



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

TESIS PARA OBTENER

EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

MEJORA EN CALIDAD DE VIDA E IMPULSIVIDAD EN PACIENTES CON  
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD PARTICIPANTES DEL MODELO  
INTEGRADOR DE TERAPIA GRUPAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY  
BERNARDINO ALVAREZ.

PRESENTA

DOCTORA GILDA VELÁZQUEZ GARCÍA.

DR. FRANCISCO MUÑOZ SANDOVAL

DR. PABLO VERA FLORES

ASESOR TEÓRICO

ASESOR METODOLÓGICO

CIUDAD DE MÉXICO JUNIO DEL 2021



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.

## AGRADECIMIENTOS

*A todas esas personas que permanecieron y se agregaron en mi camino*

*A mis maestros por su paciencia y enseñanzas en mi etapa de formación*

*A nuestros pacientes que me enseñaron lo más frágil y fuerte del ser humano*

*A mis amigos y ahora familia que me dejó el fray*

*A mi familia en especial a mi Moma y Banana por siempre estar a mi lado a pesar de la distancia.*

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
METODO.....	19
JUSTIFICACIÓN .....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
OBJETIVO GENERAL.....	21
HIPÓTESIS .....	22
MATERIAL Y MÉTODOS .....	22
MUESTREO .....	23
SUJETOS.....	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	24
TIPO DE ESTUDIO .....	24
INSTRUMENTO.....	25
PROCEDIMIENTO .....	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	28
RESULTADOS.....	28

DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS .....	38

## **LISTA DE CUADROS, TABLAS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS**

### **ÍNDICE DE CUADROS**

<b>Cuadro 1:</b> Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de TLP	Página 9.
<b>Cuadro 2:</b> Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico del TLP	Página 10.
<b>Cuadro 3.</b> Material y métodos	Página 22-23.

### **ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos	Página 30.
<b>Tabla 2.</b> Prueba exacta de Fisher	Página 33.

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1.</b> Escala de impulsividad de Plutchik	Página 31.
<b>Gráfica 2.</b> Calidad de vida Whoqol- bref	Página 31.
<b>Gráfico 3.</b> Dominios de calidad de vida	Página 32.

### **ABREVIATURAS**

**TLP.-** Trastorno límite de la Personalidad

**HPFBA.-** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

**DSM-5.-** Manual Estadístico y Diagnóstico de Enfermedades Mentales

**SPECT.-** Tomografía Computarizada por Emisión de Protón Único

**CIE-10.-** Clasificación Internacional de Enfermedades

**WHOQOL.-** World Health Organization Quality of life Questionnaire

## RESUMEN

Las enfermedades mentales tienen importantes repercusiones, no solo en la vida del que la presenta, sino también en su esfera familiar, social y laboral, lo que condiciona pobre funcionalidad y deterioro en su calidad de vida. Generando una alta demanda en los servicios de salud, principalmente en hospitales psiquiátricos y su atención de urgencias. Se ha observado mediante la experiencia dentro del modelo integrador de psicoterapia grupal de la consulta externa del HPFBA, una marcada mejoría en los pacientes que acuden a dicha terapia, sin embargo es necesario analizar dicha respuesta de una manera más sistemática.

**Objetivos:** Medir la mejoría en la calidad de vida e impulsividad en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

**Material y métodos:** se aplicó el cuestionario de calidad de vida Whoqol-bref y la escala de impulsividad de Plutchik. Los resultados se analizaron con el programa SPSS20.

**Resultados:** Hay una mayor prevalencia en el género femenino (90%). Hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la mejoría de la calidad de vida conforme el tiempo de duración en terapia de grupo ( $p=0.00001$ ). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la impulsividad ( $p=0.53$ ).

**Conclusiones:** La calidad de vida es directamente proporcional a la duración en terapia de grupo de los pacientes con Trastorno de personalidad tipo límite que se encuentra en el modelo integrador de psicoterapia de grupo. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de impulsividad.

**Palabras clave** Calidad de vida, Impulsividad, Terapia Grupal, temporalidad

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno límite de la personalidad es considerado como un síndrome complejo y heterogéneo que surge de la necesidad de categorizar a un conjunto de pacientes que presentan un patrón establecido de inestabilidad afectiva e interpersonal, marcada impulsividad e ira inapropiada, condicionando disfunción en las diferentes esferas de la vida. Es uno de los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes y de mayor demanda en los servicios de salud. (1) La mayoría de los pacientes con TLP tiene un impacto negativo significativo en su calidad de vida, además de requerir un apoyo importante por parte de los servicios de salud y de sus redes sociales y familiares. La impulsividad es un rasgo esencial del trastorno límite de la personalidad (TLP) y es uno de los nueve criterios que se incluyen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). La impulsividad es un componente que se refleja en conductas como abuso de sustancias, actividad sexual de alto riesgo, trastornos de la alimentación y autodestrucción.(2) Tras un adecuado tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, muchos pacientes mejoran de una forma notable en su calidad de vida. (3) La calidad de vida se refiere al bienestar subjetivo, se trata de un constructo basado en los estándares de las personas para determinar que es una buena vida, por lo tanto es una evaluación global que abarca estado de salud física y relación con actividades, estado de ánimo, trabajo, actividades desempeñadas en casa, tareas, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. Un abordaje oportuno e integral de estos pacientes, se traducirá en una mejoría de los síntomas y modificaciones

en las conductas adaptativas del paciente que mejoraran su calidad de vida. (4) Este fenómeno se ha observado en el modelo integrativo de terapia grupal de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, sin embargo es de nuestro interés estudiar la relación existente y el impacto que se presenta en la calidad de vida e impulsividad de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite. (5)

## **MARCO TEÓRICO**

La enfermedad mental es un asunto que ha inquietado históricamente a muchos estudiosos del ser humano. Dichos estudios se han enfocado, principalmente, en la descripción de diagnósticos, su etiología y la forma de enfrentarlos, con el fin de brindar mayor conocimiento científico al respecto. Investigadores del campo de la medicina y de la psicología intentan dar respuestas y ofrecen diversas formas de tratamiento para los pacientes; sin embargo, recientemente, se ha encontrado que la enfermedad mental no es un proceso que involucre solo al individuo, sino que engloba un contexto, una sociedad y a la misma familia del paciente. Por esta razón otros investigadores se han dedicado a estudiar la relación que hay entre familia y enfermedad mental, pretendiendo demostrar que esta relación es de vital trascendencia en la recuperación de los pacientes. (6) Los trastornos mentales pueden ser ocasionados por factores biológicos (genéticos, neurológicos, etc.), ambientales o psicológicos. Las investigaciones hechas en este tema coinciden en la importancia de una atención multidisciplinaria para mejorar la calidad de vida de la persona enferma y de sus cuidadores. (7)

La personalidad es una construcción dinámica multifactorial con un componente biológico y un componente ambiental. Es decir, la personalidad está formada por una parte heredada o genética (temperamento) y una parte social y ambiental (carácter), que permite al individuo relacionarse con el entorno que lo rodea y su adaptación. (8)

Durante años se han descrito casos en la literatura psicopatológica, de pacientes en los que la ira impulsiva, la manía y la melancolía estaban presentes al mismo tiempo. En el año de 1684, Bonet tiene la iniciativa de unir en un síndrome la impulsividad y los estados de ánimo inestables y que denomino folie manico - melancolique. En 1884, Hughes hablo de "locuras fronterizas" para referirse a locuras parciales en el límite entre la normalidad y la pérdida de la razón. En 1938, Adolph Stern da a conocer la primera publicación de relevancia, donde utiliza el término "límite". En 1921, Kraepelin reúne los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad: impulsividad, inestabilidad afectiva, relaciones personales inestables, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos, además expuso los "estados fundamentales" como el conjunto constitucional, temperamental, de personalidad y carácter que acompañaba a los intervalos libres de manía-depresión, que formaban parte de sus períodos lúcidos, que daban la impresión de ser constitucionales al sujeto. (9) En el año de 1923, Freud desarrolla la teoría psicoanalítica, proponiendo la personalidad como estructuras intrapsíquicas que entran en conflicto entre sí mismas o entre alguna de ellas y la realidad externa, generando un patrón de comportamiento interno y externo permanente en el tiempo.

A partir de su teoría estructural (yo, ello, súper-yo), describió tres organizaciones específicas de personalidad; neurosis, perversión y psicosis. (10) En 1925, Kretschmer aporta a las diferentes investigaciones que el trastorno límite se trata de un temperamento mixto cicloide – esquizoide. Reich, en el mismo año, agrupa a estos pacientes como sujetos en los que predomina la agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del superyó. En 1938 Adolph Stern emplea el término de “el grupo límite de la neurosis”. Posteriormente, Otto Kernberg utilizó la expresión "límite" para designar las formas severas del carácter patológico, además de otorgar a estos pacientes la importancia de presentar episodios psicóticos breves, por lo que el trastorno se considera parte del espectro de los trastornos esquizofrénicos. Se siguieron realizando innumerables definiciones, así como teorías, entre otras, de que el trastorno era un trastorno afectivo, debido a la disforia crónica y labilidad afectiva de los pacientes. En el año de 1950, Schneider describe la personalidad “lábil”, que se caracteriza por cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo, con reacciones de irritabilidad significativa. (11)

#### Características clínicas

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan una amplia variedad de síntomas clínicos que inciden en las dimensiones conductual, cognitiva y fisiológica. Entre los síntomas conductuales más destacados se encuentran los siguientes: a) alto nivel de inconsistencia e irregularidad, b) alteraciones en la imagen de sí mismo, c) impulsividad, d) estado de ánimo fluctuante, e) autolesiones o intentos de suicidio, f) relaciones interpersonales inestables, g) miedo al abandono

y dependencia excesiva, h) conductas de alto riesgo (abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo), i) amenazas recurrentes e intentos de suicidio.

Entre los aspectos cognitivos se identifican frecuentemente los siguientes: a) inestabilidad afectiva, b) incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento, c) falta de iniciativa para estabilizar sus actitudes y emociones, d) alteración de la autopercepción, e) sentimiento crónico del vacío, f) miedo al rechazo, g) idealizar o devaluar constantemente a las personas significativas que los rodean, h) poca tolerancia a la frustración, i) constante autorreproche, autocastigo y autocrítica, j) inestabilidad emocional.

En el aspecto fisiológico se incluyen los siguientes puntos: a) fluctuación de su estado de ánimo, alternando entre la normalidad, depresión, excitación, euforia, apatía, b) el estado de ánimo en correlación con la respuestas fisiológicas, se puede presentar desde la apatía hasta la pérdida del control presentando agitación o excitación física, c) una de las características centrales es la impulsividad. (12)

Uno de los componentes de mayor relevancia en el Trastorno límite de personalidad es la impulsividad, que condiciona que los pacientes ante estresores de la vida cotidiana, presenten una desadaptación y una respuesta inadecuada a los estímulos externos, expresándose como autolesiones, consumo de sustancias, relaciones sexuales de alto riesgo, actividades peligrosas, conductas temerarias y gestos o intentos suicidas.

Un rasgo central del trastorno límite de la personalidad, es la pobre capacidad de regulación de las emociones, lo que impide que el individuo pueda perseguir

objetivos importantes o comportarse eficazmente en diversos contextos. La impulsividad es uno de los nueve criterios de diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de salud mental y se expresa en conductas como el abuso de sustancias, prácticas sexuales de riesgo, trastornos de la alimentación y autodestrucción impulsiva. Estos comportamientos impulsivos son los predictores más fuertes de la psicopatología límite, lo que destaca la importancia de conocer este rasgo. (13)

Barratt desarrolló una escala de autoinforme que destacaba los factores de impulsividad: 1) atención impulsiva, que se refiere a la falta de control cognitivo, concentración y atención, 2) impulsividad motora que representa actuar sin pensar y 3) elección no planificada o impulsividad que se centra en el presente con poca atención al futuro. (14) La medición de la impulsividad se realiza frecuentemente mediante escalas que los participantes califican, sin embargo estas tienen limitaciones; algunos pacientes no perciben adecuadamente su propio estado de las condiciones externas. (15)

La impulsividad dentro de los rasgos de personalidad es un factor clave de vulnerabilidad de base biológica y hereditaria, entre otros factores externos para el desarrollo de un trastorno límite de personalidad. Con manifestaciones desde edades tempranas en los síndromes de desinhibición como el trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial. Los niños impulsivos pueden ser difíciles de criar, presentado una conducta desafiante de forma constante por falta de atención, hiperactividad, incumplimiento, además de que los padres son

propensos a usar tácticas correctivas para controlar el comportamiento de sus hijos, la invalidación, el abuso o la negligencia, junto con el modelo parental de conductas de inadaptación, exacerbaban en el niño una mayor emocionalidad e impulsividad.

Los contextos ambientales adversos e invalidantes configuran el desarrollo de la vulnerabilidad emocional (denominada "labilidad emocional"), que puede considerarse tanto de base biológica como altamente susceptible a la influencia del medio ambiente. (16)

La impulsividad sigue interactuando con los factores de riesgo ambientales exacerbando y perturbando el desarrollo social y emocional. Entre los jóvenes que son más impulsivos, los riesgos ambientales pueden tener un efecto más potente en el desarrollo de sus dificultades conductuales, sociales y emocionales, en comparación con aquellos que son más bajos en impulsividad. En la adolescencia, los individuos en riesgo empiezan a hacer frente a la inadaptación y presentar conductas problemáticas que suponen un riesgo para el desarrollo del Trastorno límite de la personalidad. (16)

El trastorno límite de la personalidad está asociado a un considerable sufrimiento emocional, graves problemas de comportamiento, una alta demanda en los servicios de salud mental y deterioro de la funcionalidad. Aproximadamente el 70% hasta el 80 % de las personas con trastorno límite tienen una historia de intentos suicidas y el 10% muere por suicidio. (17)

Diversos estudios científicos han estimado la estrecha relación de la herencia en el trastorno límite de la personalidad, mostrando una concordancia del 35% en

gemelos monocigóticos y del 7% en gemelos dicigóticos, se ha demostrado disfunción serotoninérgica, lo que podría explicar la impulsividad y la desregulación afectiva típica del trastorno límite de la personalidad. (18) En estudios de imagen como el SPECT se ha observado alteración a nivel de la corteza temporal lateral derecha y corteza pre - frontal y ventro - lateral derecha, donde hay una reducción del flujo cerebral regional, además de hiperactividad en el sistema límbico y aumento de la actividad de la amígdala. (19) En el Electroencefalograma, se ha corroborado mayor latencia en la fase posterior y una reducción en la sincronía de fase gamma en el hemisferio derecho, lo que se relaciona con síntomas cognitivos e impulsividad. (20). Se ha documentado la disminución de la sustancia gris en la corteza dorsolateral y en la corteza orbitofrontal izquierda, el giro cingulado posterior y la corteza parietal derecha, estas alteraciones se relacionan con pacientes que han cometido intentos suicidas de alta letalidad, lo que hace sospechar la presencia de circuitos neuronales que están relacionados con la conducta suicida. (21)

Los trastornos de personalidad se definen según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), como un patrón permanente de comportamiento y de experiencias internas que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo; es un fenómeno generalizado y poco flexible, el cual tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, es estable a lo largo del tiempo, generando malestar o deterioro y se manifiesta al menos en dos de las cuatro áreas siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos. Puede diagnosticarse cuando los rasgos de

la personalidad son rígidos y desadaptativos, y estos producen deterioro funcional o sufrimiento subjetivo. (22) (Cuadro 1)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), menciona que en el trastorno de personalidad existe una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, el ánimo es impredecible y caprichoso, con predisposición a presentar pobre control de impulsos, conductas violentas, explosivas, de carácter rígido, desadaptativos y que generan deterioro en su entorno. (23) (Cuadro 2)

<b>Cuadro 1: Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de TLP</b>
Trastorno de la personalidad límite (301.83)
<p>Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco ( o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).</li> <li>2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.</li> <li>3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.</li> <li>4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)</li> <li>5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.</li> <li>6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).</li> <li>7. Sensación crónica de vacío.</li> <li>8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</li> <li>9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.</li> </ol>

Fuente: American Psychiatric Association.2014. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

<b>Cuadro 2: Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico del TLP</b>
<b>F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</b>
Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de in modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.
F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo. Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la usencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros. Incluye: Personalidad explosiva y agresiva. Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad. Excluye: Trastorno disocial de la personalidad ( F60.2)
F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite. Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos auto agresivos (aunque estos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes). Incluye: Personalidad “ Borderline” Trastorno “Borderline” de la personalidad.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades, Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid; Meditor.

El cuadro clínico del TLP se refiere a personas que: a) Padecen una desregulación emocional; b) Altos niveles de impulsividad, que pueden llegar a las autolesiones y las tendencias suicidas; c) Manifiestan graves trastornos en las relaciones interpersonales; a las cuales hoy caracterizamos como formas de apego o vinculación ansiosas o desorganizadas, con gran intolerancia a la soledad e hipersensibilidad a las relaciones sociales. (23)

Entre las escalas que se utilizan con mayor frecuencia para medir la impulsividad se encuentran la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11), Escala de Valoración de la Impulsividad (IRS), Escala de impulsividad de Plutchik (EI), Escala de control de los impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC).

## **Epidemiología**

El trastorno límite de la personalidad se considera un trastorno común que afecta al 0,5% al 5,9% de la población general y es más común en las mujeres. En poblaciones clínicas, el TLP es el trastorno de personalidad más común, con una prevalencia del 10% en pacientes psiquiátricos ambulatorios y del 15% al 25% en pacientes hospitalizados. (21)

Dentro de las comorbilidades Psiquiátricas más importantes en los pacientes con TLP se encontraron los trastornos en el estado de ánimo (82.7%), trastornos de ansiedad (84.8%), abuso de sustancias (78.2%) y otros trastornos de la personalidad. (22) Más del 75% de los pacientes con TLP han presentado autolesiones y la tasa de suicidio entre estos pacientes se encuentra estimada del 5 al 8%, casi 50 veces más alta que en la población general. (24)

De acuerdo a la base de datos interna reportada en el anuario estadístico de los Servicios de Atención Psiquiátrica, SAP, en el año 2019, se reportaron en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el servicio de consulta de primera vez 110,691 usuarios, de los cuales fueron 55097 hombres y 55594 mujeres. Entre los padecimientos con mayor demanda encontramos en primer lugar los pacientes con Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes con un total de 16807 usuarios, en segundo lugar los trastornos del humor (afectivos) 8615

usuarios y en tercer lugar los Trastornos de personalidad con un total de 6749. Entre los pacientes de primera vez y subsecuentes con trastorno de personalidad, se documentó un total 247 hombres y 443 mujeres de primera vez y 1198 hombres y 4861 mujeres subsecuentes. Según los egresos hospitalarios por afección principal se encuentra en primer lugar Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y de ideas delirantes, F20-F29 de la clasificación CIE-10, con 1294 usuarios; en segundo lugar Trastornos del humor (afectivos), F30-F39, con 814 usuarios; en tercer lugar Trastornos Mentales debidos al consumo de sustancias, F10-F19, con 399 egresos; cuarto lugar Trastornos Mentales orgánicos, F00-F09, con 277 egresos y en quinto lugar los Trastornos de personalidad, F60-F60.9 con 242 egresos.

### **Tratamiento**

El tratamiento del trastorno límite de la personalidad está constituido por 2 piedras angulares: el tratamiento farmacológico y el abordaje psicoterapéutico. (25)

Respecto al tratamiento farmacológico, se ha encontrado beneficio con el uso de diversos fármacos sobre la impulsividad, la agresividad, las distorsiones cognitivas, la ansiedad y/o la inestabilidad emocional. A nivel neuro fisiológico se busca actuar sobre la disfunción de los neurotransmisores que intervienen en las respuestas conductuales y en los rasgos temperamentales de vulnerabilidad, así como en síntomas agudos. Lo anterior requiere un tratamiento a largo plazo y es un coadyuvante para mejores resultados en el proceso psicoterapéutico.

Entre los fármacos más utilizados contamos con los antidepresivos inhibidores de la recaptura de Serotonina y que junto con los estabilizadores del estado de ánimo,

se convierten en los medicamentos de elección para el ánimo, la inestabilidad afectiva y la ira típica que presentan los pacientes con TLP. Entre los fármacos más estudiados se encuentra la fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y fluvoxamina, estos fármacos logran mejorar la inestabilidad emocional, el humor depresivo, la irritabilidad, la agresividad verbal y física, la percepción de la autoimagen y las conductas auto lesivas. (26)

Los estabilizadores del estado de ánimo y anticomiciales como el litio, el valproato, la carbamazepina, la oxcarbazepina, topiramato, gabapentina, lamotrigina y pregabalina, han mostrado mejoría en la impulsividad, la disforia, la agresividad y las conductas autodestructivas. Además, estos fármacos pueden potenciar el efecto de los antidepresivos y pueden mejorar las oscilaciones en el estado de ánimo de estos pacientes. (26)

Antipsicóticos a dosis bajas utilizados en el TLP, muestran beneficio en la impulsividad, agresividad y en las alteraciones cognitivo- perceptivas de la patología límite. Estos ayudan a controlar los episodios micro psicóticos, la ideación paranoide y referencial, las regresiones psicóticas y la desorganización conceptual. (27)

Las benzodiacepinas actúan reduciendo la ansiedad, son útiles en crisis y en casos de ansiedad elevada, sin olvidar el mayor riesgo de abuso de estos medicamentos por parte de los pacientes con TLP. (27)

La otra parte del manejo para los pacientes es algún tipo de psicoterapia, la cual será el pilar del tratamiento. Estas intervenciones tienen la finalidad de reforzar la adaptación de los sujetos ante estresores de la vida cotidiana, así como facilitar y

recuperar la función social, familiar y formativo - laboral. Existen diferentes técnicas psicoterapéuticas que han demostrado ser efectivas en el adecuado tratamiento de los pacientes con TLP, con resultados variables, entre las psicoterapias utilizadas se encuentran: intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves, programas de terapias psicológicas, intervenciones familiares, psicoterapias grupales, terapia combinada, rehabilitación funcional e integración laboral. (28)

### **Modelo de terapia grupal HPFBA**

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez desde hace más de 15 años, se tiene el programa de Terapia de Grupo Integradora (TGI), el cual está basado en la teoría psicodinámica, la teoría interpersonal y la psicoeducación utilizando técnicas interrelacionales y expresivas, el psicodrama, dinámicas grupales y de terapia de apoyo. El proceso del grupo funciona a varios niveles, abarcando tanto el pasado, presente y futuro, funcionando como un todo individual y grupal, todo esto con el único fin de responder a las necesidades de los pacientes con TLP.

La integración del grupo no solo depende de los conocimientos de varias teorías y técnicas, sino también de la propia experiencia personal del terapeuta, quien será el encargado de llevar la dirección del grupo, permitiendo generar nuevas formas de abordaje terapéutico, favoreciendo que el paciente desarrolle mejor la regulación emocional, lo que condiciona la recuperación de la funcionalidad. Estos grupos son abiertos, los cuales se mantienen en constante movimiento y cambio.

El trabajo consta de dos etapas: la primera consiste en grupos de valoración (constituido por 8 sesiones semanales que permiten brindar psicoeducación sobre

el padecimiento al paciente además de identificar si es candidato para una terapia grupal). Durante esta etapa se presenta el mayor índice de abandono de los pacientes, lográndose una aceptación al grupo de entre 5-6 pacientes, que corresponde solo al 50-60% de un total de 12 pacientes máximo por grupo. En esta etapa los factores curativos se presentan como la universalidad, infundir esperanza, transmitir información, altruismo, cohesión de grupos y catarsis, los cuales ayudan de menor o mayor grado a cada paciente, lo que ayuda a los pacientes para integrarse y sentir un ambiente de apoyo y de integración.

La segunda etapa de terapia de grupo tiene una duración de 2 años, con sesiones semanales, que se divide en cohesión y fase de trabajo sobre temas focalizados, manejo de ansiedades y el cierre del grupo. De forma inicial el objetivo es lograr la cohesión grupal, la integración de los compañeros, logrando entender que no son únicos en padecer dicho trastorno, logrando con ello una mayor identificación y universalidad del padecimiento; el tiempo que cada grupo necesita para llegar a la integración es variable puede ser de 3 o hasta 6 meses, dependiendo del grado de psicopatología e intensidad del padecimiento de cada integrante del grupo. El paciente puede terminar la terapia de grupo, debido a abandono (por cambio de domicilio, por falta de disponibilidad de horario, inicio de trabajo y por decisión propia) o por concluir los dos años de trabajo.

La tercera etapa o cierre es la característica especial de este modelo, marcando diferencia en la mayoría de las terapias de grupo, es que se hace de una forma individual a cada paciente al concluir su tiempo de 2 años de terapia (80 sesiones). Antes de finalizar el grupo de 4 a 6 sesiones antes, se le informa la grupo junto con

el paciente que está por concluir, esta situación genera angustia y puede tener diversos escenarios, una es abandonar la terapia algunas sesiones antes de concluir, o por el simple hecho de no tolerar terminar un proceso se vive como una gran pérdida y siguen sin poder tolerar dichas angustias, abandonando el grupo. El segundo escenario es caer de nuevo en una crisis intensa que incluso amerite un internamiento. La gran mayoría de los pacientes que concluyen el grupo, llegan a cumplir el programa y despedirse del grupo, el grupo llega a reconocer el momento de tristeza y alegría por la satisfacción de que una persona sea beneficiada de la terapia dándole un motivo de esperanza para mejorar. Algunos de los pacientes que concluyen con éxito la terapia grupal, se reintegran a la sociedad y a sus actividades, otros refieren la necesidad de un apoyo gradual para poder desprenderse del equipo de trabajo y se les da la opción de continuar durante otros seis meses o se buscan terapias individuales en otras instituciones. El incorporar en el modelo elementos del psicodrama, psicoeducativos, cognitivo-conductual, psicodinámico, interpersonales y de apoyo, permite a los pacientes el mejorar el manejo de sus ansiedades y fortalecer la estructura Yoica, obteniendo en el proceso, mecanismos adaptativos valiosos y recuperando poco a poco su funcionalidad. (29)

### **Calidad de vida**

Las nociones de calidad de vida se traducen como felicidad o bienestar. Existen varias definiciones de calidad de vida, pero el consenso general existente entre los investigadores es que la calidad de vida se refiere al bienestar subjetivo. Se trata de un constructo basado en los estándares de las personas para determinar que es

una buena vida. (30) Por lo tanto, la calidad de vida es la evaluación global que hace un sujeto de su vida, y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores, etc) como de moduladores externos, como la enfermedad y el tratamiento que requiere esta. (31).

A pesar de que ha aumentado el interés por la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales, las investigaciones siguen siendo escasas. La calidad de vida y la discapacidad influyen no solo en el curso de la enfermedad, sino también en las decisiones de tratamiento y en la respuesta al mismo.

La OMS define la calidad de vida como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (32). La evaluación de la calidad de vida de un paciente representa el impacto que tiene una enfermedad y su consecuente tratamiento en la percepción que el paciente tiene de su bienestar. Para las escalas, técnicas o instrumentos de medida que se han diseñado, deben combinar características que le den soporte conceptual, confiabilidad y validez, además de tener que ser culturalmente relevantes. (33)

La calidad de vida se puede describir como el conjunto de cuatro factores dominantes: función física, estado psicológico, sociabilidad, somatización, sin embargo estos factores son variables para cada individuo, llama la atención la existencia de unos factores moduladores (edad, sexo, tipo de enfermedad, gravedad de la misma) que actuarían sobre las dimensiones antes señaladas.

En el área de la salud, su evaluación se ha convertido en un objetivo fundamental como una nueva estrategia introducida para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos, reforzando el consenso que tienen los indicadores en el área de la salud, como el control de síntomas, las tasas de mortalidad y la esperanza de vida. La calidad de vida puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función y la interacción social y los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: Mortalidad, Morbilidad, Incapacidad, Incomodidad, Insatisfacción. (34)

Los instrumentos de medida de la calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos e específicos. Se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones. Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ninguna enfermedad y son aplicables a la población general y a grupo de pacientes. Se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia.

La calidad de vida de los pacientes psiquiátricos se ve afectada de forma considerable, en los pacientes con TLP se aprecia en la recurrencia de crisis, hospitalizaciones, intentos de suicidio, daño autoinfligido, abuso de sustancias y autolesiones.

Dentro de las escalas más utilizadas para medir la calidad de vida en pacientes con TLP, se encuentra el EuroQol-5D (EQ-5D), World Health Organization Quality of Life

Questionnaire (WHOQOL), The Short Form-36 Health Survey (SF-36) y Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LESQ).

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se han realizado estudios sobre calidad de vida en pacientes con TLP, con resultados favorables y mejora en calidad de vida, esto con un tratamiento integral: farmacológico y psicoterapéutico. (35)

## **METODO**

### **JUSTIFICACIÓN**

Existe una alta demanda de servicios médicos en el sistema de salud, especialmente los servicios de atención psiquiátrica en México, y los pacientes con trastorno límite de la personalidad son de los principales usuarios ya que visitan con frecuencia el área de urgencias. Como esta condición afecta globalmente al paciente, además de recibir diversos tratamientos farmacológicos, no farmacológicos y empeorando múltiples comorbilidades (como abuso de drogas, ansiedad, depresión, autolesiones e intentos de suicidio), este grupo de pacientes consume importantes recursos del sistema de salud. (36) El manejo únicamente farmacológico no brinda un impacto considerable en la calidad de vida e impulsividad de los pacientes. (37) La psicoterapia de grupo es una herramienta particularmente atractiva para el abordaje del trastorno límite de la personalidad.

La Terapia integrativa de grupo en el HPFBA ha obtenido resultados favorecedores en estos pacientes, sin embargo, es necesario cuantificar el efecto en la mejoría de la calidad de vida e impulsividad de los participantes del modelo. En el presente

estudio se busca realizar una estimación sobre la mejoría en la calidad de vida e impulsividad de los pacientes tratados con este modelo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos psiquiátricos afectan no solo la funcionalidad del paciente sino que tienen un impacto sobre diversas áreas (social, económica, desarrollo personal, administración de tiempo libre) de ellos mismos como de su alrededor. El trastorno límite de la personalidad es una de las enfermedades mentales más importantes de nuestro país, por lo que conviene adoptar las medidas de tratamiento adecuadas, entre ellos, de tipo farmacológico y psicoterapéutico.

El modelo de terapia de grupo se ha implementado desde hace varios años de manera ambulatoria en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con resultados favorables en la evolución del trastorno de la personalidad. La información recopilada en este estudio tiene como objetivo determinar los cambios en la calidad de vida e impulsividad de los pacientes con trastorno límite de la personalidad según la temporalidad en terapia de grupo. La mejora en la calidad de vida e impulsividad se demostrará al tener un mejor desempeño en las actividades de la vida diaria, menor atención en los servicios de urgencias, adecuado apego a su tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, se corroborará esta información en el expediente clínico. Esto ayudaría a conocer el impacto del manejo integral del paciente en las unidades de salud mental, además de fomentar la difusión de dichos programas a los usuarios de los servicios de salud.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existen cambios en la calidad de vida e impulsividad de los pacientes con TLP en relación al tiempo de participación en el Modelo integrativo de terapia de grupo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la mejoría en la calidad de vida e impulsividad en los pacientes con TLP en relación al tiempo de participación en el modelo integrador de terapia grupal de la consulta externa del HPFBA.

### **Objetivos específicos**

- Medir la mejoría en la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de TLP y su relación con el tiempo de participación en terapia de grupal en pacientes con duración de cero a doce meses y aquellos con duración mayor a doce meses a dos años.
- Medir la mejoría en la impulsividad en pacientes con diagnóstico de TLP y su relación con el tiempo de participación en terapia de grupal en pacientes con duración de cero a doce meses y aquellos con duración mayor a doce meses a dos años.
- Describir las características demográficas de la muestra.
- Medir la mejoría en la calidad de vida e impulsividad, según la edad de los pacientes con diagnóstico de TLP y su tiempo de participación en terapia grupal. -
- Medir la mejoría en la calidad de vida e impulsividad, según el sexo de los pacientes con diagnóstico de TLP y su tiempo de participación en terapia grupal.

- Medir la mejoría en la calidad de vida e impulsividad, según el estado civil de los pacientes con diagnóstico de TLP y su tiempo de participación en terapia grupal.

## HIPÓTESIS

### Hi

Existe mejoría en la calidad de vida e impulsividad de pacientes con TLP tratados con el modelo integrador de psicoterapia grupal del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez dependiendo del tiempo de permanencia en el grupo.

### H0

No existe mejoría en la calidad de vida e impulsividad de pacientes con TLP tratados con el modelo integrador de psicoterapia grupal del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez dependiendo del tiempo de permanencia en el grupo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO VARIABLE	NIVEL MEDICIÓN	PARAMETROS
<b>PACIENTE:</b> Edad	Tiempo vivido, medido en años.	Independiente	Discontinua	18-59
Sexo	Conjunto de características que diferencian a los hombres de las mujeres.	Independiente	Cuantitativa nominal	Hombre = 1 Mujer = 2
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.	Independiente	Cualitativa nominal	Soltería, matrimonio, viudez, unión libre o divorciado.
Escolaridad	Nivel máximo de estudios	Independiente	Discontinua	Número de años

Años de diagnóstico	Tiempo con la enfermedad, medido en años	Independiente	Discontinua	Número de años
Tiempo de tratamiento en el Hospital	Tiempo que ha sido tratado en el HPFBA	Independiente	Discontinua	Número de meses o años.
Impulsividad	Dicho de una persona que habitualmente habla o procede sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento.	Dependiente	Según los puntajes de la Escala de impulsividad Plutchik (EI)	Puntajes obtenidos en Escala de valoración de la Impulsividad Plutchik (EI)
Duración en terapia de grupo	Tiempo que lleva el paciente recibiendo tratamiento en el modelo integrador de psicoterapia.	Independiente	Grupo: menor a 6 meses. Grupo: 6 meses a 2 años.	Duración en terapia.
Calidad de vida	Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos.	Dependiente	Según los puntajes del WHOQOL-BREF	Puntajes obtenidos con dicho cuestionario.

Cuadro 3. Material y métodos

## MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionaron pacientes que acudían a la terapia de grupo para pacientes con TLP del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## SUJETOS

El universo de estudio está constituido por los pacientes en seguimiento en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite que se

encuentran en el modelo integrador de psicoterapia y su tiempo de participación en terapia de grupo.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **INCLUSIÓN:**

- a) Pacientes masculinos y femeninos de 18 a 59 años con diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.
- b) Que se encuentren en el modelo integrador de psicoterapia grupal de esta institución.
- c) Todos los pacientes deberán contar con tratamiento farmacológico.

#### **EXCLUSIÓN:**

- a) Pacientes con sintomatología aguda de difícil control al momento de la valoración (agitación psicomotriz, ideas de muerte o suicidas).
- b) Pacientes que se encuentren en seguimiento y tratamiento en alguna otra institución fuera del HPFBA.
- c) Pacientes que no acepten participar en el estudio.

#### **ELIMINACIÓN**

- a) Pacientes que no respondan de manera adecuada a la herramienta de evaluación.

### **TIPO DE ESTUDIO**

Comparativo, longitudinal y de correlación.

## INSTRUMENTO

### 1. Escala de calidad de vida World Health Organization Quality of life

(WHOQOL- BREF): Esta escala fue diseñado con la intención de medir y conocer la satisfacción y placer del paciente en las actividades de su vida cotidiana. Este instrumento es aplicable a todo tipo de paciente, independientemente del diagnóstico y tratamiento. Produce un perfil de calidad de vida de cuatro áreas: Física, Psicológica, Relaciones sociales y ambiente. El Whoqol- Bref contiene un total de 26 preguntas, cada una con 4 ítems puntuados y 2 ítems individuales sobre la percepción de la calidad de vida y salud. Los 4 ítems son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. Así también, los ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida. Este instrumento se encuentra validado en población mexicana, cuenta con una consistencia interna que se valoró por medio del alfa de Cronbach que obtuvo valores por encima de 0.7 en todos los dominios; la validez discriminante también tuvo valores altos demostrando la diferencia entre población enferma y sana.

### 2. Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

La Escala de Impulsividad de Plutchik consiste en 15 reactivos contestados en una escala de frecuencia de tres puntos. Estos reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, todas las cuales reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual.

a) Factor de autocontrol. Compuesto por 6 reactivos que miden los aspectos relacionados con la capacidad que tiene el sujeto para esperar o retrasar sus acciones. B) Factor de planeación de las acciones en el futuro, incluye la posibilidad de darse cuenta de las consecuencias de sus actos y aun así perseverar en las ideas. C) Factor de conductas fisiológicas, en este factor se agrupó la impulsividad en las conductas alimentarias y sexuales. D) Factor de actuación espontánea, se refiere a la conducta irreflexiva y descontrolada.

Esta escala se encuentra validada en población Mexicana cuenta con alfa de Cronbach de la escala fue de 0.67.

## **PROCEDIMIENTO**

Se presentó este protocolo ante el Comité de ética e Investigación, se aprobó y se solicitó autorización de los jefes de los diferentes servicios involucrados para abordar a los pacientes que se encontraban participando en la terapia grupal del servicio de Consulta externa del hospital.

Con previa firma de consentimiento informado por parte del paciente, se registraron los datos sociodemográficos y se aplicó la Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF), escala de evaluación de la impulsividad de Plutchik (EI) la población se dividió en dos grupos aquellos que tienen una duración menor a doce meses y el otro grupo con duración de 12 meses a 2 años y se compararon los resultados.

Los recursos humanos fueron el médico residente sustentante de la tesis, el asesor metodológico y el asesor teórico. Dentro de los recursos materiales se utilizaron un

consultorio ubicado en el área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, así como juegos de fotocopias del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL- BREF) y de la escala de evaluación de la impulsividad de Plutchik (EI). Se otorgaron a cada paciente un juego con cada una de las fotocopias, además de un bolígrafo para contestar. Posteriormente se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este es un estudio con riesgo mínimo, acorde con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud que incluye: estudios prospectivos que emplean procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara 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.

Antes del ingreso a este proyecto de investigación el familiar leyó el documento de consentimiento informado. Este documento, a su vez fue firmado, haciéndoles entrega de una copia, en tanto que una copia adicional fue anexada al expediente clínico. Durante la realización de este estudio se mantuvo un apego estrecho a la declaración de Helsinki, que considera la autonomía de los participantes, así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad. En caso de encontrar pacientes con sintomatología aguda, se iban a canalizar al servicio de urgencias para su valoración, manejo y seguimiento a su evolución lo cual no fue necesario en este

estudio. Independientemente de la calidad de vida e impulsividad de los pacientes se les dio psicoeducación.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

De la muestra total, el número de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y formaron parte del análisis estadístico que se realizó fue de  $n= 30$ .

Los resultados se analizaron a partir de medidas de tendencia central y de dispersión, frecuencia, porcentajes y como prueba de comparación estadística se utilizó la prueba exacta de Fisher; se consideró un nivel de significancia estadística con un valor de  $p<0.5$ .

Se comparó la proporción de pacientes de acuerdo al tiempo de asistencia a la terapia grupal por cada una de las categorías en que se dividieron cada una de las variables de los instrumentos utilizados.

Para todas las pruebas estadísticas se consideró un valor de  $p<0.05$  como significancia estadística.

El análisis de datos fue realizado usando el software SPSS versión 22.

## **RESULTADOS**

### Datos sociodemográficos

Se captaron 30 pacientes en total con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, no existieron pacientes eliminados. Se recabaron datos y se hicieron las valoraciones completas de estos 30 pacientes, de los cuales 21 (70%) presentaban una duración mayor a 12 meses en terapia de grupo y 9 (30%) una duración menor a 12 meses en terapia de grupo.

Con respecto al género, la mayor parte de la muestra estuvo conformada por pacientes femeninos ( $n=27$ , 90%) y la edad promedio de la muestra fue de 39.29

(21-58), contando con menor número de pacientes del sexo masculino (n=3, 10%) y la edad promedio fue de 31 (27-36).

El estado civil predominante fue soltero (n=17, 56%) en este apartado encontrándose los pacientes con duración menor a 12 meses y el resto por aquellos que contaban con más de 12 meses de duración en terapia de grupo, seguido del estado civil divorciado (n=7, 27%), unión libre (n=4, 13%) y estado civil casado (n=2, 6%).

La mayoría de los pacientes tenían como escolaridad máxima el nivel de estudios de licenciatura (n=11, 36%) pertenecientes al grupo mayor a 12 meses en terapia de grupo, seguido de bachillerato completo (n=7, 23%) dos pacientes con duración menor a 12 meses en terapia de grupo, Secundaria (n=6, 20%), bachillerato incompleto (n=5, 16%) un paciente con duración menor a 12 meses en terapia de grupo, carrera técnica (n=1, 3%).

Con respecto a la situación laboral al momento del estudio se encontraban sin ocupación (n=8, 26%) seis pacientes pertenecientes al grupo con duración mayor a 12 meses en terapia, dos menor a 12 meses en terapia grupal, al cuidado del hogar (n=8, 26%) todos pertenecientes al grupo mayor a 12 meses en terapia grupal, empleados (n=5, 16%) un paciente con duración menor a 12 meses en terapia de grupo y cuatro con duración mayor a 12 meses en terapia grupal, profesionistas (n=4, 13%) todos pertenecientes al grupo con 12 meses en terapia de grupo, estudiantes (n=3, 10%) del grupo de duración mayor a 12 meses, empresario (n=1, 3%) perteneciente al grupo mayor a 12 meses, jubilado (n=1, 3%) del grupo de mayor a 12 meses en terapia grupal.

La población se dividió en 2 grupos respecto a los meses de permanencia en terapia grupal, el primero constó de 0 a 12 meses con un total de 9 pacientes (30%) y el segundo mayor a 12 meses hasta 2 años de asistencia con 21 pacientes representando el 70%, situación que se vio afectada por las condiciones de la pandemia por SARS-COVID19.

Tabla 1 Descripción de las variables sociodemográficas de los usuarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se encuentran en el programa de Terapia de Grupo

<b>Variable</b>	<b>Hombre n=3</b>	<b>Mujeres n=27</b>
<b>Edad</b>	31 (27-36)	39.29 (21-58)
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	3	14
Unión libre	-	4
Casado/a	-	2
Divorciado/a	-	7
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria	-	6
Carrera técnica	-	1
Bachillerato incompleto	1	4
Bachillerato completo	2	5
Licenciatura		11
<b>Ocupación</b>		
Sin ocupación	2	6
Hogar	-	8
Empleado/a	1	4
Estudiante	-	3
Profesionista	-	4
Empresario/a	-	1
Jubilado/a	-	1
<b>Duración en terapia de grupo</b>		
0 a 12 meses	1	8
1 año a 2 años	-	21

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Respecto a la impulsividad se encontró que el total de los pacientes que participaron en el estudio calificaban para impulsividad 30 usuarios (100%) con una prueba exacta de Fisher del 0.53\*. (Gráfica 1)



Gráfico 1. Escala de impulsividad de Plutchik, puntuación mínima de 0 puntos. Máxima de 45 puntos, puntaje para calificar como impulsivo 20 puntos.

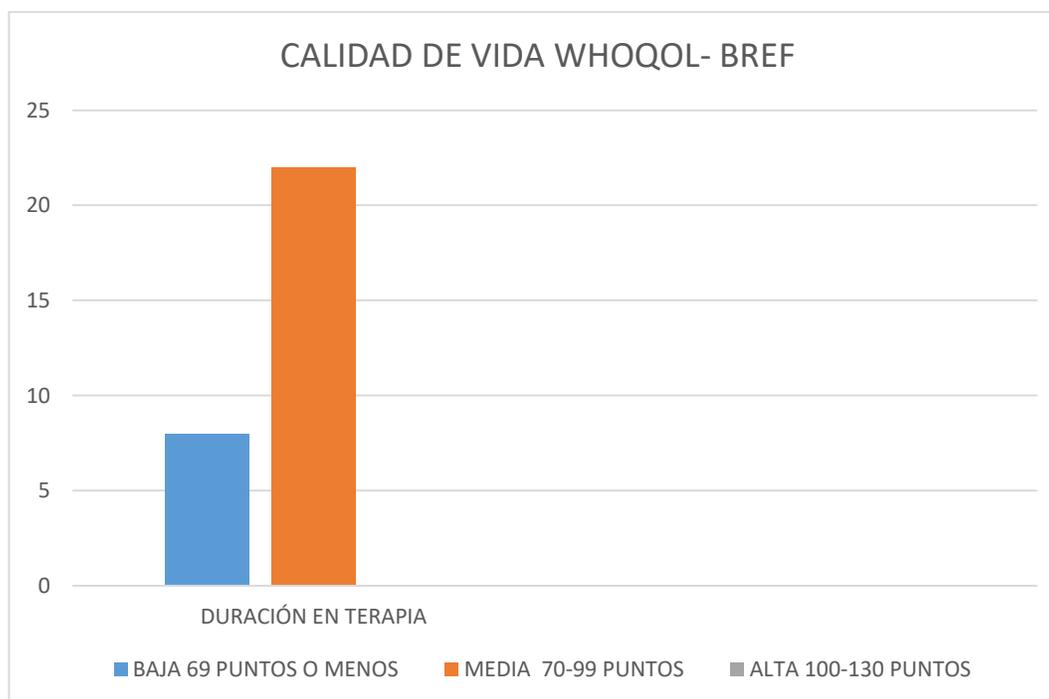


Gráfico 2. Calidad de vida Whoqol- bref

Respecto a la calidad de vida percibida por el paciente se observan las siguientes diferencias según la duración en terapia de grupo.

En el grupo menor a 12 meses, conformado por 9 pacientes, calificaron para una calidad de vida baja 8 pacientes (88.88%), 1 paciente califico para calidad de vida media (11.11%). (Gráfica 2)

En el grupo con duración mayor a 12 meses en terapia de grupo el resultado fue que los 21 pacientes calificaron para calidad de vida media (100%), con una prueba exacta de Fisher de 0.00001.

Se observa significancia estadística en los siguientes dominios del instrumento de Calidad de vida Whoqol- Bref, esto de acuerdo al tiempo transcurrido de los pacientes en la terapia de grupo.

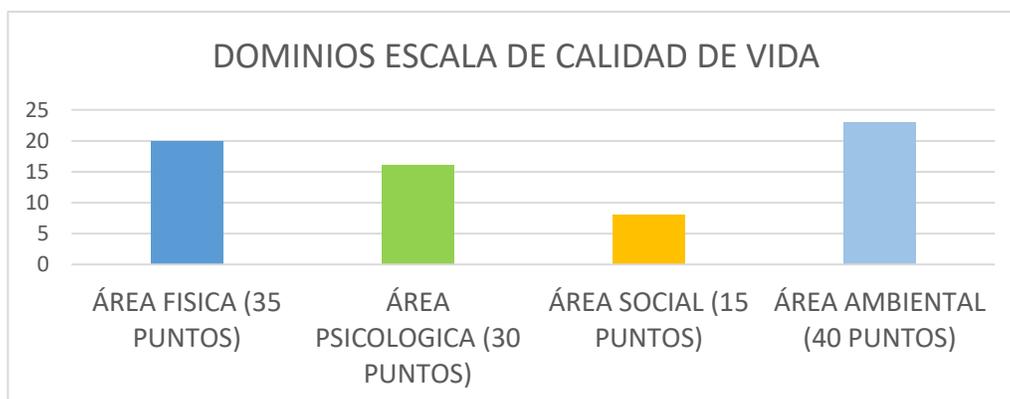


Gráfico 3. Calidad de vida

En el dominio de área ambiental se obtuvieron 23 puntos de 40 en total (57.49%), en el área física se obtuvieron 20 puntos de 35 en total (57.14%), en el área psicológica se obtuvieron 16 puntos de 30 en total (53.33%) y en el área social 8 puntos de 15 en total (53.33%). (Gráfica 3)

	Seguimiento en TG menor a 12 meses	Seguimiento en TG mayor a 12 meses	$\chi^2$ (p)
<b>Calidad de vida</b>			(0.00001)*
Baja	8	0	
Media	1	21	
Alta	0	0	
<b>Impulsividad</b>			(0.53)*
Presente	9	18	
Ausente	0	3	
* SE UTILIZO LA PRUEBA EXACTA DE FISHER			

Tabla 2. Prueba exacta de Fisher

Para la interpretación de datos se utilizó la prueba exacta de Fisher obteniendo como resultado para la escala de calidad de vida un resultado de  $p < 0.00001$  por lo que se considera significativa para el estudio en relación a la mejoría en la calidad de vida según el tiempo de permanencia en terapia de grupo, sin embargo los resultados de la escala de impulsividad de Plutchik dio un resultado de  $p < 0.53$  por lo que no se considera significativa para este estudio ya que los dos grupos de pacientes continuaban sin variaciones en cuanto a la impulsividad. (Tabla 2)

## DISCUSIÓN

El trastorno límite de la personalidad afecta del 0.5% al 5.9 % de la población general, principalmente en mujeres, esto se pudo corroborar en el presente estudio, al considerar entre las variables sociodemográficas el predominio de mujeres en un 90%, en contraposición con los hombres que representan un 10%, lo que coincide con la epidemiología reportada en la literatura, las mujeres a comparación de los hombres, experimentan niveles altos de culpa, vergüenza o autoagresiones implementando mecanismos de afrontamiento inadecuados (21).

La edad promedio de la muestra fue de 39.29, en cuanto al estado civil la mayoría de los pacientes se encuentran solteros en un 56%, coincidiendo con la literatura ya

que cuentan con graves trastornos en las relaciones interpersonales, gran intolerancia a la soledad e hipersensibilidad a las relaciones sociales. (23)

Se reportó que 36% de los usuarios contaban con nivel académico alto a nivel licenciatura, esto podría estar asociado a la conciencia de enfermedad y al acceso de información respecto a la salud mental, por lo que las personas con mayor escolaridad tienden a buscar más la atención médica y son quienes acuden a seguimiento psicoterapéutico.

Entre los usuarios pertenecientes al programa de terapia de grupo se logró la participación de 30 usuarios, de los cuales 9 eran pertenecientes al grupo con duración menor a 12 meses, esta cifra se pudo ver afectada debido a la pandemia por el SARS COVID 19 que a pesar de que los grupos de terapia continuaron trabajando en modalidad en línea, se vio disminuida la cantidad de pacientes de nuevo ingreso para terapia de grupo, ya que la institución no se encontraba trabajando al cien por ciento y la primera etapa de esta modalidad de terapia consiste en valorar a los posibles integrantes en varias sesiones, también es donde se presenta mayor índice de abandono al programada. El resto de los usuarios pertenecían al grupo con una duración mayor a 12 meses, con adecuado apego al programa y a sus sesiones semanales, en esta parte del programa se va valorando constantemente la evolución de los pacientes, así como la actitud que presentan ante los estresores de la vida cotidiana, algunos pacientes al concluir el programa de terapia de grupo solicitan el permanecer en el programa durante unos meses extra o en otros casos continúan buscando ayuda por medio de servicios médicos privados. (29)

La impulsividad fue objeto de estudio en el presente trabajo, se valoró la presencia y mejoría de la impulsividad en los participantes según el tiempo de permanencia en terapia de grupo, donde los resultados no fueron significativos ya que en la totalidad de los pacientes permanecían con niveles de impulsividad importantes, sin ser un factor determinante el tiempo de permanencia en terapia de grupo, al realizar el análisis de la Escala de impulsividad de Plutchik (EI) con la prueba exacta de

Fisher se obtuvo un valor de  $p < 0.53$  lo cual no es significativo, por lo que valdría la pena realizar más estudios al respecto sobre la impulsividad. Al parecer el modelo integrador no impacta lo suficiente en cuanto a una mejoría significativa de la impulsividad, por lo que habría que considerar otros enfoques terapéuticos complementarios con el fin de mejorar la impulsividad en estos pacientes.

En el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se han realizado estudios sobre calidad de vida en pacientes con TLP, con resultados favorables y mejora en la calidad de vida llevando un tratamiento integral: farmacológico y psicoterapéutico. (34)

Dichos resultados coinciden favorablemente con los hallazgos obtenidos en la presente investigación, en donde encontramos una tendencia significativa a presentar niveles más altos de calidad de vida en relación a la permanencia en terapia de grupo, en el grupo menor a 12 meses conformado por 9 pacientes, calificaron para una calidad de vida baja en 8 pacientes lo que representa un 88.88% y un paciente con calidad de vida media (11.11%), sin embargo en el grupo con duración mayor a 12 meses los 21 integrantes calificaron para una calidad de vida media (100%) que aunque no llega a calidad de vida alta es considerable ya que en relación al tiempo de trabajo en terapia de grupo su percepción de calidad de vida mejora de manera global, se registró en los dominios de la presente escala los siguientes resultados, en el área ambiental un 57.49% que valora la libertad, seguridad, ambiente físico, recursos económicos, oportunidad de información, ocio, descanso, hogar, atención sanitaria, social y transporte, en el área física un 57.49% en el cual se valora la salud física, dolor, dependencia de medicamentos, energía para la vida diaria, movilidad, sueño y descanso, actividades de la vida diaria, capacidad de trabajo, en el área psicológica un 57.14% donde se valoran los sentimientos positivos, espiritualidad, religión, creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración, imagen corporal, autoestima, sentimientos negativos y en el área social se registró un 53.33% que valora las relaciones sociales, relaciones personales, actividad sexual, apoyo social, esto coincide con la literatura en demostrar que las áreas sociales son las que presentan mayor dificultad

e impacto en este tipo de pacientes y su vida diaria, se realizó el análisis estadístico con la prueba exacta de Fisher con un resultado de  $p < 0.00001$  lo que es significativo en relación a la mejoría de calidad de vida y su permanencia en terapia de grupo.

## CONCLUSIONES

- El trastorno límite de la personalidad es un padecimiento prevalente en el sexo femenino en el 90%.
- La calidad de vida en los pacientes con Trastorno de personalidad tipo límite que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal es directamente proporcional a su duración en dicho modelo de tratamiento.
- No se encontró correlación en los niveles de impulsividad en los pacientes con trastorno de personalidad límite que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal respecto a su duración en la terapia de grupo por lo que habrá que continuar buscando herramientas específicas para el manejo de aspectos en relación a la impulsividad.
- Aunque los resultados de este estudio fueron significativos no se considerarían determinantes por ser una muestra con poca población secundaria a la pandemia de SARS COVID19.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEPTIEMBRE 2020 A JULIO 2021**

Actividad	Sep 2020	Octubre 2020	Nov 2020	Dic 2020	Enero 2021	Febrero 2021	Mar 2021	Abr 2021	Mayo 2021	Jun 2021	Jul 2021
Elaboración del proyecto de investigación											
Búsqueda de referencias documentales											
Lectura de documentos											
Aprobación por comisión de Investigación y de ética en investigación											
Inicio de recolección de datos											
Organización y análisis de resultados											
Redacción del primer borrador											
Redacción del segundo borrador											
Presentación del reporte											

## REFERENCIAS

1. Millon T. y Davis R. D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, S.A. 1988.
2. Gómez C, ¿ Quien es el paciente Limitrofe?. Salud Mental, 2000; 23, 30-38
3. García L, Martín P. María, Otín L. Tratamiento integral del Trastono límite de personalidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010; 30 (106), 263-278.
4. Lara- Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. Rev. Ivest Clin 1995;47:315237.
5. Thadani B, Pérez- García A, Bermúdez J. Calidad de vida en personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite: Papel mediador de la satisfacción vital. Rev. Psicopatol. Psicol. Clin. 2018;23, 89-98.
6. Tizón JL. ¿Trastorno limite de personalidad, trastorno por inestabilidad emocional o trastorno por desequilibrio emocional?: Una actualización para la APS. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria. 2017;24(9):492-510,
7. Silvio B, Camilla R, Filippo B, Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to Borderline Personality Disorder: A Comparison of combined Therapy and Single Pharmacotherapy. La Revue canadienne de psychiatrie, vol 55, no2, fevrier 2010. Pp 74-81.
8. Oldham, J. M. Tratado de los Trastornos de Personalidad. Barcelona: Ed Masson, 2007; p. 59-90.
9. Carpena B, García P. Estudio del trastorno Límite de la personalidad. ULL. Departamento: Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología ( Trabajo de licenciatura en Psicología). 2016-2017.
10. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry. 2001; (58): 590-96.
11. Caballo V, Camacho S. El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. 2000; (5):30-55
12. García b. Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos límite de Personalidad. Clinica y Salud. 2007; (18): 347-361.
13. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders. 1999. 1–9.
14. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. Journal of Clinical Psychology. 1995. (51) 768–774
15. Barker. V, Romaniuk. L, Cardinal. N, Pope. M, Nicol. K, Halla J. Impulsivity in borderline personality disorder. Cambridge University Press. 2015. 1-10.
16. Chapman. A. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. Development and Psychopathology. 2019. (31); 1143-1156.

17. Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 2004 (18); 226–239
18. 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.
19. 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.
20. Guendelman S, Gary L, Miño V. Neurobiología del Trastorno de personalidad límite. *Rev Med Chile* 2014; 142: 204-210.
21. 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.
22. Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 8.
23. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor;1992.
24. Rodríguez A, Fresan A, Miranda E, Garza E, Alcalá R, Duque X, Balducci T, Arango I. Comorbid personality disorders and their impact on severe dissociative experiences in Mexican Patients with borderline personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2019
25. Bozzatello P, Bellino S. Combined therapy with interpersonal psychotherapy adapted for borderline personality disorder: A two- years follow- up. Center for personality disorders, Department of Neuroscience, University of Turin, Via Cherasco. 2016; 151-156.
26. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. Intervenciones Psicológicas y Psicosociales en el tratamiento del TLP.
27. Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 11 a edición Lippincott, Williams&Wilkins. 2015. 742.p
28. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor;1992
29. Carrera B, Vera P, Garza G. Calidad de vida y ajuste socioemocional en pacientes con trastorno límite de personalidad en el modelo integrador de terapia grupal de dos años del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis para obtener el grado de especialista en Psiquiatría. UNAM . 2019.

30. País- Ribeiro JL. Quality of life is a primary end- point in clinical settings. *Clinical Nutrition* 2004; 23:121-130.
31. Lara- Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev. Invest Clin* 1995;47:315-237.
32. WHO Quality of Life Assessment Group. Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387*
33. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la Salud: Health Related Quality of life: Conceptual Aspects. *Ciencia y enfermería*. 2003 (2): 9-21.
34. Ramirez, R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Cardiol*. 2007; 14:207-222.
35. Vera Flores P. Impacto del modelo de Terapia de Grupo en la disminución de internamientos y días de estancia hospitalaria en pacientes con Trastorno de Personalidad Límite. Tesis de especialista. Ciudad de México. Universidad Autónoma de México; 2014.
36. Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 8.
37. O'Connell B, Dowling M. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21 (6):518-25.

**ANEXOS**  
**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL- BREF**

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

## ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK (EI)

Instrucciones: Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones.

Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

	Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. ¿Le resulta difícil esperar en una fila?				
2. ¿Hace cosas sin pensarlas?				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?				
4. ¿Usted planea con anticipación?				
5. ¿Pierde fácilmente los estribos?				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?				
7. ¿Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?				
8. ¿Dice lo primero que le viene a la mente?				
9. ¿usted come aunque no tenga hambre?				
10. ¿Es usted impulsivo?				
11. ¿Termina las cosas que empieza?				
12. ¿Le resulta difícil controlar sus emociones?				
13. ¿Se distrae con facilidad?				
14. ¿Encuentra difícil permanecer quieto mientras está sentado?				
15. ¿Es usted precavido?				

## Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:

### HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Lugar y fecha:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020.

Protocolo:

Registrado ante el Comité de Investigación con número: \_\_\_\_\_

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: \_\_\_\_\_

**Nombre del investigador principal:** \_\_\_\_\_

**Dirección del sitio de investigación:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: \_\_\_\_\_ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

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. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

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

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. 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 obtenidos en las escalas y las entrevistas 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 de manera voluntaria en el estudio titulado:

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

## Carta de autorización al Jefe del Servicio (donde se solicite)

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

Dr. (a) **(nombre del Jefe del servicio)**

Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **(nombre completo del protocolo)**.

Durante un período de **(tiempo que se necesita para el estudio)** a partir de **(fecha del periodo de inicio y termino)**. El cual se evaluará con entrevista neuropsiquiátricas, estudios de laboratorio y realización de **(pruebas que necesite para realizar el estudio)**.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

**A t e n t a m e n t e**

**(Nombre y firma del Residente)**

## Solicitud de asesor de tesis

Ciudad de México a 06 de Octubre del 20

### **DR. RAFAEL JESÚS SALÍN PASCUAL**

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Gilda Velázquez García**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**ATENTAMENTE**

**Dr. Pablo Vera Flores**

Solicitud de asesor de tesis

Ciudad de México a 06 de Octubre del 20

**DR. RAFAEL JESÚS SALÍN PASCUAL**

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Gilda Velázquez García**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**A T E N T A M E N T E**

**Dr. Francisco Muñoz Sandoval**

## 1. Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos,

Yo \_\_\_\_\_ como personal adscrito

a \_\_\_\_\_ y

con \_\_\_\_\_ número de empleado \_\_\_\_\_ declaro que

durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.  
 No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

**LUGAR Y FECHA:**

**NOMBRE Y FIRMA:**

