



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Evaluación cognitiva en pacientes con Trastorno límite de personalidad que acuden a la Terapia de Grupo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, utilizando la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría

Dra. Janinne Flores Filio

Asesor teórico: Dra. Socorro González Valadez

Asesor: metodológico: Dr. Rodrigo Figueroa Vera.

JULIO 2019



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.

Contenido	
1.- Introducción.....	1
2.- Marco teórico	2
3. Metodología.....	18
4. Objetivos	20
5. Hipótesis.....	21
6. Definición operacional de las variables	21
7. Muestra y muestreo:.....	23
8. Diseño de estudio.....	24
9. Consideraciones bioéticas.....	28
10. Recursos financieros.....	30
11. Análisis estadístico	31
12. Análisis y discusión	40
14. Conclusiones y sugerencias.....	46
Anexo 1: Carta de información al jefe de servicio	49
Anexo 2: Consentimiento informado para los participantes	50

LISTA DE ABREVIATURAS

TLP.- Trastorno Límite de la Personalidad

DSM.- Manual Estadístico y Diagnóstico de Enfermedades Mentales

EEG.- Electroencefalograma

SPECT.- Tomografía Computarizada por Emisión de Protón Único

PPTS.- Región Promotora Del Transportador De Serotonina

RMf .- Resonancia Magnética Funcional

SCID-II.- Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV.

LISTA DE TABLAS, CUADROS Y FIGURAS

Tabla 1. Criterios DSM-5 para el Trastorno límite de la personalidad.	9
Tabla 2. Características de las variables	22
Tabla 3. Correlaciones Bivariadas	38
Tabla 4. Correlaciones multivariadas.	39
Cuadro 1. Frecuencia de las variables día de terapia, turno, sexo y escolaridad.	31
Cuadro 2. Frecuencia por categoría de la Puntuación T combinada general de la muestra.	32

Cuadro 3. Descripción de la muestra y descripción de los resultados de la Batería MATRICS.	36
Figura 1. Histograma de la variable Día de Terapia.	33
Figura 2. Histograma de la variable Turno.	33
Figura 3. Histograma de la variable Sexo.	34
Figura 4. Histograma de la variable Escolaridad.	34
Figura 5. Histograma de la variable Puntuación T Combinada General.	35
Figura 6. Cajas y Bigotes de Puntuación T combinada general para cada uno de los dominios de la Batería MATRICS.	37
Figura 7. Diagrama de dispersión de puntos de las variables escolaridad y puntuación T combinada general	38

1.- Introducción

El trastorno de inestabilidad emocional tipo límite es el trastorno de personalidad más frecuente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Este trastorno causa intenso malestar y disfunción en múltiples áreas de desarrollo del paciente, tales como el ámbito social, ocupacional e interpersonal. La característica principal del Trastorno límite de personalidad (TLP) es un patrón generalizado de inestabilidad, la cual se ve reflejada en las relaciones interpersonales, en el afecto y la autoimagen. Además existe una alta impulsividad, y frecuentemente se asocia a comportamientos autodestructivos, como autoagresiones, intentos suicidas y suicidios consumados.

La etiología del Trastorno límite de personalidad es compleja. A lo largo de la historia se han considerado factores genéticos, sociales, familiares. Los intentos por explicar las causas que originan este trastorno en un paciente determinado abarcan desde teorías psicológicas con enfoques psicodinámicos, interpersonales y otras con enfoques cognitivo conductuales. Actualmente, los estudios del TLP con un enfoque neurológico y neuropsicológico, han cobrado una mayor importancia dada la posibilidad de abordarlo con pruebas de imagen e imagen funcional.

Si bien la mejor forma de estudiar y tratar a estos pacientes es con un enfoque neuropsicológico, que tome en cuenta los factores psicológicos y neurológicos. Desde un punto de vista neurológico será importante entender cuáles son las áreas cognitivas que se encuentran afectadas de forma predominante. Una investigación

que evalúe esto permitirá crear enfoques terapéuticos y de rehabilitación que beneficien al paciente en las áreas donde presenta mayor alteración.

2.- Marco teórico

Los trastornos de personalidad son un problema psiquiátrico con una alta prevalencia, caracterizados por patrones continuos de conducta y formas de experimentar las vivencias internas, que se desvían de manera importante a lo que se espera de un individuo según su cultura; son generalizados, abarcando múltiples contextos del individuo, inician en la adolescencia, se perpetúan en la adultez, y llevan a un alto grado de disfunción personal, social, ocupacional y en otras importantes áreas del funcionamiento de la persona.

Del 9 al 14.8% de los pacientes en el ambiente clínico tienen un Trastorno de personalidad, aunque es frecuente que los pacientes tengan características de múltiples trastornos. El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se considera parte del Clúster B dentro de los trastornos de personalidad. 1, 2

El TLP es el trastorno de personalidad que se presenta con mayor frecuencia en el ambiente clínico, en todas las culturas alrededor del mundo. Su prevalencia es del 1.6% en la población general, pero llega a representar el 10% de los pacientes ambulatorios y el 20% de los hospitalizados. Se considera que en la comunidad existe una proporción hombre: mujer similar, pero las mujeres son atendidas hasta 3 a 4 veces más que los hombres.

No obstante, la alta prevalencia de este trastorno, frecuentemente es poco o incorrectamente diagnosticado en la práctica, lo que coadyuva a que se mantenga

el alto grado de afección social, ocupacional, personal y, finalmente, influye en la alta prevalencia de conductas autodestructivas y suicidios consumados. 3, 4

Numerosos estudios han demostrado que muchas veces el personal médico presenta una actitud negativa hacia los pacientes con TLP, especialmente si éstos presentan autoagresiones o intentos suicidas de forma repetitiva. Esto se debe, en parte, al estigma, y a que este grupo de pacientes son considerados como manipuladores, carentes de optimismo y sin compromiso con el tratamiento. Estas características generales, son un factor determinante en el hecho de que si a los pacientes con TLP no se les da un seguimiento a largo plazo, es común que sean vistos de forma frecuente en situaciones de agudización sintomática. Esto ha dado la impresión de que estos pacientes “siempre están en crisis” y nunca se recuperan de su trastorno, lo que contribuye a perpetuar el ciclo de estigmatización que sufre esta población. 3, 5

Aunque el TLP normalmente inicia en el periodo entre la pubertad y la adultez, el diagnóstico comúnmente se retrasa y por lo tanto el tratamiento raramente se indica desde esta etapa, realizándose en términos generales antes de los 40 años, cuando los pacientes deben decidir sobre su trabajo, su matrimonio y otros aspectos de su vida, y son incapaces de afrontar los cambios normales del ciclo vital. Este diagnóstico tardío desde luego influye en el pronóstico de los pacientes, quienes ven limitado el entendimiento de su enfermedad, con el consecuente desarrollo y probable empeoramiento de los síntomas.

En las últimas décadas se ha evidenciado que los TP pueden ser diagnosticados antes de los 18 años de edad. Se han considerado diferentes síndromes precursores del trastorno. Entre estos se encuentra el Síndrome Límite

de la Infancia, el cual combina síntomas afectivos, impulsivos y cognitivos. Los niños de entre 7 a 12 años de edad que cumplen criterios para este síndrome tienen una mayor prevalencia de antecedente de abuso, negligencia, así como hallazgos neuropsicológicos sugestivos de disfunción ejecutiva, similares a los que se encuentran en pacientes adultos con TLP. Es remarcable que solo una pequeña parte de los pacientes con este síndrome en la infancia tendrán diagnóstico de TLP en la adultez, por lo que no es todavía posible identificar un síndrome precursor específico.

No sucede así en la población adolescente, en la cual se ha observado que el trastorno tiene un curso similar al del adulto. Los estudios han arrojado resultados variables, con algunos describiendo una reducción del diagnóstico del 50% hasta del 65% en la población estudiada.

En la población adulta se ha observado que el curso clínico de la mayoría de los pacientes con TLP es estable, cambia poco, aunque una parte presenta mejoría con el tiempo. En estudios de seguimiento se ha observado una remisión del diagnóstico en alrededor del 25% de los pacientes. Durante un seguimiento de 10 años, el 80% presentó una remisión sintomática durante un año.

Lo que se ha constatado, es que el TLP es el trastorno de personalidad que remite con mayor lentitud. Cuando se consideran las áreas sintomáticas, se ha observado que la impulsividad y las manifestaciones conductuales remiten más rápido que los síntomas afectivos, lo que podría explicar por qué, a pesar de las tempranas remisiones de las autoagresiones, el riesgo de suicidios completados persiste. 3, 6

Los trastornos psiquiátricos comórbidos son extremadamente frecuentes en pacientes con TLP, donde representan más la regla que la excepción. Son comunes los trastornos afectivos, especialmente el Trastorno depresivo mayor, los Trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, los Trastornos de ansiedad, y los Trastornos alimenticios, los cuales también son más frecuentemente vistos en pacientes con TLP que con otros Trastornos de la personalidad.

Cuando se han observado estos pacientes durante un seguimiento de seis años, hasta el 60% de los pacientes continúan cumpliendo criterios para un trastorno del afecto o de ansiedad. Otras entidades médicas no psiquiátricas igual se encuentran con mayor prevalencia, incluyendo el síndrome de colon irritable, osteoartritis, diabetes, obesidad, dolor, entre otros. 1, 3

Los pacientes con TLP presentan un cuadro clínico complejo y variable, aunque es común que se encuentren características predominantes.

Se encuentran cambios de humor, los cuales son muy frecuentes. Estos pacientes pueden discutir en un momento determinado, mostrarse deprimidos acto seguido y quejarse poco después de su falta de sentimientos. Esta inestabilidad afectiva tiene su sustento en una alta reactividad emocional, con episodios intensos de disforia, irritabilidad, ansiedad, que puede durar horas, a veces días y pocas veces unas semanas. El humor disfórico es frecuentemente desencadenado por la pobre tolerancia de los pacientes a los estresores interpersonales y se acompaña de ira, pánico, enojo y frustración, todo lo cual, en ese momento, encuentra difícil controlar y canalizar de una manera apropiada.

Es común que los pacientes con TLP presenten un apego alterado en sus relaciones interpersonales, lo que puede llevar a conductas desadaptativas ante una separación. Suelen ser muy sensibles al abandono, llegando a incurrir en grandes esfuerzos para evitarlo. De esto se deriva que las relaciones de los pacientes con TLP suelen ser inestables, intensas y tormentosas. 4, 7

Pueden mostrarse dependientes de las personas que están cerca de ellos y posteriormente, ante el mínimo disgusto, expresar una enorme ira hacia sus amigos íntimos cuando se sienten decepcionados.

No toleran la soledad y prefieren la búsqueda frenética de compañía, aunque esto los lleve a poner en riesgo su integridad y su vida. Es frecuente que pese a la compañía, se quejen de tener sentimientos crónicos de vacío, sentirse poco comprendidos, aburrirse rápidamente, careciendo de un sentido integrado de identidad. En un sentido funcional, suelen distorsionar sus relaciones con los demás, con una marcada ambivalencia, en donde se observa que en sus vínculos consideran a las demás personas como extremadamente buenas o terriblemente malas. Contemplan a las personas como figuras que les dan afecto y cubren sus necesidades, o como figuras sádicas y odiosas que les privan de sus necesidades de seguridad y les amenazan con el abandono. 7

Esta idealización que presenta el paciente límite es una manifestación del deseo de ser amado y adorado por la otra persona, una experiencia que no existe en los recuerdos de la infancia del paciente, que a menudo fue marcada por sentimientos de abandono o de abuso emocional o físico. Cuando aparecen los inevitables defectos en la figura idealizada, ésta se convierte fácilmente en lo contrario, y el paciente es incapaz de ver que sus exigencias pudieron haber sido

exageradas o su comportamiento conflictivo; siempre es problema de la otra persona.

El área sexual del paciente límite se ve también afectada. Su sexualidad no está inhibida, y suelen ser muy activos sexualmente. Suelen ser descaradamente coquetos y llegar a tener relaciones sexuales temprana e indiscriminadamente. La sexualidad de estos pacientes está conectada al objeto, y es de una naturaleza primitiva, teñida de oscilaciones entre la idealización e infravaloración. 8

Existen también problemas en la identidad, que consisten en marcadas alteraciones en la autoimagen o en el sentido de sí mismo. La autoimagen, que incluye las metas, valores, el tipo de amigos, la vocación, puede cambiar de forma abrupta o dramática. Estos individuos suelen sentir que son malos o presentar un intenso sentimiento de culpa, especialmente cuando se sienten solos o poco apoyados. 4

En ocasiones sufren episodios psicóticos de corta duración, llamados episodios micropsicóticos, los cuales deben diferenciarse de otros síntomas psicóticos, y que se caracterizan por no ser rupturas psicóticas completas, están casi siempre circunscritos a situaciones estresantes particulares, son efímeros o dudosos. El pensamiento paranoide es común en el paciente límite. La falta de reconocimiento por parte del mundo exterior es un golpe para la frágil autoestima del paciente y puede desencadenar con facilidad un pensamiento cuasidelirante.

En los pacientes límites son frecuentes los episodios disociativos, así como de despersonalización y desrealización. Estas experiencias suelen ser transitorias

y aparecen en respuesta al estrés, a menudo responden cuando el clínico, algún amigo o familiar tranquilizan al paciente. 7, 8

Dos características de especial importancia en el paciente límite son las autoagresiones y los intentos de suicidio.

Las autolesiones no suicidas se definen como la lesión corporal propia, realizada directa y deliberadamente, en ausencia de un intento letal y por razones no socialmente aceptables. Entre estas conductas se incluyen los cortes (el más común, representando hasta el 70%), seguido de azotarse la cabeza, quemaduras, rascado y el golpearse a sí mismo.

Este comportamiento suele empezar a edades tempranas, entre los 12 a los 14 años, estimándose una prevalencia del 40-82% en adolescentes hospitalizados en clínicas psiquiátricas. En adolescentes la prevalencia varía ampliamente, entre 7.5 a 46.5%, disminuyendo a 4-23% en adultos. Es más frecuente en mujeres que en hombres.

Es utilizado con varias intenciones, entre las que destaca aliviar las dificultades interpersonales o intrapersonales; muchos pacientes describieron que lo realizan con la expectativa de liberarse de emociones negativas o estados cognitivos displacenteros.

En la etiología, se ha descrito que las experiencias traumáticas en la infancia pueden ser un predictor de este comportamiento en edades posteriores. Así también el abuso sexual en la niñez, relaciones conflictivas y con un pobre apego con los padres, privación afectiva por parte de los mismos. 9

Por otra parte, los intentos suicidas son frecuentes en esta población, considerándose que entre el 8-10% de la población comete suicidio. Se considera

que las ideas suicidas pueden ser agudas, crónicas o ambas, lo que puede dificultar la valoración de cuándo un paciente se encuentra en un riesgo de suicidio inminente. Incluso con atención cuidadosa, es difícil predecir cuándo un paciente puede autoagredirse o cometer suicidio, ya que estas acciones suelen ser en contexto impulsivo y sin previo aviso. 4

Con la intención de objetivizar las características clínicas que estos pacientes presentan, se han establecido criterios diagnósticos, siendo los del DSM-5 los más actualizados: 10

<p>Tabla 1. Criterios DSM-5 para el Trastorno límite de la personalidad. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición. Editorial Panamericana. España 2014.</p>
<p>Un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y la afectividad, e impulsividad intensa, que comienzan en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:</p>
<p>1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.</p>
<p>2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</p>
<p>3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.</p>
<p>4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.</p>
<p>5. Comportamientos, actitud o amenazas suicidas recurrentes, o conductas autolesivas.</p>
<p>6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).</p>
<p>7. Sentimientos crónicos de vacío.</p>
<p>8. Enfado inapropiado e intenso o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</p>
<p>9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.</p>

Etiológicamente los Trastornos de la personalidad pueden ser entendidos desde puntos de vista variables: intrapsíquico, conductual, interpersonal, cognitivo, neurobiológico y evolutivo. 2

El modelo cognitivo plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación. Este modelo plantea que si el paciente identifica sus pensamientos automáticos, probablemente podrá evaluar, al menos hasta cierto punto, la validez de ellos. Si se da cuenta de que hizo una interpretación errónea y logra corregirla, seguramente descubrirá que su ánimo mejora.

Beck¹³ enfatizó las creencias disfuncionales básicas acerca de uno mismo y de los otros, así como los patrones de conducta que son característicos de los pacientes con Trastornos de personalidad. Estos esquemas cognitivos básicos, son el resultado de las interacciones entre la predisposición genética del individuo, la exposición a las influencias negativas del ambiente y a los eventos traumáticos específicos.

Desde un punto de vista psicoanalítico, uno de los principales problemas de los pacientes con Trastornos de personalidad es el desorden del self. Las teorías psicoanalíticas le dan a los pensamientos básicos de Beck un sentido más amplio y más profundo. Para Kernberg los pacientes con TLP atravesaron con éxito la fase simbiótica, de manera que el self y los objetos se pueden distinguir claramente, pero también quedaron fijados durante la fase de separación-individuación. Desde un

punto de vista del desarrollo, se puede considerar que los pacientes reviven una crisis infantil temprana en la cual temían que los intentos de separación de sus madres provocarían la desaparición de ellas y por ende, el abandono de ellos. En la forma adulta de esta crisis infantil, los individuos son incapaces de tolerar periodos de soledad y el temor de que los abandonen los seres significativos. Un componente importante de esta fijación es la falta de constancia objetal típica en los pacientes con TLP. Al carecer de una imagen integrada de sus objetos significantes, los pacientes tienen poca o ninguna tolerancia a la separación y a la soledad. 11, 12, 13

Los estudios genéticos en TLP han estimado la heredabilidad de este trastorno, mostrando una concordancia de 35% en gemelos monocigóticos y de 7% en dicigóticos.

Así mismo se ha encontrado una disfunción serotoninérgica, lo cual podría corresponder a uno de los mecanismos subyacentes a la impulsividad y desregulación afectiva propia del TLP. Se ha investigado la influencia del polimorfismo funcional de la región promotora del transportador de serotonina (PPTS) en modular el efecto de los eventos vitales estresantes en la infancia en un grupo de pacientes con TLP, y se ha estimado que más de 60% tenía al menos una copia del alelo corto del PPTS, pero no todos los portadores del alelo corto tenían diagnóstico de TLP.

En los SPECT se ha observado una reducción en el flujo cerebral regional en la corteza temporal lateral derecha, y la corteza pre-frontal y ventro-lateral derecha. Esto podría correlacionarse con alteraciones en funciones de regulación afectiva,

propias del hemisferio derecho. En los EEG de alta potencia, se ha encontrado una mayor latencia en la fase posterior y una reducción en la sincronía de fase gamma en el hemisferio derecho; ambos fenómenos se relacionaron con síntomas cognitivos e impulsividad. 14

Se ha reportado que estos pacientes presentan una disminución del volumen de la sustancia gris en la corteza dorsolateral y en la corteza orbitofrontal izquierda, así como en el giro cingulado posterior y en la corteza parietal derecha. La densidad de la materia gris también se encuentra reducida, de manera que los pacientes con TLP presentan una densidad de sustancia gris disminuida de forma generalizada, cuando se comparan con controles sanos, incluso observándose picos de densidad menor en la corteza dorsal frontal, la orbitofrontal y el cíngulo anterior y posterior, el lóbulo parietal, temporal y el córtex visual. 15

Estudios han encontrado diferencias significativas de la concentración de la sustancia gris en pacientes con TLP que han cometido intentos suicidas, comparados con los que no lo han hecho, así como en aquellos con intentos de alta letalidad, versus baja letalidad, lo que sugiere que podría haber circuitos neuronales específicos que se relacionen con el comportamiento suicida. Las áreas afectadas incluyen la orbitofrontal, temporal, la ínsula y las estructuras paralímbicas, altamente involucradas en la regulación emocional, control conductual, funciones ejecutivas y la respuesta adaptativa en las situaciones sociales. 16

Los estudios neurobiológicos han vinculado los síntomas del TLP, especialmente la impulsividad y la inestabilidad en las emociones, con fallas en las funciones frontolímbicas, y sugieren que la desregulación emocional es causada por

déficits prefrontales, hiperactividad del sistema límbico, o una combinación de los dos. 15

Se ha utilizado resonancia magnética funcional para localizar las regiones de regulación afectiva en las áreas frontolímbicas. Entre estas regiones se encuentra la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo, la corteza prefrontal dorsolateral y la dorsomedial, la corteza orbitofrontal, el cíngulo anterior y la ínsula. La regulación voluntaria de emociones negativas activa estas estructuras, las cuales se encuentra conectadas estructural y funcionalmente, lo que permite que las áreas de la corteza prefrontal modulen las regiones subcorticales como respuesta a los estímulos emocionales y para inhibir los impulsos. Por lo tanto, la desregulación frontolímbica parece contribuir a la desregulación emocional. 17

Los estudios de imagen funcional han demostrado una disminución en la activación de la corteza cingulada anterior en respuesta a la provocación, así como en la corteza orbitofrontal, con un aumento en la actividad de la amígdala, lo que ha llevado a considerar que el TLP se encuentra en la “intersección de la cognición y la emoción”

Los resultados de imagen estructural de la amígdala han sido discrepantes, con reportes de reducción del volumen, quizá reflejando excitotoxicidad con pérdida de volumen, así como estudios que no han encontrado diferencias. Por otra parte, los estudios de imagen funcional de la amígdala han reportado aumento en la actividad de ésta, posterior a ciertos estímulos, como rostros con expresiones emocionales, y fotografías con emociones positivas y negativas, pero no se han encontrado hallazgos en estado basal, como sí se han encontrado en el Trastorno depresivo mayor.

El volumen del hipocampo se ha visto reducido en algunos estudios, pero parece ser que se encuentra relacionado con historia personal de trauma intenso y abuso, reflejando la comorbilidad con Trastorno de estrés postraumático, más que un dato específico del TLP. 18

Los estados disociativos en el TLP se han asociado con la reducción de la activación en el giro temporal superior e inferior, y con un acoplamiento positivo más intenso de esta área con la amígdala durante las distracciones emocionales. Se ha considerado que la disociación asociada al estrés en pacientes con TLP podría ser una forma de modulación afectiva, especialmente en pacientes con antecedentes de trauma severo en la infancia. 19

En comparación con los valores normativos, los pacientes con TLP presentan un déficit en la ejecución de la mayoría de las pruebas neuropsicológicas utilizadas, especialmente en los procesos de recuperación de memoria inmediata y diferida, memoria de trabajo, atención sostenida y velocidad de procesamiento, fluidez verbal, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, abstracción y planificación.

Algunos autores han sugerido que con la edad, los déficits en las funciones prefrontales se convierten en un problema central en este trastorno, dada su repercusión en los requerimientos y habilidades sociales, así como en la conducta.

De forma concordante con los hallazgos en pruebas de imagen estructural y funcional, el TLP podría presentar un patrón de alteraciones neurocognitivas que sugiere una afectación específica de áreas prefrontales y que precisa ser estudiado con mayor detalle. Las disfunciones neuropsicológicas podrían explicar parcialmente las alteraciones conductuales de estos pacientes.

Las funciones cognitivas que pueden ser objeto de rehabilitación neuropsicológica en pacientes con TLP son la atención sostenida, la velocidad de procesamiento, los procesos de recuperación de memoria diferida e inmediata y las funciones ejecutivas cuyo sustrato se encuentra en la corteza prefrontal. 20

Con relación al tratamiento en pacientes con TLP, se considera que el tratamiento de elección es la psicoterapia, entre las que se encuentra la Terapia Dialéctica Conductual, la Psicoterapia Basada en la Transferencia, y la Terapia Focalizada.

Múltiples estudios han demostrado efectividad del tratamiento farmacológico en algunas áreas sintomáticas, y éste es mejor cuando se dirige a las áreas de mayor dificultad.

Los ácidos grasos omega-3 han demostrado efectos significativos en la reducción de la suicidabilidad y en los síntomas depresivos.

Se considera que los ISRS tiene un efecto mínimo en la agresión impulsiva en pacientes con TLP, pero la mayoría tienen un efecto modesto en disminuir la ansiedad, depresión, y posiblemente la labilidad afectiva. La amitriptilina es el que más lo ha hecho en la sintomatología depresiva; no se encontró efecto significativo con fluoxetina o fluvoxamina.

Los síntomas relacionados con los patrones interpersonales conflictivos han demostrado mejoría con aripiprazol y los estabilizadores del ánimo como topiramato y valproato semisódico.

Los estudios han demostrado un efecto terapéutico de los antipsicóticos para el tratamiento de la agresión impulsiva y los síntomas cognitivo perceptuales, especialmente con olanzapina y aripiprazol.

Ha sido notable cómo algunos síntomas del TLP no han demostrado mejoría con el tratamiento farmacológico, tales como la intolerancia al abandono, los sentimientos crónicos de vacío, las alteraciones en la identidad y los síntomas disociativos, lo que demuestra la necesidad de un abordaje multidisciplinario para estos pacientes. 21, 22, 23

La terapia de grupo en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 24

El proceso de psicoterapia grupal impartido en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez consta de dos etapas: la primera etapa llamada “Grupos de valoración”, tiene el objetivo general de corroborar el diagnóstico y evaluación de los pacientes en el contexto grupal, generar y fortalecer la conciencia de enfermedad, generar una demanda realista hacia la psicoterapia, facilitar la aceptación hacia el rol de paciente y promover la elección de objetivos de trabajo; lo anterior mediante un contrato de 8 sesiones fijas en día, hora y lugar, una vez por semana con una duración de una hora y 45 minutos aproximadamente. No se puede faltar más de una vez a la terapia y si el paciente está en crisis se excluye del grupo, siendo canalizado con su médico tratante o a urgencias según el caso; además cada paciente se encuentra bajo tratamiento farmacológico establecido por su médico tratante. El modelo teórico está basado en la psicoeducación, se utilizan técnicas y recursos psicodramáticos así como gestálticos y cognitivos, con sesiones

estructuradas así como una posición directiva por parte del terapeuta. Los grupos de valoración son abiertos, se integran de 10 a 15 personas, todas canalizadas por el servicio de consulta externa. Cada una de las 8 sesiones tiene su nombre y objetivos específicos a cumplir. Al finalizarlas se envía al grupo a la segunda etapa; cabe mencionar que la etapa de valoración es cuando existe el mayor número de abandono del programa de psicoterapia de grupo para TLP.

La segunda etapa consiste en el modelo terapéutico de “Trabajo”, tiene una duración de dos años (80 sesiones), una vez por semana, con una duración de 90 minutos por sesión, los grupos están compuestos por 12 personas máximo, el objetivo general de esta etapa es apoyar al paciente para aceptar el trastorno y brindarle recursos y recursos para el manejo de su conflicto. Existen tres fases en la etapa de trabajo, estas son: de cohesión grupal, de trabajo, propiamente dicha, y de cierre; se emplean técnicas expresivas de apoyo, interaccional, lecturas psicodinámicas de los diversos fenómenos grupales centradas en el aquí y el ahora del grupo, cognitivo conductual para la elaboración de las diversas ansiedades en las que cae el grupo de terapia y dinámicas grupales para movilizar al grupo en caso de que manifieste grandes resistencias. En un primer paso se pretende la cohesión y la consolidación del grupo, en un periodo de 3 a 6 meses aproximadamente; posteriormente viene la fase denominada de trabajo, con duración de 12 a 16 meses que se centra en el manejo de “temas focalizados” por el grupo (centrado en 5 puntos: desregulaciones afectivas, impulsividad, relaciones interpersonales, conflictos de identidad y sus alteraciones cognitivas y las “ansiedades” del paciente (de desintegración, de pérdida de objeto, pérdida del amor del objeto y ansiedad de

castración) con el empleo de fenómenos grupales como espejeo, transferencias y contratransferencias, roles, liderazgos, etc.; finalmente se da un tercer momento denominado de cierre, con dos meses de duración aproximada, y se realiza de forma individual en el momento en que el paciente cumpla con el tiempo establecido en la terapia. Se informa al paciente y al grupo que está por concluir su ciclo manejando las diversas respuestas que pueda tener ante este evento. Todo el programa permite tener mayor experiencia emocional, a través del grupo, para el fortalecimiento de la personalidad, que implica un adecuado funcionamiento yoico que permite mecanismos más adaptativos para afrontar los conflictos vitales.

3. Metodología

a) Justificación

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno complejo, con una presentación heterogénea y un pronóstico variable. Su génesis es multifactorial, teniendo especial importancia principalmente tres factores: biológicos hereditarios, psicológicos y sociales. La raza, el género y el estar en desventaja social, son factores que también influyen en el desarrollo del TLP.

Actualmente ha habido un auge en la investigación neurológica de este trastorno, enfocada especialmente a las alteraciones detectadas en imagenología cerebral, alteraciones neurocognitivas y cognición social.

Este trabajo se justifica debido a la alta prevalencia del TLP, la intensa disfunción que ocasiona, y la necesidad de estudiar y entender este trastorno desde un enfoque multidisciplinario, que en este caso atañe al aspecto neurocognitivo del mismo y que, como se mencionó arriba, es una de las áreas en las que actualmente los estudios se han abocado de forma preponderante. En la medida en la que se comprendan las alteraciones de índole cognitiva, se podrán implementar medidas de tratamiento y rehabilitación específicas que, agregadas a los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, permitan al paciente obtener una mejoría sintomática y por ende, una mejor calidad de vida.

b) Planteamiento del problema

Dada la complejidad del Trastorno Límite de Personalidad, es importante abordarlo desde un punto de vista multidisciplinario, que tome en cuenta los aspectos y alteraciones psicológicas, neurológicas, y neurocognitivas que presentan estos pacientes. Debido a esto, se hace necesario un estudio que evalúe estos factores en los pacientes de nuestro Hospital.

La literatura que ha estudiado las alteraciones neurocognitivas ha utilizado diferentes herramientas para evaluar las áreas afectadas en los pacientes con TLP. La Batería Cognitiva de Consenso MATRICS es una herramienta que se ha utilizado para evaluar la cognición en pacientes con Primer Brote Psicótico, en pacientes con Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Depresión, e incluso en población de adolescentes sanos. Por lo anterior, esta prueba es sensible a las evaluaciones cognitivas, sin depender del diagnóstico que el paciente tenga, e incluso es sensible a estas

posibles alteraciones aún cuando no se ha establecido un diagnóstico psiquiátrico. A saber, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez no se ha utilizado esta herramienta para evaluar a pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, pese a su alta prevalencia y morbilidad.

Dada la alta prevalencia del TLP y las alteraciones neurocognitivas que este trastorno presenta, es importante determinar qué áreas son las más afectadas, con el fin de prestar mejor atención psiquiátrica a este grupo de pacientes.

Por lo anterior, dada la necesidad de conocer las alteraciones neurocognitivas en la población del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se realizó el presente estudio en dicho hospital, durante los meses de septiembre 2018 a febrero 2019.

c) Pregunta de investigación

¿Cuáles son las alteraciones neurocognitivas que presentan los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad que se encuentran en el modelo terapéutico de grupo de la Consulta Externa del HPFBA, evaluados con la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS?

4. Objetivos

a) Objetivo General

Evaluar las alteraciones neurocognitivas en un grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad.

b) Objetivos específicos.

Describir factores sociodemográficos en los pacientes que acuden a terapia de grupo para TLP: sexo, edad, escolaridad y consumo de sustancias.

Describir el tipo de alteraciones neurocognitivas encontradas en pacientes con TLP.

Determinar qué alteraciones cognitivas son las más frecuentes en pacientes con TLP.

Determinar si las alteraciones cognitivas se asocian con la edad.

Determinar si las alteraciones cognitivas se asocian con el sexo.

Determinar si las alteraciones cognitivas se asocian con la escolaridad.

Determinar si las alteraciones cognitivas se asocian con la funcionalidad global.

5. Hipótesis

Hi: Los pacientes con diagnóstico de TLP presentarán alteraciones cognitivas mediante la evaluación con la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS.

Ho: Los pacientes con diagnóstico de TLP NO presentarán alteraciones cognitivas mediante la evaluación con la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS.

6. Definición operacional de las variables

Género: se define el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. Pueden ser masculino y femenino.

Edad: tiempo que ha vivido una persona, referida en años.

Escolaridad: nivel máximo de estudios alcanzado por una persona, la cual puede ser básica, media superior o superior.

Ocupación: situación del individuo con respecto a si realiza alguna actividad laboral.

Estado civil: situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, y que está en relación con ciertos derechos y deberes. Dicha condición puede ser de soltería, matrimonio, viudez, unión libre o divorciado

Alteraciones Neurocognitivas: Grado de alteración que presenta el paciente según se define tras realizar la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS.

Funcionamiento global: Grado de funcionalidad del individuo a lo largo de un continuum de salud-enfermedad y que puede ser puntuado del 1 al 100 según la Escala de Evaluación de la Actividad Global.

Características de las variables

Tabla2. Características de las variables			
Variable	Definición de la medición	Tipo de variable	Dependiente o independiente
Género	Masculino Femenino	Cualitativa, Nominal	Independiente
Edad	0 a 59 años	Cuantitativa, Discreta	Independiente

Escolaridad	Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrados.	Cualitativa Nominal	Independiente
Ocupación	Estudiante, hogar, empleado, negocio propio.	Cualitativa Nominal	Independiente
Estado civil	Soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado.	Cualitativa Nominal	Independiente
Alteraciones Neurocognitivas	Velocidad de procesamiento, Atención/Vigilancia, Memoria de trabajo (verbal y no verbal), Aprendizaje verbal, Aprendizaje visual, Cognición social y Razonamiento y solución de problemas.	Cualitativa Nominal	Independiente
Funcionamiento global	0 a 100	Cuantitativa Discreto	Independiente

7. Muestra y muestreo:

a) Muestreo: Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionaron pacientes que acuden a la Terapia de Grupo para pacientes con TLP, del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y que no tuvieran un diagnóstico de Trastorno Psicótico primario o Afectivo psicótico previos.

c) Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes hombres y mujeres que acuden a la Terapia de Grupo para pacientes con TLP, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y que cuenten con diagnóstico de TLP.
- Los participantes deberán de tener una edad entre 18 y 50 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con antecedente de cuadro psicótico.
- Antecedente de enfermedad médica descontrolada.
- Antecedente de enfermedad neurológica.
- Pacientes que cuenten con síndrome de dependencia sustancias.
- Pacientes que se encuentren en seguimiento y tratamiento en alguna institución fuera del HPFBA.

d) Criterios de eliminación

- Quienes no firmen el consentimiento informado.
- Quienes deseen salirse del protocolo de estudio.

8. Diseño de estudio

Se trata de un estudio correlacional, transversal, observacional y prospectivo.

El estudio contribuye al área de epidemiología psiquiátrica.

Instrumentos de medición

El MATRICS es una batería estandarizada utilizada para valorar a pacientes adultos con diferentes trastornos psiquiátricos, entre los que se incluyen esquizofrenia, demencia, trastorno depresivo, trastorno bipolar, e incluso en población sana y para correlacionarlo con el Coeficiente Intelectual.

Mide múltiples áreas cognitivas, entre las que se encuentran: Velocidad de procesamiento, Atención/Vigilancia, Memoria de trabajo (verbal y no verbal), Aprendizaje verbal, Aprendizaje visual, Cognición social y Razonamiento y solución de problemas.

El MATRICS se caracteriza por ser un test cognitivo con una alta practicidad para el aplicador, tolerabilidad para el paciente, con resultados altamente relacionados con la funcionalidad clínica del paciente. Uno de las características más importantes es la alta validez test-retest; con un Coeficiente de correlación de Pearson y un coeficiente de correlación intraclassa mostrando un resultado de aproximadamente 0.70.

Las repeticiones de aplicación muestran una mínima variabilidad dependiente de la práctica. Así mismo, también ha demostrado no presentar efecto de techo ni de suelo, lo que lo vuelve un test adecuado para valorar los cambios cognitivos a través del tiempo.

Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)

La Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) fue creada para los trastornos de personalidad descritos en el DSM-III, aunque ha tenido actualizaciones en 1986 y la última en 1997.

La entrevista consta de 119 preguntas, más otras adicionales para el trastorno antisocial. Las preguntas son de respuesta abierta, cerrada y sí/no. Su tiempo de aplicación es de menos de una hora. Cada criterio se evalúa con 1=ausente, 2=subclínico, 3=presente o verdadero, ¿?=información inadecuada.

Presenta una fiabilidad test-retest de 0.37 para el Trastorno límite de personalidad. La correlación de la SCID-II con el Examen de los Trastorno de la Personalidad es de 0.20-0.55; con el Cuestionario para los Trastornos de la personalidad Revisado es de 0.02-0.53.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

La EEAG es un instrumento para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos, a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad.

Consta de 1 único ítem, el de la actividad global del paciente, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas) y 1 (expectativa manifiesta de muerte).

Esta escala ha sido criticada porque en algunos de los criterios operativos que facilita incorpora síntomas mezclándolos con la discapacidad, por lo que es más aconsejable utilizar la escala de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que mantiene separados los síntomas de la discapacidad del paciente.

Es una escala heteroaplicada, cuyo marco de referencia temporal es el momento actual.

Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

Procedimiento y recolección de datos

En primer lugar se solicitó la aprobación del proyecto de Tesis por parte del Comité de Ética en Investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

De los pacientes que se encuentran en la consulta externa y que acuden a Terapia de Grupo para pacientes con TLP del HPFBA, se seleccionaron aquellos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de este estudio.

Con la intención de confirmar el diagnóstico se aplicó La Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II). A los pacientes que resultaron positivos para Trastorno Límite de Personalidad se les aplicó el MATRICS con el fin de detectar a aquellos que presentan alteraciones en los dominios cognitivos evaluados. Así también se les aplicó la Escala de Evaluación de Actividad Global, con el fin de obtener un parámetro de su funcionalidad.

Posteriormente, con el fin de descartarse la comorbilidad con otro tipo de trastornos, se recabaron los expedientes de los pacientes para constatar que no

presentaran alguno de los incluidos en los criterios de exclusión, y que obligaran a descartarlos de la muestra.

Una vez obtenidos los datos anteriores, se procedió a realizar la prueba MATRICS. Para una adecuada aplicación de la misma, el médico residente que aplicó la prueba recibió una adecuada capacitación por personal competente en esta área.

Se recabó información acerca del tratamiento integral de cada uno de los pacientes incluidos en la muestra, lo cual incluyó el tratamiento no farmacológico y farmacológico; en el primer caso se consideró si lleva también terapia individual dentro del HPFBA; con relación al tratamiento farmacológico se recabó con qué tipo de fármacos se encuentra medicado.

Los resultados del estudio se informaron a los pacientes y a sus médicos tratantes para que se pudieran beneficiar de un programa de rehabilitación cognitiva.

9. Consideraciones bioéticas

Este trabajo se basó en principios éticos que no dañen a los participantes, principalmente no implicó malestar o dolor en ellos, así mismo tuvo un riesgo mínimo y ningún costo. El trato que recibieron los participantes fue digno y de respeto, con ello nos comprometemos al resguardo de la información obtenida durante el estudio.

Los principios éticos que se cuidaron durante la elaboración del estudio fueron:

1. Beneficencia: puesto que el interés principal del trabajo es encontrar una forma de prevenir una enfermedad crónica y deteriorante para el paciente.

2. No maleficiencia: durante la realización ningún participante resultó perjudicado, se respetaron sus derechos fundamentales y no fueron lastimados de ninguna forma.

3. Autonomía: los participantes eligieron si ingresan al estudio o si deseaban no continuar en ell.

4. Justicia: todos los participantes que cumplieron con los criterios de selección pudieron participar en el estudio si así lo deseaban; nadie fue discriminado por ninguna condición social, de raza o género.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de

uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

La información obtenida en este estudio fue utilizada únicamente para fines de investigación, los datos de los sujetos de investigación no serán de uso del dominio público.

El valor científico de este estudio radica en que permitió una detección de las alteraciones cognitivas utilizando un método inocuo. El beneficio de conocer estas alteraciones es alto para el paciente, ya que permite al equipo médico valorar la conveniencia de un programa de rehabilitación cognitiva.

El riesgo al que los pacientes estuvieron sometidos al estar en este estudio, según el Artículo 17 de la Ley general de Salud, está catalogado como Riesgo mínimo, debido a que únicamente se aplicaron encuestas diagnósticas.

El resguardo de la información estuvo a cargo de los médicos tratantes y del responsable del estudio, permaneciendo toda la información obtenida bajo una estricta confidencialidad.

El médico sustentante del estudio declara no tener conflictos de interés.

10. Recursos financieros

Se requirieron copias, lápices y bolígrafos, para su aplicación, estos costos fueron cubiertos por el Médico Residente que sustenta este estudio.

11. Análisis estadístico

a) Estadística Descriptiva

1.1 Variable Cualitativas

Se llevó a cabo medida de frecuencias para las variables cualitativas nominales dicotómicas y ordinales. La muestra estuvo compuesta en un 84.6% por mujeres, la escolaridad predominante fue el nivel básico (61.5%), mientras que la mayoría de los pacientes en la muestra acudieron a consulta el miércoles (30.8%) y en el turno matutino (59%). En lo que se refiere a la prueba MATRICS más de la mitad de los pacientes obtuvo una puntuación T combinada general muy baja y baja (33.3% vs 33.3%).

Cuadro 1. Frecuencia de las variables día de terapia, turno, sexo y escolaridad.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Día de terapia		
Lunes	3	7.7
Martes	8	20.5
Miércoles	12	30.8
Jueves	7	17.9
Viernes	6	15.4
Indeterminado	3	7.7
Turno		
Matutino	23	59
Vespertino	13	33.3

	Indeterminado	3	7.7
Género	Femenino	33	84.6
	Masculino	6	15.4
Escolaridad			
	Básica	24	61.5
	Media Superior	15	38.5
	Superior	0	0

Cuadro 2. Frecuencia por categoría de la Puntuación T combinada general de la muestra.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Puntuación T Combinada General			
	Muy bajo	13	33.3
	Bajo	13	33.3
	Promedio	12	30.8
	Alto	1	2.6
	Muy Alto	0	0

Figura 1. Histograma de la variable Día de Terapia.

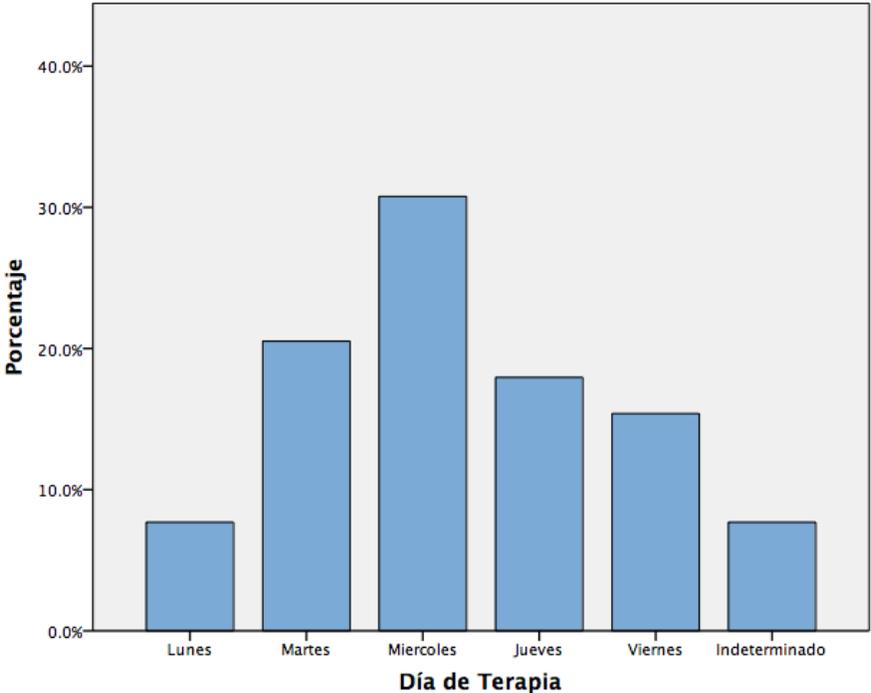


Figura 2. Histograma de la variable Turno.

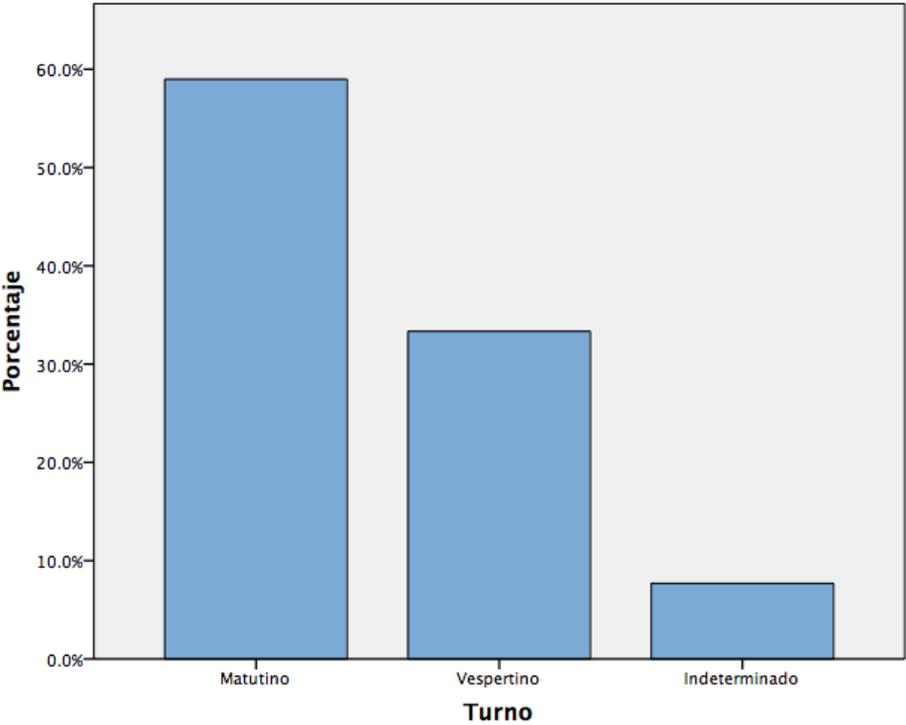


Figura 3. Histograma de la variable Sexo.

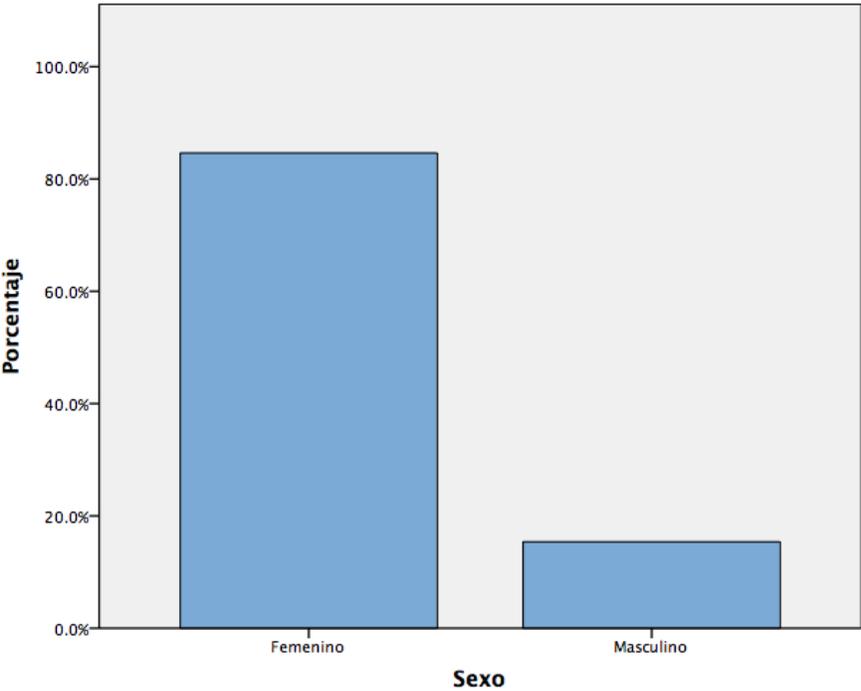


Figura 4. Histograma de la variable Escolaridad.

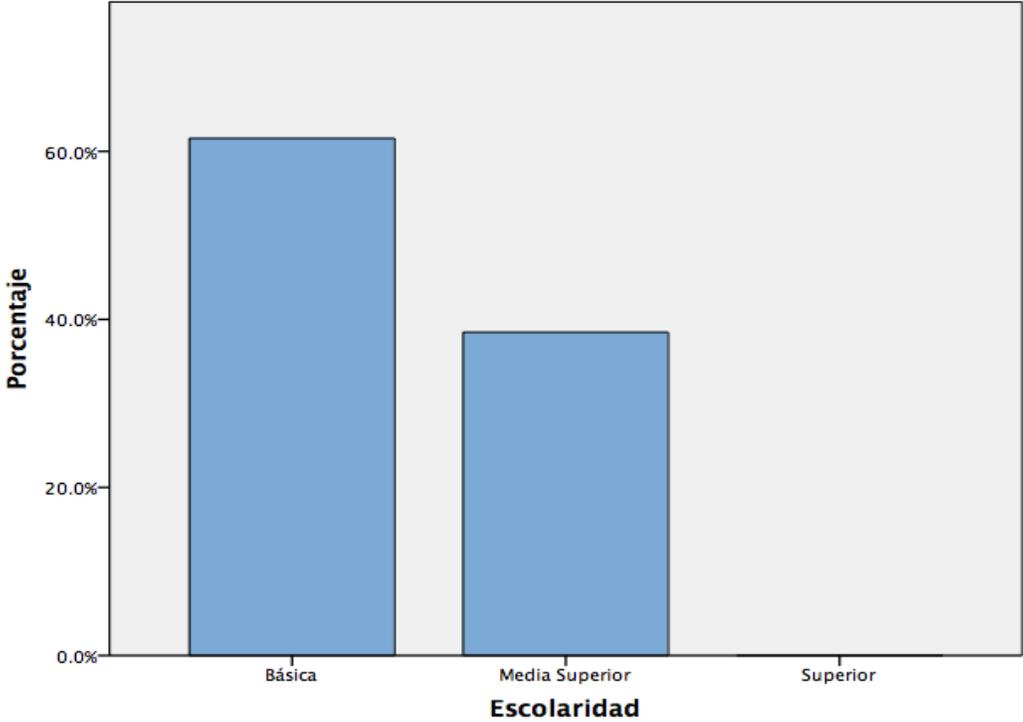
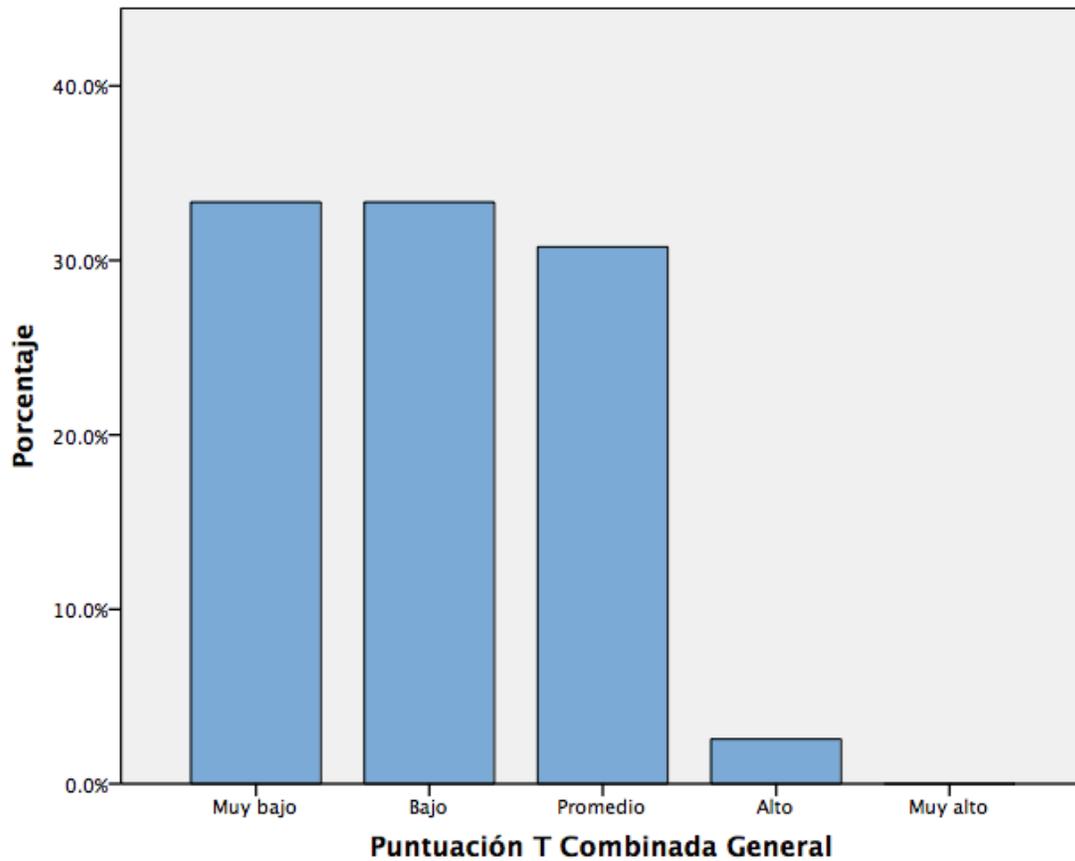


Figura 5. Histograma de la variable Puntuación T Combinada General.



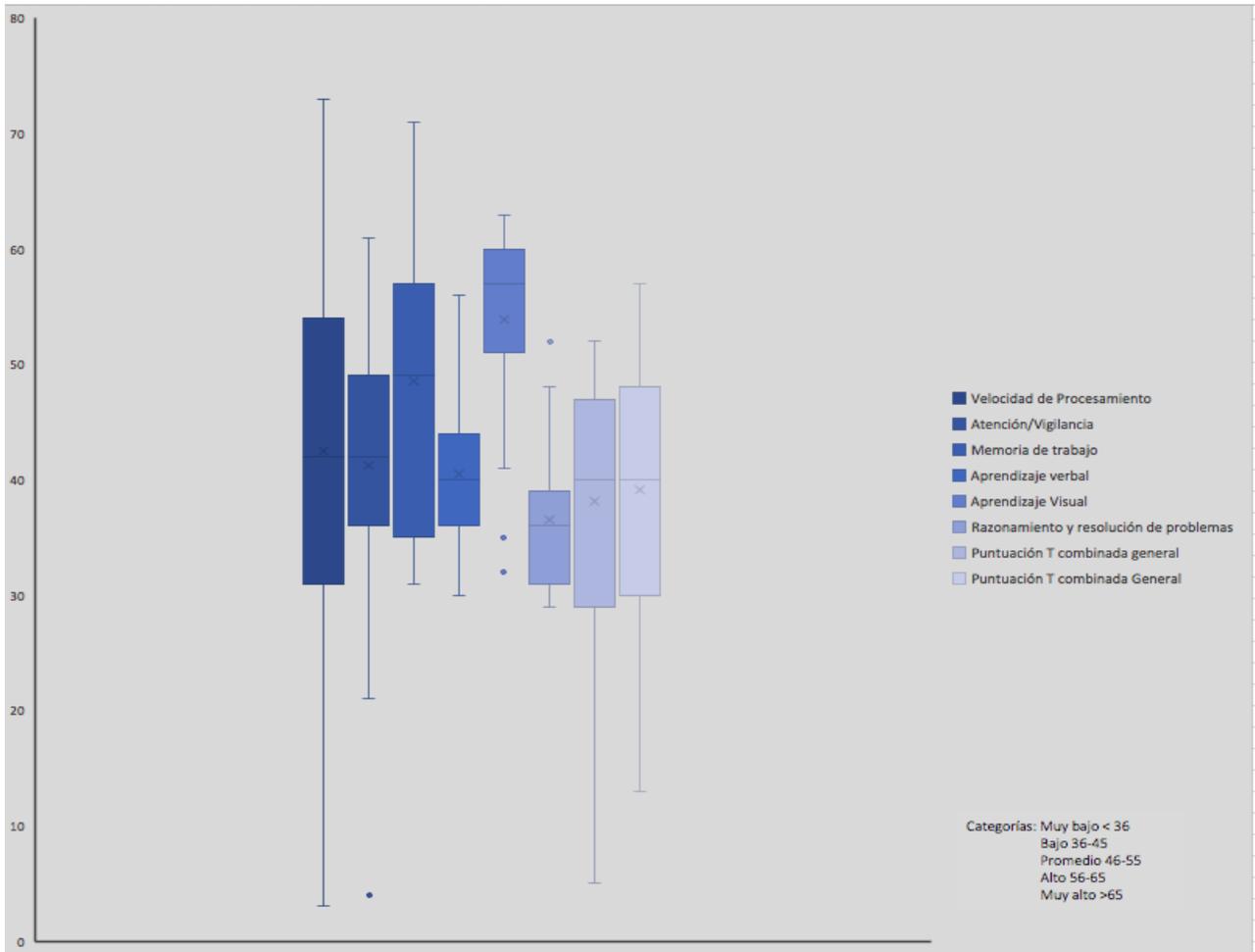
1.2 Variables Cuantitativas

La edad promedio de la muestra fue de 35 años \pm 9, la escolaridad de los pacientes en promedio es de 12.26 \pm 2.17 años. En lo que respecta a la Batería MATRICS el puntaje promedio de la puntuación T combinada general es de 39.18 \pm 9.79 puntos. Para mayores detalles de cada uno de los dominios ver cuadro 3.

Cuadro 3. Descripción de la muestra y descripción de los resultados de la Batería MATRICS.

Variable	Media D.E.	Mínimo	Máximo	Categoría
Edad	35± 9	22	53	-
Escolaridad	12.26 ± 2.17	6	16	-
Velocidad de Procesamiento Puntuación T	42.46 ± 16.01	3	73	Bajo
Atención/Vigilancia Puntuación T	41.18 ± 12.28	4	61	Bajo
Memoria de trabajo Puntuación T	48.59 ± 12.05	31	71	Promedio
Aprendizaje Verbal Puntuación T	40.49 ± 6.38	30	56	Bajo
Aprendizaje Visual Puntuación T	53.87 ± 7.97	32	63	Promedio
Aprendizaje y resolución de problemas Puntuación T	36.49 ± 5.09	29	52	Muy bajo
Cognición social Puntuación T	38.18 ± 10.59	5	52	Bajo
Puntuación T Combinada General	39.18 ± 9.79	13	57	Bajo

Figura 6. Cajas y Bigotes de Puntuación T combinada general para cada uno de los dominios de la Batería MATRICS.



b) Estadística Inferencial

Se realizó prueba de normalidad Shapiro-Wilks, obteniendo una distribución no paramétrica. Se decide realizar el análisis inferencial a través de pruebas no paramétricas.

2.1 Correlaciones Bivariadas

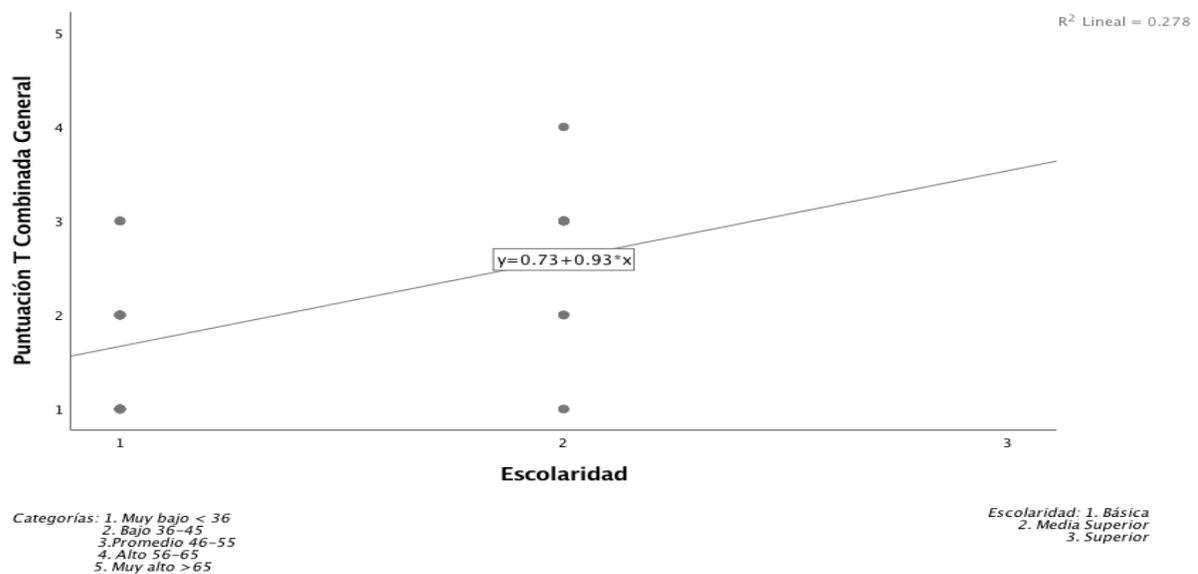
Debido a la distribución no paramétrica se realizó el estudio de correlación bivariada a través del coeficiente de correlación de Spearman. Obteniendo los siguientes resultados.

No hay correlación estadísticamente significativa entre día de terapia ($p=0.55$), turno ($p=0.970$), edad (0.713), género ($.984$). Sin embargo, escolaridad presenta un valor p significativo de 0.000 por lo cual podemos concluir que existe una correlación estadísticamente significativa entre escolaridad y la puntuación T combinada general.

Tabla 3. Correlaciones Bivariadas

Variable	Coefficiente de Spearman	Sig	R ²
Día de Terapia	0.310	0.55	0.101
Turno	0.006	0.970	0.576
Edad	-0.061	0.713	0.0007
+ $p < 0.05$	-0.003	0.984	1.609
Escolaridad	0.598	0.000 ⁺	0.278

Figura 7. Diagrama de dispersión de puntos de las variables escolaridad y puntuación T combinada general



2.2 Correlaciones multivariado

El Análisis de regresión múltiple sirve para predecir el efecto que tiene una variable sobre otra, en este caso sería el efecto que tiene el día de terapia, sexo, edad y escolaridad (Básico, medio superior y superior) sobre la Puntuación combinada de T (muy bajo, bajo, promedio, alto y muy alto).

Se realizó una regresión por pasos en el cual solo se observó con un efecto positivo la variable escolaridad, siendo las variables excluidas día de terapia, turno, sexo y edad excluidos del modelo. El modelo 1 y el modelo 2 no son significativos ya que a pesar de que la $p < 0.05$ el intervalo de confianza se toca el punto de no correlación, por lo tanto, se concluye que no existe una correlación para estos modelos.

Tabla 4. Correlaciones multivariadas.

Modelo	R ²	Sig	Intervalo de Confianza 95%
1	0.101	0.048 ⁺	0-0.40
2	0.155	0.048 ⁺	-0.55-0.81
3	0.160	0.102	-0.37-0.23
4	0.179	0.141	-1.13-0.45
5	0.447	0.001 ⁺	1.24-0.853

*Modelo 1: Día de Terapia. Modelo 2: Día de Terapia, Turno. Modelo 3: Día de Terapia, Turno, Edad. Modelo 4: Día de terapia, Turno, Edad, sexo. Modelo 5: Día de terapia, turno, edad, sexo y escolaridad.

+ $n < 0.05$

12. Análisis y discusión

La información obtenida en este estudio permite responder al objetivo inicial del presente trabajo, que consiste en aceptar como válida la hipótesis de investigación, la cual plantea que los pacientes con diagnóstico de TLP presentarán alteraciones cognitivas mediante la evaluación con la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS. Para este fin, se aplicó dicha Batería Cognitiva, y de igual modo, a través de un cuestionario, se determinaron otras variables tales como género, edad, escolaridad y estado de civil.

Para la realización de este estudio se entrevistaron a 39 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión planteados de forma inicial. Los pacientes que fueron integrados al estudio acudían a diferentes días y horarios de la Terapia de Grupo para pacientes con TLP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. La población que es atendida en esta institución psiquiátrica es en términos generales de nivel socioeconómico medio y bajo, lo cual está igualmente relacionado con su formación académica. Este punto es constatable en el presente estudio, en donde más del 60% de los participantes contaban únicamente con escolaridad primaria y/o secundaria, y ningún paciente contaba con nivel licenciatura terminada.

El objetivo principal de este estudio fue evaluar las alteraciones neurocognitivas en un grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad a través de la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS, la cual se aplicó por la sustentante del trabajo, previo estudio y capacitación para su uso. Tras llevarse a cabo la aplicación de la Batería MATRICS, se pudo constatar que únicamente 13

pacientes (33%) obtuvieron una calificación Promedio o Alto; el otro 66% de los participantes obtuvieron calificaciones debajo de la media, con 33.3% en rango de Bajas y otro 33.3% con calificaciones Muy Bajas. Ninguna de las pacientes obtuvo calificaciones Muy Altas.

Con los resultados obtenidos también es posible contestar a los objetivos específicos, especialmente al de describir el tipo de alteraciones neurocognitivas y determinar cuál de las encontradas es la más afectada en los pacientes que acuden a la terapia de grupo para TLP.

En este sentido, observamos que la puntuación total de la combinación general de todas las áreas estudiadas, calificó como Baja. Las únicas áreas que no estuvieron afectadas en este grupo de pacientes fue la de Memoria de trabajo y Aprendizaje visual; el resto de las variables, tales como Velocidad de procesamiento, Atención/Vigilancia, Aprendizaje verbal y Cognición social resultaron con una calificación en el rango Bajo; además, la variable de Aprendizaje y Resolución de problemas puntuó para calificación Muy Baja.

Estos resultados nos hablan de la afección neurocognitiva que presentan los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad y que, como en otros trastornos psiquiátricos crónicos, presenta alteraciones en la funcionalidad neuropsicológica. Desafortunadamente, estos estudios se han realizado más en otros trastornos tales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, relegando a este trastorno de la personalidad a un segundo plano. Algunos autores como Rossi¹⁵ y Hughes¹⁷ ya han documentado alteraciones en las vías frontolímbicas, con énfasis en los déficits prefrontales, especialmente en las áreas dorsolateral, dorsomedial, orbitofrontal, el cíngulo anterior y la ínsula (15, 17). Esto cobra importancia porque estas vías tienen

un papel preponderante en la impulsividad y en la respuesta inhibitoria, específicamente en el subtipo de la inhibición conductual, aspecto que presenta marcada afectación en este grupo poblacional. Dichas alteraciones no son únicamente halladas en este trastorno; también se encuentran en otro en el que la impulsividad es característica, tal como lo es el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. No obstante, incluso dentro de esta similitud se encuentran diferencias: para la inhibición conductual, solo los pacientes con TDAH exhiben hipofuncionamiento prefrontal en regiones cerebrales típicamente asociadas con este componente del control de los impulsos, por ejemplo la corteza prefrontal bilateral y la corteza cingulada anterior; mientras que en el Trastorno límite de personalidad la inhibición conductual se asoció con hipoactivación de la corteza prefrontal medial, especialmente en regiones orbitofrontales. 25.

Traducidos a la clínica, estos hallazgos que demuestran déficits en áreas cerebrales específicas, pueden entenderse como el sustento neurológico que explica los resultados del presente estudio y de otros. En un metaanálisis²⁶ se demostraron alteraciones en la atención, la flexibilidad cognitiva, la velocidad de procesamiento, el aprendizaje, la memoria, la planeación y las habilidades visuoespaciales.²⁶

Más aún, cuando se ha correlacionado estas alteraciones cognitivas con la funcionalidad de los pacientes, se ha observado que existe una correlación positiva específicamente entre la funcionalidad global y los resultados de control inhibitorio medidos con el test de Stroop. Algunos otros resultados han sido inconsistentes, por ejemplo, cuando se ha evaluado el aprendizaje verbal, encontrándose una correlación positiva entre una adecuada eficiencia de aprendizaje y una mayor

intensidad de síntomas. Este fenómeno contradictorio ha sido denominado “Competencia aparente”, y contrasta con el obtenido en nuestro estudio, en el que el Aprendizaje verbal puntuó en un rango de calificación Bajo. No obstante, es importante señalar que esta “Competencia aparente” es un fenómeno que puede darse en estudios de esta índole, en el que los pacientes logran disminuir su intensa ansiedad, pero únicamente porque la evaluación cognitiva es una serie de tareas estructuradas, pero no logran hacer esto en situaciones naturales.²⁷.

El presente estudio coincide con lo reportado por otros con respecto a la cognición social, tema de capital importancia cuando se aborda el Trastorno límite de personalidad. Esta función se define como la capacidad de percibir e interpretar de forma adecuada las señales sociales, y se vincula estrechamente con un constructo que incluye varios de sus procesos: la empatía. Esta se divide en empatía cognitiva, que incluye la capacidad de inferir el estado mental de los otros, y empatía afectiva, que se relaciona con la respuesta emocional que una persona puede proporcionar según el estado afectivo del otro.

Se ha demostrado que si bien los pacientes con TLP en general son capaces de hacer atribuciones complejas acerca de las intenciones de los otros, presentan sesgos negativos y malintencionados, y sus evaluaciones suelen ser extremas. Así mismo, trabajos más recientes han arrojado evidencia de que estos pacientes tienen déficits sutiles en la habilidad para inferir las emociones, pensamientos e intenciones de otras personas. Estos déficits en la empatía cognitiva son aún mayores cuando existe comorbilidad con el Trastorno de estrés postraumático. Los pacientes con Trastorno límite de personalidad también presentan déficits en la empatía afectiva y en su funcionalidad como emisores de señales sociales. Todas

estas alteraciones, en conjunto, contribuyen a la alta prevalencia de dificultad en las relaciones interpersonales que presenta este grupo poblacional. 28.

El presente trabajo ha demostrado que los pacientes que acuden a la terapia de grupo para TLP en el HPFBA presentan fallas en la cognición social, y un paso más sería evaluar qué componente específico de este constructo podría presentar mayor afectación, en orden de poder tener una mejor comprensión de sus relaciones interpersonales inestables y poder desarrollar estrategias terapéuticas específicas.

Las limitaciones de este estudio son múltiples. Una de ellas es que no se evaluó la comorbilidad. Entre los criterios de exclusión se tenía que los pacientes no podían presentar un cuadro psicótico primario, alguna enfermedad médica descontrolada, enfermedad neurológica o consumo de sustancias. Sin embargo, no se excluyeron otros padecimientos psiquiátricos, especialmente trastornos depresivos, sobre los cuales está bien documentado que presentan una alta prevalencia en pacientes con Trastorno límite de personalidad, y que a su vez también pueden dar lugar a fallas en su funcionamiento cognitivo, ya sea en cuadro agudos o crónicos.

Una variable que no se tomó en cuenta por dificultades metodológicas es la presencia de los medicamentos. Más del 90% de los pacientes que acuden a terapia de grupo para pacientes con Trastorno límite de personalidad en el HPFBA se encuentra bajo medicación, particularmente con antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y con antipsicóticos atípicos como risperidona o quetiapina; una minoría se encuentra con anticonvulsivantes, como gabapentina o topiramato. Es bien sabido que todos estos medicamentos, y los últimos dos grupos con mayor intensidad, tienen repercusión en las funciones

cognitivas, y su uso, de ser crónico, pudiera haber influido en los resultados del presente estudio.

Un último aspecto que no puede dejarse a un lado es que la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS no evalúa las funciones de control inhibitorio. Si este estudio, como otros, encontró alteraciones en las tareas con sustrato en la corteza prefrontal, y el control inhibitorio, como ya se comentó, tiene su base en estas mismas regiones cerebrales, sería útil que próximas evaluaciones tomaran en cuenta este componente, para poder aplicar test específicos para este dominio.

Por lo anterior, la línea de investigación a seguir sería realizar más evaluaciones a estos pacientes, considerando su tratamiento farmacológico, su comorbilidad y evaluando la inhibición conductual con herramientas específicas. Esto podría arrojar resultados complementarios importantes.

Por último, este estudio demuestra la utilidad de realizar evaluaciones neurocognitivas a los pacientes con trastorno límite de personalidad. Esta detección ofrece resultados que pueden ser utilizados como herramienta inicial con el fin de otorgar un mejor y más específico enfoque de rehabilitación cognitiva que, agregado al programa de Psicoterapia de grupo para pacientes con TLP, pudieran arrojar mejores resultados en el tratamiento de este grupo poblacional. Una atención integral y multidisciplinaria para estos pacientes, que incluya atención psicoterapéutica, de rehabilitación y tratamiento farmacológico, tiene mayores oportunidades de éxito.

14. Conclusiones y sugerencias

- La Batería Cognitiva de Consenso MATRICS es útil para la detección de alteraciones cognitivas en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad.
- Los pacientes con Trastorno límite de personalidad presentan alteraciones en múltiples dominios, como son: Velocidad de procesamiento, Atención/Vigilancia, Aprendizaje verbal, Cognición social, Aprendizaje y Resolución de problemas.
- Dado que un alto porcentaje de estos pacientes presentan alteraciones cognitivas, deberían implementarse estrategias que evalúen estas áreas en este grupo poblacional, esto con el fin de poder implementar estrategias terapéuticas adyuvantes a la psicoterapia y al tratamiento farmacológico.
- Se sugiere la implementación de estrategias de rehabilitación cognitiva en este grupo de pacientes, dirigidas a los dominios cognitivos que mayor alteración presentan.
- Como línea de investigación futura, se sugiere la realización de estudios que consideren otros aspectos tales como la repercusión del tratamiento farmacológico, la comorbilidad con otros trastornos del Eje I, así como la evaluación dirigida al dominio de inhibición conductual con herramientas específicas.

15. Bibliografía

- 1.- Angstman KB, Rasmussen NH. Personality Disorders: Review and Clinical Application in Daily Practice. *American Family Physician*. Volume 84, Number 11. December 1, 2011
- 2.- Benedik E, Dobnik SC. Phenomenological Aspects Of Personality Disorders In Adult Psychiatric Patients. *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 2, pp 127-136.
- 3.- Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *CanJPsihiatry* 2015; 60(7):303–308.
- 4.- American Psychiatric Association Steering Committee On Practice Guidelines. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. 2010.
- 5.- Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Frontiers in Psychiatry*. August 2017, Volume 8, Article 136.
- 6.- Chanen A, Jackson H, Cotton SM, Gleeson J, Davey CG, Betts J. Comparing three forms of early intervention for youth with borderline personality disorder (the MOBY study): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* (2015) 16:476.
- 7.- Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 10º Edición. Editorial Wolters-Kluwer. España 2008.
- 8.- Mackinnon RA, Michels R, Buckley PJ. La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica. 2ª Edición. Editorial Ars Medica. España 2008.
- 9.- Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. November 2017. Volume 8, Article 1946.
- 10.- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición. Editorial Panamericana. España 2014.
- 11.- Gabbard GO. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. 3ª Edición. Editorial Medica Panamericana. Argentina 2002.
- 12.- Kernberg OF. Trastornos graves de la personalidad. 1era Edición. Editorial El Manual Moderno. México 1999.
- 13.- Beck JS. Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. 1era Edición. Editorial Gedisa. España 2011.
- 14.- Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Rev Med Chile* 2014; 142: 204-210
- 15.- Rossi R, Lanfredi M, Pievani M, Boccardi M, Rasser PE, Thompson PM, et al. Abnormalities in cortical gray matter density in borderline personality disorder. *Eur Psychiatry*. 2015 February ; 30(2): 221–227.
- 16.- Soloff PH, Pruitt P, Sharma M, Radwan J, White R, Diwadkar VA. Structural Brain Abnormalities and Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *J Psychiatr Res*. 2012 April ; 46(4): 516–525.
- 17.- Hughes AE, Crowell SE, Uyeji L, Coan JA. A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory. *J Abnorm Child Psychol*. 2012 January; 40(1): 21–33.
- 18.- Goodman M, Mascitelli K, Triebwasser J. The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 22:3, August 2013.

- 19.- Krause-Utz A, Elzinga B. Current Understanding of the Neural Mechanisms of Dissociation in Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports* (2018) 5:113–123
- 20.- Arza R, Díaz-Marsá M, López-Micó C, Fernández de Pablo N, López-Ibor JJ, Carrasco JL. Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: detection strategies. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(4):185-190.
- 21.- Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *The British Journal of Psychiatry*. 2010 196, 4–12.
- 22.- Ripoll LH. Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013; 15:213-224.
- 23.- Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep*; 2017, 4:21–30.
- 24.- Navarrete González O, Colonia Cabrera A, Muñoz Sandoval FJ. Pacientes con “Trastorno límite de la personalidad en terapia de grupo: descripción de cinco años del programa en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. *Revista Psiquis-Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. México 2008, Vol. 17 Núm. 3 May-Jun, Pág. 93-99
- 25.- Sebastian A, Jung P, Krause-Utz A, Lieb K, Schmahl C, Tüscher O. Frontal dysfunctions of impulse control – a systematic review in borderline personality disorders and attention deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2014 September; 8 (698).
- 26.- Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Res*. 2005. Dec;137(3):191–202.
- 27.- Mosiołek A, Gierus J, Koweszko T, Szulc A. Evaluation of the relationship between cognitive functioning in patients with borderline personality disorder and their general functioning. *Psychiatr. Pol*. 2018; 52(1): 33–44.
- 28.- Roepke S, Vater A, Preißler S, Heekeren HR, Dziobek I. Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*. 2013 January; 6(195).

Anexo 1: Carta de información al jefe de servicio

México, D.F. a ___ de ___ 20__

Dr. José Ibarreche Beltrán
Jefe de la Consulta Externa del HPFBA
Presente

Por este medio le solicito la autorización para realizar el protocolo de estudio “Evaluación cognitiva en pacientes con Trastorno límite de personalidad que acuden a la Terapia de Grupo para pacientes con TLP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, utilizando la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS”, mismo que pretende llevarse a cabo con los pacientes que se encuentran en la consulta externa y acuden a la Terapia de Grupo para pacientes con TLP.

El estudio consistirá en la aplicación de Batería Cognitiva de Consenso MATRICS, la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II), y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

Agradezco su apoyo y aprovecho para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Jannine Flores Filio
Médico residente de tercer año

Anexo 2: Consentimiento informado para los participantes

Evaluación cognitiva en pacientes con Trastorno límite de personalidad que acuden a la Terapia de Grupo para pacientes con TLP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, utilizando la Batería Cognitiva de Consenso
MATRICS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES.

I. Yo: _____ Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de realizar una evaluación de mis funciones neurocognitivas.

II. Se me ha informado que se me aplicarán un cuestionario de personalidad y posteriormente una batería de evaluación cognitiva.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Los resultados de estas mediciones ayudarán a saber si presento alteraciones en las funciones evaluadas.

V. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VI. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida.

VII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio.

Nombre y firma de Consentimiento _____

Nombre y firma de Testigo 1 _____

Nombre y firma de Testigo 2 _____

Para cualquier duda o aclaración usted puede comunicarse conmigo:

Dra. Jannine Flores Filio

Celular:

Correo electrónico: