



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**SINDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON
TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD, HOSPITAL
VICTOR LARCO HERRERA 2022**

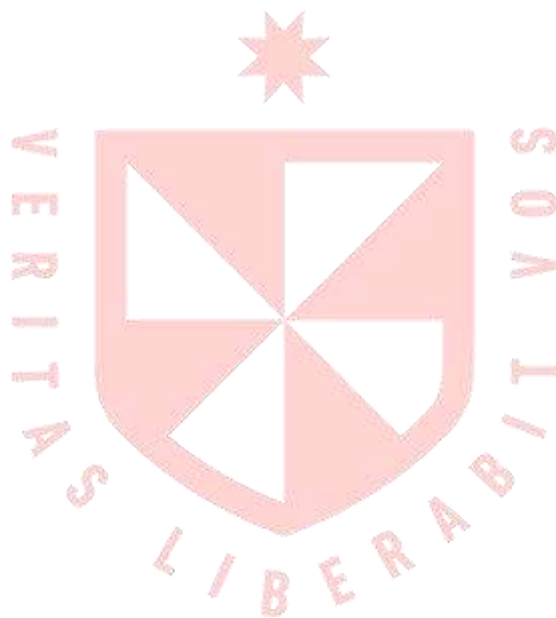
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTADO POR
ALVARO SMELIN AGUILAR MONTOYA

ASESOR
CARLOS SOTO LINARES

LIMA - PERÚ
2023



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**SINDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA 2022**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

**PRESENTADO POR
ALVARO SMELIN AGUILAR MONTOYA**

ASESOR

CARLOS SOTO LINARES

**LIMA, PERÚ
2023**

NOMBRE DEL TRABAJO

SINDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD, HOSPITAL VICTOR LARCO HERREZ

AUTOR

ALVARO SMELIN AGUILAR MONTOYA

RECUENTO DE PALABRAS

8931 Words

RECUENTO DE CARACTERES

50475 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

42 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

304.8KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 3, 2023 8:37 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 3, 2023 8:38 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
- 4% 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

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	iii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo General	2
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	4
1.5 Limitaciones	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	10
2.2.1 Trastorno Límite de la personalidad	10
2.2.2 Síndrome Metabólico	17
2.2.3 Relación del Trastorno límite de la personalidad y Síndrome metabólico	24
2.3 Definición de términos básicos	26
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	27
3.1 Formulación	27
3.2 Variables y su definición operacional	27
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1 Diseño metodológico	28
4.2 Diseño muestral	28
4.3 Técnicas de recolección de datos	31

4.4 Procesamiento y análisis de datos	31
4.5 Aspectos éticos	32
CRONOGRAMA	33
PRESUPUESTO	34
FUENTES DE INFORMACIÓN	35
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

En los países considerados de primer mundo, se han venido realizando estudios, en los cuales se describe la asociación entre personas con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad (TLP) y síndrome metabólico, si bien hay una larga relación de investigaciones relacionadas al TLP, es muy poca la información que se sabe sobre la salud física de las personas con trastornos de personalidad (TP), en particular en pacientes con TLP, los estudios realizados en Europa indican una presencia de síndrome metabólico en relación con la población general (1, 2).

El TLP se asocia con el índice de masa corporal medio, además de presentar asociación con enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades metabólicas que incluyen diabetes y obesidad, enfermedades gastrointestinales, artritis, dolor crónico, enfermedades venéreas e infección por VIH, así como trastornos del sueño. A ello se le debe de asociar los factores de riesgo para Síndrome metabólico y que en muchas personas con TLP se encuentra el abuso de sustancias, así como el tabaquismo (3, 4).

Ha crecido en el ámbito académico en los años el interés en examinar la correlación entre el TLP y su impacto en las consecuencias para la salud física. Numerosos estudios han aportado pruebas sobre las características diagnósticas asociadas al TLP. y los relacionados con este se asocian con enfermedades cardiovasculares autoinformadas y diversos factores de riesgo cardiometabólico (3).

En un estudio realizado en el norte de Alemania, donde se seleccionó a 1.009 participantes (659 mujeres y 350 hombres), se demostró la prevalencia estandarizada por edad de síndrome metabólico, donde se encontró que fue más del doble en pacientes con TLP en comparación con los sujetos control (23,3 frente a 10,6%, $p < 0,05$). La diferencia también fue significativa para los subgrupos de mujeres ($p < 0,05$) y hombres ($p < 0,05$) (1).

En Australia Occidental se realizó un estudio transversal sobre pacientes con trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, trastorno bipolar, psicosis inducida por fármacos o TLP que acudían a los servicios públicos de salud mental. Este estudio concluyó que la prevalencia de síndrome metabólico en la cohorte examinada era aproximadamente el doble del observado en toda la población australiana. Estos resultados coinciden con los de investigaciones europeas comparables. La frecuencia del síndrome metabólico, según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), en relación con los diagnósticos mentales fue del 67% para el trastorno bipolar, del 67% para el trastorno esquizoafectivo, del 51% para la esquizofrenia, del 46% para la depresión mayor con síntomas psicóticos, del 46% para el trastorno psicótico inducido por fármacos), y del 41% para el TLP (5).

En la región de Latinoamérica, no se han realizado trabajos de investigación que tengan relación con la salud física o síndrome metabólico en los pacientes con TLP, similar situación se presenta a nivel nacional. Si bien en el Hospital Víctor Larco Herrera, Institución dedicada al cuidado de pacientes con afecciones en salud mental, las atenciones tanto en el Servicio de Emergencia y en Consultorio externo, ocupan un cuarto lugar para pacientes con TLP, no hay estudios que informen sobre la salud física de los pacientes con TLP (6).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con trastorno límite de la personalidad atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera durante 2022?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con trastorno límite de la personalidad atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar a los pacientes con trastorno límite de la personalidad atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera, 2022
- Identificar las características generales de los pacientes con trastorno límite de la personalidad atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera, 2022.
- Determinar si los pacientes con Trastorno límite de la personalidad atendidos en consulta externa, presentan Síndrome metabólico.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El síndrome metabólico agrupa factores de riesgo cardiovasculares que conducen a tasas más elevadas de mortalidad y morbilidad. Investigaciones recientes han demostrado una mayor prevalencia del síndrome metabólico en personas con enfermedades mentales, lo que supone un obstáculo importante en el campo del tratamiento psiquiátrico. Además del uso de medicamentos psicotrópicos, diversas variables como los polimorfismos genéticos, la inflamación, las endocrinopatías y las malas elecciones de estilo de vida contribuyen a la correlación entre el síndrome metabólico y varias enfermedades mentales, incluido el TLP (2).

Existe una falta de investigación realizada en nuestro país sobre la prevalencia del síndrome metabólico entre los individuos diagnosticados de TLP. Esta carencia de conocimientos puede dar lugar a un manejo subóptimo de la salud física de estos pacientes, ocasionando gastos innecesarios asociados a los recursos diagnósticos y un déficit en la formación de los profesionales de la salud responsables de su atención.

El objetivo principal de esta investigación es contribuir al bienestar de los pacientes facilitando un tratamiento eficaz de su patología. En concreto, el estudio pretende determinar la prevalencia del síndrome metabólico entre los individuos diagnosticados de TLP, con el fin último de prevenir el desarrollo de

mayores complicaciones de salud que puedan repercutir negativamente en su bienestar físico (1, 2).

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

La presente investigación cuenta con la disponibilidad de asistencia para la investigación en el Hospital Víctor Larco Herrera. La población objeto de investigación presenta accesibilidad geográfica ya que está constituida por pacientes. El proyecto de investigación ha obtenido el aval y la colaboración del Área Docente del Hospital Víctor Larco Herrera, que ha mostrado gran entusiasmo por el estudio. Consecuentemente, se han obtenido todas las aprobaciones y licencias necesarias para llevar a cabo la investigación. Además, el investigador tiene la posibilidad de establecer un rapport con individuos que han sido diagnosticados con TLP.

La viabilidad de la investigación depende de la accesibilidad de los suministros y recursos humanos necesarios para realizarlo. El diseño metodológico se caracteriza por su accesibilidad y por poder llevarse a cabo en un plazo de tiempo adecuado. El investigador dispone de la financiación necesaria de sus propios recursos para llevar a cabo el estudio.

1.5 Limitaciones

Las limitaciones de la investigación son:

- El diagnóstico incorrecto del TLP, puede deberse a los criterios diagnósticos del médico tratante.
- La falta de datos en las historias clínicas puede afectar a la recolección de datos para la investigación.
- La baja participación de los pacientes seleccionados para la investigación podría ser un limitante para la investigación.
- La falta de reactivos para la determinación de exámenes auxiliares podría afectar a los datos finales de la investigación.
- Al tratarse de un trabajo de investigación innovador, no hay mucha información con relación a los antecedentes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En el 2019, Castle et. al., ejecutaron un estudio en Australia donde se asocia el TLP con una esperanza de vida sustancialmente reducida, debido principalmente a condiciones de salud que acortan la vida, el TLP está relacionado con el control de impulsos, lo que puede llevar a producirles algún daño, y por ende un deterioro en la salud física. Dentro de los resultados obtenidos se llegó a demostrar que las personas con TLP tienen una esperanza de vida más corta de unos 20 años, las cuales se le atribuyen a problemas de salud física, siendo los factores de riesgos más cercanos a esta condición la obesidad, vida sedentaria, mala alimentación y tabaquismo, además de ello, el uso de medicación psiquiátrica que se usa en pacientes con TLP puede aumentar la carga metabólica (7).

Doering, realizó una revisión bibliográfica en el 2019 basada en estudios epidemiológicos, se relaciona a pacientes con TLP y su conexión con algún tipo de enfermedad somática encontrándose que la prevalencia de TLP entre pacientes psiquiátricos hospitalizados (9% - 14%) y pacientes ambulatorios (12% - 18%) es alta; el uso de servicios médicos es muy frecuente, los costos sociales anuales son variados. El TLP está ligado con enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, enfermedades metabólicas que incluyen diabetes y obesidad, enfermedades gastrointestinales, artritis y dolor crónico, enfermedades venéreas e infección por VIH, así como trastornos del sueño. Brindan como conclusión que la atención de la salud podría mejorarse sustancialmente si todas las especialidades médicas estuvieran familiarizadas con el TLP, su patología, comorbilidades médicas y psiquiátricas, complicaciones y tratamiento (4).

Raelene et. al. en el 2017, realizaron una revisión donde se relaciona el TLP y el síndrome de ovario poliquístico (SOP) con el propósito de identificar puntos en común, la indagación de artículos fue en las bases de EMBASE, Medline y Cochrane Central para identificar investigaciones que muestran a mujeres con TLP y síndrome de ovario poliquístico, la literatura señala que las mujeres con

TLP tienen niveles de andrógenos séricos más altos de lo esperado e incidencia de ovarios poliquísticos, que pueden ser características clave del síndrome de ovario poliquístico. Si bien es interesante aún falta mayor tipo estudios sobre este tema, ya que la poca información con que se cuenta limita nuestra comprensión de este posible fenómeno comórbido. Además, se sabe de la relación que hay entre SOP y el síndrome metabólico, pudiendo realizar estudios que relaciones estos dos síndromes con el TLP (8).

Ho et. al., en el 2018 realizaron una publicación donde se revisó los criterios diagnósticos actuales para el síndrome metabólico, proponiéndose puntos clínicamente útiles, con el fin de que los psiquiatras identifiquen y monitoreen a los pacientes que pudieran tener el síndrome, además se describió la conexión entre el síndrome metabólico y los trastornos psiquiátricos individuales, considerando dentro de este al TLP. La predominancia de síndrome metabólico en personas con TLP es el doble que en los pacientes de atención primaria (Kahl 2013). El incremento de esta relación lo asocian a una edad avanzada, un IMC más alto, antipsicóticos de segunda generación, dependencia de las benzodiazepinas y atracones, para el caso de la hiperglucemia es más común en ambos sexos, siendo la obesidad central y la hipertrigliceridemia más comunes en las mujeres. Son varias las etiologías postuladas sobre la alianza entre el síndrome metabólico y el TLP, en algunos estudios se demostró la desregulación del sistema HPA, que produce hipercortisolismo, desequilibrio de citocinas proinflamatorias y antiinflamatorias y disminución de la sensibilidad a la retroalimentación, con o sin trastorno depresivo mayor (Kahl 2006; Purnell 2009), aunque fenómeno aún no está del todo aclarado, el aumento del cortisol podría deberse a su estado de estrés y tensión interna elevada. Además, de lo mencionado anteriormente, el estilo de vida poco saludable, las enfermedades psiquiátricas comórbidas y el uso de psicofármacos también se han relacionado con el síndrome metabólico en este grupo (2).

En un estudio transversal realizado en Alemania en el año 2013, Kahl et. al., comparó la predominancia de síndrome metabólico en pacientes con TLP, con sujetos control seguidos en atención primaria de una región similar, usándose los criterios diagnósticos del DSM-IV, para establecer el diagnóstico de TLP y

usaron los criterios de la Asociación Estadounidense del Corazón / Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre para determinar la tasa de síndrome metabólico, se llegó a determinar la predominancia estandarizada por edad de síndrome metabólico, la cual fue más del doble en pacientes con TLP con un 23.3% en comparación con los sujetos control 10,6%. Otro dato relevante fue un nivel de hiperglucemia significativo en ambos sexos, y los niveles de hipertrigliceridemia y obesidad abdominal se encuentra elevados a predominio del sexo femenino en la población con TLP, además en dichos pacientes se encontró que presentan una mayor tasa de Síndrome metabólico asociado con un mayor IMC ($p = 0,004$), edad ($p = 0,03$), tratamiento con antipsicóticos de segunda generación (quetiapina, olanzapina y clozapina; $p = 0,032$), distimia ($p = 0,031$), trastorno de pánico ($p = 0,032$), dependencia de las benzodiazepinas ($p = 0,015$) y trastorno por atracón $p = 0,02$) (1).

Frances R. Frankenburg y Mary Zanarini, en el 2012, efectuaron un estudio en el Hospital McLean en Belmont, Massachusetts en Estados Unidos de Norteamérica, investigaron, la conexión del índice de masa corporal (IMC) acumulativo y los resultados sintomáticos, psicosociales y médicos en pacientes con TLP. El estudio fue de tipo prospectivo realizando medición de talla y peso al inicio a pacientes con diagnóstico de TLP, controlándose a los seis, ocho y diez años, encontrándose que el aumento del IMC acumulativo está relacionado con automutilación y la disociación, otras asociaciones con el aumento de IMC se vieron en relación a tener pareja de por vida, un historial laboral o escolar deficiente, tener una discapacidad, ser calificado con un puntaje GAF en el rango regular o malo y tener bajos ingresos, concluyendo que los aumentos en el IMC acumulativo pueden ser un marcador de resultados médicos, funcionales y sintomáticos adversos en pacientes con TLP (9).

En el 2011, Greggersen et. al., realizo un estudio en Alemania, donde se observó que el incremento de espesor de la íntima media (GIM) es considerado un marcador temprano de aterosclerosis, los cuales se asocian con el aumento de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico. En uno de los estudios más extensos en este campo, se descubrió una correlación significativa entre las enfermedades cardiovasculares y cualquier tipo de trastorno de la personalidad.

Los pacientes con TLP tenían una exposición particularmente alta de sufrir un accidente cerebrovascular y una cardiopatía isquémica después de ajustar los factores de riesgo característicos. El método para la determinación de GIM medio de las arterias carótidas comunes se evaluó mediante ecografía, se tuvo 47 mujeres con TLP y 28 mujeres sanas de la misma edad. La edad media de los participantes con TLP fue de 31,2 años y de 31,9 años para el grupo de comparación. Los resultados indicaron que las mujeres con TLP tenían un GIM significativamente más alto que las mujeres sanas. En el análisis de regresión lineal, el GIM se relacionó significativamente con el TLP incluso cuando se ajustó por el índice de masa corporal y la actividad física. Llegaron a concluir que con los datos obtenidos se sugiere que, las mujeres con TLP poseen una gran exposición de acrecentar una enfermedad cardiovascular posterior las cuales tienen una relación con el síndrome metabólico (10).

También Greggersen et. al., en el año 2011 en Alemania, efectuaron un estudio donde intentó aclarar si el TLP de por sí influye en la composición corporal, debido a que había la duda si la prevalencia de síndrome metabólico se debía al trastorno depresivo mayor (TDM) o al TLP, para establecer la relación a la duda anterior midieron el contenido de grasa visceral (VFC), usando la Resonancia magnética en mujeres jóvenes deprimidas con y sin TLP comórbido y relacionamos este parámetro con varias particularidades del síndrome metabólico, en el análisis de datos se mostró que las mujeres deprimidas sin TLP comórbido tenían un VFC 335% más alto y las mujeres con TLP comórbido tenían un VFC 250% más alto que las mujeres del GC. Al controlar por edad, los datos mostraron efectos significativos del TDM en VFC, el TLP, con o sin MDD, no se relacionó con VFC. Las mujeres jóvenes deprimidas con y sin TLP comórbido muestran un superior volumen de grasa visceral en comparación con los controles y, por lo tanto, pueden constituir un grupo de exposición para el incremento del síndrome metabólico. El TLP per se no es un factor de riesgo aditivo en este contexto (11).

En Alemania en el 2009, John et. al., ejecutaron una investigación transversal en el Servicio público de salud mental, donde evaluaron la predominancia del síndrome metabólico y su conexión con variables demográficas, clínicas y

hábitos de vida en pacientes con algún trastorno psiquiátrico, se incluyó al estudio pacientes entre 18 y 65 años, y debían de presentar diagnósticos con trastornos psicóticos, trastornos afectivos y TP; y que estuvieran con tratamiento con al menos un medicamento antipsicótico durante no menos de dos semanas. La incidencia del síndrome metabólico fue del 54% en general, siendo los individuos con enfermedad bipolar o trastorno esquizoafectivo los que presentaron un mayor porcentaje con un 67%, para la esquizofrenia (51%), y para el TLP se encontró una prevalencia del (41%), además de ello, al analizarse las variables sociodemográficas, donde se incluye la edad y el origen étnico, no presentaron una asociación significativa con el síndrome metabólico, pero se observó una estrecha conexión con el índice de masa corporal medio. Además eran frecuentes el tabaquismo y el consumo de drogas, que son otros factores de riesgo cardiovascular (5).

Kahl et. al. ya desde el 2005 estaban interesados en la relación que podría entre el síndrome metabólico en pacientes con TLP, este estudio fue realizado en Alemania, se demostró que el trastorno depresivo mayor (TDM) se asocia con un aumento de la grasa intraabdominal, antecedente importante de la diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) y los trastornos cardiovasculares. Además, el TDM suele ir acompañado de una desregulación endocrina e inmunitaria que también se ha analizado en relación con la patogenia de la DMNID y la cardiopatía isquémica. En el TLP, donde se ha descrito una desregulación del sistema hipotalámico-pituitario-suprarrenal, por ello se examinó la resistencia a la insulina, las alteraciones del cortisol, la grasa visceral y las citocinas en mujeres jóvenes deprimidas con y sin TLP comórbido. Se obtuvo como resultados un aumento de la grasa visceral en mujeres comórbidas con TDM y TLP y, en menor medida, en mujeres con TDM pero sin TLP, además, la sensibilidad a la insulina se redujo en pacientes comórbidos; por otro lado, la concentración de factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) e interleucina 6 (IL6) en suero aumentaron significativamente en ambos grupos de pacientes deprimidos. La susceptibilidad reducida a la insulina se correlacionó con la cantidad de grasa visceral y con las concentraciones séricas de IL-6. La conclusión a la que se llegó en este estudio fue que las mujeres jóvenes deprimidas con y sin TLP comórbido presentan un aumento de la grasa visceral y pueden constituir un grupo de

exposición para el incremento de DMNID y el síndrome metabólico, estos antecedentes favorecen la hipótesis de que las alteraciones inmunes y endocrinas asociadas con MDD y TLP pueden contribuir a los procesos fisiopatológicos asociados con DMNID (12).

Se realizó una búsqueda exhaustiva y no se han encontrado antecedentes a nivel de Latinoamérica, en el ámbito nacional y local tampoco se encontró información sobre investigaciones relacionadas con síndrome metabólico en pacientes con TLP.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Trastorno límite de la personalidad

Generalidades

Los TP tienen como característica conductas desadaptativas que son persistentes y se encuentran muy arraigadas, las cuales se manifiestan de forma inflexible, como respuesta a situaciones sociales y personales que acontecen (13).

Antes, se consideraba que los TP se debían a problemas en el desarrollo psicológico del sujeto, pero últimamente hay evidencia que podría deberse a alteraciones neurobiológicas, en especial en TLP y trastorno esquizotípico, información que modificara la idea de la concepción del origen de dichas enfermedades (13).

Si bien desde la infancia o adolescencia se presentan características de poder presentar este tipo de trastornos, no se debe diagnosticar antes de los 18 años, debido que se habla que a partir de los 18 años se consigue departir de una estructura de personalidad duradera. hay una exención a lo indicado anteriormente y se trata del trastorno disocial, que tiene un límite de edad de mínimo 14 años para el diagnóstico (13).

Cuando hablamos de TLP, nos referimos a que es una de las patologías psiquiátricas a las cuales muchos psiquiatras tienen cierto temor, porque da lugar a síntomas de tipo alternante (psicótica, antisocial, obsesiva e histriónica), con una prontitud que en muchos casos hace difícil un adecuado tratamiento (14).

El TLP está representado por un amplio patrón de voluble estado de ánimo, la autopercepción y las relaciones interpersonales, que conduce a dificultades para modular los procesos mentales y el comportamiento. Las personas afectadas por esta enfermedad presentan una amplia gama de síntomas psicopatológicos, lo que hace que el proceso de diagnóstico sea difícil y lleve mucho tiempo para obtener el diagnóstico adecuado. La mayoría de los individuos de esta categoría suelen ser mujeres menores de 20 años. Estos individuos presentan ocasionalmente comportamientos caracterizados por tendencias antisociales o psicóticas, así como mecanismos histriónicos prominentes, estados disfóricos incomprensibles o rigidez de pensamiento de tipo obsesivo. Además, pueden participar en intentos de suicidio o expresar ideación suicida en respuesta a asuntos aparentemente triviales (14).

Durante su vida y controles psiquiátricos, van recibiendo diagnósticos diversos, los cuales en su mayoría están direccionados a esquizofrenia, no respondiendo o respondiendo inadecuadamente a los tratamientos establecidos, a pesar de que puedan tener un apego patológico a sus terapeutas, parecen ser adictos a ellos (14).

Los pacientes con TLP, tienen problemas para tolerar la soledad, hay una hipersensibilidad al rechazo y escasez de recursos personales para controlar su angustia, lo que los puede llevar a consumir sustancias tóxicas, presentar conductas de riesgo, y además presentan conductas impulsivas con episodios de ira y agresividad, provocando problemas interpersonales, ya que cada estallido va continua de contriciones y sentimiento de culpa, también puede presentar amenazas de suicidio por temor al abandono. Si bien, la información sobre la evolución de estos pacientes no brinda datos fiables, al parecer va mejorando con el transcurso del tiempo, donde se ha podido apreciar una normalización de la conducta y estabilización progresiva de esta, a pesar de ello,

persiste la tendencia a presentar anomalías del pensamiento y enfermedades distímicas (14).

Doering, indica que la prevalencia del TLP globalmente ha sido evaluada en múltiples encuestas, teniendo como resultado datos entre 0,7% y 3,5%. Aunque el consenso es que los diagnósticos clínicos de TLP son más comunes en mujeres que en hombres, la evidencia sugiere que no hay diferencias marcadas por sexo en la prevalencia de TLP en la comunidad. Las mujeres con TLP tienden a utilizar los servicios de salud mental más que los hombres. Entre los pacientes de atención primaria, el TLP se presentó en el 6,4% (diagnóstico de por vida) e incluso en el 19% cuando se les diagnosticó un cuestionario. En los pacientes ambulatorios psiquiátricos, el TLP se presenta en un 9,3% a un 14,4% y en un 9% en los servicios de urgencias psiquiátricas. Los pacientes psiquiátricos hospitalizados se diagnostican con TLP en un 12% a un 18% (8).

Según lo mencionado por Doering, entre el 60% y el 80% de los pacientes con TLP han presentado conducta suicida en algún momento de su vida, llegando un 10% llegando a su cometido. El comportamiento de autolesión se presenta en un 90% de los pacientes con TLP durante la vida (8).

Los pacientes con TLP muestran uso elevado de los servicios médicos y de salud mental. El tratamiento psicosocial ambulatorio es utilizado por el 70% al 95% de todos los pacientes con TLP durante su vida, el número de tratamientos psiquiátricos de tipo hospitalario de por vida difiere enormemente y varía desde el 13,4% en una muestra británica hasta el 72% al 79% en pacientes de Estados Unidos. En Norteamérica, más del 60% recibe medicación psicofarmacológica durante su vida, y el 40% toma más de tres fármacos al mismo tiempo. No existen cifras fiables sobre el uso de servicios médicos de los pacientes con TLP; sin embargo, se ha demostrado repetidamente que el uso de servicios aumenta en comparación con otros grupos de diagnóstico psiquiátrico y con la población general. El aumento en el uso de servicios y el deterioro psicosocial resultan en considerables costos directos e indirectos. Varias encuestas a gran escala arrojaron unos costes sanitarios anuales de 8508 euros en Alemania y unos costes sociales totales de 11.308 euros en España, 16.852 euros en los Países

Bajos y 28.026 euros en Alemania (44). En 1998, se estimó que los pacientes con TLP generan el 24% de los costes totales del tratamiento psiquiátrico hospitalario en Alemania. Se ha determinado que la psicoterapia basada en evidencias reduce los costes anuales en casi 3000 € en los Países Bajos (8).

El TLP va acompañado de un funcionamiento social y físico gravemente deteriorado, discapacidad y una calidad de vida reducida. Estas deficiencias parecen depender de la presencia de trastornos comórbidos del eje I. Sin embargo, no está claro si el deterioro / discapacidad funcional es la consecuencia de trastornos comórbidos del eje I o si tanto el deterioro funcional como la comorbilidad del eje I son manifestaciones (independientes) de una patología subyacente de la personalidad más grave. Curiosamente, durante el curso del trastorno, los síntomas tienden a remitir, pero en muchos casos, el deterioro del funcionamiento persiste, incluso después del tratamiento (8).

Revisando documentación del Hospital Víctor Larco Herrera, se encontró el Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) 2019, se describe el Análisis de la Morbilidad Hospitalaria en los diferentes Servicios del Hospital, donde se indica que en consultorio externo la demanda de atención para los Trastornos específicos de la personalidad (F60) es del 7.8 % para el 2019 y un acumulado del 46.6% para el periodo del 2015 al 2019, con un predominio en las atenciones en mujeres en comparación a los hombres (6).

Diagnostico

Diagnostico en base al Diagnóstico y del manual estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5)

El TLP se distingue por mostrar un patrón de inestabilidad y sensibilidad continuas en sus interacciones interpersonales, así como inestabilidad en su autopercepción, cambios de humor erráticos e impulsividad. El proceso de diagnóstico de una enfermedad se basa en la evaluación de criterios clínicos. El régimen de tratamiento incluye intervenciones farmacoterapéuticas y psicoterapéuticas (15).

Los pacientes con TLP tienen una baja tolerancia a estar solos; hacen todo lo posible para evitar el abandono, generando crisis, como gestos suicidas, para incitar el rescate y la atención por parte de otros (15).

La prevalencia del TLP en Estados Unidos presenta una importante variabilidad en los datos disponibles. Las estimaciones sugieren una prevalencia media en torno al 1,6%, mientras que esta cifra puede alcanzar el 5,9%. Se calcula que la incidencia de los trastornos mentales entre los pacientes hospitalizados ronda el 20%. La prevalencia de este diagnóstico se observa sobre todo entre los pacientes de sexo femenino, incluyendo alrededor del 75% de los casos. Por el contrario, la proporción entre hombres y mujeres en el conjunto de la población estadounidense es de aproximadamente 1:1 (15).

Las comorbilidades en pacientes con TLP son complejas y muy variadas, pudiéndose encontrar trastornos como depresión, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático, y trastornos por abuso de sustancias (15).

Los criterios clínicos según el DSM-5 deben tener en cuenta lo siguiente:

Para diagnosticar el TLP, los pacientes deben tener:

- Un patrón persistente alterado de imagen corporal, emociones inestables en las relaciones, desregulación emocional y pronunciada impulsividad.

Para establecer el diagnóstico, este patrón debe ser persistente y se debe de caracterizar por 5 o más de las siguientes:

- Intentos desesperados (reales o imaginarios) de evitar el abandono.
- Relaciones inestables e intensas en las que la otra persona es alternativamente idealizada y devaluada.
- Una noción inestable del yo o de la propia imagen.
- Impulsividad en más de dos áreas potencialmente perjudiciales, como la actividad sexual sin protección, la alimentación excesiva y la conducción irresponsable.
- Comportamiento suicida repetitivo, gestos o amenazas de automutilación.

- Fluctuaciones rápidas del estado de ánimo, que no suelen durar más de unas horas y raramente más de unos días.
- Sensaciones continuas de desolación.
- Furia mal concentrada o problemas de control de la ira
- Pensamientos paranoides temporales inducidos por el estrés o síntomas disociativos graves.

Además, el inicio de los síntomas debe haberse producido en la madurez temprana, aunque pueden aparecer en la adolescencia (15).

Diagnostico en base a la Clasificación Internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es un sistema exhaustivo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que sirve de herramienta fundamental para las tendencias y estadísticas sanitarias mundiales. Abarca aproximadamente 55.000 códigos de diversas disciplinas médicas, lo que facilita un vocabulario compartido para una mejor comprensión. La OMS ha adoptado esta clasificación a través del Ministerio de Salud de nuestro país a efectos del registro de la atención a la salud mental (16).

En el CIE-10, se utiliza el termino Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, para referirse a un trastorno de la personalidad en el que existe una marcada proclividad a comportamientos impulsivos independientemente de las consecuencias; el estado de ánimo es errático y temperamental. Hay una predilección presentar pobre control sobre la ira y violencia, y problemas para el control de las conductas explosivas. De forma similar, se tiende a discutir con los demás, sobre todo cuando se frenan o critican las propias acciones impulsivas (16).

Se mencionan dos tipos de este trastorno: impulsivo y límite. El impulsivo se distingue por su inestabilidad emocional y una deficiencia en el control de los impulsos, mientras que el límite se distingue por desviaciones en la imagen corporal, los objetivos y la autoimagen, así como por sentimientos persistentes de vacío, relaciones interpersonales intensas e inconstantes, y una tendencia a

comportamiento autodestructivo, como la realización de gestos y esfuerzos suicidas (16).

En los Trastornos de personalidad se incluyen: Agresivo, Límite y Explosivo (16).

Diagnostico en base a la Clasificación Internacional de enfermedades en su décima primera edición (CIE-11)

El CIE-11 fue presentada en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo del 2019, para ser adoptada por los Estados Miembros, y debería de entrar en vigencia el 1 de enero de 2022, en esta versión se deja de usar el término de TLP para denominarlo como “Patrón Límite”, se puede aplicar personas cuyo patrón de alteración de la personalidad donde se presentan los rasgos conductuales asociados a la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la emoción, tal y como muestran varios de los siguientes indicadores:

- Esfuerzos desenfrenados para evitar situaciones reales o de abandono imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas.
- Alteración de la identidad, con una imagen de sí mismo o en un sentido de sí mismo marcada y persistentemente inestable.
- Tendencia a la impulsividad en estados de gran afecto negativo, lo que lleva a conductas potencialmente autodestructivas.
- Episodios recurrentes de autolesión.
- Inestabilidad emocional debido a una marcada reactividad del estado de ánimo.
- Sensaciones crónicas de vacío; Ira intensa inapropiada o dificultad para controlar la ira.
- Síntomas disociativos transitorios o características de tipo psicótica en situaciones de alta excitación afectiva (17).

2.2.2 Síndrome Metabólico

Generalidades

La obesidad, en particular la obesidad abdominal, se ha asociado a una mayor resistencia a la insulina en el contexto del uso periférico de la glucosa y los ácidos grasos, lo que aumenta el riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2. También puede dar lugar al desarrollo de hiperinsulinemia e hiperglucemia, además de la amplia prevalencia de citoquinas adipocitarias (adipoquinas). Los factores como la disfunción vascular de las células endoteliales, un perfil lipídico atípico, hipertensión e inflamación vascular tiene el potencial de contribuir a la progresión de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Como se ha mencionado en el párrafo anterior, la obesidad abdominal, la hiperglucemia, la dislipidemia y la hipertensión son los factores de riesgo metabólico asociados al desarrollo tanto de diabetes de tipo 2 como de enfermedades cerebrovasculares (ECV), lo que puede dar lugar a la manifestación de un "síndrome metabólico". Este trastorno también conocido como cuarteto fatal, síndrome X, síndrome de obesidad y dislipidemia, y síndrome de resistencia a la insulina. Se deben incluir varias variables como factores de riesgo para la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, entre ellas una distribución importante de la grasa corporal, la susceptibilidad hereditaria, la falta de actividad y el efecto genético (18).

El síndrome metabólico según la OMS es un importante problema de salud pública, la cual considera como una epidemia mundial (2).

Diagnostico

Son varios los signos clínicos y los hallazgos de laboratorio que se relacionan con las cinco características siguientes: obesidad central, presión arterial elevada, hipertrigliceridemia, niveles séricos bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y niveles séricos altos de glucosa en ayunas. Para establecer si se trata de síndrome metabólico se requiere como mínimo tres de estos componentes antes de que se pueda clasificar a un paciente como con síndrome metabólico (Grundy 2004) (2).

En la mayoría de las definiciones se considera como punto central la circunferencia abdominal (una medida sustituta de la obesidad central) y en algunos otros la resistencia a la insulina (Tabla 1), criterios que son aplicados de forma diferencial en relación con los grupos étnicos. Dada la dificultad para llegar a un consenso entre estas definiciones, varios organismos internacionales importantes se unieron en un intento de armonizar los criterios de diagnóstico, sugiriendo que no debería haber ningún componente obligatorio para el síndrome metabólico, sino que los cinco componentes individuales deberían considerarse importantes en la predicción del riesgo, debido a que estos componentes son factores de riesgo independientes de enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular y diabetes (2).

En 2001, el Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol ATP III (NCEP ATP III) llevó a cabo una investigación sobre el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), en la que no se exigió la realización de pruebas para detectar anomalías de la insulina o la glucosa, a pesar de la inclusión de la glucemia anormal como uno de los criterios. Los criterios del síndrome metabólico ATP III se revisaron en 2005 mediante una declaración emitida por la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI). Estas revisiones incluyen las siguientes actualizaciones:

- Incluir explícitamente el uso de fármacos para el control de lípidos o el control de la presión arterial en las definiciones de los rasgos de dislipidemia e hipertensión, respectivamente.
- Incluir explícitamente la diabetes en la definición del rasgo de hiperglucemia
- Disminuir el nivel de glucosa en ayunas anormales a 100 mg / dL, criterios indicados por la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA) para la glucosa en ayunas alterada (IFG).

Los criterios de ATP III para definir el síndrome metabólico, indican que se debe de cumplir como mínimo tres de las siguientes cinco características:

- Glucosa plasmática en ayunas (FPG) ≥ 100 mg / dL (5,6 mmol / L) o tratamiento farmacológico para la glucemia elevada
- Presión arterial $\geq 130 / 85$ mmHg o tratamiento farmacológico para la presión arterial elevada
- Colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) en suero < 40 mg / dL (1 mmol / L) en hombres y < 50 mg / dL (1.3 mmol / L) en mujeres o tratamiento farmacológico para el colesterol HDL bajo
- Triglicéridos séricos ≥ 150 mg / dL o tratamiento farmacológico para triglicéridos elevados
- Obesidad abdominal, (circunferencia de la cintura mayor a 102 cm en hombres y superior a 88 cm en mujeres).

Los criterios para síndrome metabólico han sido actualizados en el 2006 por la Federación Internacional de Diabetes (FID); siendo elemento base, además de los distintos criterios de perímetro de cintura definidos para diversos grupos raciales y étnicos, la obesidad central (tabla 2) (18).

TABLA 1

Grupo étnico	Circunferencia de la cintura (como medida de obesidad central)
Poblaciones europeas *	
Machos	≥ 94 cm
Hembras	≥ 80 cm
Poblaciones del sur de Asia	
Machos	≥ 90 cm
Hembras	≥ 80 cm
Poblaciones chinas	
Machos	≥ 90 cm
Hembras	≥ 80 cm
Poblaciones japonesas	
Machos	≥ 90 cm
Hembras	≥ 80 cm

Fuente: UpToDate Inc.

Desde 2009, se han realizado esfuerzos para establecer criterios diagnósticos uniformes para el síndrome metabólico. La FID colaboró con varias

organizaciones entre ellas la AHA, el NHLBI, la Federación Mundial del Corazón, la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad y la Sociedad Internacional de Aterosclerosis. Estas organizaciones acordaron colectivamente eliminar la inclusión del aumento del perímetro de la cintura como requisito diagnóstico. La recomendación de la reunión es adherirse a cinco normas específicas, tres de las cuales necesitan un diagnóstico de síndrome metabólico. Estos requisitos se describen en la tabla 2 y se citan en una publicación anterior (18).

TABLA 2

Parámetros	NCEP ATP3 2005 *	FDI 2009	EGIR 1999	OMS 1999	AACE 2003
Requerido			Resistencia a la insulina o hiperinsulinemia en ayunas (es decir, en el 25% superior del rango de referencia específico del laboratorio)	Resistencia a la insulina en el 25% superior Δ ; glucosa en ayunas $\geq 6,1$ mmol/L (110 mg/dL); Glucosa a las 2 horas $\geq 7,8$ mmol/L (140 mg/dL)	Alto riesgo de resistencia a la insulina \diamond o IMC ≥ 25 kg / m ² o cintura ≥ 102 cm (hombres) o ≥ 88 cm (mujeres)
Número de anomalías	≥ 3 de:	≥ 3 de:	≥ 2 de:	≥ 2 de:	≥ 2 de:
Glucosa	Glucosa en ayunas $\geq 5,6$ mmol / L (100 mg / dL) o tratamiento farmacológico para la glucemia elevada	Glucosa en ayunas $\geq 5,6$ mmol / L (100 mg / dL) o diabetes diagnosticada	Glucosa en ayunas 6.1 a 6.9 mmol / L (110 a 125 mg / dL)		Glucosa en ayunas $\geq 6,1$ mmol / L (110 mg / dL); ≥ 2 horas de glucosa 7,8 mmol / L (140 mg / dL)
Colesterol HDL	$< 1,0$ mmol / L (40 mg / dL) (hombres); $< 1,3$ mmol / L (50 mg / dL) (mujeres) o tratamiento farmacológico para el colesterol HDL bajo \S	$< 1,0$ mmol / L (40 mg / dL) (hombres); $< 1,3$ mmol / L (50 mg / dL) (mujeres) o tratamiento farmacológico para el colesterol HDL bajo	$< 1,0$ mmol/L (40 mg/dL)	$< 0,9$ mmol / L (35 mg / dL) (hombres); $< 1,0$ mmol / L (40 mg / dL) (mujeres)	$< 1,0$ mmol / L (40 mg / dL) (hombres); $< 1,3$ mmol / L (50 mg / dL) (mujeres)
Triglicéridos	$\geq 1,7$ mmol / L (150 mg / dL) o tratamiento farmacológico para triglicéridos elevados \S	$\geq 1,7$ mmol / L (150 mg / dL) o tratamiento farmacológico para triglicéridos altos	$\geq 2,0$ mmol / L (180 mg / dL) o tratamiento farmacológico para la dislipidemia	$\geq 1,7$ mmol / L (150 mg / dL)	$\geq 1,7$ mmol / L (150 mg / dL)
Obesidad	Cintura ≥ 102 cm (hombres) o ≥ 88 cm (mujeres) \P	Cintura ≥ 94 cm (hombres) o ≥ 80 cm (mujeres)	Cintura ≥ 94 cm (hombres) o ≥ 80 cm (mujeres)	Relación cintura / cadera $> 0,9$ (hombres) o $> 0,85$ (mujeres) o IMC ≥ 30 kg / m ²	
Hipertensión	$\geq 130 / 85$ mmHg o tratamiento farmacológico para la hipertensión	$\geq 130 / 85$ mmHg o tratamiento farmacológico para la hipertensión	$\geq 140 / 90$ mmHg o tratamiento farmacológico para la hipertensión	$\geq 140 / 90$ mmHg	$\geq 130 / 85$ mmHg

Fuente: UpToDate Inc.

LA FID recomienda usar los siguientes cinco criterios, necesitando tres de los cinco criterios para catalogar como síndrome metabólico:

- FPG ≥ 100 mg/dL (5.6 mmol/L) o diabetes tipo 2 previamente diagnosticada; Se recomienda una prueba de tolerancia a la glucosa oral para pacientes con una FPG elevada, pero no es necesaria.
- Presión arterial sistólica ≥ 130 , presión arterial diastólica ≥ 85 o tratamiento para la hipertensión
- Colesterol HDL < 40 mg/dL (1.03 mmol/L) en hombres o < 50 mg/dL (1.29 mmol/L) en mujeres, o tratamiento para HDL bajo
- Triglicéridos ≥ 150 mg/dL (1,7 mmol/L) o tratamiento para triglicéridos elevados
- Aumento de la circunferencia de la cintura, con puntos de corte de la circunferencia de la cintura específicos de la etnia (18).

Comparando los criterios ya expuestos y usando como base de datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) de 1999 a 2002, se llega a la conclusión de que el 39% de adultos norteamericanos cumplieron los criterios de la FID para el síndrome metabólico, en comparación con el 34,5 por ciento que utilizó los criterios de ATP III. Al superponer los resultados de ambas clasificaciones se llegó a una concordancia del 93 % al determinar la presencia o ausencia de síndrome metabólico. Al aplicar esta valoración a una población urbana en los Estados Unidos, hubo una diferencia entre los criterios de la FID en un 15 y un 20 por ciento más de adultos con síndrome metabólico que los criterios indicados por la ATP III (18).

Múltiples estudios han demostrado sistemáticamente que las implicaciones pronósticas y terapéuticas de las diversas categorías de síndrome metabólico presentan patrones comparables.

- En una cohorte prospectiva aleatoria de mujeres británicas (n = 3589) entre 60 y 79 años, que no tenían enfermedad coronaria (CC) al comenzar el estudio. Cuando se asociaron las tres clasificaciones de síndrome

metabólico, hubo una modesta asociación y fue similar con el riesgo de CC. Los cocientes de riesgo (HR) ajustados por edad para los síndromes de la FID, la OMS y el NCEP fueron 1,32 (IC del 95%: 1,03-1,70), 1,45 (IC del 95%: 1,00-2,10) y 1,38 (IC del 95%: 1,00-1,93), respectivamente.

Al examinar los datos que se obtuvieron en la población de Framingham utilizando ATP III, FID y las definiciones del síndrome metabólico del Grupo Europeo para el Estudio de la Resistencia a la Insulina (EGIR), se llegó a las siguientes asociaciones equivalentes para la diabetes tipo 2 (DM2) incidente (HR 3,5, IC del 95% 2,2- 5,6; HR 4,6, IC del 95% 2,7-7,7; HR 3,3, IC del 95% 2,1-5,1, respectivamente) y para ECV (HR 1,8, IC del 95% 1,4-2,3; HR 1,7, IC del 95% 1,3-2,3; HR 2,1, IC del 95% 1,6-2,7, respectivamente). Por lo tanto, la presencia de factores de riesgo está relacionado a un aumento en el riesgo de padecer DM2 y ECV (18).

En el ATP III en el 2001 se realizó un estudio donde se evaluó a 8800 adultos estadounidenses que participaron en la tercera Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES III, 1988 a 1994), con el fin de diagnosticar el síndrome metabólico. La prevalencia general tenía un valor del 22 %, con un incremento que dependía de la edad (6,7, 43,5 y 42,0 % para las edades de 20 a 29, 60 a 69 y >70 años, respectivamente). La prevalencia estaba aumentada si los participantes se agrupan en función al grupo etario, 31,9 % en los pacientes mexicanos. Así mismo cuando se agrupo por genero la prevalencia fue más alta en las mujeres que en los hombres (57 y 26 % más alta, respectivamente) (18).

Con el tiempo ha incrementado la frecuencia del síndrome metabólico. Al revisar los datos obtenidos en NHANES del 2011 al 2016, indica que el 34,7 % de los participantes cumplían los criterios de ATP III para el síndrome metabólico en comparación con el 22 % en NHANES III (1988 a 1994). En la cohorte de 2011 a 2016, al analizar los datos se encontró que la prevalencia fue más baja para las personas de origen asiáticos no hispanos y más alta para los hispanos y "otros"; entre todos los grupos, la prevalencia aumentó con la edad (18).

Los criterios del ATP III revisados en el 2005, fueron 3300 participantes adultos del estudio Framingham, sin diabetes o enfermedad cardiovascular (ECV). Cuando comenzó el estudio, El 16,6% de las mujeres y el 26,8% de los hombres padecían síndrome metabólico. Al hacerle un seguimiento a los pacientes después de ocho años de seguimiento, presento un incremento del 56 % ajustado por lo que la prevalencia de los hombres aumentó en función de su edad, mientras que la de las mujeres lo hizo en un 47%. (18)

2.2.3 Relación del Trastorno límite de la personalidad y Síndrome metabólico

La relación entre el síndrome metabólico y la enfermedad psiquiátrica es en realidad intrincada y probablemente confundida por muchos problemas. La prevalencia del síndrome metabólico entre las personas con TLP es el doble que en los pacientes de atención primaria. (2)

El aumento de la tasa se asocia con una edad avanzada, un IMC más alto, antipsicóticos de segunda generación, dependencia de las benzodiazepinas y atracones. La hiperglucemia es más común en ambos sexos, siendo la obesidad central y la hipertrigliceridemia más comunes en las mujeres. Se han postulado varias etiologías de las asociaciones entre el síndrome metabólico y el TLP (2).

Se ha demostrado en varios estudios que la desregulación del sistema HPA produce hipercortisolismo, desequilibrio de citocinas proinflamatorias y antiinflamatorias y disminución de la sensibilidad a la retroalimentación, con o sin trastorno depresivo mayor (2).

Las razones de este fenómeno no se aclararon bien, aunque el aumento de cortisol en personas con TLP podría resultar de su estado recurrente de estrés y tensión internos severos. El estilo de vida poco saludable, las enfermedades psiquiátricas comórbidas y el uso de psicofármacos también se han relacionado con el síndrome metabólico en este grupo (2).

En un estudio donde se determinó la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con TLP, se encontró que los pacientes con dicha patología presentan

una mayor prevalencia estandarizada por edad de Síndrome metabólico en comparación con una muestra poblacional de sujetos que asisten a atención primaria y que viven en la misma área geográfica, a pesar de tener un IMC similar. Los criterios individuales de Síndrome metabólico que diferenciaban entre el grupo de TLP femenino y el grupo de comparación femenino incluían hiperglucemia, hipertrigliceridemia y obesidad abdominal, lo que apoya que los pacientes con TLP activo tienen peor salud física (1).

Entre las enfermedades psiquiátricas comórbidas, se encuentran los atracones, la distimia, ataques de pánico y la dependencia de las benzodiazepinas están asociados con síndrome Metabólico en pacientes con TLP. El trastorno por atracón es un factor de riesgo establecido para el desarrollo del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2 (1).

El tratamiento con neurolépticos de segunda generación como la clozapina, olanzapina y quetiapina, se les infiere un mayor riesgo de desarrollo de síndrome metabólico, lo que justifica la monitorización cardiometabólica regular para los pacientes con TLP que reciben antipsicóticos de segunda generación, en particular los que tienen mayor riesgo de desarrollar Síndrome metabólico (1).

Son varios los factores en las personas que tiene el diagnóstico de TLP y que pueden influir para el desarrollo de Síndrome metabólico. Dentro de los factores de riesgo se puede incluir a estilos de vida poco saludable, comorbilidades psiquiátricas, tratamiento farmacológico, una desregulación de factores endocrinos e inmunes y alteraciones en la composición corporal asociadas con el TLP (1).

Los datos proporcionan evidencia de que el TLP se asocia con una mayor prevalencia de Síndrome metabólico y de componentes individuales de Síndrome metabólico importantes para la salud cardiovascular y la supervivencia en comparación con una muestra de atención primaria emparejada regionalmente (1).

2.3 Definición de términos básicos

- **Trastorno límite de la personalidad:**

El TLP está caracterizado por una inestabilidad en la autoimagen, la impulsividad, los cambios de humor y la hipersensibilidad en las conexiones interpersonales son comportamientos duraderos. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos. La terapia es a través de psicoterapia y farmacoterapia. (15)

- **Síndrome metabólico:**

El síndrome metabólico es un conjunto de enfermedades o anomalías metabólicas reconocidas como un importante factor de riesgo para el desarrollo de diabetes y enfermedades cardiovasculares. En la actualidad, hay una condición que está recibiendo más atención debido a su alta frecuencia y que sirve como una valiosa herramienta para los clínicos en la evaluación de los pacientes (18).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

La presente investigación se abstiene de formular una hipótesis, ya que su objetivo es proporcionar un análisis descriptivo de la incidencia del síndrome metabólico entre los individuos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad.

3.2 Variables y su definición operacional

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores		Medio de verificación
					Categoría	Valor	
Trastorno límite de la personalidad	Enfermedad mental grave que se distingue por estado de ánimo, comportamiento, y relaciones inestables, pueden tener estados psicóticos breves.	Variable cualitativa	Estado mental	Nominal	-Si -No	Si = 0 No = 1	Historia Clínica
Síndrome Metabólico	El síndrome metabólico son una serie de desórdenes o anomalías metabólicas que en conjunto son considerados factor de riesgo para desarrollar diabetes y enfermedad cardiovascular.	Variable cualitativa	Criterios de ATP III	Nominal		Si = 0 No = 1	Historia clínica
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento	Variable cualitativa	Edad	Ordinal	- Joven - Adulto - Adulto Mayor	- Joven (18 – 29 años) - Adulto (30 – 59 años) - Adulto mayor (>60 años)	Historia clínica
Sexo	Característica que diferencia el género	Variable cualitativa	Masculino Femenino	Nominal	De acuerdo con género biológico	- Masculino - Femenino	Historia Clínica
Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Variable Cualitativa	De acuerdo con su estado civil	Nominal	Estado civil	- Soltero - Casado - Divorciado - Conviviente	Historia Clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo

Para mostrar el tipo y el diseño se utilizan los siguientes criterios: Implica observación.

Se trata de una investigación no experimental, ya que no se realizarán intervenciones ni cambios en las patologías de los pacientes, según la intervención del investigador.

Según el alcance: es de tipo descriptiva

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: es de corte transversal porque los datos se obtendrán en un determinado tiempo.

Según el momento de la recolección de datos: Retrospectivo

4.2 Diseño muestral

Población universo

La población universo será todos los pacientes mayores de 18 años atendidos en consultorio externo del Hospital Víctor Larco Herrera Hospital durante el periodo enero a diciembre 2022, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Población de estudio

Todos los pacientes mayores de 18 años atendidos en consultorio externo entre los meses enero 2022 a diciembre 2022 del Hospital Víctor Larco Herrera, con diagnóstico de TLP y antecedente de Síndrome metabólico.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

- Pacientes con atención por consultorio externo durante los meses de enero 2022 a diciembre 2022 del Hospital Víctor Larco Herrera
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes con diagnóstico de TLP

De exclusión

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con comorbilidades psiquiátricas.

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la siguiente formula:

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

Donde:

N = Población Universo

Z 0 valor de la prueba z para un NC 95%

p = Prevalencia

q = 1-p

d = error

n₀ = Tamaño de muestra inicial

n_{ajustado} = Tamaño de muestra ajustado a un 10% de no respuesta

Para determinar la población universo se tomó el número de atendidos en consulta externa durante los años 2014 al 2021, no tomando en cuenta el año 2020 y 2021, debido a que hubo una variación significativa debido a la pandemia COVID 19.

TABLA 3

Atención de paciente desde el 2014 al 2021 por diagnostico mayores de 18 años en la Consulta Externa								
Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pacientes con diagnóstico de TLP	1056	1261	1425	2074	2922	2493	930	1024

Fuente: Elaboración propia

Se calculo, la mediana para determinar la Población universo, obteniéndose el siguiente resultado:

Mediana = 1749

La cual será tomada como población universo.

Para determinar el tamaño muestral se tomó los siguientes datos:

$N = 1749$

$z = 1.96$

$p = 0.5$

$q = 0.5$

$d = 0.05$

Aplicando la fórmula para determinar el tamaño de muestra:

$$n = \frac{1749 \times 1.96^2 (0.5 * 0.5)}{(1749 - 1)0.05^2 + 1.96^2(0.5 * 0.5)}$$

$$n = 400.23$$

$$n \text{ ajustado} = 440$$

Muestreo

Se examinarán las historias clínicas de individuos con TLP que acudieron a consulta externa de psiquiatría en el Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2022. Se utilizará una selección no probabilística de la muestra.

4.3 Técnicas de recolección de datos

En esta investigación se utilizó el método de observación, que se desarrollará teniendo en cuenta los objetivos especificados. Se utilizará un formulario para recopilar datos.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Se empleará una ficha de recolección de datos de preguntas cerradas, de tipo estructurado, de fuente secundaria y de aplicación indirecta

Para obtener la aprobación de la investigación, se establecerán coordinaciones con la Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera.

Mediante el examen de los historiales médicos, se recopilarán datos de los participantes en la investigación.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos incluidos en las hojas de datos se introducirán y posteriormente se transmitirán al programa informático Excel.

Una vez introducidos todos los datos en la aplicación Excel, se utilizará el programa SPSS v26 para analizar los resultados obtenidos. Los datos recopilados se presentarán en formato gráfico y tabular, acompañados de una leyenda bien definida que se generará utilizando el software adecuado. Este enfoque pretende facilitar al lector la comprensión de los resultados del estudio y permitirle extraer conclusiones significativas en consonancia con los objetivos de investigación establecidos.

Los factores tomados en consideración para la investigación se incluirán en una tabla autogenerada, y los datos pertinentes para el estudio se tomarán de las historias clínicas de urgencias de enero a diciembre de 2022

4.5 Aspectos éticos

De acuerdo con las directrices éticas internacionales de investigación, los datos de los participantes nunca se harán públicos.

CRONOGRAMA

PASOS	2022 - 2023											
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
Elaboración del proyecto de investigación	X											
Validación del instrumento	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X	X	X							
Procesamiento y análisis de datos						X	X					
Elaboración del informe								X				
Correcciones del trabajo de investigación									X	X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación de los resultados												X

PRESUPUESTO

CONCEPTO	MONTO ESTIMADO (Soles)
Material de Escritorio	150
Soporte especializado	800
Impresiones	300
Logística	100
Traslado y refrigerio	500
TOTAL	1850

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Kahl KG, Greggersen W, Schweiger U, Cordes J, Correll CU, Frieling H, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with borderline personality disorder: results from a cross-sectional study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2013;263(3):205–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-012-0339-2>
2. Ho CSH, Zhang MWB, Mak A, Ho RCM. Metabolic syndrome in psychiatry: advances in understanding and management. *Adv Psychiatr Treat* [Internet]. 2014 [citado el 16 de febrero de 2022];20(2):101–12. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/metabolic-syndrome-in-psychiatry-advances-in-understanding-and-management/3DCAE6F6F107F29C5AA16D7BDBD5C249>
3. Barber TA, Ringwald WR, Wright AGC, Manuck SB. Borderline personality disorder traits associate with midlife cardiometabolic risk. *Personal Disord* [Internet]. 2020;11(2):151–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/per0000373>
4. Doering S. Borderline personality disorder in patients with medical illness: A review of assessment, prevalence, and treatment options: A review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosom Med* [Internet]. 2019;81(7):584–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000724>
5. John AP, Koloth R, Dragovic M, Lim SCB. Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness. *Med J Aust* [Internet]. 2009;190(4):176–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02342.x>
6. Md. Abanto R., Ing. Avalos J., Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA – HVLH, Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios año 2018 (ASEH) Hospital Víctor Larco Herrera [Internet]. 2019, Noviembre. [Citado el 25 de Noviembre del 2021]. 342 pgs. Disponible en: https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/ASEH_2018.pdf
7. Castle DJ. The complexities of the borderline patient: how much more complex when considering physical health? *Australas Psychiatry*

- [Internet]. 2019;27(6):552–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1039856219848833>
8. Tan RY, Grigg J, Kulkarni J. Borderline personality disorder and polycystic ovary syndrome: A review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2018;52(2):117–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0004867417730650>
 9. Frankenburg FR, Zanarini MC. Relationship between cumulative BMI and symptomatic, psychosocial, and medical outcomes in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* [Internet]. 2011;25(4):421–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.421>
 10. Greggerson W, Rudolf S, Brandt P-W, Schulz E, Fassbinder E, Willenborg B, et al. Intima-media thickness in women with borderline personality disorder. *Psychosom Med* [Internet]. 2011;73(7):627–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182231fe2>
 11. Greggerson W, Rudolf S, Fassbinder E, Dibbelt L, Stoeckelhuber BM, Hohagen F, et al. Major depression, borderline personality disorder, and visceral fat content in women. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2011;261(8):551–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-011-0194-6>
 12. Kahl KG, Bester M, Greggerson W, Rudolf S, Dibbelt L, Stoeckelhuber BM, et al. Visceral fat deposition and insulin sensitivity in depressed women with and without comorbid borderline personality disorder. *Psychosom Med* [Internet]. 2005;67(3):407–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000160458.95955.f4>
 13. Cuadras MN, Ponce IM, Campanera EC. *Manualresidentepsiquiatria.es*. [citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.manualresidentepsiquiatria.es/pdf/38.pdf>
 14. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y La Psiquiatría*. Masson; 1999.
 15. DSM-5. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* [Internet]. *Medicapnamericana.com*. [citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.medicapnamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>

16. Livingstone C. Guia de bolsillo de la clasificacion Cie-10. Editorial Medica Panamericana; 2001.
17. ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Internet]. Who.int. [citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
18. Meigs J., Nathan D., Wolford J., Kunins L., Metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X), UpToDate, Inc. Literature review current through: Jun 2021. This topic last updated: Jul 12, 2021. [citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/metabolic-syndrome-insulin-resistance-syndrome-or-syndrome-x?search=Metabolic%20syndrome%20\(insulin%20resistance%20syndrome%20or%20syndrome%20X\)&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/metabolic-syndrome-insulin-resistance-syndrome-or-syndrome-x?search=Metabolic%20syndrome%20(insulin%20resistance%20syndrome%20or%20syndrome%20X)&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivo	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
SINDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD, HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2022	¿Cuál es la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con trastorno límite de la personalidad atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera durante 2022?	<p>Objetivo general Determinar la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con trastorno límite de la personalidad atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2022</p> <p>Objetivos específicos Identificar los pacientes con trastorno límite de la personalidad atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera, 2022 Identificar las características generales de los pacientes con trastorno límite de la personalidad atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera, 2022. Determinar si los pacientes con Trastorno límite de la personalidad atendidos en consulta externa, presentan</p>	<p>El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo El tipo y diseño se presenta según los siguientes parámetros: es de tipo observacional Según la intervención del investigador: Es un estudio no experimental debido a que no se va a intervenir ni modificar el curso de la patología de los pacientes. Según el alcance: es de tipo descriptiva Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: es de corte transversal porque los datos se obtendrán en un</p>	<p>Todos los pacientes mayores de 18 años atendidos en consultorio externo entre los meses enero 2022 a diciembre 2022 del Hospital Víctor Larco Herrera, con diagnóstico de Trastorno Limite de Personalidad y antecedente de Síndrome metabólico.</p>	Ficha de recolección de datos

		Síndrome metabólico.	determinado tiempo. Según el momento de la recolección de datos: Retrospectivo		
--	--	----------------------	--	--	--

Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Datos generales

Número de ficha: _____
Fecha: _____
Número de historia clínica: _____
Sexo: M () F ()
Edad: _____
Estado civil: _____
Grado de instrucción: _____
Talla: _____
Peso: _____

- Según la evaluación de los datos de la historia clínica, el paciente cuenta con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite: SÍ () NO ()
- El paciente con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite presenta diagnóstico de Síndrome metabólico: SÍ () NO ()
- Según la evaluación de los datos de la historia clínica, el paciente cuenta con análisis de laboratorio: SI () NO ()
 - Glucosa: _____
 - Colesterol: _____
 - Triglicéridos: _____
- Comorbilidad psiquiátrica: _____
- Consumo de sustancias psicoactivas: _____
- Atención en servicio de emergencia (motivo): _____
- Hospitalizaciones previas: _____
- Antecedentes de tratamientos previos: _____

Observaciones: _____