



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Nivel de funcionalidad y discapacidad en mujeres con trastorno de personalidad límite

Level of functionality and disability in women with borderline personality disorder

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a24.1.5943

Juan Daniel Medina Torres ¹ 

María Eugenia TorresCastillo ² 

José Gaspar Rodolfo Cortes Riveroll ³ 

Minou del Carmen Arévalo Ramírez ⁴ 

Correspondencia: Juan Daniel Medina Torres. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 20, Servicio de Psiquiatría, Avenida Fidel Velázquez 4211 Heroica Puebla De Zaragoza Col. Infonavit La Margarita, Puebla, C.P. 72560, Puebla, México.
Correo electrónico: mtjuandaniel96@gmail.com



Licencia CC-BY-NC-ND



¹ Médico residente de Psiquiatría. Benemérita Universidad Autónoma, Hospital General de Zona número 20 Instituto Mexicano del Seguro Social, Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, México.

² Médica Psiquiatra infantil y de la adolescencia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional no. 36, Servicio de Psiquiatría. Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, México.

³ Doctor en Historia. Profesor Investigador Tiempo Completo, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Área de Ciencias Médicas e Investigación, Departamento de Psiquiatría. Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, México.

⁴ Médica Psiquiatra. Profesor investigador, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Área de Ciencias Médicas e Investigación, Departamento de Psiquiatría. Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, México.



Resumen

Objetivo: El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno complejo caracterizado por emociones intensas e inestables, relaciones fluctuantes y una distorsión en la autoimagen, que derivan en comportamientos impulsivos y dificultades en la regulación emocional. En esta pesquisa, tratamos de identificar el nivel de funcionalidad y discapacidad en pacientes femeninos diagnosticados con TLP en el Hospital General de Zona 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Puebla (HGZP-20).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal en el HGZP-20 entre enero y junio de 2023, en la consulta externa de psiquiatría en mujeres diagnosticadas con TLP mediante el WHODAS 2.0 y la escala EEAG.

Resultados: Se incluyeron a 200 pacientes mujeres, con una edad media de 37 años. La comorbilidad psiquiátrica más frecuente fue la depresión (57%). Corroboramos que el 45.5% de las pacientes nunca había recibido psicoterapia, por ello se considera importante una mejora de las intervenciones terapéuticas. El 74% presentó un resultado EEAG igual o superior a 70, con nivel aceptable de funcionamiento global, pero, en el 88.5% de las pacientes, se apreció una discapacidad de leve a moderada, destacando una discrepancia entre la evaluación objetiva y la percepción subjetiva.

Conclusiones: El uso de herramientas clinimétricas es muy importante para realizar intervenciones terapéuticas tempranas y dirigidas a mejorar la atención médica y calidad de vida de los pacientes con TLP.

Palabras Claves: Evaluación de la Discapacidad; Trastornos de la Personalidad; Trastorno de Personalidad Limítrofe; Psiquiatría; Mujeres.

Abstract

Objective: Borderline Personality Disorder (BPD) is a complex condition characterized by intense and unstable emotions, fluctuating relationships, and a distorted self-image, which lead to impulsive behaviors and difficulties in emotional regulation. In this study, we aimed to identify the level of functionality and disability in female patients diagnosed with BPD at the General Hospital of Zone 20 of the Mexican Institute of Social Security (IMSS) in Puebla (HGZP-20).

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted at HGZP-20 between January and June 2023, in the outpatient psychiatry clinic, involving women diagnosed with BPD using the WHODAS 2.0 and the GAF scale.

Results: A total of 200 female patients were included, with a mean age of 37 years. The most frequent psychiatric comorbidity was depression (57%). We found that 45.5% of the patients had never received psychotherapy, highlighting the need to improve therapeutic interventions. Seventy-four percent had a GAF score equal to or greater than 70, indicating an acceptable level of global functioning; however, 88.5% of the patients showed mild to moderate disability, revealing a discrepancy between objective evaluation and subjective perception.

Conclusions: The use of clinimetric tools is crucial for implementing early and targeted therapeutic interventions aimed at improving medical care and the quality of life of patients with BPD.

Keywords: Disability Evaluation; Personality Disorders; Borderline Personality Disorder; Psychiatry; Women.

• Fecha de recibido: 1 de diciembre de 2024 • Fecha de aceptado: 27 de mayo de 2025
• Fecha de publicación: 28 de mayo de 2025

Introducción

Definir de una manera exacta lo que significa personalidad es complejo pues conlleva múltiples dimensiones, sin embargo, podemos decir de manera simple pero puntual que, son los rasgos o cualidades que tiene un individuo y esto permite diferenciarlo de los demás. Deriva de la palabra latina “*personare*” formada por “*per*” (a través) y “*sonare*” (sonar). La personalidad es una cualidad abstracta resultante de un conjunto de factores internos (temperamento) y externos (carácter), que son inherentes al individuo y determinantes de su identidad como persona (como siente, como piensa y como actúa). El temperamento es la tendencia innata de reaccionar a estímulos, y el carácter es la organización psíquica estructurada de un individuo. Ambos forman la personalidad que nos hace únicos en cómo sentimos, pensamos y actuamos. Un trastorno de personalidad surge cuando esta se ve afectada ^{1,2}.

Los trastornos de la personalidad implican que el comportamiento, los pensamientos y las emociones de una persona sean rígidos, inflexibles y persistentes a través del tiempo, con respecto a los patrones de personalidad considerados “sanos” dentro de su cultura. A lo largo de su estudio, se ha identificado que esta psicopatología comienza a desarrollarse desde la infancia misma, estructurada de manera rígida y mantenida durante el crecimiento, causando disfuncionalidad y discapacidad en esferas como la interpersonal o intrapersonal. La prevalencia de los trastornos de personalidad de acuerdo con la clasificación del DSM 5-TR es del 10.5%. De los cuales el 3.6% corresponden al grupo A, el 4.5% al grupo B y el 2.8% al grupo C ³.

El trastorno límite de la personalidad pertenece al cluster B de la clasificación de trastornos de personalidad, que se caracteriza por alguno de los rasgos siguientes: relaciones inestables, una auto y hetero percepción distorsionada, y una vivencia intensa de las emociones. Estas características se acompañan de una ambivalencia en sus conductas, tanto internas como externas, que pueden conllevar a la presencia de comportamientos de finalidad autodestructiva (no solamente la conducta suicida), como la autolesión, los cuales suelen presentarse de manera longitudinal ⁴.

La prevalencia estimada del TLP reportada de una submuestra en la Encuesta Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos, fue de 1.4%; en una revisión de siete estudios señalan una prevalencia de 0.7 a 2.7%; también en Estados Unidos se mencionan cifras de hasta el 6% en el primer nivel de atención y, alrededor de 12% entre las personas atendidas en clínicas de salud mental ambulatorias, y de 22% entre los pacientes hospitalizados psiquiátricos; en México, se estima una prevalencia del 1.5% ⁵.

Un instrumento utilizado en esta pesquisa fue el WHODAS 2.0 el cual es un instrumento desarrollado por la OMS para evaluar el grado de discapacidad funcional de una persona en los últimos 30 días, independientemente del diagnóstico médico, toma como base el modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) y valora 6 dominios: relaciones interpersonales, participación social, movilidad, autocuidado, cognición y actividades de la vida diaria. Su puntuación final permite estimar el nivel de funcionalidad ⁶.



Existen estudios previos en los que se utilizó el instrumento “WHODAS 2.0”, para valorar la discapacidad de las pacientes con TLP; esta prueba de clinimetría con un alfa Cronbach de 0.96, se estructuró para poder valorar la discapacidad de diversas poblaciones, entre ellas, los grupos con alteraciones en la salud mental ^{7,8}. Otro instrumento importante para esta investigación es la Escala de evaluación de la Actividad Global (EEAG.) con un alfa de Cronbach de 0.8. Esta otra prueba clinimétrica se encuentra en el manual diagnóstico y estadístico en su cuarta edición y se utiliza para valorar la funcionalidad en la salud y enfermedad. Maneja una puntuación que va del 1 al 100 considerando a mayor puntaje, mejor nivel de función, la aplica el clínico en su valoración y otorga una puntuación única a la actividad del evaluado ⁹.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal de enero a junio de 2023, en el servicio de consulta externa de psiquiatría del HGZ 20, IMSS de Puebla. La presente investigación fue sometida a evaluación y autorización por parte del Comité Local de Ética e Investigación en Salud, obteniendo número de registro R-2022-2108-106.

Para calcular el tamaño de muestra de un universo del que se desconoce el marco muestral, se utilizaron los siguientes valores: Alfa (Máximo error tipo I): 0.050, nivel de confianza 1-a/2: 0.975, Z: 1.960, prevalencia de la enfermedad: 0.150, complemento p: 0.850, precisión: 0.050, N (numero del tamaño de la muestra): 195.91.

Se incluyeron todos los derechohabientes femeninos con rango de 25 a 45 años (delimitamos este periodo por ser la edad productiva y poder identificar de una manera más sencilla la disfuncionalidad y discapacidad de las pacientes), que acudieron de manera subsecuente o fueron referidas de primera vez de la consulta externa de medicina familiar con el diagnóstico de TLP (considerando los criterios del DSM V TR cumpliendo con al menos 5 de los 9 criterios mencionados) al servicio de psiquiatría del HGZP-20. Además se utilizaron los siguientes criterios de selección; de Inclusión: derechohabiente mujer, cursar con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, que acepte participar en el estudio y firme carta de consentimiento informado; de Exclusión: mujeres menores de 18 años, paciente que curse con patología orgánica, paciente que no acepte participar en el estudio; de Eliminación: pacientes que soliciten no continuar con la investigación y datos incompletos en los formatos de recolección.

Las pacientes fueron atendidas y se les invitó a ingresar al protocolo de estudio, previa explicación clara y detallada. Se les dio a leer y firmar la carta de Consentimiento Informado, tanto al paciente como a su acompañante responsable. Aquellas que aceptaron participar, se les entregó la encuesta auto aplicable WHODAS 2.0 (El Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0) con un alfa de Cronbach de 0.96. Se consideraron los siguientes puntos de corte: de 0-100 puntos; 0-4 ninguna discapacidad, 5-24 puntos discapacidad leve, 25-49 puntos discapacidad moderada, 50-74 puntos discapacidad grave, 75-100 puntos discapacidad extrema.

Durante la valoración se aplicó la escala EEAG (Escala de la evaluación de la actividad global) que es hetero aplicada con un alfa de Cronbach de 0.8 con los siguientes puntos de corte: 0 puntos, información insuficiente para evaluar; 1–10 puntos, funcionamiento casi nulo, riesgo persistente de daño grave; 11–20 puntos, peligro claro para sí o para otros, conducta gravemente alterada; 21–30 puntos, alteración severa del funcionamiento, posible riesgo de autolesión; 31–40 puntos: deterioro importante en varias áreas (trabajo, relaciones, autocuidado); 41–50 puntos, síntomas graves o conflictos serios en el entorno social/laboral; 51–60 puntos, síntomas moderados, funcionamiento con limitaciones; 61–70 puntos, síntomas leves a moderados, funcionamiento adecuado con algunas dificultades; 71–80 puntos, síntomas leves, funcionamiento bueno; 81–90 puntos, síntomas mínimos, funcionamiento casi completo; 91–100 puntos, funcionamiento superior, sin síntomas clínicos.

Para el estudio utilizamos como estrategia de evaluación, el funcionamiento y la discapacidad a partir en los datos provenientes de los dos instrumentos de medición (WHODAS 2.0 Y EEAG). Implementamos una metodología mixta, integrando la perspectiva subjetiva de las participantes a través de un cuestionario auto-administrado y la evaluación objetiva realizada por profesionales clínicos.

La discapacidad percibida por las pacientes fue emanada de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS, versión 2.0 de 36 ítems (WHODAS 2.0). Este instrumento, con propiedades psicométricas establecidas, explora seis dominios cruciales de la vida diaria: cognición, movilidad, autocuidado, relaciones interpersonales, actividades de la vida y participación social. La administración del cuestionario se realizó bajo condiciones controladas, asegurando la comprensión de las instrucciones, la autonomía en la respuesta y la confidencialidad de los datos recolectados. La puntuación total obtenida del WHODAS 2.0 se utilizó como un indicador cuantitativo del nivel de discapacidad auto percibida, categorizada según los puntos de corte mencionados con anterioridad. Es importante destacar que esta medición se centró en la autoevaluación retrospectiva de las limitaciones funcionales durante el último mes, capturando la vivencia personal del impacto del TLP en su funcionalidad.

En contraste, la evaluación de la capacidad funcional desde una perspectiva clínica se realizó utilizando la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Esta escala, aplicada por el personal médico, proporcionó una valoración objetiva del funcionamiento general de las pacientes. La inclusión de esta medida permitió la comparación entre la percepción subjetiva de la discapacidad reportada por las pacientes y la evaluación clínica realizada por los profesionales de la salud. Esta comparación resulta metodológicamente valiosa para identificar posibles discrepancias entre ambas perspectivas, lo que podría tener implicaciones significativas para la comprensión integral del impacto del TLP y la planificación de intervenciones terapéuticas.

Posteriormente, se interpretaron los datos obtenidos y se utilizó estadística descriptiva para su cotejo en el programa estadístico SPSS v.25.

Resultados

Se estudiaron 200 pacientes, todas mujeres, y se les aplicaron las escalas previamente mencionadas para ser evaluadas. La media de edad del grupo fue de 37 años, con una edad mínima de 25 años y máxima de 45 años, y una desviación estándar de ± 7.023 años, lo que muestra una variabilidad considerable en las edades de las participantes. En términos de estado civil, se encontró que el 52% de las pacientes estaban casadas, mientras que el 48% restante no lo estaba, revelando una distribución equilibrada entre esta variable.

Respecto al nivel educativo, se presentó una amplia diversidad. Un 14.5% de las pacientes no tenía educación formal, mientras que solo el 2.0% había alcanzado un nivel de posgrado; se destaca la desigualdad educativa (Tabla 1) que podría influir en la comprensión y manejo del tratamiento, así como en el acceso a recursos y apoyo.

Tabla 1. Datos demográficos

Sexo	Hombres: 0%. Mujeres: 100%.
Edad	Mínima: 25 Máxima: 45 años.
Estado civil	Casadas: 52%. Soltera: 48%.
Grado de estudios	Sin estudios: 14.5% Primaria: 33.5% Secundaria: 10% Preparatoria: 30% Universidad: 10% Posgrado: 2%.

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 2. Funcionalidad de las pacientes

50-59 puntos	8%
60-69 puntos	30%
70-79 puntos	60%
80-89 puntos	2%

Nota: Porcentaje de las puntuaciones de las participantes del estudio, con base a la escala de evaluación de la actividad global.

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 3. Discapacidad percibida por las participantes con trastorno límite de la personalidad

Sin discapacidad	2%
Con discapacidad Leve	38.50%
Con discapacidad moderada	50%
Con discapacidad grave	9.50%

Nota: Porcentaje de las puntuaciones de las participantes del estudio con base a la escala WHODAS 2.0.

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 4. Psicoterapias tomadas por las pacientes

Terapia dialectico conductual	21%
Terapia cognitivo conductual	11%
Sin psicoterapia	46%
Psicoterapia no especificada	22%

Nota: *TDC: Terapia dialéctico conductual; TCC: Terapia cognitivo conductual.

Fuente: Elaboración Propia.

La adherencia al tratamiento se identificó como un problema significativo, ya que solo el 22.5% de las pacientes seguía de manera constante las recomendaciones médicas. Esta baja adherencia puede tener un impacto negativo en los resultados de salud y en la eficacia general de las intervenciones. Este problema alude a una necesidad urgente de abordar las barreras que enfrentan los pacientes para seguir las recomendaciones médicas, lo cual es crucial para mejorar su estado general y optimizar los resultados del tratamiento.

La comorbilidad psiquiátrica más asociada fue la depresión, con un 57%, y de estas, el 45.5% nunca ha tomado psicoterapia. El 74% de las pacientes presentó un nivel de funcionalidad, medido según la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG), igual o mayor a 70. Por otra parte, el 88.5% de ellas percibe su discapacidad como leve o moderada, lo que nos ayuda a comprender mejor cómo se sienten y se desenvuelven en su vida cotidiana.

Al observar los datos de la Tabla 2, encontramos que más de la mitad, el 60%, se posicionó en el rango de 70 a 79 puntos, lo que permite suponer que, aunque pueden tener algunas dificultades, su funcionalidad general les permite manejarse relativamente bien. Un 30% se ubicó en el rango de 60 a 69 puntos, mostrando un nivel funcional algo más limitado, pero que aún les permite cierta independencia. Por último, el 8% tuvo puntuaciones de 50 a 59 puntos, lo que refleja mayores retos en su vida diaria, y sólo un 2% alcanzó entre 80 y 89 puntos, mostrando un funcionamiento cercano al óptimo. Estos datos nos

dan una idea clara de las diferentes necesidades de las pacientes. Poner atención a estas diferencias nos permite ofrecer un cuidado más personalizado, que realmente responda a lo que cada una necesita para mejorar su calidad de vida.

Los datos del Tabla 3, evaluados con la herramienta WHODAS 2.0 de la Organización Mundial de la Salud, nos muestran cómo se sienten y enfrentan su día a día las pacientes estudiadas. Solo un 2% no presenta ninguna discapacidad, lo que significa que la gran mayoría tiene algún nivel de dificultad en su funcionalidad.

La mitad de las pacientes (50%) vive con una discapacidad moderada. Esto implica que enfrentan retos importantes, aunque aún logran realizar muchas actividades cotidianas con cierto apoyo. Un 38.5% tiene una discapacidad leve, lo que sugiere que, aunque hay limitaciones, estas no afectan demasiado su autonomía. Por otro lado, un 9.5% enfrenta una discapacidad grave, lo que significa que necesitan más ayuda y cuidado especializado para poder desenvolverse en su vida.

En relación con las intervenciones terapéuticas, encontramos que, entre quienes buscaron tratamiento, el 21.5% participó en terapia dialéctico-conductual y el 11.0% en terapia cognitivo-conductual. Además, el 22.0% de las pacientes no estaba informado sobre el tipo de tratamiento recibido, mientras que el 45.5% no había asistido a ninguna sesión de psicoterapia (Tabla 4).

Discusión

El estudio se enfocó en analizar a 200 mujeres que viven con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, para entender mejor su salud mental y su nivel de funcionalidad. Las pacientes tenían una edad media de 37 años, con una desviación estándar de ± 7.023 años, lo que indica una variabilidad considerable en las edades dentro de la muestra. Este rango amplio permitió observar una diversidad de experiencias y condiciones, lo que enriqueció la comprensión del estado de salud mental, en esta población específica. En cuanto a los diagnósticos encontrados, un aspecto relevante fue la alta prevalencia de trastornos afectivos. El estudio reveló que más de la mitad de las pacientes mostraba signos de depresión, confirmando que este trastorno es común entre quienes presentan trastorno límite de la personalidad (TLP). La comorbilidad de la depresión con el TLP es un fenómeno bien documentado, ya que las personas con TLP a menudo luchan con una regulación emocional inestable, lo que puede llevar a episodios depresivos ¹⁰.

Además de la depresión, se observó que casi una cuarta parte de las pacientes experimentaba ansiedad, lo que destaca la complejidad de los problemas de salud mental en esta población. La presencia concurrente de ansiedad puede complicar el tratamiento y afectar negativamente la calidad de vida, ya que añade una capa adicional de desafío en el manejo de los síntomas y la funcionalidad diaria ¹¹.

En cuanto a las intervenciones terapéuticas, los hallazgos mostraron una brecha preocupante en la atención y el acceso a los tratamientos. Casi la mitad de las pacientes no había recibido ningún tipo de psicoterapia, lo que sugiere barreras significativas para el acceso a la atención mental, ya sea debido a limitaciones en el sistema de salud, falta de recursos, o estigma asociado con buscar ayuda. Además, un porcentaje considerable de las pacientes que sí recibieron algún tipo de tratamiento no estaba informado sobre el tipo de terapia que se les había proporcionado; esto indica una posible falta de comunicación o educación por parte de los profesionales de la salud, lo que es crucial para el empoderamiento del paciente y el cumplimiento del tratamiento. El conocimiento sobre el tipo de intervención recibida puede ser vital para que las pacientes comprendan su proceso terapéutico y participen activamente en su recuperación ¹².

Dentro del grupo que buscó tratamiento, se encontraron diferencias en las terapias recibidas. La terapia cognitivo-conductual (TCC) fue utilizada por una minoría de las pacientes, mientras que la terapia dialéctico-conductual (TDC) tuvo una mayor prevalencia entre las opciones terapéuticas. La TDC es considerada una de las terapias más efectivas para el TLP, ya que se centra en enseñar habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar y mejora de las relaciones interpersonales, todas las áreas que suelen ser problemáticas en las personas con TLP. La TCC, por otro lado, se enfoca en modificar patrones de pensamiento disfuncionales, lo que también puede ser beneficioso para las pacientes con TLP, aunque su aplicación fue menos frecuente en este grupo ^{13,14}.

En relación con la funcionalidad de las pacientes, los resultados mostraron que la mayoría de las pacientes obtuvo puntajes iguales o superiores a 70, lo que sugiere un nivel de funcionamiento relativamente alto. Este hallazgo es interesante porque implica que, a pesar de los síntomas y las dificultades asociadas con el TLP, muchas pacientes son capaces de mantener un cierto grado de funcionamiento en sus vidas cotidianas. No obstante, hay una discrepancia notable entre esta evaluación objetiva y la percepción subjetiva de las pacientes. A pesar de los buenos resultados en la EEAG, la gran mayoría de las mujeres se percibía a sí misma con algún grado de discapacidad, desde leve hasta moderada. Esta percepción puede influir negativamente en su bienestar y en su disposición para participar en la atención médica y las intervenciones terapéuticas. Este contraste entre la funcionalidad objetiva y la percepción subjetiva puede deberse a varios factores. Las personas con TLP suelen tener una autoimagen fluctuante y sentimientos intensos de inadecuación, lo que puede llevar a una autopercepción más negativa de su capacidad para funcionar en el día a día. Además, la falta de habilidades de regulación emocional, puede hacer que las situaciones estresantes se perciban como más difíciles de manejar, contribuyendo a una sensación de discapacidad.

La investigación de Tate AE y cols., encontraron que las personas con TLP tienden a presentar más comorbilidades con otros trastornos de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos, lo que se alineó con nuestros hallazgos, ya que en nuestro estudio también se observó una alta prevalencia de comorbilidad con otros trastornos mentales. Esto refuerza la idea de que el TLP rara vez ocurre en aislamiento y a menudo se presenta junto con otros problemas de salud mental, lo que complica el tratamiento y la gestión de la enfermedad ¹⁵.



La investigadora Thadani B., también destacó que las personas con TLP presentan un grado de discapacidad significativo, lo que concuerda con nuestros resultados, ya que todas las pacientes evaluadas mostraban algún nivel de discapacidad, aunque no necesariamente se traducía en una disminución significativa de su funcionalidad diaria ¹⁶.

En una revisión de Leichsenring F. y cols., observaron que los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentaban niveles significativos de disfunción en varias áreas de su vida. En la comunidad, los individuos con TLP tienen menos probabilidades de mantener un empleo estable y relaciones satisfactorias en comparación con aquellos sin TLP. Específicamente, el 47.4% de los individuos con TLP en la comunidad experimentan un buen funcionamiento general, en contraste con el 74% de los individuos analizados ¹⁷.

Los pacientes TLP suelen mostrar niveles significativos de deterioro en la funcionalidad según la EEAG. En un estudio de Zeitler y cols., se observó que solo el 44% de los pacientes con TLP alcanzaron un nivel de EEAG superior a 60, lo que indica un nivel moderado de funcionamiento. A diferencia de nuestro estudio que fue igual o mayor a 70, siendo ligeramente mejor en nuestra población ¹⁸.

Además, una revisión sistemática de Dhar A. indicó que los individuos con TLP experimentan un deterioro significativo en el funcionamiento global, tanto en poblaciones clínicas como en remisión ¹⁹.

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno complejo que puede causar discapacidades en diversas áreas de la vida, desde las relaciones interpersonales hasta el funcionamiento laboral y social. Sin embargo, el tratamiento adecuado puede marcar una diferencia significativa en la vida de las personas afectadas. Las terapias como la cognitivo-conductual y la dialéctico-conductual han mostrado ser efectivas para ayudar a las personas con TLP para desarrollar habilidades de regulación emocional, mejorar la tolerancia al estrés y construir relaciones más saludables. Además, el apoyo emocional y la educación sobre el trastorno son cruciales para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

El nivel de discapacidad en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) según la World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) es significativamente alto. Por ejemplo, un estudio de Ruocco encontró que los pacientes con TLP reportaron una mayor discapacidad por el WHODAS 2.0 que la población sin la afección, aunque en este estudio no se hizo la comparación, es de importancia observar que a diferencia del de Ruocco nuestra población se encontró entre una puntuación de leve a moderada. Además, otro trabajo que comparó diferentes trastornos mentales en un entorno de emergencia psiquiátrica reportó que los pacientes con trastornos de personalidad, incluyendo TLP, tenían puntuaciones de WHODAS 2.0 similares a las de nuestra población observada como moderada si se expresara de manera categorial ²⁰.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) implica una carga económica considerable, atribuida a los elevados gastos tanto directos como indirectos vinculados a su tratamiento y manejo. Entre los gastos directos, se destacan principalmente los costos de atención médica en hospitales y servicios ambulatorios.

rios. Este trastorno no solo afecta a los individuos que lo padecen, sino que también tiene un impacto en sus familias y en el sistema de salud en general. Las implicaciones financieras pueden ser extensas, afectando la calidad de vida de los pacientes y la sostenibilidad de los recursos de atención médica en la sociedad. Por lo tanto, es fundamental considerar estrategias de intervención temprana y tratamiento efectivo que puedan mitigar estos costos a largo plazo ²¹.

Aunque las pacientes con TLP presentan desafíos significativos, incluidos síntomas de depresión y ansiedad, así como una alta percepción de discapacidad, la mayoría mantiene un nivel de funcionalidad relativamente alto según las evaluaciones objetivas. Este hallazgo subraya la importancia de intervenciones terapéuticas adecuadas y accesibles, así como la necesidad de abordar tanto los síntomas como las percepciones subjetivas de las pacientes, para lograr una mejora integral en su bienestar y calidad de vida.

Conclusión

El presente estudio reveló una discrepancia significativa entre la evaluación del estado funcional derivada del WHODAS 2.0 (una medida objetiva) y la evaluación clínica mediante la EEAG (una valoración subjetiva). Esta incongruencia subraya la utilidad de este estudio al destacar la necesidad de una mayor investigación en esta área. Recomendamos un estudio de seguimiento que emplee los mismos instrumentos, con un análisis comparativo de los datos tanto cuantitativos como cualitativos. Si surgieran discrepancias similares, sería prudente explorar la utilidad de instrumentos alternativos, como el SF-36, para proporcionar una evaluación más integral. Además, si las inconsistencias observadas persisten, se debería considerar el desarrollo y la validación de un instrumento adaptado culturalmente a la población mexicana. Tal instrumento podría ofrecer una evaluación más matizada y precisa de la discapacidad y la funcionalidad dentro de esta población específica, lo que, en última instancia, podría mejorar la atención clínica y la planificación de intervenciones.

Con este estudio se abre camino para futuras investigaciones que incluyan tanto a hombres como a mujeres, permitiendo analizar diferencias y similitudes en la percepción y el funcionamiento de cada género. Esto contribuirá a una comprensión más integral de las necesidades de ambos grupos, facilitando el desarrollo de enfoques terapéuticos más equitativos y efectivos en salud mental.

Conflicto de interés

No hay conflictos de interés que afecten este estudio. La investigación se realizó de manera objetiva y sin influencia de intereses personales o financieros.



Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y fue presentado ante el comité de ética 2108 del IMSS, siendo aprobado con un número de registro Institucional R-2022-2108-106. Los pacientes incluidos en el estudio recibieron información de manera verbal sobre los objetivos y el alcance del estudio, participaron de manera voluntaria sin recibir alguna clase de remuneración económica. Todas aceptaron participar firmando una carta de consentimiento informado.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos

Contribución de los autores

Conceptualización y diseño: J.D.M.T., M.E.T.C., J.G.R.C.R., M.C.A.R.; Metodología: J.D.M.T., J.G.R.C.R., M.C.A.R.; Adquisición de Datos y Software: J.D.M.T., M.E.T.C., J.G.R.C.R., M.C.A.R.; Análisis e interpretación de datos: J.D.M.T., J.G.R.C.R.; Investigador Principal: J.D.M.T.; Investigación: J.D.M.T., M.E.T.C., J.G.R.C.R., M.C.A.R.; Redacción de Manuscritos—Preparación del borrador original: J.D.M.T., J.G.R.C.R., M.C.A.R.; Redacción, revisión y edición del manuscrito: J.D.M.T., J.G.R.C.R., M.C.A.R.; Visualización: J.D.M.T., J.G.R.C.R., M.C.A.R.; Supervisión: J.D.M.T., M.E.T.C., J.G.R.C.R., M.C.A.R.

Agradecimientos

Agradecemos a las pacientes que participaron en el estudio y al personal del Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita” por su apoyo. Agradecemos a los asesores médicos y metodológicos por su orientación, a los comités locales de investigación y ética por su aprobación, y al Instituto Mexicano del Seguro Social por el apoyo y los recursos necesarios.

Referencias

1. Ezequiel D. El Trastorno Límite de Personalidad desde una perspectiva estructural. *Rev Humanismo y Cambio Social*. 2021; 18:196-204. disponible en: <https://revistas.unan.edu.ni/index.php/Humanismo/article/view/800?articlesBySimilarityPage=3>
2. Rossi R, Ridolfi ME. Borderline personality disorder in young people: state of the art and future plans in Italy. *Curr Opin Psychol*. 2021; 37:61–5. doi: 10.1016/j.copsyc.2020.08.010. disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X2030155X?via%3Dihub>
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing, editor. 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
4. D'Adda F, Sighinolfi G, Mitolo M, Scala M, Guidi L, Motta L, Cirignotta L, Mannes DN, Tonon C, Lodi R, Menchetti M. Neurobiological correlates of personality dimensions in borderline personality disorder using graph analysis of functional connectivity. *Sci Rep*. 2025 Apr 12;15(1):12623. doi: 10.1038/s41598-025-85989-x.
5. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024;23(1):4–25. doi: 10.1002/wps.21156.x Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.21156>
6. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, editors. *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf
7. Svanborg C, Amer A, Nordenskjöld A, et al. Evidence for validity of the Swedish self-rated 36-item version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in patients with mental disorders: a multi-centre cross-sectional study using Rasch analysis. *Journal of Patient-Reported Outcomes* 2022;6(1); doi: 10.1186/s41687-022-00449-8.
8. Pedersen G, Urnes Ø, Hummelen B, Wilberg T, Kvarstein EH. Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *European Psychiatry*. 2018;51:16–9. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.12.028
9. Koopmans AB, van Hoeken D, Clarke DE, Vinkers DJ, van Harten PN, Hoek HW. Proxy WHO Disability Assessment Schedule 2.0 Is Clinically Useful for Assessing Psychosocial Functioning in Severe Mental Illness. *Front Psychiatry*. 2020 Apr 15;11:303. doi: 10.3389/fpsy.2020.00303. PMID: 32351419; PMCID: PMC7174765.



10. Saltychev M, Katajapuu N, Bärlund E, Laimi K. Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability - systematic review. *Disabil Rehabil.* 2021;43(6):789-794. doi:10.1080/09638288.2019.1643416. disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2019.1643416>
11. Rao S, Heidari P, Broadbear JH. Developments in diagnosis and treatment of people with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2020;33(5):441-6. doi: 10.1097/YCO.0000000000000625. Disponible en: https://journals.lww.com/co-psychiatry/abstract/2020/09000/developments_in_diagnosis_and_treatment_of_people.3.aspx
12. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, et al. borderline personality disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics (Basel).* 2021;11(11):2142. doi:10.3390/diagnostics11112142 disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4418/11/11/2142>
13. Iskrac A, Barkley E. Neural Changes in Borderline Personality Disorder After Dialectical Behavior Therapy-A Review. *Front Psychiatry.* 2021; 12:1-7. doi:10.3389/fpsy.2021.772081 Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.772081/full>
14. Bezerra G, Laskoski P, Terra L, et al. The association between reflective function and global functionality in patients with borderline personality disorder. *Australas Psychiatry.* 2021; 29:586-589. doi:10.1177/1039856220981801 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348059506_The_association_between_reflective_function_and_global_functionality_in_patients_with_borderline_personality_disorder
15. Tate AE, Sahlin H, Liu S, Lu Y, Lundström S, Larsson H, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R. Borderline personality disorder: associations with psychiatric disorders, somatic illnesses, trauma, and adverse behaviors. *Mol Psychiatry.* 2022 May;27(5):2514-2521. doi: 10.1038/s41380-022-01503-z.
16. Thadani B, Pérez-García AM, Bermúdez J. Functional impairment in borderline personality disorder: The mediating role of perceived social support. *Front Psychol.* 2022; 13:883833. doi:10.3389/fpsyg.2022.883833. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9197239/>
17. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA.* 2023 Feb 28;329(8):670-679. doi: 10.1001/jama.2023.0589. PMID: 36853245.
18. Zeitler ML, Bohus M, Kleindienst N, et al. How to Assess Recovery in Borderline Personality Disorder: Psychosocial Functioning and Satisfaction with Life in a Sample of Former DBT Study Patients *Journal of Personality Disorders.* 2020;34(3):289-307. doi:10.1521/pedi_2018_32_394

19. Dhar A, Hay P, Meade T. Journal of Personality Disorders. 2023;37(6):691-723. doi:10.1521/pedi.2023.37.6.691 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30179577/>
20. Hoehne A, Giguère CE, Herba CM, Labelle R. Assessing Functioning across Common Mental Disorders in Psychiatric Emergency Patients: Results from the WHODAS-2 Can J Psychiatry. 2021;66(12):1085-1093. doi:10.1177/0706743720981200 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33353429/>
21. Wagner T, Assmann N, Köhne S, Schaich A, Alvarez-Fischer D, Borgwardt S, et al. The societal cost of treatment-seeking patients with borderline personality disorder in Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2022;272(4):741-752. doi:10.1007/s00406-021-01332-1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9095542/>

