

En tercer lugar, la falta de capacidad de regular emociones y la impulsividad desmesurada son dimensiones que requieren atención especial porque son elementos riesgosos para el comportamiento suicida, autolesión y agresividad y, por lo tanto, se le brinda prevalencia a la selección de agentes farmacológicos.

En cuarto lugar, la psicofarmacología tiene como objetivo a los neurotransmisores, que se encuentran involucrados al comportamiento, que afectan tanto a la expresión sintomática aguda (la ira tratada con agentes bloqueadores de la dopamina) y vulnerabilidad crónica.

La farmacoterapia está dirigido al manejo de los aspectos del trastorno: desregulación afectiva, descontrol conductual impulsivo y dificultades cognitivas-perceptivas (14).

Para el manejo de los síntomas psicóticos en estos pacientes los estudios recomiendan el tratamiento farmacológico con antipsicóticos atípicos a dosis bajas por ser mejor tolerados que los antipsicóticos típicos y porque según los ensayos clínicos el uso de dosis bajas aumenta la eficacia en el uso agudo del cuadro psicótico. Los efectos aparecen en pocos días o semanas, se recomienda que el uso sea por 12 semanas (46).

En general, el uso de antipsicóticos atípicos, como la olanzapina, quetiapina y aripiprazol mejoran no solo los síntomas psicóticos sino, los síntomas depresivos, la ira, la impulsividad, la agresión y las autolesiones (25).

El uso de la olanzapina asociado a la psicoterapia mejora el funcionamiento global además de los síntomas psicóticos, los estudios recomiendan dosis medias bajas a 7 mg/día (21). Algunos ensayos recomiendan dosis de 5 a 10 mg/día encontrándose mejoras significativas en los resultados (25).

El uso de quetiapina a dosis de 150 mg/día y 300 mg/día es el fármaco mayormente recetado por los psiquiatras para el manejo de los síntomas psicóticos en este grupo se demostró resultados parcialmente aceptables con respecto al deterioro psicosocial, a la agresión y a síntomas maniacos, en la mayoría de los estudios los pacientes presentaron eventos adversos dosis dependiente (30).

El aripiprazol es otro de los fármacos usados, es útil en desregulación afectiva, depresión, control de impulsos y en el delirio paranoide pero su eficacia es ligeramente menor con respecto a los otros antipsicóticos nombrados anteriormente (21).

Con respecto a los eventos adversos, estos son mayores con respecto a los diferentes grupos de fármacos, como antidepresivos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas. Los efectos secundarios más comunes son la sequedad de boca, constipación, mareos, sedación y aumento de peso, que son importantes ya que su presencia interviene en la adherencia y el abandono del tratamiento (25).

2.3 Definición de términos básicos

Temperamento: Se consideró a los heredados, que brinda capacidades de reacción y herramientas para la manera de relacionarnos con el medio ambiente. Esta determinada por la genética. Así mismo, incluye disposición innata a la organización de la cognición y a la conducta motora. Esta capacidad cognitiva juega un papel central en cómo se percibe la realidad y como se organiza la conducta hacia la realización de metas y la modulación de los afectos (47).

Personalidad: Es la manera de como un individuo piensa, siente y se comporta de manera distinta en relación con otros seres humanos. La personalidad de un individuo se ve influida por las experiencias, el entorno y las características heredadas. Por lo general esta permanece igual con el tiempo (48).

Trastorno de la personalidad: Es una forma de entender, considerar, sentir y comportarse que se desliga de las expectativas culturales, causa temor o problemas de funcionamiento. El patrón de experiencia y comportamiento comienza en la adolescencia tardía o en la adultez temprana y causa angustia o problemas en el funcionamiento (48).

Trastorno de personalidad límite: Este trastorno es un patrón generalizado de inestabilidad de relaciones interpersonales, afectos y autoimagen, así como marcada impulsividad. Estas características comienzan en la adultez temprana y están presentes en una variedad de contextos. También, se puede conceptualizar como una serie de dimensiones psicopatológicas (por ejemplo, impulsividad, inestabilidad afectiva) (18).

Tratamiento farmacológico: El uso de medicamentos en psiquiatría tiene como base su función específica, sobre los procesos neuro-químicos que se encuentran alterados y que son la causa del desarrollo de los trastornos mentales (18).

Psicosis: Es una vivencia psicopatológica subjetiva y dimensional, que se encuentra bajo la influencia de construcciones cognitivas y socioculturales de la persona, refleja componentes afectivos, cognitivos, tipos de pensamiento, de confusión de las fronteras del yo o de un grave daño de la interpretación de la realidad (49). Anomalía de los siguientes: Delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, desorganización conductual y síntomas negativos.

Delirio: Creencias fijas que no son susceptibles de cambio en luz de la evidencia contradictoria, su contenido puede incluir una variedad de temas (persecución, referencial, somática, religiosos, grandiosidad) (50).

Alucinaciones: Son experiencias similares a las percepciones que ocurren sin estímulos externos. Son vívidos y claros, con todas las características de las percepciones normales y su aparición no tienen control voluntario. Puede ocurrir en cualquier forma (auditivas, gustativas, táctiles, visuales, etc.) (50).

Antipsicóticos: Son sustancias que actúan sobre la vía dopaminérgica, es un efecto antidopaminérgico. Son fármacos con diferente afinidad por los diferentes receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos y por otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos. Estos medicamentos son de elección para el manejo de síntomas psicóticos y conductuales (50).

Antipsicóticos atípicos: Son fármacos que son menos propensos a producir síntomas extrapiramidales, incrementos en la prolactina y manejo de los síntomas erróneos propios de la psicosis. Tener en cuenta los efectos secundarios que son bastante frecuentes y merecedores de seguimiento (hiperglicemia, aumento de peso). En este grupo encontramos a la risperidona, olanzapina, aripiprazol, clozapina, quetiapina a cierta dosis específica y ziprasidona (51).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

La olanzapina presenta mayor efectividad que la risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad y con menos efectos secundarios según estudio realizado en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera en 2021.

3.2 Variables y su definición operacional

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Tipo por su relación	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Variable independiente							
Olanzapina	La olanzapina es un medicamento antipsicótico de segunda generación que se usa para tratar la psicosis.	Cuantitativa	Independiente	10 mg/día/12 semanas	Razón	Dosis de 10 mg/día	Historia clínica
Risperidona	La risperidona es un medicamento antipsicótico de segunda generación que se usa para tratar la psicosis.	Cuantitativa	Independiente	2 mg/día/12 semanas	Razón	Dosis de 2 mg/día	Historia clínica

Variable dependiente	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Tipo por su relación	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Psicosis	Trastorno mental que altera profundamente la capacidad mental de un individuo y le hace perder contacto con la realidad por medio de delirios y alucinaciones.	Cualitativa	Independiente	Síntomas psicóticos	Nominal	Delirios Alucinaciones	Historia clínica
Respuesta al tratamiento Farmacológico	Medición de los delirios y alucinaciones en pacientes con psicosis en el tiempo de 12 semanas	Cualitativa dicotómica	Dependiente	Delirios: -Preocupación -Duración -Convicción -Cantidad de angustia -Intensidad -Interferencia en la vida cotidiana Alucinaciones: -Frecuencia	Ordinal	0: No hay problema 1: Mínimo u ocasional	Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS)

				-Duración -Localización -Intensidad -Creencias sobre procedencia -Cantidad de contenido negativo -Grado de contenido negativo -Cantidad de angustia -Intensidad -Interferencia en la vida diaria -Control		2: Menor a moderado 3: Mayor 4: Severidad máxima	
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento de la terapéutica indicada en el tiempo de 12 semanas	Cualitativa Politómica	Dependiente	Escala	Nominal	Paciente adherente : 4 preguntas correctamente respondidas (No / Si / No / No) Paciente no adherente : alguna pregunta mal respondida	Escala de Morisky-Green, valora barreras para una correcta adherencia terapéutica
Efectos secundarios	Problema médico inesperado que sucede durante el tratamiento con un medicamento que provocan malestar o resultan peligrosos.	Cualitativa Politómica	Dependiente	Efectos psíquicos: - Dificultad de concentración - Sedación - Depresión - Somnolencia - Indiferencia emocional Efectos neurológicos: - Disonía - Hipocinesia - Temblor - Acatisia - Parestesias Efectos autonómicos: - Trastornos en la salivación - Nauseas/vómitos - Constipación/Diarrea - Alteraciones en la micción - Alteración en la sudoración Otros efectos: - Exantema petequial, urticaria, psoriásico - Prurito	Ordinal	NE: No evaluable 0: No o dudosamente presente 1: Leve 2: moderado	Escala de efectos secundarios psíquicos Udvalg für Kliniske Undersogelser (UKU)

				<ul style="list-style-type: none"> - Fotosensibilidad - Alteración en el peso - Alteraciones en la menstruación - Disfunción sexual - Galactorrea 		3: grave	
--	--	--	--	--	--	----------	--

Variables intervinientes							
Sexo	Condición orgánica que distingue entre los hombres y las mujeres en los seres humanos.	Cualitativa Dicotómica	Interviniente	Sexo	Nominal	Femenino Masculino	Ficha de recolección de datos
Edad	Tiempo de vida en años de una persona.	Cuantitativa	Interviniente	Años	Intervalo	Adulto joven: 18 a 26 Adulto: 27 a 59 Adulto mayor: 60 a más	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Cualitativa	Interviniente	Estado civil	Nominal	Soltero Casado Convivencia Separado Divorciado Viudo	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	El grado más elevado de estudios realizados y completos.	Cualitativa	Interviniente	Grado de instrucción	Nominal	Ninguno Primaria Secundaria Superior completas o incompletas	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

4.1 Diseño metodológico

Según el enfoque metodológico la investigación es un estudio Cuantitativo

Según la intervención del investigador: El tipo del trabajo es Observacional.

Según el número de mediciones de las variables de estudio: El tipo de trabajo es transversal.

Según el momento de la recolección de datos: El tipo de trabajo es retrospectivo

Diseño: No experimental

Según el alcance: El tipo de trabajo es Analítico, porque se van a estudiar pacientes que ya vienen tomando olanzapina o risperidona como parte de su atención ambulatoria. Se busca, mediante datos observacionales, simular lo que sería un ensayo clínico.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad que presentan síntomas psicóticos.

Población de estudio

Todos los pacientes que tienen el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con síntomas psicóticos en tratamiento con olanzapina o risperidona en el Servicio de consultorio externo de Psiquiatría en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera durante el año 2021 y que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes con historia clínica completa

Pacientes con historia clínica que incluya Escalas de McLean, PSYRATS, Morisky-Green y de efectos secundarios psíquicos (UKU)

Pacientes que han tomado olanzapina 10 mg por 12 semanas (Grupo A)

Pacientes que han tomado risperidona 2 mg por mínimo 12 semanas (Grupo B)

Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que presenten por primera vez síntomas psicóticos y que se les haya indicado tratamiento con olanzapina o risperidona.

Pacientes que hayan aceptado firmar el formato de consentimiento de participación.

De exclusión

Pacientes con comorbilidades psiquiátricas que no deriven del trastorno de personalidad límite.

Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que hayan recibido previamente otro antipsicótico previamente

Pacientes embarazadas

Tamaño de la muestra

Se tomará en cuenta a todos los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que hayan presentado por primera vez dentro de su evolución síntomas psicóticos y que se les haya indicado olanzapina o risperidona durante los casos que se presentan.

Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia, que cumplan con los criterios de inclusión, registrados en el Hospital Víctor Larco Herrera.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Se tomarán las historias clínicas de pacientes a los cuales se les haya diagnosticado el trastorno límite de la personalidad por medio de la escala McLean (anexo 2) durante el año 2021, que dentro de primera evaluación hayan presentado síntomas psicóticos y se les haya indicado antipsicóticos como olanzapina o risperidona como tratamiento. Se verificará que cumplan los criterios de selección. Se procederá a completar la ficha de recolección de datos adaptada a los objetivos del proyecto de investigación.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos codificados serán colocados en una base de datos Excel 2010 Microsoft y se realizará el análisis estadístico descriptivo (medias y desviación estándar) que serán mostradas en tablas o figuras. El análisis inferencial será mediante el chi cuadrado para variables cualitativas y; el análisis de varianza y la prueba de t-student para la comparación de las medias. Se utilizará el programa estadístico SPSS v. 24 (Statistical Package for the Social Sciences), con un nivel de confianza de 95% y $p < 0,05$.

El análisis estadístico también incluirá metodologías que permitan el ajuste y control de variables confusoras u otras que generen un sesgo en los resultados (análisis de regresión, pareamiento, p-score matching, etc.).

4.5 Aspectos éticos

Este estudio se elaborará de acuerdo con los principios de la Bioética como son el respeto por la beneficencia, no maleficencia, justicia y la autonomía. Se elaborará el consentimiento informado para la autorización correspondiente, la cual debe ser firmada por todos los pacientes y el investigador. Asimismo, se solicitará la aprobación del estudio al Comité de ética del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera y de la universidad.

CRONOGRAMA

Fases	2022		2023											
	Septiembre	Octubre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	X													
Presentación del proyecto a la universidad		X												
Aprobación del proyecto de investigación		X												
Recolección de datos			X	X	X									
Procesamiento y análisis de datos						X	X							
Elaboración del informe final								X	X					
Correcciones del trabajo de investigación										X	X			
Aprobación del trabajo de investigación												X		
Publicación del artículo científico													X	X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	300.00
Adquisición de diversas publicaciones	1000.00
Soporte especializado	500.00
Empastado de la tesis	300.00
Impresiones	400.00
Logística	400.00
Refrigerio y Movilidad	700.00
Total	3600.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain, *Br J Psychiatry*. 2006; 188(5):423-31
2. Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders, *Acta Psychiatrica Scand*. 2000; 102(1):52-7.
3. Gross R et al. borderline personality disorder in primary care, *Arch Intern Med*. 2002; 162(1):53-60.
4. Diaz-Marsa M. Tratamiento biológico del trastorno límite de la personalidad, *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(1):39-49.
5. Schroeder K, Fisher H, Schäfer I. Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder, *Current Opinion in Psychiatry*. 2013; 26(1):113-119.
6. Slotema C, Blom J, Niemantsverdriet M, Deen M, Sommer I. Comorbid Diagnosis of Psychotic Disorders in Borderline Personality Disorder: Prevalence and Influence on Outcome, *Front Psychiatry*. 2018; 9(3):84-92.
7. Kelleher I, Ramsay H, DeVlyder J. Psychotic experiences and suicide attempt risk in common mental disorders and borderline personality disorder, *Acta Psychiatrica Scand*. 2017; 135(3):212-218.
8. Valdivieso G. Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno Límite De La Personalidad y Su Comorbilidad, *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2020; 58(1):2-15.

9. Schulz S, Camlin K, Berry S, Jesberger J. Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia, *Biol Psychiatry*. 1999; 46(10):1429-1435.
10. Castillo, H. Relaciones inestables entre madre e hijo desde el nacimiento se asocian en el desarrollo de la personalidad Borderline. [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”; 2015. [Citado 27 Julio 2015]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/040.html>
11. Prado, J. Factores asociados a pacientes con Trastorno de Personalidad Límite hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011- 2014. Tesis de pregrado: Universidad Católica de Santa María; 2015.
12. Yoshiyama M, Apaza E. Antecedente de abuso sexual en pacientes mujeres hospitalizadas por intento de suicidio y trastorno límite de la personalidad, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hemilio Valdizán*. 2011; 12(2):37-42.
13. Garrido A. Sobre los episodios micropsicóticos y el sentimiento de vacío, *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2021; 84(2):155-157.
14. Análisis situacional es establecimientos hospitalarios (ASEH). Hospital Víctor Larco Herrera; 2015-2020.
15. Trastorno límite de la personalidad: tratamiento y manejo. Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental (Reino Unido): Sociedad Británica de Psicología; 2009.

16. Coronado O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, *Rev Neuropsiquiatr.* 2014; 77(4):242-249.
17. Serrani D. Luces y sombras del trastorno Borderline de personalidad, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 2011; 16(4):370-386.
18. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder: introduction, *Am J Psychiatry.* 2001; 158:295-302.
19. Slotema C, Blom J, Niemantsverdriet M, Sommer I. Auditory Verbal Hallucinations in Borderline Personality Disorder and the Efficacy of Antipsychotics: A Systematic Review, *Front Psychiatry.* 2018; 9:347
20. Stoffers J, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends, *Current Psychiatry Reports.* 2016; 17(1):534.
21. Bozzatello P, Rocca P, De Rosa M, Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? *Expert Opin Pharmacoter.* 2020; 21(1):47-61.
22. Riffer F, Farkas M, Streibl L, Kaiser E, Sprung M. Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines, *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2019; 23(3):178-188.
23. Paolini E, Mezzetti F, Pierri F, Moretti P. Pharmacological treatment of borderline personality disorder: a retrospective observational study at inpatient unit in Italy, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice.* 2016; 21(1):75-79.

24. Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M, Bellino S. Efficacy and Tolerability of Asenapine Compared with Olanzapine in Borderline Personality Disorder: An Open-Label Randomized Controlled Trial, *CNS Drugs*. 2017; 31(9):809-819.
25. Gartlehner G et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis, *CNS Drugs*. 2021; 35(10):1053-1067.
26. Hancock-Johnson E, Griffiths C, Picchioni M. Una revisión sistemática enfocada del tratamiento farmacológico para el trastorno límite de la personalidad, *Drogas del SNC*. 2017; 31(5):345-356.
27. Wasylyshen A, Williams AM. Second-generation antipsychotic use in borderline personality disorder: What are we targeting? *Ment Health Clin* [Internet]. 2016;6(2):82-8. DOI: 10.9740/mhc.2016.03.82.
28. Bridler R et al. Tratamiento psicofarmacológico de 2195 pacientes hospitalizados con trastorno límite de la personalidad: una comparación con otros trastornos psiquiátricos, *European Neuropsychopharmacology*. 2015; 25(6): 763-772.
29. Yadav, D. Recetar en el trastorno límite de la personalidad: las guías clínicas, *Progreso en Neurología y Psiquiatría*. 2020; 24(2): 25-30.
30. Stoffers J, Storebo J, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies, *Curr Psychiatry Rep*. 2020; 22(8):37.
31. García M, Mazzoglio M. Tratamiento psicofarmacológico de pacientes con trastorno límite de la personalidad: aspectos fármaco-clínicos con evidencia científica, *Hosp. Aeronáut. Cent*. 2017;125-32.

32. Carrasco J, Pérez-Lombardo M. Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad, Instituto de psiquiatría y salud mental. Hospital Universitario Clínico San Carlos: España; 2019.
33. Zonnenberg C, Niemantsverdriet M, Blom J, Slotema C. Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder, *Tijdschr Psychiatr.* 2016; 58(2):122-9.
34. Cattarinussi G, Delvecchio G, Prunas C, Moltrasio C, Brambilla P. Effects of pharmacological treatments on emotional tasks in borderline personality disorder: A review of functional magnetic resonance imaging studies, *J Affect Disord.* 2021; 288(1):50-57.
35. Syed A, Findlay C. Una revisión de las pautas NICE sobre el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, *British Journal of Medical Practitioners.* 2016; 9(1):12-19.
36. Moeller K, et al. Uso de medicamentos psicotrópicos en pacientes hospitalizados con trastorno límite de la personalidad, *Médico de salud mental.* 2016; 6(2): 68-74.
37. Xia L, Li WZ, Liu HZ, Hao R, Zhang XY. Olanzapine Versus Risperidone in Children and Adolescents with Psychosis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2018;28(4):244-251. doi: 10.1089/cap.2017.0120.
38. Schmideberg M. The treatment of psychopaths and borderline patients, *Am J Psychother.* 1947; 1(1):45-70.
39. Stanghellini G, Broome M, Fernández A, Fusar-Poli P, Raballo A, Rosfort R. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology.* 2019 Oxford

University

Press.

doi:

<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.001.0001>

40. Aragona M, Stanghellini, G. An Experiential Approach to Psychopathology. eBook: Springer. 2016. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-29945-7>
41. Lugo G, Muñoz F. Trastorno límite de la personalidad: actualización clínico-fenomenológica y terapéutica, Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2020; 12(2):1-31
42. Monti M, D'Agostino A. Borderline personality disorder from a psychopathological-dynamic perspective, Journal of Psychopathology. 2014; 20:451-460.
43. Cavelti M, Thompson K, Chanen AM, Kaess M. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects, Curr Opin Psychol. 2021; 37:26-31.
44. West M, Ryan M, Guest y Adam C. Comorbid early psychosis and borderline personality disorder: Conceptualizing clinical overlap, etiology, and treatment, Personality, and mental health. 2021; 15(3):208-222.
45. Widiger T, Trull T. Borderline and narcissistic personality disorders. En: Comprehensive Handbook of Psychopathology (2a ed.), Sutker, P. y Adams, H (eds.). New York: Plenum; 1991.
46. Morrice F et al. Breve mejora de la estrategia de afrontamiento para el tratamiento de las voces angustiosas en el contexto del trastorno límite de la personalidad: una comparación con los resultados en el contexto de la psicosis, Psicología Clínica y Psicoterapia. 2021; 1-12

47. Ventura A. Temperamento, Carácter y Personalidad, El Mundo de la Salud Mental en la Práctica Clínica. 2020; 363-371.
48. Bender S et al. Treatment utilization by patients with personality disorders, Am J Psychiatry. 2001;158(2):295-302.
49. Llovera F, García P, Ayala A. Psicosis, Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2015;11(85):5086-5097.
50. Schrimpf A, Aggarwal A, Lauriello J. Psychosis, Continuum (Minneap Minn). 2018; 24(3): 845-860.
51. Bermejo J, Sonsoles R. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos, FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2007; 14(10): 637-647.
52. Marín JL, Fernández MJ, Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. Clínica y Salud. 2007;18(3):259-285. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300002&lng=es.
53. Montes de Oca MB, Saviñón JA. Olanzapina vs. risperidona en el tratamiento de la esquizofrenia. Revisión de estudios. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2005;38(3):107-110. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2005/nnp053c.pdf>.
54. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Reglamento de Ensayos Clínicos. Decreto Supremo N° 021- 2017-SA. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/1113/ENSAYOS%20CL%c3%8dNICOS%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Cuál es la efectividad de la olanzapina comparado con la risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos del trastorno límite de la personalidad en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera en el 2021?	Objetivo general	La olanzapina presenta mayor efectividad que la risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad y con menos efectos secundarios según estudio realizado en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera en el 2021.	Según el enfoque metodológico la investigación es un estudio Cuantitativo	Todos los pacientes que tienen el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con síntomas psicóticos en tratamiento con olanzapina o risperidona en el Servicio de consultorio externo de Psiquiatría en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera durante el año 2021 y que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.	Historia clínica Ficha de recolección de datos
	Objetivos específicos		Según la intervención del investigador: El tipo de trabajo es Observacional.		
	Establecer las características sociodemográficas de los pacientes con síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad.		Según el número de mediciones de las variables de estudio: El tipo de trabajo es transversal.	Los datos codificados serán colocados en una base de datos Excel 2010 Microsoft y se realizará el análisis estadístico descriptivo (medias y desviación estándar) que serán mostradas en tablas o figuras. El análisis inferencial será mediante el chi cuadrado para variables cualitativas y; el análisis de varianza y la prueba de t-student para la comparación de las medias. Se utilizará el programa estadístico SPSS v. 24 (Statistical Package for the Social Sciences), con un nivel de confianza de 95% y $p < 0,05$.	
Análisis de la tasa de adherencia de la olanzapina y risperidona en pacientes con síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad.			Según el momento de la recolección de datos: El tipo de trabajo es retrospectivo		
Determinar los efectos colaterales de la olanzapina y risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos en el trastorno límite de la personalidad.			Diseño: No experimental		
			Según el alcance: El tipo de trabajo es Analítico, porque se van a estudiar pacientes que ya vienen tomando olanzapina o risperidona como parte de su atención ambulatoria. Se busca, mediante datos observacionales, simular lo que sería un ensayo clínico.		

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS						
Título de la investigación: EFECTIVIDAD DE LA OLANZAPINA COMPARADO CON RISPERIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LOS SINTOMAS PSICÓTICOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA. 2021						
Información general						
Historia clínica- Código		Sexo		Femenino	Masculino	
Edad	Adulto Joven (18 a 26 años)	Adulto (27 a 59 años)		Adulto mayor (60 años a más)		
Estado civil	Soltero (a)	Casado (a)	Conviviente	Separado (a)	Divorciado (o)	Viudo (a)
Grado de Instrucción	Ninguno	Primaria completa	Primaria incompleta		Secundaria completa	
	Secundaria incompleta		Superior completa		Superior incompleta	
Ocupación actual	Sin ocupación	Estudiante	Dependiente	Independiente	Ama de casa	
Diagnóstico del Trastorno límite de la personalidad y síntomas psicóticos						
Puntaje Escala Mc Lean						
Presencia de síntomas psicóticos						
Delirios				si	no	
Alucinaciones				si	no	
Pensamiento desorganizado				si	no	
Desorganización conductual				si	no	
Síntomas negativos				si	no	
Control de síntomas psicóticos inicial para el antipsicótico						
Escala de clasificación de síntomas psicóticos PSYRATS						
Delirios		Cantidad de preocupación				
		Duración de la preocupación				
		Convicción				
		Cantidad de angustia				
		Intensidad de la angustia				
		Trastorno en la vida diaria causado por las creencias				
Alucinaciones		Frecuencia				
		Duración				
		Localización				
		Intensidad				
		Creencias sobre la procedencia				
		Cantidad de contenido negativo				
		Grado de contenido negativo				
		Cantidad de angustia				
		Intensidad de la angustia				
		Trastorno causado por alucinaciones en la vida del paciente				
Control sobre las voces						
Total						

Tratamiento con olanzapina						
Dosis/frecuencia/ de olanzapina						
Adherencia al tratamiento con olanzapina						
Test de Morisky - Green		Paciente adherente	Paciente no adherente			
Efectos secundarios de la olanzapina						
Escala UKU		Síntoma	Gravedad			
Efectos psíquicos			0	1	2	3
Efectos neurológicos			0	1	2	3
Efectos autonómicos			0	1	2	3
Otros efectos			0	1	2	3
Respuesta al tratamiento farmacológico a los 3 meses de tratamiento con Olanzapina						
Escala de clasificación de síntomas psicóticos PSYRATS						
Delirios		Cantidad de preocupación				
		Duración de la preocupación				
		Convicción				
		Cantidad de angustia				
		Intensidad de la angustia				
		Trastorno en la vida diaria causado por las creencias				
Alucinaciones		Frecuencia				
		Duración				
		Localización				
		Intensidad				
		Creencias sobre procedencia				
		Cantidad de contenido negativo				
		Grado de contenido negativo				
		Cantidad de angustia				
		Intensidad de la angustia				
		Trastorno causado por alucinaciones en la vida del paciente				
		Control sobre las voces				
Total						
Tratamiento con risperidona						
Dosis/frecuencia de risperidona						
Adherencia al tratamiento con risperidona						
Test de Morisky - Green		Paciente adherente	Paciente no adherente			
Efectos secundarios de la risperidona						
Escala UKU		Síntoma	Gravedad			
Efectos psíquicos			0	1	2	3
Efectos neurológicos			0	1	2	3
Efectos autonómicos			0	1	2	3
Otros efectos			0	1	2	3
Respuesta al tratamiento farmacológico a los 3 meses de tratamiento con Risperidona						
Escala de clasificación de síntomas psicóticos PSYRATS						
Delirios		Cantidad de preocupación				
		Duración de la preocupación				
		Convicción				
		Cantidad de angustia				
		Intensidad de la angustia				
		Trastorno en la vida diaria causado por las creencias				
Alucinaciones		Frecuencia				
		Duración				
		Localización				
		Intensidad				

	Creencias sobre procedencia
	Cantidad de contenido negativo
	Grado de contenido negativo
	Cantidad de angustia
	Intensidad de la angustia
	Trastorno causado por alucinaciones en la vida del paciente
	Control sobre las voces
Total	

ESCALA DE SCREENING MCLEAN PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

MCLEAN SCREENING INSTRUMENT PARA TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD TIPO BORDERLINE

Datos del paciente

Nombres y apellidos: _____ Edad: _____

Historia Clínica: _____ FUA: _____ Código: _____

Fecha de aplicación: __/__/____ Médico tratante: _____

n	Preguntas	Sí	No
1	¿Alguna de tus relaciones más cercanas se ha visto afectada por discusiones continuas o separaciones repetitivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Alguna vez te has hecho daño físicamente a ti mismo(a)? (Por ejemplo: golpearte, cortarte o quemarte). ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Alguna vez has tenido al menos dos problemas relacionados con impulsividad, como atracones de comida, momentos en los que has gastado mucho dinero, en los que has bebido más frecuentemente de lo usual o en los que te has mostrado más locuaz de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Te has sentido extremadamente irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Te has sentido enojado(a) durante la mayoría del tiempo? ¿Has estado demostrando enojo o te has comportado de manera sarcástica con las personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Sientes que no puedes confiar en las demás personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Te has sentido alguna vez extraño(a), irreal con respecto a ti mismo(a), o como si las cosas alrededor de ti no fuesen reales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Te has sentido vacío(a) por un largo tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Frecuentemente sientes que no sabes quién eres y que no tienes clara tu identidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Has realizado esfuerzos desesperados para evitar sentirte abandonado(a) o para evitar ser abandonado(a) por alguien, como contactar repetitivamente a esa persona para reconfortarte y saber que aún se preocupa por ti, o rogar a esa persona que no te abandone, aferrarte físicamente a él o ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje total¹:

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS (PSYRATS)

ALUCINACIONES
<p>1. Frecuencia</p> <p>¿Con qué frecuencia escuchas voces? (por ejemplo, cada día, a lo largo de todo el día).</p> <p>0. Las voces no se presentan o se presenta menos de una vez a la semana. 1. Las voces ocurren al menos una vez a la semana. 2. Las voces ocurren al menos una vez al día. 3. Las voces ocurren al menos una vez a la hora. 4. Las voces ocurren continuamente o casi constantemente, por ejemplo, sólo paran unos pocos segundos o minutos.</p>
<p>2. Duración</p> <p>¿Cuándo escuchas tus voces, ¿Cuánto tiempo duran? (por ejemplo, unos pocos segundos, minutos, todo el día).</p> <p>0. Las voces no se presentan. 1. Las voces duran unos pocos segundos, son fugaces. 2. Las voces duran unos pocos minutos. 3. Las voces duran al menos una hora. 4. Las voces duran cuatro horas a la vez.</p>
<p>3. Localización</p> <p>¿Cuándo escuchas tus voces ¿De dónde te parecen que vienen? ¿de dentro de tu cabeza o de fuera de tu cabeza? Si te parecen que vienen de fuera de tu cabeza, ¿de dónde te parecen que vienen?</p> <p>0. Las voces no se presentan. 1. Las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza. 2. Las voces están fuera de la cabeza, pero cerca de los oídos o cara. Las voces también pueden estar dentro de la cabeza. 3. Las voces parecen como si estuvieran dentro o cerca de los oídos y fuera de la cabeza lejos de los oídos. 4. Las voces parecen estar solamente fuera de la cabeza.</p>
<p>4. Intensidad</p> <p>¿Son muy fuertes tus voces? ¿Las escuchas más fuerte que tu propia voz o son más calladas, como un cuchicheo?</p> <p>0. Las voces no se presentan 1. La intensidad de las voces es más baja que la propia voz, son susurros. 2. Más o menos de igual intensidad que la propia voz. 3. Más alta que la propia voz. 4. Extremadamente alta, gritan.</p>
<p>5. Creencias sobre procedencia de las voces</p> <p>¿Qué crees que produce o causa tus voces? ¿Son producidas por factores relacionados contigo mismo o debido a otras personas o factores externos?</p> <p>Si el paciente expresa un origen externo: ¿En qué medida crees que tus voces</p>

son causadas por.....?. (añade la atribución del paciente) sobre una escala de 0 a 100, siendo 100 que estás totalmente convencido, que no tiene dudas y 0 que no estás completamente convencido?

0. Las voces no se presentan.
1. El paciente cree que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo.
2. El paciente mantiene una convicción menor del 50% de que las voces son originadas por causas externas.
3. El paciente mantiene una convicción del 50% o más (pero menos del 100%), de que las voces son originadas por causas externas.
4. El paciente cree que las voces son solamente debidas a causas externas (100% de convicción).

6. Cantidad de contenido negativo de las voces

¿Las voces te dicen cosas desagradables o negativas? ¿Puedes darme algún ejemplo de lo que te dicen las voces? (registra los ejemplos) ¿Cuántas veces las voces te dicen ese tipo de cosas desagradables o negativas?

0. Las voces no presentan un contenido desagradable.
1. Presentan ocasionalmente un contenido desagradable.
2. Una minoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (menos del 50%).
3. La mayoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (50% o más).
4. El contenido de todas las voces es desagradable y negativo.

7. Grado de contenido negativo

(Valorar usando los criterios sobre una escala, pidiéndole al paciente que los detalle más si es necesario)

0. Las voces no presentan un contenido desagradable o negativo.
1. Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia, por ejemplo, palabrotas o comentarios no dirigidos al yo ("el lechero es peligroso").
2. El contenido de las voces son insultos personales, comentarios sobre la conducta, por ejemplo, "no deberías hacer esto", "no digas esto".
3. El contenido de las voces son insultos personales relacionados con el autoconcepto, por ejemplo, "perezoso", "feo", "loco", "pervertido".
4. El contenido de las voces son amenazas personales al yo, por ejemplo, amenazas de dañar al yo o a la familia, instrucciones extremas u órdenes de dañarse a sí mismo u a otros e insultos personales como en el ítem número 3

8. Cantidad de angustia

¿Son tus voces angustiantes? ¿Por cuánto tiempo son angustiantes?

0. Las voces no son totalmente angustiantes.
1. Las voces ocasionalmente son angustiantes, la mayoría no lo son. (<10%)
2. Se presentan igual cantidad de voces angustiantes y no angustiantes. (50%)
3. La mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. (>50%)
4. Las voces son siempre angustiantes.

9. Intensidad de la angustia

Cuando las voces son angustiantes, ¿cuánta angustia te causan? ¿Te causan una angustia mínima, moderada o grave?, ¿Son las más angustiantes que jamás has tenido?

- 0. Las voces no son totalmente angustiantes.
- 1. Las voces son ligeramente angustiantes.
- 2. Las voces son moderadamente angustiantes.
- 3. Las voces son muy angustiantes, aunque el paciente podría sentirse peor.
- 4. Las voces son extremadamente angustiantes, el paciente no puede sentirse peor.

10. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente

¿Causan las voces mucho trastorno en tu vida diaria? ¿Las voces te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Ellas te impiden que te cuides a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

- 0. Las voces no producen un trastorno en la vida diaria del paciente, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria.
- 1. Las voces causan un mínimo trastorno en la vida del paciente, por ejemplo, interfieren en la concentración, aunque es capaz de mantener las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales y familiares, es capaz de mantener vida independiente sin apoyo.
- 2. Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital, aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria.
- 3. Las voces provocan un trastorno severo en la vida del paciente de forma que su hospitalización es normalmente necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, autocuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en un alojamiento protegido, pero experimentando una severa perturbación de la vida en términos actividades, habilidades para la vida diaria y/o relaciones.
- 4. Las voces provocan un completo trastorno en la vida diaria del paciente requiriendo hospitalización. Es incapaz de mantener actividades y relaciones sociales. El autocuidado está también gravemente trastornado.

11. Control sobre las voces

¿Piensas que tienes algún control sobre las voces para que ocurran? ¿Puedes a voluntad disminuir o aumentar las voces?

- 0. El paciente cree que tiene control sobre las voces y puede siempre provocarlas y eliminarlas a voluntad.
- 1. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces en la mayoría de las ocasiones.
- 2. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces.
- 3. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces, pero solo ocasionalmente. La mayoría de las veces el paciente experimenta voces incontrolables.
- 4. El paciente no tiene ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no puede disminuirlas o aumentarlas

DELIRIOS

1. Cantidad de preocupación sobre los delirios

¿Cuánto tiempo dedicas a pensar en tus creencias? (todo el tiempo,

<p>diariamente, semanalmente, etc.)</p> <p>0. El paciente no refiere delirios o refiere pensar en ellos menos de una vez a la semana.</p> <p>1. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la semana.</p> <p>2. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez al día.</p> <p>3. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la hora.</p> <p>4. El paciente piensa en sus delirios continuamente o casi constantemente</p>
<p>2. Duración de la preocupación con los delirios</p> <p>Cuando piensas en tus creencias, ¿cuánto tiempo piensas en ellas? (unos pocos segundos, minutos, horas, etc.)</p> <p>0. El paciente no refiere ningún delirio.</p> <p>1. Los pensamientos sobre las creencias duran unos pocos segundos, son pensamientos fugaces.</p> <p>2. Los pensamientos sobre las creencias duran varios minutos.</p> <p>3. Los pensamientos sobre las creencias duran al menos una hora.</p> <p>4. Los pensamientos sobre las creencias normalmente duran varias horas a la vez.</p>
<p>3. Convicción (en el momento de la entrevista)</p> <p>En este momento, ¿qué grado de convicción tienes que tus creencias son verdaderas? ¿Puedes valorarlas en una escala de 0 a 100, donde 100 significa que estás totalmente convencido de que tus creencias son auténticas y 0 significa que no estás convencido de ellas?</p> <p>0. El paciente no está convencido de sus creencias.</p> <p>1. Muy poca convicción en la realidad de sus creencias, menos del 10%.</p> <p>2. Algunas dudas con relación a la convicción de sus creencias, entre 10 y 49%.</p> <p>3. La convicción en sus creencias es muy fuerte, entre 50 y 99%.</p> <p>4. La convicción es del 100%.</p>
<p>4. Cantidad de angustia</p> <p>¿Te causan angustia tus creencias? ¿Cuántas veces te provocan angustia?</p> <p>0. Las creencias nunca provocan angustia.</p> <p>1. Las creencias provocan angustia en unas pocas ocasiones.</p> <p>2. Las creencias provocan angustia aproximadamente en el 50% de las ocasiones.</p> <p>3. Las creencias provocan angustia en la mayoría de las ocasiones, esto es, entre el 50 y 99% de las veces.</p> <p>4. Las creencias siempre provocan angustia cuando ocurren.</p>
<p>5. Intensidad de la angustia</p> <p>Cuando tus creencias te provocan angustia, ¿con qué grado de intensidad lo sientes?</p> <p>0. Las creencias no provocan angustia.</p> <p>1. Las creencias provocan una ligera angustia.</p> <p>2. Las creencias provocan una moderada angustia.</p> <p>3. Las creencias provocan una marcada angustia.</p> <p>4. Las creencias provocan una angustia extrema, no pueden ser peor.</p>
<p>6. Trastorno en la vida diaria causado por las creencias</p>

¿Cuánto trastorno te provocan tus creencias en tu vida diaria? ¿Te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Te interfieren en tus habilidades para cuidarte a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

0. Las creencias no trastornan su vida, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria. Es capaz de mantener relaciones familiares y sociales (si se presentan).

1. Las creencias provocan una mínima cantidad de trastorno de la vida diaria, por ejemplo, interfieren en la concentración, aunque es capaz de mantener las actividades diarias y las relaciones sociales y familiares y también en capaz de mantener una vida independiente sin apoyo.

2. Las creencias provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida, causando algún trastorno en las actividades diarias y/o en las actividades sociales o familiares. El paciente no está ingresado en el hospital, aunque puede vivir en recurso protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades para la vida diaria.

3. Las creencias provocan un trastorno severo en la vida del paciente, de forma que la hospitalización es normalmente necesaria. Es capaz de mantener algunas actividades diarias, autocuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en recurso protegido, pero experimentando un trastorno severo en su vida con relación a actividades, habilidades para la vida diaria, y/o relaciones.

4. Las creencias provocan un completo trastorno en su vida diaria siendo necesario la hospitalización. El paciente es incapaz de mantener cualquier actividad diaria y relaciones sociales. El autocuidado está gravemente trastornado.

ESCALA DE MORISKY-GREEN

Para considerar un buen cumplimiento la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuadas: (No/Si/no/No)

Test de Morisky-Green			
HC		Fecha	
		SI	NO
1	¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		
2	¿Toma los fármacos a la hora indicada?		
3	Cuando se encuentra bien. ¿Deja alguna vez de tomarlos?		
4	Si alguna vez le sientan mal. ¿Deja de tomar la medicación?		

