

Artículo original

# Trastorno depresivo mayor y trastorno límite de la personalidad, efectos en el autoestima y función familiar, en mujeres adultas consultantes en un servicio público de salud mental en Chile

Antonio Ignacio Iturria Leal<sup>1</sup>, Antonio Tapia Rojas<sup>2</sup>, Andrés Cabezas Corcione<sup>3</sup>

1. Unidad de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital San Juan de Dios, Curicó, Chile

2. Universidad Católica del Maule en Convenio con MINEDUC-UDM

3. Universidad Autónoma de Chile

Correspondencia: andres.cabezas@udelmar.cl

## Resumen

**Introducción:** La relación entre trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno límite de la personalidad (TLP) es controvertida. Su conexión con los estados de ánimo es amplia y problemática, en parte por la sintomatología que se solapa. Ambas entidades clínicas representan repercusiones importantes en la salud pública.

**Objetivo:** El objetivo principal fue comparar si las variables: autoestima y función familiar, presentaban relación con la presencia vs ausencia de un trastorno límite de la personalidad.

**Métodos:** Estudio observacional transversal, analítico. Se estudiaron las variables autoestima, función familiar y depresión mediante escalas clínicas en una muestra de n= 60 mujeres adultas con diagnóstico psiquiátrico de trastorno depresivo mayor.

**Resultados:** La edad promedio de la muestra fue 44,8 años. El 71,7% (n= 43) presentó TDM y el 28,3% (n=17) de las mujeres tenía TDM + TLP. Ambos grupos presentaban baja autoestima. Sin embargo, las mujeres con TDM + TLP presentaron menor autoestima y mayor disfunción familiar que aquellas solo con TDM (p<0,001).

**Conclusión:** Las mujeres con depresión mayor y trastorno límite presentaron un deterioro en autoestima y una mayor gravedad en la evaluación de la funcionalidad familiar, respecto a las mujeres depresivas sin TLP.

**Palabras claves:** trastorno depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad, autoestima, función familiar.

## Summary

**Introduction:** The relationship between major depressive disorder (MDD) and borderline personality disorder (BPD) is controversial. Its connection with mood is broad and problematic, partly due to the overlapping symptomatology. Both clinical entities represent important repercussions on public health.

**Objective:** The main objective was to compare whether the variables: self-esteem and family function were related to the presence vs. absence of borderline personality disorder.

**Methods:** Cross-sectional, analytical, observational study. The variables self-esteem, family function, and depression were studied using clinical scales in a sample of n=60 adult women with a psychiatric diagnosis of major depressive disorder.

**Results:** The mean age of the sample was 44.8 years. 71.7% (n=43) presented MDD and 28.3% (n=17) of the women had MDD + BPD. Both groups had low self-esteem. However, women with MDD + BPD presented lower self-esteem and greater family dysfunction than those with MDD only ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Women with major depression and borderline disorder presented a deterioration in self-esteem and greater severity in the evaluation of family function, compared to depressed women without BPD.

**Keywords:** major depressive disorder, borderline personality disorder, self-esteem, family function.

## Introducción

Según Hornstein, después de las enfermedades cardiacas, la depresión representa en la actualidad la mayor carga sanitaria considerando la mortalidad prematura y los años que se pierden por incapacidad (1). La depresión representa en la actualidad la segunda mayor carga sanitaria, considerando, además-según este autor, que solamente desde el paradigma de la complejidad es posible entender el desequilibrio neuroquímico indiscutible en la depresión y al mismo tiempo la acción conjunta y difícilmente escindible de la herencia, la historia, la vida actual, los conflictos, las condiciones históricos-sociales, las vivencias y los estados del cuerpo (1).

En general, las teorías psicoanalíticas modernas que explican la depresión sostienen que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un objeto amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Esas

pérdidas tempranas han hecho que su autoestima, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando son rechazados, criticados o abandonados (2).

Para este estudio, se analizaron tres variables principales: La autoestima, la función familiar y el trastorno límite de personalidad.

### *Autoestima*

Primero, la autoestima a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (3). Esta es definida como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. Para Hornstein puede ser frágil, cambiante y devaluada o resistente, consolidada y valorizada (1). Un alta y positiva autoestima nos proporciona resistencia, fortaleza y capacidad de recuperación. En tanto nos permite dar curso a lo que se piensa y desea, a enfrentar dificultades, a no ser demasiado

influenciable por la mirada de los otros, sobrevivir a los fracasos y desilusiones, y sentirse digno de ser amado; también permite pedir ayuda, cambiar de opinión, aprender de la experiencia y aceptar las limitaciones. Una baja autoestima, por el contrario, es no confiar en nosotros mismos, en nuestra capacidad ni en nuestra posibilidad de ser amados. Las personas con una autoestima devaluada realizan por lo general una lectura negativa de la realidad y de sí mismos, generando un trato poco amable y hablando de sí mismo con poco orgullo, como si fueran sus propios enemigos (1).

### ***Función familiar***

La segunda variable analizada fue la función familiar. Se utilizó el APGAR familiar que mide dos categorías: función familiar o disfunción familiar. Evaluar la función familiar es comprender mejor el contexto en el que se producen los problemas de salud de una familia y ofrecer soluciones con un enfoque biopsicosocial. Smilkstein define el concepto de familia en términos de función siendo las principales, el cuidado y el apoyo que una persona recibe de su propia familia (4). Se ha constatado que la función familiar es indiscutiblemente una variable importante como crisol de la personalidad normal y patológica (5).

### ***Trastorno límite de personalidad***

Finalmente, la última variable incluida fue el Trastorno límite de la Personalidad (TLP). El TLP afecta alrededor de un 2% de la población general, un 10% en personas que acuden a centros ambulatorios de salud mental y un 20% entre pacientes psiquiátricos ingresados (6).

El término Límite, describe una forma específica del trastorno de la personalidad que puede ser diferenciada de un número sustancial de otros trastornos del Eje II (7) descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, con las siguientes características centrales de este trastorno: un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos (8).

Por otra parte, se ha identificado en muestreos de pacientes con trastorno límite de la personalidad determinadas características, en general, la afectividad negativa, la desregulación emocional y la baja autoestima o el desprecio hacia sí mismo (9).

En cuanto a su etiología, los primeros intentos por explicar el desarrollo del TLP provinieron de la comunidad psicoanalítica, cuyas formulaciones más notables pusieron énfasis en tres aspectos: 1) el papel de la separación-individuación y la ambivalencia que ello creaba; 2) una concepción de insuficiencia donde la clave era la presencia muy deficiente de la madre; y 3) abusos durante los años de formación del niño (7).

En los últimos años se viene realizando un amplio número de estudios con el fin de identificar marcadores de riesgo o de vulnerabilidad en el desarrollo del TLP. Según Caballo (7), los factores etiológicos propuestos se pueden resumir en seis grupos; tres corresponderían a una

naturaleza medioambiental: 1) separaciones en la infancia, 2) compromiso o implicaciones parentales alteradas, y 3) experiencias de abuso infantil. Los otros tres factores estarían más asociados con una naturaleza constitucional: 1) temperamento vulnerable, 2) tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos, y 3) formas sutiles de disfunción neurológica y/o bioquímica (10).

El diagnóstico de TLP entró a la Asociación Americana de Psiquiatría con el DSM-III en 1980 y 12 años más tarde, en 1992, fue adaptado por la Organización Mundial de la Salud CIE-10 (11).

Dentro de la escuela psicoanalítica, se debió a Adolf Stern (12) la designación del grupo límite de las neurosis. Desde entonces, se han ido realizando diversas conceptualizaciones del término, que se pueden resumir, básicamente, en seis. La primera conceptualización, está basada en los trabajos de Kernberg (13), empleando el término límite para describir la mayoría de las formas serias del carácter patológico. La segunda surgió en los años 60 y 70, centrada en la tendencia de los pacientes límite a tener experiencias transitorias psicóticas. Desde esta perspectiva se creyó que el de la personalidad pertenecía al espectro de los trastornos esquizofrénicos (10,14)). La tercera agrupó muchas de las investigaciones empíricas durante los años 80, enfatizó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límites, lo que llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo (10,15,16).

La cuarta definición se refleja en la obra de Gunderson (17), quien describe el

término límite como una forma de trastorno de la personalidad que puede ser distinguida de un número sustancial de otros trastornos del Eje II. Es un diagnóstico al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos. Las características distintivas serían: automutilación, conductas para-suicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contra-transferencia (10,18).

Las definiciones quinta y sexta sobre psicopatología límite han surgido durante los años 90. Zanarini piensa que es más correcto concebir el TLP dentro de los trastornos de los impulsos (19). Desde esta posición, el trastorno límite se trataría de una forma específica de trastorno de personalidad, pero que aparece junto con otros trastornos del control de impulsos (por ejemplo, similar a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con el trastorno antisocial de la personalidad, y quizás con los trastornos de la alimentación) (10). En la misma línea, Herman y van der Kolk sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, relacionado con problemas disociativos, incluyendo el trastorno disociativo de la personalidad (20).

La relación entre trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno límite de la personalidad (TLP) es controvertida. La conexión del trastorno límite con los estados de ánimo es amplia y problemática, en parte por la sintomatología que se solapa (21). Ambas entidades clínicas

representan repercusiones importantes en la salud pública. De ahí la relevancia de este estudio.

Con este estudio se pretende comparar cuantitativamente una muestra de mujeres adultas con trastorno depresivo mayor con presencia o ausencia de trastorno límite de la personalidad; y su relación con la percepción de la autoestima y función familiar de origen.

Los resultados de este estudio, permitirán obtener una visión más amplia sobre la mujer que consulta a un Servicio de Salud Mental en la Región del Maule, lo que a su vez podrá generar nuevas líneas de investigación y capacitación en los Servicios Públicos Chilenos.

## Métodos

El presente estudio aborda la relación entre trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno límite de la personalidad (TLP) y su efecto en la percepción global de la autoestima y funcionamiento familiar de origen en mujeres adultas consultantes al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de Curicó.

Para este estudio, se analizaron tres variables principales: La autoestima, la función familiar y el trastorno límite de personalidad.

El objetivo fue determinar la relación y valor predictivo de la autoestima y función familiar en pacientes mujeres adultas con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor con y sin Trastorno Límite

de la Personalidad. Las hipótesis que se trabajaron fueron:

- 1) Existen diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva en las mujeres diagnosticadas con depresión severa con y sin trastorno límite de la personalidad.
- 2) Existen diferencias significativas en la autoestima en mujeres diagnosticadas con depresión severa con y sin trastorno límite de la personalidad.
- 3) Existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar en mujeres diagnosticadas con depresión severa con y sin trastorno límite de la personalidad.

## Participantes

En el presente estudio, se trabajó con una muestra clínica conformada por un total de n=60 mujeres adultas, con diagnóstico clínico psiquiátrico de trastorno depresivo mayor con y sin trastorno límite de la personalidad, consultantes al Servicio de Salud Mental Hospital San Juan de Dios de Curicó.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres menores de 19 años y mayores de 75 años, mujeres que estuvieran transitando por una crisis aguda psicótica. Con alta de hospitalización reciente por intento de suicidio, con presencia activa de consumo de alcohol o drogas, pacientes con diagnóstico de distimia, con nivel de sintomatología depresiva leve y moderada, y con diagnóstico de trastorno de la personalidad no especificado.

Todos los pacientes que ingresan son derivados de centros de salud de los

alrededores (Atención Primaria), del mismo Hospital de Curicó (medicina general y de distintas especialidades). A partir de lo anterior, dentro de las principales causas de derivación de los pacientes son la presencia de síntomas de patologías como trastornos depresivos (depresión unipolar severa), trastornos de la personalidad (trastornos límite de la personalidad y no especificados), además, de episodios de violencia intrafamiliar importante, produciendo un aumento de la sintomatología depresiva y deterioro emocional, debido a constantes maltratos y sentimientos de inferioridad producto de éstos. Son mujeres adultas, con edades comprendidas entre los 19 y 75 años.

### ***Instrumentos de evaluación***

#### ***Inventario de Depresión de Beck (BDI)***

El BDI es un instrumento de medida de síntomas depresivos, usualmente auto-aplicado aunque también se administra a modo de entrevista. Su generalizada utilidad y la amplia investigación acumulada garantizan sus excelentes propiedades psicométricas. El BDI, evalúa la presencia de síntomas de depresión mediante la elección de una de cuatro alternativas de respuesta, puntuadas de 0 a 3 en la versión abreviada de 13 ítems, de entre 21 ítems (22).

#### ***Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)***

La Escala de Autoestima de Rosenberg (3), tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Se utilizó la EAR, la cual consta de 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene un individuo sobre su autoestima. Es uno de los

instrumentos más utilizados que miden la autoestima y sus 10 afirmaciones sobre los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 son direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y otros 5 ítems son direccionados negativamente (ítems 3, 5,8, 9 y 10). La graduación de respuesta tiene 4 puntos: 1 punto igual a muy en desacuerdo, 2 puntos igual a en desacuerdo, 3 puntos igual a de acuerdo y 4 puntos igual a muy de acuerdo y se asigna el puntaje inverso negativamente; los valores fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). Los puntajes de interpretación de la escala corresponden a Autoestima Normal (30 a 40 puntos), Autoestima Media (26 a 29 puntos) y Autoestima Baja (menos de 25 puntos). El instrumento fue validado para Chile por Rojas-Barahona, Zegers y Föster, con un Alfa de Cronbach de 0,80 (23).

#### ***Cuestionario Familiar (APGAR)***

El cuestionario familiar (APGAR) se ha utilizado en numerosos estudios (principalmente clínicos) para investigar la función familiar. En la práctica clínica, las puntuaciones de Apgar se han asociado con las visitas a los especialistas, las respuestas inmunes, trastornos emocionales y síntomas depresivos. La primera publicación se debió a Smilksstein (4) con el objetivo de obtener una revisión rápida de los componentes de la función familiar. Este instrumento se desarrolló en el Departamento de Medicina Familiar, Universidad de Washington, Seattle, Washington, USA. Sus fundamentos teóricos son la experiencia clínica y de los temas comunes en la literatura de las Ciencias Sociales en relación con familias. Mide cualitativa-

mente la satisfacción de un miembro de la familia en relación con cada uno de los cinco constructos (dimensiones) básicos del APGAR (Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto, Resolución). Sus conceptos operativos son familia, función familiar saludable y proceso de cuidado.

### *Ficha Clínica Hospitalaria*

Instrumento donde se registra la información, por parte del médico tratante, de los procedimientos y tratamientos aplicados al paciente mientras recibió una atención de salud o estuvo hospitalizado. Eso incluye: el diagnóstico, quien lo atendió, los exámenes que le realizaron, qué medicamentos se le suministró, el tiempo que permaneció internado.

### *Procedimiento*

Todos los pacientes participantes, mujeres adultas ingresadas al Programa de Psicología Atención de Adultos completan los cuestionarios de auto-informe, previo a un consentimiento informado de aceptación voluntaria. Se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-5 en la información recabada en las entrevistas de valoración de ingreso y la obtenida mediante la ficha clínica hospitalaria (registro de los diagnósticos de trastornos depresivos graves y trastornos límite de la personalidad por parte de médico especialista en psiquiatría). Toda esta información ayuda para establecer un plan de tratamiento psicológico individual cuyos casos son revisados periódicamente en reuniones clínicas por parte del equipo del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de Curicó, Chile. Los instrumentos que utilizamos para este artículo forman parte de tales cuestionarios.

Mediante un consentimiento informado, se informó a cada participante: el lugar donde se llevaría a cabo el estudio, los objetivos del estudio, la libertad de abandonar en cualquier momento el estudio con la alternativa de seguir recibiendo tratamiento. Se facilitó la información sobre la investigación y a quién preguntar en caso de alguna duda (médicos psiquiatras tratantes).

Finalmente, toda la información obtenida se ordenó en una base de datos para posteriormente introducir esta información en el Programa computacional SPSS (versión 15), con el fin de obtener los resultados estadísticos.

## **Resultados**

En la Tabla 1 se recogen los datos descriptivos de la muestra estudiada en cuanto a la distribución por tipo de diagnóstico. El 71,7% (n= 43) presentó trastorno depresivo mayor (TDM) mientras que el 28,3% (n=17) de las mujeres depresivas tenían además un trastorno límite de la personalidad (TLP). Se destaca el hecho que este 28,3% de mujeres con un TLP, representaban mayormente a las solteras con menos separación y con un rango de ingreso mensual un poco mejor.

Por otra parte, la edad promedio de la muestra fue 44,8 años. La distribución de edad sobre los 31 años acumula la mayor cantidad de mujeres usuarias, siendo el rango entre 41 años a 50 años el que presenta mayor frecuencia.

El ingreso mensual en pesos chilenos era \$ 254.500 (CLP), encontrando que

el 61% de la muestra tuvo un ingreso familiar inferior a \$ 200.00 CLP. Se encontró una diferencia significativa (Chi cuadrado=14,558;  $p < 0,05$ ) entre ambos grupos de mujeres y en relación al

ingreso mensual. El grupo de mujeres con trastorno depresivo mayor y sin trastorno límite de la personalidad, tuvo menor ingreso mensual, lo que también podría explicar la baja autoestima.

**Tabla 1. Descripción de la muestra**

Variables descriptivas		Muestra		Valores Prueba t de Student
		TDM n= 43 (71,7%)	TDM + TLP n= 17 (28,3%)	
Edad		M=45,07 DE=9,318	M=44,41 DE=10,566	t (gl)=0,237
Número de hijos		M=2,90 DE=1,620	M=2,06 DE=1,638	t (gl)=1,811
Estado Civil	n (%)			Chi2(gl)=25,593 (*)
	Soltera	6 (14,0%)	6 (35,3%)	
	Casada	20 (46,5%)	7 (41,2%)	
	Separada	12 (27,9%)	1 (5,9%)	
	Divorciada / Anulada	2 (4,7%)	2 (11,8%)	
	Viuda	3 (7,0%)	1 (5,9%)	
Nivel educacional	n (%)			Chi2(gl)=3,860
	Básica Incompleta	10 (23,3%)	5 (29,4%)	
	Básica Completa	11 (25,6%)	4 (23,5%)	
	Media Incompleta	6 (14,0%)	1 (5,9%)	
	Media Completa	11 (25,6%)	4 (23,5%)	
	Técnica	5 (11,6%)	2 (11,8%)	
Ingreso mensual	n (%)			Chi2(gl)=14,558 (*)
	< 200.000	26 (60,5%)	6 (35,3%)	
	200.001 - 400.000	10 (23,3%)	8 (47,1%)	
	>400.000	7 (16,3%)	3 (17,5%)	
Comuna de residencia	n (%)			No aplica
	Curicó	20 (46,5%)	8 (47,1%)	
	Otros	23 (53,5%)	7 (52,9%)	

**Notas:** TDM: Trastorno Depresivo Mayor TLP: Trastorno Límite de Personalidad M: Media DE: Desviación Estándar, n = frecuencia, % = porcentaje  
\* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$

Con respecto a la interpretación de resultados de los indicadores clínicos, en la Tabla 2 se observa que ambos grupos presentaban una baja autoestima. Sin embargo, las mujeres con TDM + TLP presentaron menor autoestima

que el grupo de mujeres con TDM sin TLP (Chi cuadrado=37,023;  $p < 0,001$ ), pudiendo concluir que con un 99% de confiabilidad se puede asegurar que existe diferencia significativa entre ambos grupos.

**Tabla 2. Interpretación de resultados de indicadores clínicos**

Resultados clínicos		TDM n= (71,7%)	TDM + TLP n= (28,3%)	Valores Prueba Chi cuadrado
Autoestima (EAR)	n (%)			Chi2(gl)=37,023 (**)
	Baja	33 (76,7%)	15 (88,2%)	
	Media	7 (16,3%)	2 (11,8%)	
	Normal	3 (7%)	0 (0,0%)	
Disfunción Familiar (APGAR)	n (%)			Chi2(gl)=16,791 (**)
	Grave	27 (62,8%)	16 (94,1%)	
	Moderado	8 (18,6%)	0 (0,0%)	
	Funcional	8 (18,6%)	1 (5,9%)	

**Notas:** TDM: Trastorno Depresivo Mayor TLP: Trastorno Límite de Personalidad, n = frecuencia, % = porcentaje  
\* = p<0,05, \*\* = p< 0,01

En relación a la función familiar, los resultados en esta escala clínica indican que existe diferencia significativa entre ambos grupos (Chi cuadrado=16,791; p<0,01), encontrando, con un 99% de confiabilidad, que el grupo con TDM + TLP presenta significativa disfunción familiar.

En la Tabla 3, aparecen los resultados de las variables continuas, de puntajes de las escalas clínicas. En la escala de calificación de APGAR, la media para el grupo de mujeres solo con TDM fue 3,56

con una desviación estándar de 3,17; mientras que para el grupo de mujeres con TDM+TLP, el promedio 1,94 con desviación estándar de 2,01. Los resultados en esta escala clínica indican que existen diferencias significativas entre ambos grupos (prueba t=1,947; p<0,05). Entre ambos grupos, el grupo de mujeres TDM+TLP presentaron una percepción más grave de su función familiar. Este grupo internalizó de manera más disfuncional el funcionamiento familiar de origen.

**Tabla 3. Resultados Escalas Clínicas**

Indicadores clínicos	Muestra		Valores Prueba t de Student t (gl=58)
	TDM M (DE)	TDM + TLP M (DE)	
Depresión (BDI- MAX)	M=29,67 DE=5,875	M=31,88 DE=6,632	-1,250
Depresión (BDI- MIN)	M=18,33 DE=5,967	M=18,94 DE=5,190	-0,373
Autoestima (EAR)	M=23,16 DE=4,270	M=20,56 DE=6,195	1,842
Función Familiar (APGAR)	M=3,56 DE=3,172	M=1,94 DE=2,015	1,947 (*)

**Notas:** TDM: Trastorno Depresivo Mayor TLP: Trastorno Límite de Personalidad M: Media DE: Desviación Estándar,  
\* = p<0,05, \*\* = p< 0,01

Finalmente, se comprobó que el grupo de mujeres depresivas con trastorno límite de la personalidad (Grupo 2 TDM+TLP) obtuvieron un valor predictivo mayor en cuanto al autoestima y función familiar, en comparación con el grupo de mujeres depresivas sin trastorno límite de la personalidad (Grupo 1 TDM).

## Discusión

En relación a la autoestima los datos obtenidos nos indican que tanto el grupo de mujeres depresivas con y sin TLP poseen problemas significativos en lo que respecta a la autoestima. Sin embargo, el grupo de mujeres depresivas con TLP presentan problemas de mayor gravedad. Otro punto relevante, es que la baja autoestima vendría a ser un síntoma clave del trastorno depresivo. Como lo señala la explicación psicoanalítica moderna acerca de la depresión (2).

En relación al nivel de sintomatología depresiva medida a través del inventario de depresión de Beck (BDI), los resultados indican un nivel de gravedad en la totalidad de la muestra. Por este motivo, es imprescindible que las futuras investigaciones y cualquier desarrollo de tratamiento contra la depresión, no solo se enfoque en los resultados a corto plazo sino el interés sea sobre las causas de cronicidad y recurrencia, tal como lo mencionan Korman y Sarudiansky (24).

En cuanto al APGAR familiar, la totalidad de la muestra presenta una percepción negativa de la función familiar de origen. Sin embargo, las mujeres con TLP es el grupo de la muestra que pre-

senta una peor percepción de las relaciones familiares. Parece algo general que el paciente límite provenga de una familia que está desorganizada, que no le sirve de apoyo y le perjudica (7). Por lo tanto, se concluye que en un contexto de salud mental lo que vamos a encontrar en relación al TLP, será una mayor dificultad en las relaciones interpersonales, particularmente, en la interacción con los más cercanos, con la familia.

El hecho de que los pacientes con un TLP tengan una peor percepción de sí mismos y de la función familiar primaria determina probablemente una evolución y pronóstico más desfavorable en el tiempo. Los resultados de este estudio, confirman la hipótesis que, en ocasiones, el apoyo familiar es nulo, y que las familias también llegan a formar una red perjudicial de apoyo.

Por otra parte, aunque la cantidad de síntomas es básicamente la misma en ambos grupos de mujeres (mujeres depresivas con y sin TLP) creemos que los pacientes con TLP no tienen el mismo tipo de depresión. Actualmente se piensa que ambas entidades clínicas tienen una relación etiológica no específica y modesta pero que son dos trastornos distintos (25,26).

Los presentes hallazgos pueden ser relevantes en el intento de identificar la gravedad del TLP, evidenciando una grave perturbación en autoestima, generando una importante disfunción familiar. Se considera relevante e imperativo incorporar las variables autoestima y función familiar en el trabajo psicoterapéutico.

En cuanto a los tratamientos del TLP, al parecer se requiere enfocar el trastorno como un todo desde una formulación integradora, ya que el tratamiento farmacológico no parece ser efectivo por sí solo. Sí parece constituir un apoyo definitivo las terapias psicológicas, como las psicodinámicas focalizadas en la transferencia (27), el tratamiento basado en la mentalización (28,29) o el tratamiento de la terapia dialéctica conductual o la terapia cognitivo-conductual de la línea de Beck, Freeman, Davis y otros (30).

Sin duda, es necesario diseñar e instalar programas especializados de tratamiento psicológico para este tipo de pacientes en el Servicio de Salud Pública puede ser especialmente relevante en este tipo de casos, pacientes con este tipo de trastornos, evaluar la incorporación de diseños de tratamiento con intervenciones positivas, los que han demostrado resultados en el incremento del bienestar subjetivo y disminución de la sintomatología depresiva frente al típico modelo médico de atención en salud mental (31).

Desde el punto de vista de la psicoterapia con pacientes graves, el trabajo con las familias resulta fundamental para mejorar la comunicación familiar, disminuir las hostilidades, y disminuir la carga que conlleva la enfermedad mental (32). Otros autores, han señalado que las terapias familiares de tipo psicoeducativo mejoran el pronóstico de la enfermedad y además previenen la aparición de otros trastornos en los familiares. Es un elemento indispensable en el proceso de recuperación del paciente y permite aliviar el estrés de la familia, permitiendo

que el paciente obtenga paulatinamente su autonomía, tal como lo mencionan Rodríguez y Peláez (33).

En cuanto a las limitaciones de este estudio. Se considera una deficiencia no haber aplicado un instrumento para el diagnóstico de TLP. Para este estudio se utilizó solamente los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013) y la información de la ficha clínica hospitalaria por parte del médico psiquiatra tratante. Por lo tanto, es muy necesario contar con un instrumento específico que mida el TLP.

## Referencias

1. Hornstein L. Autoestima e identidad: narcisismo y valores sociales [Internet]. 1era ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2011 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.yumpu.com/es/document/read/14251593/autoestima-e-identidad-dr-luis-hornstein>
2. Belloch A, Sandín B, Ramos Volumen F. Manual de psicopatología. 2da Ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 2009.
3. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image [Internet]. Princeton University Press; 1965 [cited 2022 Dec 10]. 1–338 p. Available from: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjjh>.
4. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract [Internet]. 1978 Jun [cited 2018 May 22];6(6):1231–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>
5. Linares JL. La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Clin Salud [Internet]. 2007 [cited 2022 Dec 10];18(3):381–99. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613877008>
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR [Internet]. 4o. t5: Masson;

2002. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
7. Caballo VE. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento [Internet]. Madrid: Editorial Síntesis S.A.; 2009 [cited 2022 Dec 10]. 1–381 p. Available from: [www.oadro.org](http://www.oadro.org)
  8. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5°. Editorial médica panamericana, editor. Editorial Médica Panamericana [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 10];362–6. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
  9. Conklin CZ, Westen D. Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2005 May 1 [cited 2022 Dec 10];162(5):867–75. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.5.867>
  10. Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Pers Disord* [Internet]. 1997 [cited 2022 Dec 10];11(1):93–104. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9113824/>
  11. World Health Organization. CIE 10 : Trastornos mentales y del comportamiento : descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico [Internet]. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: MEDITOR; 1992 [cited 2022 Dec 10]. 1–179 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
  12. Stern A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanal Q* [Internet]. 1938 [cited 2022 Dec 10];7:467–89. Available from: <https://pep-web.org/search/document/PAQ.007.0467A?page=P0487>
  13. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975. 1–361 p.
  14. Wender P. The contribution of the adoptive studies to an understanding of the phenomenology and etiology of borderline schizophrenics. In: Hartocollis P. ed. *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press; 1977. 255–269 p.
  15. Akiskal HS. Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the “Borderline” Realm. *Psychiatric Clinics of North America*. 1981 Apr 1;4(1):25–46.
  16. Stone MH. The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaptation [Internet]. New York: McGraw-Hill; 1980 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.amazon.com/Borderline-Syndromes-Constitution-Personality-Adaptation/dp/007061685X>
  17. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.; 1984.
  18. Millon T, Davis RD. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona : Masson; 1998.
  19. Zanarini MC. BPD as an impulsive spectrum disorder. In: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1993. p. 67–85.
  20. Herman JL, van der Kolk B. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: *Psychological trauma*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1987.
  21. Widiger TA, Trull TJ. Borderline and narcissistic personality disorder. In: Sutker PB, Adams HE, editors. *Comprehensive handbook of psychopathology*. New York: American Psychiatric Press; 1993. p. 371–94.
  22. Beck A, Rush J, Shaw F, Emery G. *Terapia Cognitiva de la depresión (Inventario de Depresión de Beck)*. 19 Ed. Madrid: Desclée De Brouwer; 2010.
  23. Rojas-Barahona CA, Zegers P B, Förster M CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jó-

- venes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chil* [Internet]. 2009 Jun [cited 2022 Dec 10];137(6):791–800. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Korman GP, Sarudiansky M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos cognitivos*. 2011;15(1):119–45.
25. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1991 [cited 2022 Dec 10];148(8):967–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1823531/>
26. Gunderson JG, Triebwasser J, Phillips KA. Personality and vulnerability to affective disorders, in *Personality and Psychopathology*. Cloninger CR, editor. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999. 3–32 p.
27. Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O. *Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations*. New York: American Psychiatric Publishing Inc.; 2006.
28. Bateman A, Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.; 2012.
29. Fonagy P. On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*. 1989 Jan 1;12(2):91–115.
30. Beck AT, Freeman A, Davis D, Pretzer J, Fleming B, Arntz A. *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2011.
31. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American Psychologist* [Internet]. 2006 Nov [cited 2022 Dec 10];61(8):774–88. Available from: [/record/2006-21079-029](https://doi.org/10.1037/0893-3200.61.8.774)
32. Gunderson JG, Links P. *Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.; 2008.
33. Rodríguez Moya L, Peláez JC. *Terapia familiar en los trastornos de personalidad*. *Acción Psicológica* [Internet]. 2013 May 22 [cited 2022 Dec 10];10(1):75–84. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)