

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL**

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN EL
TRASTORNO PSICOTICO BREVE**

HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

PSIQUIATRIA

PRESENTA:

FORTINO JAVIER ORTIZ VILLA

Asesores: Dra. Claudia Fouilloux Morales
Dr. Marco Antonio López Butrón

México DF

Enero 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PREVALENCIA DEL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN EL TRASTORNO PSICOTICO BREVE

RESUMEN

Justificación. El Trastorno Psicótico Breve consiste en un estado psicótico agudo y reactivo que se distingue de otras psicosis por la clara relación que existe entre un factor estresante y la aparición de los síntomas, que son de breve duración y remiten en forma total. La etiología hasta el momento es desconocida pero hay ciertos factores que han sido asociado a este, tales como la personalidad del sujeto.

Objetivo. Determinar la prevalencia de Trastorno Límite de la Personalidad en una población de pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino" con diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve.

Método. Con esta finalidad se llevó a cabo un estudio clínico, descriptivo y prospectivo.

Se captaron 30 pacientes, con diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve, evaluados en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", y a todos los pacientes se les realizó una entrevista clínica confirmando el diagnóstico cotejando los criterios clínicos de cada paciente con el DSM IV . Posteriormente se aplicó la entrevista clínica estructurada SCID II, con la finalidad de detectar específicamente el trastorno límite de la personalidad. Para comparación de variables se utilizó X² (Pearson) y para comparar las características de los pacientes con Trastorno límite de la personalidad con pacientes sin este diagnóstico se realizó estadística no paramétrica(U de Mann - Whitney).

Resultados. Se encontró que el Trastorno Psicótico Breve es mas frecuente en mujeres (73.3%) en la 4^a década de la vida(media de edad 30.07+-10.33) y que el Trastorno límite de la personalidad se presentó casi en la mitad (43.3%) de los pacientes con Trastorno Psicótico Breve.

MARCO TEORICO

En términos generales, el Trastorno Psicótico Breve ha sido poco estudiado, ya que se trata de una de las psicosis funcionales menos conocida y explorada. Aunque los psiquiatras estadounidenses lo tienen cada vez mas en cuenta, los pioneros en este campo fueron los investigadores escandinavos.

Las características básicas hacen referencia a un estado psicótico agudo y reactivo, de buen pronóstico, que se distingue de otros trastornos psicóticos por la clara relación que existe entre un factor estresante y la aparición de los síntomas, estos últimos son de breve duración y remiten en forma total, con la subsecuente recuperación del nivel previo de funcionalidad. El DSM IV describe el trastorno psicótico breve como una enfermedad de 1 día a 1 mes de evolución, con restauración eventual del nivel previo de funcionalidad. El comienzo suele ser súbito y de acuerdo con algunos autores actúa como mecanismo de defensa para evitar el dolor asociado a hechos traumáticos.

Requiere por lo menos de una de las siguientes manifestaciones indicadoras de deterioro de la prueba de realidad: ideas delirantes, alucinaciones, desorganización del lenguaje, catatonia o conducta anormal. Cuando aparecen en respuesta a uno o mas eventos que en circunstancias similares serían muy estresantes para cualquier integrante de esa cultura, se agrega la calificación de psicosis reactiva breve (en el DSM IV, trastorno psicótico breve) con estresantes acentuados. Los criterios de exclusión destacan la existencia de trastornos del estado de ánimo(con rasgos psicóticos), esquizoafectivos y psicóticos inducidos por drogas o debido a enfermedades médicas generales. Si es preciso formular el diagnóstico antes de la recuperación, se lo considera provisional. En ausencia de desencadenante se aplica el rótulo de trastorno psicótico breve sin estresantes acentuados. Si el proceso se inicia en las 4 semanas siguientes al parto, se añade la especificación de comienzo en el parto. Este cuadro recibió varios nombres y aún es un concepto confuso, ya que la mayoría de los estudios carecen de pautas claras y metodología(1)

La inclusión de este padecimiento como entidad clínica fue motivo de debate durante muchos años dada la dificultad para homologar los criterios que hacían alusión a este trastorno, ya que junto a la descripción fenomenológica que se daba de los síntomas que lo definían se incluían frecuentemente propuestas etiológicas habiendo recibido los nombres de psicosis reactiva, psicosis de estrés, psicosis histérica, *bouffee délirante*, reacción esquizofrénica, estado esquizofrénico, estado *borderline*, psicosis transitoria, esquizofrenia de buen pronóstico y en los países no industrializados se le llama yak, latah, koro, amok y whitigo. Todas estas definiciones intentaban hacer referencia a los síntomas, a la duración, o a la supuesta etiología del trastorno. Incluso en lugares tan lejanos como Japón se hace referencia a este trastorno, aunque se trata de un concepto que aún está por clarificarse. (2,3)

Pitta (1997) destaca en su estudio que no encontró diferencia sustancial en los criterios clínicos para diagnosticar este trastorno al utilizar el DSM III, el DSM IV y el CIE-10, aunque el concepto propio de esta enfermedad variaba mucho de una clasificación a otra lo que dificulta el estudio de la misma tanto para fines clínicos como para fines de investigación. (4)

Por otra parte, aún en la actualidad se considera que es en Europa donde más se le ha estudiado. Específicamente en los países Escandinavos parece haber un concepto clínico más amplio y a su vez homogéneo de este trastorno, de manera tal que los investigadores de estos países fueron cruciales en la descripción del trastorno pero las condiciones propias de la cultura limitan la generalización.

En el DSM-IV y el CIE 10 parecen definirlo en una categoría clínica bastante restringida que hace referencia solo a los subgrupos con síntomas de esquizofrenia y polimorfos, y la presencia o no de probable factor precipitante. En cambio en los países Escandinavos se mencionan varios subtipos tales como reacciones paranoides agudas; confusión reactiva con alteraciones de la atención y orientación; excitación o manía reactiva y psicosis depresiva reactiva; correspondiendo la mayoría de los casos en la literatura a la forma depresiva de este trastorno(5)

En la octava y novena revisiones del ICD su importancia es mínima, aun cuando se sugiere que en los países escandinavos se diagnosticaba en el 10 al 25 % de los casos de psicosis.(5)

Se sabe que es mas frecuente en personas jóvenes; en pacientes de bajo nivel socioeconómico, y que es necesario un evento precipitante como la perdida de un ser querido, el vivir cambios culturales drásticos como el de mudarse a vivir a otro país, el ser parte de un desastre importante, ya sea natural o provocado como guerra, terremoto; los severos conflictos interpersonales y sexuales; secuestro, violación, etc(2)

Puede tratarse de un solo factor importante o de varios de menor magnitud pero que se acumulan y superaran el umbral de respuesta adecuada del sujeto. Sin embargo, no se cuenta con cifras exactas sobre la incidencia o prevalencia.

Las cifras con respecto a la epidemiología son discrepantes por diferentes motivos que aún no están claros. Una de estas razones podría ser el que hasta hace relativamente poco tiempo se logró homologar los criterios que conforma este trastorno. Aún así, un mismo autor ha reportado cifras de prevalencia con una relación hombre- mujer 1:6 y en otros casos 6:7. (6)

Podría decirse que para fines de este trabajo la información mas importante la proporciona Jorgensen y Col. Este autor ha realizado diversos trabajos acerca del Trastorno Psicótico Breve. Jorgensen (1997) Realiza el seguimiento durante un año de 51 pacientes(39 mujeres y 12 hombres) , a quienes inicialmente se les había realizado el diagnostico de Trastorno Psicótico Breve, con media de edad de 37 años, mostrando los resultados que el diagnóstico fue modificado en prácticamente la mitad de los casos(48%) por el de esquizofrenia(15%) o por el de trastornos afectivos(28%). Aquellos que permanecieron con el diagnostico inicial de trastorno psicótico breve presentaron completa reinserción social y funcionalidad en todas las áreas. En quienes no cambio el diagnostico inicial de Trastorno psicótico breve se encontró que el 46% presentaban trastornos de personalidad , con mayor frecuencia el Trastorno de personalidad No Especificado (17%), y solo el 4% presentaba Trastorno de limite de la personalidad. No se demostraron variables sociodemográficas significativas y solo en la mitad de los casos hubo un claro factor desencadenante. (7)

Cabe mencionar que este mismo autor, en otro estudio sobre Trastorno Psicótico Breve, encontró una comorbilidad del 63% con trastornos de personalidad. (8)

Generalmente se acepta que hay una relación entre la estructura de personalidad y la presencia de ciertos trastornos mentales, ya que para muchos autores algunos de los trastornos en el Eje I son comprendidos como consecuencia de una estructura psicológica frágil que ante estrés excesivo.(9)

La relación entre esquizofrenia y trastornos de personalidad esquizoide y paranoide; y la existente entre los trastornos afectivos y personalidades obsesivas o dependientes ha sido objeto de estudio, pero la relación entre trastorno psicótico breve y la estructura de personalidad ha sido poco estudiada (10,11)

A menudo los síntomas se comprenden en el contexto psicosocial, por lo que es necesario reconocer y tener en cuenta los patrones de respuesta establecidos por la cultura pudiendo presentarse uno o mas de los síntomas antes descritos; durando el episodio al menos un día y cuando mas un mes , con el retorno total de funcionalidad previa al remitir el cuadro(12,13)

Se consideran indicadores pronósticos favorables la actividad premórbida adecuada, la presencia de síntomas afectivos, las manifestaciones agudas, el curso breve y la presencia de confusión durante el episodio psicótico.

Por otra parte se sabe que en general el Trastorno Psicótico Breve ocurre con mas frecuencia en todos los trastornos de personalidad, aunque de manera especial en la personalidad histriónica o límite. Además se ha encontrado que estos dos tipos de trastorno de personalidad predisponen a la aparición de episodios psicóticos breves adicionales(14,15)

La etiología hasta el momento es desconocida y es probable que el diagnóstico abarque un grupo heterogéneo de trastornos. Tal parece que es necesaria cierta vulnerabilidad biológica o psicológica para desarrollar este trastorno, habiéndose mencionado la presencia de mecanismos de afrontamiento inadecuados ante el estrés(7)

Se sabe poco acerca de la causa del trastorno psicótico breve. Por diferencias en las pautas diagnósticas y otros problemas metodológicos los datos acerca de la incidencia y prevalencia son muy dispares. En general comienza a fines de la tercera y principios de la cuarta década de la vida, pero puede ser más tardío.

No se disponen de datos confiables acerca de asociaciones con el sexo, raza o clase social. Siempre se pensó que la psicosis reactiva se desencadenaba como consecuencia de un evento muy estresante.

Junto con el trastorno de estrés postraumático y el adaptativo, constituye uno de los pocos diagnósticos del DSM IV que posee una etiología específica (estresante psicosocial). No obstante no se han realizado evaluaciones controladas sobre el papel que juegan los distintos factores.

Los conflictos podrían surgir por desavenencias domésticas, problemas laborales, accidentes enfermedades o muerte de un ser querido. Los inmigrantes podrían ser vulnerables y sufrir un shock cultural.

La magnitud del estresante es importante, pero el efecto acumulativo de varios eventos podría tener mayor relevancia que uno solo. Además es preciso apreciar su significado en el contexto psicosocial del sujeto. Las dificultades psíquicas graves también podrían actuar como precipitantes potenciales(2)

En general se considera que los estresantes son inespecíficos y parecen influir de manera más directa en el momento de comienzo.

En la antigüedad, la demencia a menudo era definida como un episodio breve de insania. De acuerdo con la mitología griega Ajas experimentó un raptó de locura cuando se le negó la armadura de Aquiles y Agave despedazó a su hijo Penteo y luego se recuperó. Antes del siglo XIX, los clínicos tendían a atribuir la insania a estresantes psicosociales o enfermedades somáticas (en particular fiebre).

Bouffée délirante es uno de los más de 20 términos empleados en la Francia del siglo XIX para referirse a las psicosis transitorias, hecho que refleja el carácter cambiante de las manifestaciones. Se describía que con frecuencia comenzaba en forma abrupta, con fenómenos polimorfos (ideas delirantes múltiples y desorganizadas, con o sin alucinaciones; despersonalización o desrealización, con o sin confusión; depresión o síntomas de manía) que variaban de día a día o aún de hora a hora.

Algunos casos parecen representar una respuesta a estresantes psicosociales, pero otros no. La sintomatología es temporaria, desapareciendo por completo en pocas semanas, pero podía recurrir(2)

En 1913 Karl Jaspers describió un conjunto de síntomas a lo que llamo "reacciones vivenciales patológicas", haciendo referencia a lo que se conoció posteriormente como psicosis reactiva, habiendo formulado criterios específicos para este tipo de psicosis. Señalo que en primer lugar debe existir un factor precipitante previo. Segundo, este factor debe ser apropiado y guardar una relación significativa con la reacción anormal. Y tercero, cuando se elimina dicho factor la psicosis debe remitir.

Con el tiempo se otorgo mayor énfasis a la "comprensibilidad" de la sintomatología con respecto al estrés. Determinó la presencia de un factor etiológico muy traumático y su relación con la aparición de la psicosis, así como el curso benigno de este cuadro(16)

En 1916 el psiquiatra dinamarqués August Wimmer formuló el concepto de psicosis psicógena, fundamentado en las nociones psicopatológicas de Karl Jaspers. La describía como una psicosis reactiva que deriva de la respuesta inmediata a traumas psicosociales (cuya naturaleza determina el contenido) en personas muy vulnerables. Evoluciona en pocas semanas y luego cede.(17)

Leonhard por otra parte, describió una serie de psicosis a las que llamo " endógenas". Una de ellas, la cicloide, correspondería al Trastorno Psicótico Breve. El pronóstico a largo plazo es favorable y el curso oscila entre extremos particulares que definen tres subtipos: ansiedad- felicidad, hiper-hipocinesia y confusión exitada-

inhibida. Esta constelación compleja ha influido en la investigación y atención clínica en varios países, especialmente Europeos.(18,19)

Piekarska(1998) aporta en sus trabajos conceptos innovadores sobre un síndrome que denomina "manía reactiva". En el describe dos entidades clínicas distintas: la manía "verdadera" y la manía "situacional o reactiva", siendo esta última episódica, de breve duración e iniciada por un claro factor desencadenante. Agrega que esta última forma de trastorno guarda similitudes con el padecimiento conocido como " psicosis reactiva".(20)

Muchos investigadores opinan que la psicopatología previa podría predisponer al trastorno psicótico breve y las personas con personalidad paranoide, histriónica, narcisista, esquizotípica o límite podrían ser mas susceptibles(14)

Miller(1993) observó un grupo de pacientes con Trastorno límite de la personalidad intentando determinar si es que en algún momento habían manifestado síntomas psicóticos (ideas delirantes o alucinaciones), encontrando que el 27% de ellos habían cursado con este tipo de síntomas, que persistieron durante un tiempo promedio de dos semanas(11)

Maffei(1995), realiza una investigación intentando revelar la relación que existe entre el Trastorno Psicótico Breve y los Trastornos de personalidad. De 23 pacientes que cursaron con el diagnóstico de trastorno psicótico breve, 19 (87%) recibieron al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad, con una clara prevalencia del cluster C (n= 11, 47.8%) . (21)

Las explicaciones son múltiples. Por ejemplo se describen algunos casos de "psicosis histérica" como manifestación extrema de la personalidad histérica, en la cual la capacidad funcional del yo se ve abrumada por el material inconsciente que alcanza la conciencia. También se postula que la psicosis podría ser la última línea de defensa ante un evento extremadamente amenazante.(21,22)

Koga(1993) compara dos grupos de pacientes desde el punto de vista de las funciones del ego; uno constituido por pacientes neuróticos y otro por pacientes con trastornos de personalidad, encontrando que en los pacientes con trastornos de personalidad

eran mucho mas frecuentes los estados depresivos, la impulsividad y los estados psicóticos breves.(23)

Los pacientes con personalidad límite en ocasiones presentan reacciones psicóticas ante un abandono potencial o como intento de poner distancia temporaria en la relación con el clínico. También se cita la posibilidad de inmadurez del yo, empelo de defensas primitivas y carencia de apoyo externo. Sin embargo el estrés no desempeñaría un papel causal. Algunas formulaciones psicodinámicas señalan que cuando no se cuenta con los mecanismos defensivos necesarios para hacer frente a ciertas situaciones se produce colapso psíquico.(24)

Guinnes reporta que de un grupo con trastorno psicótico breve, el 50% presentaron de manera previa al cuadro psicótico depresión o ansiedad clínica. En la mayoría de ellos el factor precipitante consistió en un evento realmente significativo en sus vidas(catástrofe, muerte de familiar, etc.)(25)

Otras mas sugieren que los síntomas psicóticos son una defensa contra una fantasía prohibida, la realización de un deseo, la huida de una situación psicosocial especifica o la posibilidad de obtener una ganancias secundarias al desarrollar los síntomas psicóticos.(9)

Como factores de tipo social que predispone al Trastorno Psicotico Breve se cuenta la exposición constante a actitudes racistas o discriminatorias, que tiende a incrementar el nivel de vigilancia y recelo entre los miembros de minorías étnicas, condición que predispone a las manifestaciones paranoides.

Se ha visto que en personas exiliadas y refugiadas que se ven forzados a vivir en medios culturales extraños o para aquellos que viven bajo regímenes opresivos el temor a la persecución política es una realidad que resulta magnificada y trastornada, y esta situación podría incrementar la prevalencia de ideas paranoides(26,27)

Beighley(1992) describe una población de soldados que durante un periodo de 6 semanas son sometidos a moderados pero sostenidos niveles de estrés durante el entrenamiento básico. De 557 admisiones para atención al servicio de psiquiatría 6 presentaban trastorno psicótico breve, encontrando una clara relación temporal

entre la situación estresante mas grave y el inicio de los síntomas psicóticos. Todos manifestaban delirio de persecución o paranoia.(28)

Lazarescu (1994) da a conocer que durante la Revolución de 1989, en Rumania registró 40 casos de psicosis reactiva, en los que el trastorno pareció haberse desencadenado no únicamente por el contacto reales con eventos catastróficos, sino también por el solo hecho de recibir información sobre estos eventos. 20 de estos pacientes recibieron seguimiento durante dos años, cursando con disfunción social y un curso clínico tórpido , lo que hace suponer, según el autor, cierta vulnerabilidad previa en estos pacientes.(29)

Saloh(1996) apoya la noción de que los factores estresantes de tipo psicosocial pueden ocasionar un trastorno psicótico agudo, al describir como un hombre padeció este trastorno cuando fue rechazo por su grupo de trabajo, por tener creencias religiosas diferentes.(30)

Las propuestas y teorías al respecto parecen coincidir en señalar la importancia de un gran estrés, como factor determinante en la presentación de este cuadro. Algunos especialistas argumentan que la gravedad del acontecimiento debe medirse en relación a la vida del paciente. Otros opinan que el factor precipitante puede ser resultado de la acumulación de sucesos levemente estresantes, y que la suma de estos desencadenaría el trastorno.

Varios estudios familiares avalan la vulnerabilidad genética y biológica a la psicosis reactiva breve. Este cuadro podría relacionarse entonces con las perturbaciones del estado del ánimo, pero no con la esquizofrenia aunque hubo un tiempo en que esto se pensó.(2)

Jorgensen(1992) afirma que los pacientes admitidos por primera ocasión con diagnostico de Trastorno Psicótico Breve presentan mayor mortalidad en comparación con la población común, ya que se incrementa el riesgo de cursar cualquier padecimiento mortal, incluido cáncer.(31)

Schopf , en 1998 realiza un estudio estadístico en la India, determinando que es mas frecuente en verano, en mujeres, con

antecedente de parto hace 12 semanas o menos y cuando se ha padecido fiebre hace 4 semanas o menos.(32)

Benedetti (1998) realiza una investigación en la que medica con dosis bajas de clozapina a un grupo de pacientes que padecían graves trastornos límites de la personalidad, reportando una clara disminución de la impulsividad y mejoría en prácticamente todas las áreas del funcionamiento. Esto hace suponer similitudes en el funcionamiento psicótico y el límite.(33)

Hultman (1999) reporta que el trastorno psicótico breve es mas frecuente en múltiparas que en nulíparas, aunque esto es solo a nivel estadístico ya que no se ha establecido una clara relación del porque de esta situación .(34)

Abe K. da a conocer que hay diversos reportes sobre adolescentes que presentan trastornos psicóticos breves, seguidos de completa remisión de los síntomas en el lapso de 2 semanas. Encontró que solo la menor parte de ellos reincidían en trastornos psicóticos y en estos la recurrencia ocurría al mes del episodio psicótico previo. La mayoría sin embargo manifestaron en lo futuro padecimientos de tipo afectivos, tales como depresión.(35)

También han sido reportadas aneuploidias cromosómicas (XXY, XXX y posiblemente XYY) en pacientes adultos con esquizofrenia y en otras psicosis atípicas. Aunque en este caso, si conocemos el cariotipo hablaríamos de un trastorno psicótico de origen orgánico, dado que raramente a los pacientes psiquiátrico se les realizan cariotipos rutinariamente, cabe la posibilidad de que a algunos de estos pacientes se les diagnostique como Trastornos Psicóticos Breves(36)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La relación que existe entre el trastorno psicótico breve y los trastornos de personalidad es bien conocida, aunque en forma empírica. Sin embargo existen pocos estudios en torno a dicha asociación.

JUSTIFICACION

La elaboración de estudios referentes al trastorno psicótico y la asociación con diferentes tipos de personalidad, permitirían realizar aportaciones en cuanto a la etiología y factores predisponentes y asociados.

Se plantea que de inicio es importante conocer la prevalencia de los distintos trastornos de personalidad en el brote psicótico breve. Esto permitiría en un futuro realizar estudios mas enfocados a determinar la génesis de la comorbilidad en aquellos trastornos que resulten de alta prevalencia y en los que por tanto se presuponga una asociación causal.

Si resultara significativa la relación entre el Trastorno Psicótico Breve y el Trastorno límite de la personalidad se podrían realizar acciones de tipo preventivas o de intervención temprana en pacientes con personalidad límite ante situaciones estresantes (tales como intervención en crisis), para evitar que desarrollen estados psicóticos breves o al menos disminuir la duración de los mismos.

También se daría pauta a otras líneas de investigación que pretendieran conocer las características psicopatológicas específicas de quienes presentan ambos trastornos (pronóstico, duración de la sintomatología psicótica, tratamiento mas adecuado, medidas preventivas, etc.)

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia con que se presenta el Trastorno Límite de la Personalidad en una población de pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino" con diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características sociodemográficas de una población de pacientes con diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve.

Analizar las diferencias entre la población de pacientes con el diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve y Trastorno límite de la personalidad con los que sólo tuvieron Trastorno Psicótico Breve, en relación al sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad y nivel socioeconómico.

MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo un estudio clínico, descriptivo y prospectivo.

El estudio fue realizado por un médico residente de 4 año de psiquiatría. Se captaron 30 pacientes, con diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve, evaluados en cualquiera de los siguientes servicios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino": Urgencias, Observación, UMQAIP o Psicogeriatría, en el periodo comprendido entre el 15 de Noviembre del 2001 al 15 de Mayo del 2002.

A todos los pacientes se les realizó una entrevista clínica confirmando el diagnóstico de certeza de este padecimiento al cotejar los criterios clínicos de cada paciente con el DSM IV.

Una vez remitida la sintomatología psicótica se aplicó la entrevista clínica estructurada SCID II, en su versión para el DSM IV, con la finalidad de detectar específicamente el trastorno límite de la personalidad.

Análisis estadístico: Para comparación de variables se utilizó X (Pearson) y para comparar las características de los pacientes con Trastorno límite de la personalidad con pacientes sin este diagnóstico se realizó estadística no paramétrica(U de Mann-Whitney).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Se incluyeron aquellos pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino" con diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve, ambos sexos, mayores de 18 años, ingresados por el servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino" , que supieran leer y escribir y que aceptaran participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes con otra patología psiquiátrica del eje I agregada al diagnóstico de Trastorno Psiquiátrico Breve.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población

Del total de 30 pacientes con el diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve se encontró que el 22 (73.3 %) eran mujeres y 8 (26.7 %) eran hombres. La media de edad fue de 30.07 \pm 10.33.

Referente a la ocupación 14 (46.7 %) se dedicaban al hogar, 7 (23.3%) sin actividad específica, 3 (10.0 %) Estudiantes, 3 (10.0%) Subempleado o Eventual y 3 (10.0%) Empleado o comerciante.

En cuanto a su nivel de escolaridad 13 (43.3%) cursaron la Primaria Incompleta; 6 (20.0%) Primaria completa; 7 (23.3%) la Secundaria; 3 (10.0%) Preparatoria y 1 (3.3%) Licenciatura.

Referente al Estado civil, 11 (36.7%) se encontraban solteros; 9 (30.0%) en Unión libre; 5 (16.7%) Casados y 5 (16.7%) divorciados.

Con respecto al estado socioeconómico, 23 (76.7%) pertenecen al nivel bajo, 6 (20.0 %) al medio y 1 (3.3 %) al alto.

Del total de la muestra 13 pacientes (43.3%) reunieron criterios de acuerdo al SCID II para el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad. De este grupo de pacientes 9 (69.2%) fueron mujeres y 4 (30.8 %) fueron hombres. La media de edad de este grupo fue de 26.62 \pm 7.89.

Los resultados de esta investigación mostraron mayor frecuencia del Trastorno Psicótico Breve en mujeres (73.3%) en la 4ª década de la vida. El Trastorno límite de la personalidad se presentó casi en la mitad (43.3%) de los pacientes con Trastorno Psicótico Breve.

En cuanto al análisis estadístico, al comparar el grupo de pacientes con Trastorno Psicótico Breve y Trastorno límite de la personalidad con el grupo que sólo presentó Trastorno Psicótico Breve no se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo, edad, estado civil, escolaridad, y ocupación.

Solo se encontró diferencia estadísticamente significativa al valorar el nivel socioeconómico en la población de pacientes límites ($p=0.03$).

DISCUSION

En primer lugar, muchas de las variables de la población aquí registrada están determinadas en gran medida por el tipo de población que normalmente se atiende en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino", es decir, pertenecientes a los estratos socioeconómicos predominantemente bajo y después medio. Esto podría explicar la significancia estadística encontrada al analizar el nivel socioeconómico de la población de pacientes límites, sobre todo si tomamos en cuenta que la muestra es muy reducida en relación con la prevalencia en que se presenta el Trastorno Psicótico Breve.

Exceptuando la edad, ningún autor registra que las variables sociodemográficas sean significativas en la presentación del Trastorno Psicótico Breve.

Tanto Susser (6) como Jorgensen(7,8) describen que el Trastorno Psicótico Breve se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino. Susser describe una frecuencia hombre-mujer 6:7, cifra que no concuerda con los datos obtenidos en este trabajo. Jorgensen en cambio reporta que el 76.4% de su población lo constituían mujeres y el 23.6% hombres, cifras que concuerdan con las obtenidas (73.3% mujeres y 26.7% hombres). Esto nos podría hablar de la universalidad de este trastorno.

La media de edad obtenida aquí (30+-10.33 años) también se aproxima a la citada por Jorgensen (37 años).

La ocupación que aparece con mayor frecuencia es el hogar. Esto podría deberse a que la mayor parte de la población con Trastorno psicótico breve esta representado por mujeres, de la 3ª década de la vida, que solo cuentan con primaria incompleta, y en una sociedad con características como la nuestra esta sería la ocupación mas frecuente para esta población. La ocupación como variable no ha sido mencionada en otros estudios.

En cuanto a la escolaridad, lo que predominó fue la primaria incompleta, condición que prevalece en el estrato socioeconómico bajo , que a su vez fue el mas frecuente en este estudio y es el que con mayor frecuencia solicita servicio en el HPFBA. La escolaridad como variable no ha sido considerada en otros estudios.

En lo que se refiere al estado civil, predominó la soltería(36.7%) con una frecuencia aproximada a la unión libre(30%). Esto sin embargo no es significativo. Tampoco el estado civil ha sido considerado como variable en otros estudios.

El 43.3% de la muestra reunió criterios para el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad. Jorgensen menciona haber encontrado trastornos de personalidad en el 46 % de los pacientes con Trastorno Psicótico Breve. Sin embargo comenta que el Trastorno limite de la personalidad se presentó solo en un 4%. Para él, el Trastorno No especificado de la personalidad fue el mas frecuente(17%).Sin embargo este es el único investigador que concretamente ha correlacionado ambos trastornos.

A que se deberá la discrepancia en los datos encontrados con respecto a los proporcionados por otros autores? Por que ocurre que un mismo investigador obtiene datos discrepantes? (6)

Tres propuestas viene a la mente. Podríamos pensar que el concepto clínico de Trastorno Psicótico Breve al ser relativamente nuevo (con las características con que ahora se le conoce) este en proceso de definirse. No olvidemos que en los países Eslavos es mucho mas amplio, al considerar síntomas afectivos que en el DSM IV o son criterios excluyentes o son innecesarios para el diagnóstico.

En segundo lugar, el Trastorno límite de la personalidad , como actualmente se le conoce también constituye una categoría diagnostica relativamente nueva, concepto influenciado por

diversas corrientes y modelos que en algunos puntos son divergentes; y sin embargo todos parecen coincidir en la "inestabilidad de la personalidad" que se observa en quienes lo padecen. De hecho es frecuente que en la práctica clínica a estos pacientes se les diagnostique un sinnúmero de padecimientos mentales. Si a esto le sumamos que la categoría diagnóstica de Trastorno de personalidad No Especificado "se reserva para los trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad (como en el caso de presencia de características de mas de un trastorno de personalidad)" podríamos pensar que una buena parte de la población que Jorgensen diagnosticó como Trastorno No especificado de la Personalidad hubiera estado muy cerca de ser diagnosticada como Trastorno Límite de la personalidad.

La tercera posibilidad es que la naturaleza misma del Trastorno Psicótico Breve sea, como ocurre con frecuencia en psiquiatría multifactorial y de difícil aproximación metodológica, ya que si como factor predisponente importante debemos considerar los estresantes psicosociales debemos conocer de manera profunda la cultura de una población para ponderar qué situaciones son significativas y cuales intrascendentes. Si dependiera importantemente de condicionantes sociales y psicológicas mas que biológicas tendríamos poblaciones muy susceptibles (en guerra, hambrunas, etc) y otras con una incidencia muy baja. Y observaríamos que en una misma población, al modificarse los estresores psicológicos y sociales la incidencia cambiaría.

Entonces los datos que se proporcionaran serian discrepantes(aun por un mismo investigador en una misma población, como se ha observado).

Sin embargo, para llegar a conclusiones mas consistentes con respecto a la relación que existe entre ambas patologías es necesario la realización de trabajos de tipo longitudinales, con casos/controles que permitan identificar la razón de probabilidad y con ello el riesgo de presentar el trastorno de personalidad tipo limite, y a su vez ampliar la búsqueda de otros trastornos de personalidad, así como otras patologías.

CONCLUSIONES

El Trastorno límite de la personalidad se presentó en casi la mitad de los pacientes con Trastorno Psicótico Breve (43.3%) y dada esta frecuencia tan alta es necesario realizar estudios longitudinales , con casos/control, poblaciones mayores y dar seguimiento a la evolución de los mismos para determinar si las variables sociodemográficas influyen de alguna manera.

Referencias

- 1.-Pichot P. López-Ibor J. Valdes M. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV.1ª Edición. Ed. Masson, 1995; 308-312
- 2.-Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock. Tratado de Psiquiatría. 4a Edición. Ed. Panamericana. 1995 ; 958-961
- 3.-Hatonani N. The concept of "atypical psychosis": Special reference to its development in Japan. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1996; 50/1(1-10)
- 4.-Pitta JC .Psychogenic (reactive) and hysterical psychosis: a cross-system reliability study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* . 1997 feb:95(2):112-8
- 5.-Hansen H., Dahl AA, Bertelsen A . The Nordic concept of reactive psychosis- a multicenter reliability study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992:86: 55-59
- 6.- Susser E, Fenning S, Jandorf L. Epidemiology, diagnosis and course of brief psychosis. *American Journal of Psychiatry*.1995, 152:(1743-1748).
- 7.- Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J. Acute and transient psychotic disorder: A 1 - year follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997:96:150-154
- 8.- Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J. Acute and transient psychotic disorder: Comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996, 94/6 (460-464).
- 9.- Simonsen E. The Borderline conditions- An introduction from a Scandinavian perspective. *Acta Psichiatria Scandinavica-Supplement*. 1994, 89/379 (6-11)
- 10.-Modestin J, Sonderegger-P, Erni-T. Follow-up study of hysterical psychosis, reactive/psychogenic psychosis, and schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*. 2001; 42/ (51-56) .

- 11.-Miller FT, Abrams-T, Dulit-R. Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder and concurrent axis I disorder. Hospital community psychiatry. 1993, 44/1(59-61).
- 12.-Jhonson F A. African perspectives on mental disorder . In psychiatric diagnosis : A World Perspective. MC Kastrup Editors.1994, 62(35-39)
- 13.-Jorge MR, Mezzich JE. Latin American contributions to psychiatric nosology and classification.In psychiatric diagnosis: A World Perspective. MC Kastrup Editors.1994, 62 (26-31)
- 14.- Osran HC , Weinberger LE. Personality disorders and "restoration to sanity".Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law. 1994, 22/2 (257-267)
- 15.- Murphy D. Brief psychosis in forensic psychiatry. Journal of forensic psychiatry. 2000; 11/2 (328-343)
- 16.- Jaspers K. Psicopatología General.1ª Reimpresión. Ed. Fondo de Cultura económica. 1996, 429-440
- 17.- Wimmer A. Psykogene sindssygdomsformer Copenhagen. Hans Hospital Jubilaemsskrift, a 1916.
- 18.-Leonhard K. Aufteilung der Endogenen Psychosen. Akademik Verlang, Berlin 1957
- 19.-Tsai S J. Cycloid psychosis : A report of two cases. International Medical Journal. 1999; 6/1 (23-25).
- 20.- Piekarska A. Reactive maniac syndromes. Psychiatria Polska.1998;32/5(643-653)
- 21.- Maffei C, Madeddu F, Fossati A. DSM-III-R brief reactive psychosis and personality disorders. Psychopatology. 1995, 28/3(140-146)

- 22.-Van -Der -Hart -O, Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Trauma and Stress*. 1993 6/1(43-64)
- 23.- Koga-Y. A study of borderline personality disorder from the viewpoint of ego functions. *Japan Journal of Psychiatry and Neurology*. 1993, 47/4 (783-800)
- 24.-Lavoie JG. Somatosis, psychosis and object relations. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1992,37/3 (183-187)
- 25.- Guinness E A. Brief reactive psychosis and the mayor functional psychosis: Descriptive cases studies in Africa. *British Journal of Psychiatry*. 160/APR.Suppl. 1992,16(24-41)(71-74)
- 26.-Chiniwala M, Alfonso CA, Torres JR. Koro in immigrant from guinea with brief psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996, 153/5 (736)
- 27.-Okasha A, El Dawla AS, Khalil A H. Presentation of acute psychosis in an Egyptian sample: A transcultural comparison. *Comprehensive Psychiatry*. 1993,34/1 (4-9)
- 28.- Beighley PS, Brown GR, Thompson JW. DSM-III-R brief reactive psychosis among air force recruits. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1992,58/8(283-288)
- 29.- Lazarescu M, Ardeleanu V, Jianu A. Study of the reactive psychosis occurred during the revolution of December 1989-Timisora-Romania..*European Journal of Psychiatry*.7/4(219-228)1994
- 30.- Saloh S. Brief reactive psychosis induced by sensitivity training: similaries between sensivity training and brainwashing situations. *Psychiatry Clinical Neuroscience*.1996 Oct;50(5) 261-5
- 31.- Jorgensen P, Mortensen PB. Cause of death in reactive psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992,85/5(351-353)

32.- Schopf J, Rust B. Follow - up and family study of postpartum psychosis - Part IV: Schizophreniform psychosis and brief reactive psychosis: Lack of nosological relation to schizophrenia. European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience.1994, 244/3 (141-144)

33.- Benedetti F, Sforzini L, Colombo C. Low-dose clozapine in acute psychosis and continuation treatment of severe borderline personality disorder. Journal of Clinical Psychiatry.1998;59/3(103-107)

34.- Hultman V. Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis reactive psychosis of early onset: case-control study . British Medical Journal. 1999 feb 13;318(7181):421-6

35.-Abe K, Otha M. Recurrent brief episodes with psychotic features in adolescence: Periodic psychosis of puberty revisited. British Journal of Psychiatry. 199,167/Oct.(507-513)

36.-Kumra S, Wiggs E, Krasnewich D. Association of sex chromosome anomalies with childhood- onset psychotic disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998, 37/3(292-296)