



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”

**EVALUACION DEL IMPACTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y/O
PSICOTERAPEUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA DEL
PACIENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN EL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

CHRISTIAN GABRIEL TOLEDO LOZANO

Asesores:

Asesor Teórico

Dra. Juana Ramírez Rivas

Asesor Metodológico

Psic. Janeth Jiménez Genchi

México, D. F. Julio 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

AGRADECIMIENTOS	iii
ABREVIATURAS	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCION	1
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
MATERIAL Y METODOS	38
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
HIPOTESIS	38
OBJETIVOS	38
OBJETIVO GENERAL	39
OBJETIVOS ESPECIFICOS	39
TIPO DE ESTUDIO	41
POBLACION EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE MUESTRA	41
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	41
VARIABLES	42
ESCALAS DE MEDICION	43
ANALISIS ESTADISTICO	48
IMPLICACIONES ETICAS DEL ESTUDIO	
RESULTADOS	49
DISCUSION	78
CONCLUSIONES	81
REFERENCIAS	83
ANEXOS	89
CONSENTIMIENTO INFORMADO	89

AGRADECIMIENTOS

A Dios por todos los dones brindados para la realización de este proyecto de vida.

A mis padres Armando Toledo Esteva (†) e Irma Soledad Lozano Gonzalez como el cimiento de todos mis éxitos presentes y venideros.

A mi tío Sergio German Lozano Gonzalez y mi abuelita Margarita Gonzalez Garcia (†) por brindarme su cariño y tantos momentos felices a su lado en su búsqueda continua de todo lo mejor para mi persona.

A mi hermano Michael Armando Toledo Lozano, compañero durante muchos años, complice con su apoyo incondicional.

A mis detractores que lograron impulsar un crecimiento significativo a través de la adversidad, indispensable para la mejora continua.

A mis asesores del presente proyecto, la Psic. Janeth Jimenez Genchi en la parte metodológica y la Dra. Juana Ramirez Rivas, que es la culminación de una etapa en mi desarrollo personal y profesional, por el tiempo dedicado en supervisión y aportaciones al mismo así como su invaluable experiencia sobre el tema.

A mis amigos, compañeros y pareja: David Stampolitis, Jorge Ramírez, Jorge Sánchez, Iván Ramírez, Gabriela Cortes, Luis Rivera, Cristian Camacho, Iván García, Nohemí Bautista, Malinahi Tapia, Mayel Cruz, Viridiana Sánchez, Sharon Moreno, Ayari Vargas, con los cuales he compartido vivencias inolvidables, así como especialmente a Maricarmen Jiménez Colín por este tiempo juntos, por tu apoyo y amor que me nutre y estimula, así como todos aquellos que por cuestiones de espacio no logro mencionar en este pequeño espacio, todos con un importante lugar en mi corazón y mi alma.

ABREVIATURAS

TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
CIE-10	Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades, Décima Edición
OMS	Organización Mundial de la Salud
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado
CRH	Hormona Liberadora de Corticotropina
APA	American Psychiatric Association
ISRS	Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina
IMAO	Inhibidor de la Monoaminoxidasa
ADT	Antidepresivo Tricíclico
TEPT	Trastorno por Estrés Postraumático
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
IPQ	Cuestionario de Percepción de la Enfermedad
EEAG	Escala de Evaluación de la Actividad Global
SCID-II	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV
ICG-TLP	Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Límite de la Personalidad
InCaViSa	Inventario de calidad de Vida y Salud

RESUMEN

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad (TLP) es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los pacientes que padecen de este trastorno de la personalidad se sitúan en la frontera de la neurosis y la psicosis, y se caracterizan por una extraordinaria inestabilidad afectiva, del estado de ánimo, conductual, de las relaciones objetales y de su autoimagen.

El TLP tiene una prevalencia del 2% en la población general y hasta el 20 % en la población psiquiátrica hospitalizada y su atención representa elevados costos a nivel sanitario, refiriéndonos a recursos humanos, económicos y emocionales; social y familiar.

La evaluación de la calidad de vida es de gran importancia en los estudios de trastornos de la personalidad, ya que la calidad de vida está íntimamente relacionada con el apego terapéutico y la respuesta al tratamiento en esta población de pacientes.

Actualmente en México no se cuenta con estudios que evalúen específicamente los factores de calidad de vida por medio tanto de indicadores objetivos (bienes y servicios) así como subjetivos (grado de satisfacción de relaciones interpersonales, apoyo percibido, pertenencia a un grupo y habilidades

funcionales) en el trastorno límite de la personalidad. Por lo que se realizó el presente estudio con la finalidad de evaluar el impacto del tratamiento psicológico y farmacológico en la sintomatología y calidad de vida en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, a las 12 semanas de inicio del tratamiento.

Los resultados muestran una mejoría en sintomatología y calidad de vida en los pacientes con TLP que reciben algún tratamiento psiquiátrico, independientemente del tipo de tratamiento indicado, sin que exista algún impacto con respecto de la edad y género de los pacientes.

Será conveniente realizar más investigaciones al respecto y ampliar el tamaño de la muestra e implementar estrategias encaminadas a disminuir sesgos en la evaluación de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se sitúan en la frontera de la neurosis y la psicosis, y se caracterizan por una extraordinaria inestabilidad afectiva, del estado de ánimo, conductual, de las relaciones objetales y de su autoimagen. Se le ha denominado de muchas maneras: esquizofrenia ambulatoria, personalidad “como si” (término acuñado por Helen Deutsch), esquizofrenia pseudoneurótica (descrita por Paul Hoch y Phillip Politan) y trastorno psicótico del carácter (descrito por John Frosch). En la CIE-10 (Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y problemas relacionados con la salud) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina Trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite. ⁽¹⁾

Epidemiología

Se sabe que entre el 10 y el 15 % de la población general presenta un trastorno de la personalidad, porcentaje que se incrementa hasta el 50-60 % cuando hablamos de poblaciones psiquiátricas ambulatorias. Además, el 15 % de los ingresos hospitalarios están causados por problemas secundarios a este diagnóstico.

En concreto, el TLP tiene una prevalencia del 2% en la población general y hasta el 20 % en la población psiquiátrica hospitalizada y supone una importante carga a nivel sanitario, refiriéndose a recursos humanos, económicos y emocionales; social y familiar. ^(1,2)

Cuadro clínico y fundamento neuroanatómico y bioquímico

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad según el DSM-IV TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado) es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad pueden presentar esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado; tener un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable; impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo; comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación; inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo; sentimientos crónicos de vacío; ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira e ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. ⁽²⁾

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según la CIE-10 es un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un 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 en 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: tipo impulsivo y tipo límite. En éste último 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 autoagresivos. ⁽³⁾

Hasta hace unos años el abordaje de este trastorno era fundamentalmente psicoterapéutico, pero actualmente la utilización de psicofármacos para tratar las dimensiones nucleares de este trastorno, es una práctica habitual.

No obstante, en el TLP no existe un síntoma fundamental a tratar, sino que hay múltiples combinaciones sindrómicas posibles, entre las que destacan alteraciones en la esfera impulsiva, afectiva, cognitiva, en los sistemas de apego, sentimientos de vacío y trastornos de identidad. Cada uno de ellos parece depender de diferentes disfunciones neurobiológicas, tales como alteraciones límbicas y frontales y alteraciones en la transmisión serotoninérgica asociadas al descontrol impulsivo, desregulación del estado de ánimo asociada a la inestabilidad afectiva; alteraciones prefrontales asociadas a las distorsiones cognitivas-paranoides; alteraciones de los sistemas de *arousal* y motivacionales asociadas a los síntomas de identidad; desregulación de los sistemas de apego

implicadas en los rasgos dependientes y, por último, alteraciones de los sistemas ligados a la extroversión y la búsqueda de las emociones. ⁽⁴⁾

Es, por tanto, un cuadro complejo con la presencia de una gran variedad de síntomas que clínicamente se traducen en intentos autolíticos repetidos, autoagresiones, inestabilidad en las relaciones interpersonales, oscilaciones recurrentes del estado de ánimo, ira intensa, abuso de tóxicos, inestabilidad emocional, alteraciones de la identidad, sentimientos de vacío, pánico al abandono, cuadros disociativos y/o ideación paranoide. ⁽⁴⁾

En el año 1991, Siever y Davis proponen cuatro dimensiones temperamentales basadas en estructuras patológicas y en las que se centra principalmente el tratamiento biológico del TLP: ⁽⁴⁾

- 1) Dimensión impulsividad-agresividad.
- 2) Dimensión inestabilidad emocional.
- 3) Dimensión cognitivo–perceptiva.
- 4) Dimensión ansiedad-inhibición.

La dimensión de inestabilidad afectiva está caracterizada por la existencia de labilidad afectiva que ocurre con cambios en el humor, disforia, incremento de la irritabilidad y enojo, los cuales influyen las conductas impulsivas. Estas alteraciones dependen de una disfunción del sistema límbico por exceso de acetilcolina (disforia) y exceso de noradrenalina como responsable de la hiperreactividad emocional, baja tolerancia a la frustración y conductas manipulatorias.

La dimensión impulsiva responsable de las conductas autolesivas (intoxicaciones por diversos medicamentos, lesiones físicas, autoagresiones y heteroagresividad) y predisponente de conductas de abuso de tóxicos y de conductas bulímicas, desde un punto de vista neurobiológico dependería fundamentalmente de una disfunción de la neurotransmisión serotoninérgica, se han asociados bajos niveles de serotonina con una mayor impulsividad. Junto a ello, la hipofunción frontal también parece desempeñar un papel relevante, de modo que las áreas corticales implicadas en el control inhibitorio no realizan su función de forma adecuada.

La dimensión cognitivo perceptual caracterizada por suspicacia, distorsiones en la interpretación e ideación paranoide; se ha relacionado con una disfunción dependiente en áreas prefrontales y conexiones cortico-subcorticales en relación a déficits dopaminérgicos.

Por último la dimensión de ansiedad-inhibición caracterizada por temor, ansiedad, vacuidad o inhibición de las emociones; está relacionada con alteraciones neuroanatómicas a nivel de la amígdala y del septum hipocampal que, a su vez, se asocian con hipersensibilidad serotoninérgica, hipersecreción de Hormona Liberadora de Corticotropina (Corticotropin Releasing Hormone, CRH) y déficit gabaérgico

Tratamiento biológico del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Hasta un 40% de los pacientes con TLP, toma en la actualidad un promedio de tres fármacos o más asociados al tratamiento de este trastorno. La utilización de psicofármacos en el TLP se basa en el beneficio específico de éstos sobre la

remisión de los síntomas nucleares: impulsividad, agresividad, distorsiones cognitivas, la ansiedad y/o inestabilidad emocional. Neurofisiológicamente se pretende actuar sobre la disfunción de aquellos neurotransmisores que intervienen en las respuestas conductuales y en los rasgos temperamentales de vulnerabilidad, en los síntomas agudos de descompensación y en la comorbilidad. Se requiere un tratamiento a largo plazo y, aunque ningún fármaco tiene la indicación aprobada para el TLP, muchos resultan útiles y permiten realizar un trabajo psicoterapéutico con resultados alentadores. Sin embargo, una elevada variabilidad en la respuesta terapéutica de estos pacientes y que el potencial de colaboración varía de unos pacientes a otros.

En el año 2001 la American Psychiatric Association (APA) presentó una guía clínica práctica para el abordaje del TLP y entre las pautas que se propusieron destacan: ⁽⁵⁾

1. En el manejo de los síntomas de disregulación afectiva, tales como la labilidad emocional, la ira inapropiada, los estallidos de temperamento y las crisis depresivas; la APA propone como primera línea terapéutica un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS). Si éste no es eficaz se recomienda cambiar a un segundo ISRS. Si se ha conseguido una eficacia parcial se recomendaría añadir bajas dosis de antipsicóticos para la ira o clonazepam para la ansiedad y/o cambiar por un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO). Como última opción se plantea el uso de los eutimizantes (litio) o anticomiciales (carbamazepina o valproato).

2. En el control de síntomas impulsivos, como lo son la agresividad impulsiva, la automutilación y la conducta autodestructiva; la APA mantiene los ISRS como primera opción terapéutica, dejando como segunda línea la utilización de dosis bajas de antipsicóticos. Si ambas estrategias fracasan se propone añadir eutimizantes o IMAO. Si después de seguir estas pautas no se ha conseguido eficacia se recomienda el tratamiento con antipsicóticos atípicos.
3. Para el abordaje de las distorsiones cognitivas (referencialidad, suspicacia, ideación paranoide, desrealización, alucinaciones, etc.) se sugiere iniciar un tratamiento con dosis bajas de antipsicóticos. Si la eficacia es parcial, la APA recomienda incrementar la dosis, y si, aun así, hay una eficacia parcial y están presentes síntomas afectivos la guía aconseja asociar ISRS o IMAO. En caso de eficacia parcial sin síntomas afectivos, se sugiere asociar neurolépticos atípicos o clozapina a dosis mayores.

Las recomendaciones de la guía de la APA han sido controvertidas, ya que carecen de suficiente evidencia científica respecto a otras guías disponibles y se requerirían estudios de investigación que las respalden.

Hasta ahora muchos fármacos se han utilizado para este trastorno de personalidad. ^(6, 7) En la siguiente tabla (Tabla 1) se describen las diferentes estrategias farmacológicas empleadas para el tratamiento del TLP:

Tabla 1. Estrategias farmacológicas en el tratamiento del TLP

FUNDAMENTO NEUROBIOQUÍMICO	FÁRMACO
Potenciación serotoninérgica	Litio, ISRS, inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN), IMAO
Antagonismo noradrenérgico	Propranolol, clonidina, desipramina
Antagonismo dopaminérgico (principalmente receptores D2, D3, D4)	Antipsicóticos
Potenciación gabaérgica	Benzodiazepinas y anticonvulsivos
Inhibición glutamatérgica	Anticonvulsivos
Antagonismo opioide	Naltrexona

Antidepresivos

Los ISRS han sido ampliamente estudiados y han demostrado su eficacia en el manejo de pacientes con TLP. Estos fármacos presentan escasos efectos secundarios y tienen un perfil muy seguro en caso de una ingesta superior a la indicada; por lo que, se consideran uno de los tratamientos de elección para las alteraciones existentes en las dimensiones de alteraciones afectivas, impulsividad y ansiedad principalmente. Su eficacia aparece desde la primera semana en el caso de la impulsividad y es independiente del beneficio terapéutico sobre las alteraciones afectivas y la depresión. La ineficacia de un ISRS no predice la falta de eficacia de otro ISRS y la duración del tratamiento depende de la comorbilidad, de la exposición a acontecimientos vitales estresantes, del tratamiento de rasgos de vulnerabilidad y de la adquisición de habilidades en psicoterapia. En general todos los ISRS mejoran la inestabilidad afectiva y el control de impulsos, mejoran el procesamiento de la información y reducen la disforia causante, muchas veces, de conductas impulsivas. ⁽⁸⁾

La fluoxetina ha demostrado eficacia en el descontrol impulsivo, disminuyendo la impulsividad, las conductas autolesivas, la sensación de rechazo, la depresión, la hostilidad, la paranoia, la somatización y la sintomatología obsesivo-compulsiva, mejorando el funcionamiento global del paciente. Se ha relacionado, además, con una mayor adherencia al tratamiento. Por otro lado se observa una mejoría frente a placebo en la agresión verbal y la agresividad contra objetos. Los hallazgos sugieren una rápida mejoría de la conducta impulsiva y alteraciones afectivas desde la primera semana de tratamiento y una disminución de la conducta impulsivo-agresiva, independiente del estado depresivo del paciente con dosis medias de 40 mg/día. (4, 9, 10)

La sertralina parece disminuir la ansiedad, la inestabilidad afectiva, la irritabilidad y la impulsividad en los pacientes con TLP y algunos autores reportan una mejoría en la conducta autolesiva tras 1 año de tratamiento. Asimismo también se consigue una mejoría en la adherencia al tratamiento y una eficacia independiente del estado de ansiedad o depresión a dosis medias de 200 mg/día. (11)

La paroxetina, otro ISRS, se ha asociado con una disminución de las automutilaciones, de la ira autodirigida; con dosis medias de 31.5 mg/día, se ha demostrado un descenso significativo de todas las subescalas de SCL-90. (4, 11)

Otros ISRS también han demostrado su eficacia tanto en estudios doble ciego como en estudios abiertos (fluvoxamina, citalopram). Sin embargo, los ISRS parecen tener cierta tolerancia en su eficacia farmacológica, ya que desde el

punto de vista clínico se observa que algunos pacientes reinciden al cabo de algunos meses en sus conductas impulsivas y disregulación afectiva. ⁽¹¹⁾

Teniendo en cuenta este aspecto podrían resultar interesantes los inhibidores duales. En este sentido, la venlafaxina ha demostrado eficacia en el control de la sintomatología afectiva, síntomas ansiosos y la conducta impulsiva, bien como intervención inicial o como alternativa si la fluoxetina o la sertralina han fallado previamente. ^(10, 11)

La utilización de antidepresivos tricíclicos (ADT) es controvertida por sus efectos adversos y por el riesgo de letalidad en caso de sobreingesta. Los datos más relevantes del uso de los ADT están relacionados con la amitriptilina, que parece disminuir los síntomas depresivos y la hostilidad indirecta y en consecuencia intervendría en la mejora del autocontrol. ⁽⁴⁾

Los IMAO actualmente son poco usados, pero hay que recordar su eficacia en síntomas depresivos atípicos, así como en el manejo de la ira, la hostilidad y la impulsividad, demostrando su beneficio en los estudios realizados al respecto. La tranilcipromina a dosis medias de 40 mg/día y la fenelzina logran controlar síntomas de impulsividad y autoagresiones en estudios longitudinales. ⁽⁴⁾

En resumen, entre los diferentes antidepresivos, los ISRS son de elección en el control de las alteraciones afectivas y las conductas impulsivas. Su eficacia en la impulsividad se puede observar antes que en la mejoría del cuadro afectivo, encontrándose ya desde la primera semana y siendo esta eficacia, independiente del estado depresivo o ansioso concomitante del paciente. La duración de dicho efecto depende de la exposición a acontecimientos estresantes vitales, al

tratamiento del rasgo y/o la adquisición de habilidades en psicoterapia. Por otro lado hay que recordar que la ineficacia de un ISRS no predice la ineficacia de otro ISRS. ⁽¹¹⁾ Finalmente, los datos disponibles sugieren que los inhibidores duales podrían ser eficaces, mientras que el uso de ADT es cuestionable y los IMAO presentarían mayor utilidad si hay comorbilidad con disforia histeroide o depresión atípica.

Eutimizantes y anticomiciales

El litio y los anticomiciales (topiramato, gabapentina, valproato, carbamazepina, oxcarbamazepina, lamotrigina) han demostrado mejorar los síntomas afectivos, de ansiedad, de impulsividad y conductas autodestructivas; además de que se ha probado su utilidad cuando los rasgos ciclotímicos son marcados. En la literatura existen numerosas referencias sobre el uso de estos fármacos en el TLP.

Distintos autores sugieren que el litio logra reducir los episodios de violencia y mejora la agresividad impulsiva, así como la disregulación afectiva consiguiendo con todo esto una conducta más reflexiva. No obstante, su perfil farmacológico impide que se considere un fármaco de primera elección dado el riesgo importante en caso de intoxicaciones medicamentosas o autolíticas tan habituales en este tipo de pacientes. Otra limitación es que se han reportado casos de exacerbación de la agresividad en pacientes que presentaban descontrol conductual asociado al uso concomitante de anticomiciales. ⁽¹²⁾

La carbamazepina se ha asociado a un descenso significativo del número de intentos autolíticos y de episodios de descontrol graves, con mejoría de la ansiedad, la ira y la euforia, consiguiendo que los pacientes con TLP tengan un

decremento significativo de la impulsividad y un comportamiento más reflexivo. Al igual que en el caso del litio, es un fármaco considerado de riesgo en caso de intoxicaciones por su perfil de efectos secundarios. Las dosis medias indicadas en los estudios revisados son de 600 a 1200 mg/día. Teniendo en cuenta la eficacia de la carbamazepina, la oxcarbazepina puede ser un fármaco prometedor con las ventajas de su beneficioso perfil de efectos secundarios respecto al primero. De hecho, en un estudio recientemente realizado ha demostrado mejorar la conducta impulsiva y la inestabilidad afectiva de la patología límite. Las dosis medias recomendadas se encuentran entre 900 y 2400 mg/día. ⁽¹²⁾

Otro anticomitial ampliamente estudiado es el ácido valproico, que también ha demostrado ser útil en este grupo de pacientes y se asocia a mejoría de cuadros de agitación y agresión, así como a una mejoría en la irritabilidad, la hiperreactividad, la ansiedad, la ira, la impulsividad y la hipersensibilidad al rechazo, consiguiendo una mejoría global en el paciente con TLP. En otro estudio, la utilización de ácido valproico se asocia con mejoría de la agresividad impulsiva y de la irritabilidad en pacientes que no habían respondido previamente a la fluoxetina. Sin embargo, no se demostró mejoría estadísticamente significativa en el componente depresivo. En general, el ácido valproico es un fármaco bien tolerado y efectivo en el tratamiento global de los síntomas nucleares del TLP, aunque un poco menor en relación a las alteraciones depresivas, como lo describió Hollander. La dosis media efectiva es de 1500 mg/día. ⁽¹³⁾

Por otro lado, la lamotrigina ha demostrado ser eficaz en la reducción y control de conductas impulsivas, agresividad y en el manejo de la ira. Se sugiere que su mecanismo de acción depende de sus efectos antiglutamatérgicos y neuroprotectores. Las dosis utilizadas oscilan de los 100 a los 200 mg/día. ⁽¹⁴⁾

La gabapentina ha sido menos estudiada y se ha sugerido que puede mejorar la irritabilidad y favorecer un comportamiento reflexivo.

Por último, el topiramato, un anticomicial muy estudiado últimamente, ha demostrado eficacia en todo el espectro de conductas impulsivas con una excelente tolerancia. En el TLP diversos estudios han demostrado su eficacia en el control de las conductas autolesivas y en la reducción de la ira con dosis medias de 150 a 250 mg/día. Asimismo, el efecto adicional sobre el apetito genera un beneficio adicional en estos pacientes; por ejemplo, en aquellos con bulimia nerviosa. En un estudio doble ciego controlado con placebo, el tratamiento con topiramato demostró una disminución significativa de la agresividad (hostilidad, estado frente a rasgo). ^(15, 16, 17)

En conclusión, los anticomiciales han demostrado una clara mejoría de los síntomas afectivos, ansiedad, impulsividad, conductas autodestructivas y capacidad reflexiva en estos pacientes. En general todos han resultado eficaces, si bien algunos como el topiramato, lamotrigina o la oxcarbazepina, por su adecuado perfil de tolerancia y acción de amplio espectro parecen ser de los más prometedores. ⁽¹⁸⁾ Conviene recalcar que la ineficacia con un estabilizador del estado de ánimo no predice la falta de eficacia con otro. Finalmente, el litio sería

considerado un fármaco de segunda línea debido a su riesgo letal en caso de sobreingesta.

Antipsicóticos

Los antipsicóticos son un grupo de fármacos ampliamente usados en el TLP a pesar de no tener una indicación claramente definida. En general se utilizan dosis menores que las utilizadas para los trastornos psicóticos, ya que se considera que dosis bajas son eficaces y con ello se evitan efectos secundarios a los que estos pacientes pueden ser muy sensibles. En el TLP, el tratamiento con antipsicóticos típicos consigue la reducción y el control de las alteraciones del afecto, de la impulsividad y de las conductas autolesivas, con disminución del índice de intentos suicidas. Sin embargo, con una elevada incidencia de efectos adversos. Actualmente su indicación se está limitando al manejo de crisis graves o síntomas severos.

La introducción de los antipsicóticos atípicos con un mejor perfil de efectos secundarios ha hecho que se prefiera la utilización de estos fármacos frente a los típicos y al igual que estos últimos, reducen las conductas autolesivas e impulsivas a dosis menores que las utilizadas en el caso de psicosis. Destacan las formas intramusculares para su utilización en urgencias en el tratamiento de crisis y las formas depot que mejoran la adherencia terapéutica y logran una estabilización global.

La olanzapina ha sido el fármaco más estudiado entre los antipsicóticos atípicos para el tratamiento del TLP. Existen cinco estudios doble ciego controlados con placebo y diversos estudios abiertos que han demostrado la eficacia de la

olanzapina en la reducción de las conductas impulsivas, de la agresividad, de las autoagresiones, del enojo, de la depresión, de la ansiedad fóbica, de la hostilidad y de la sensibilidad interpersonal con un buen perfil de tolerancia. En uno de los estudios realizados, la olanzapina obtiene mejores resultados que la fluoxetina en el control de la impulsividad en el TLP. Las dosis medias utilizadas se encuentran entre 5 y 10 mg/día. ⁽¹⁹⁾

Los datos obtenidos de estudios con risperidona sugieren que se consigue una reducción significativa de la agresividad y las autoagresiones a partir de dosis mínimas de 1.3 mg/día. Siendo especialmente beneficiosa la forma depot de este antipsicótico, que logra una estabilización global tanto afectiva como en áreas de agresividad e impulsividad, una mejor adherencia terapéutica y un decremento de las conductas impulsivas. ^(19, 20)

Estudios con clozapina a dosis medias de 250 a 450 mg/día indican una mejoría significativa de los síntomas depresivos, de la labilidad afectiva, de la agresividad y del funcionamiento psicosocial global.

Finalmente, Pérez-Sola reporta resultados positivos en un estudio abierto con ziprasidona intramuscular para el control de las alteraciones afectivas, sobre la ansiedad e impulsividad aguda en situaciones de urgencia con una dosis de 100 mg intramuscular. Por otra parte, la tolerancia por vía oral de este antipsicótico hace de esta vía de administración una buena opción para el manejo de la impulsividad. ⁽²¹⁾

Finalmente, aunque menos estudiados, la quetiapina y el aripiprazol también han logrado demostrar un control de las alteraciones afectivas, de la impulsividad y de

las conductas autolesivas en pacientes con TLP a dosis de 300 a 700 mg la primera y de 10 a 15 mg, el segundo. ^(22, 23)

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas han demostrado ser eficaces en el manejo de la disforia y en la reducción de la ansiedad, Se sugiere que su uso debe limitarse a situaciones de crisis y casos de elevada ansiedad y se recomienda el uso de benzodiazepinas de vida media corta sobre aquellas con vida media intermedia; sin embargo conllevan un importante riesgo de abuso e incluso efectos paradójicos de desinhibición conductual principalmente con el alprazolam. ^(18, 24)

Ácidos grasos omega 3

El tratamiento con ácidos grasos omega 3 es una terapia novedosa que parece ser beneficiosa en el TLP. Se basa en que la administración de ácido eicosapentaenoico (EPA), componente estructural de las membranas neuronales y de ácido docosahexaenoico (DHA), que interviene en la actividad neuronal, mejorarían el funcionamiento cerebral. De modo que los últimos estudios avalan que 1 g/día de EPA disminuiría la agresividad, así como la gravedad de los síntomas depresivos. En muchas unidades especializadas en TLP se administran dietas enriquecidas con ácidos grasos omega 3 con buenos resultados. ^(18, 24, 25)

En resumen, el trastorno límite de la personalidad es un trastorno con importantes repercusiones clínicas y sociales y del que hasta el momento se ha realizado un abordaje principalmente psicoterapéutico. En los últimos años el análisis sindrómico del trastorno ha posibilitado identificar diferentes síntomas susceptibles de ser tratados psicofarmacológicamente. Así, la compleja clínica

del trastorno límite de la personalidad se podría englobar en cuatro dimensiones básicas: impulsivo-agresiva, inestabilidad afectiva, cognitivo-perceptiva y ansiedad-inhibición. Tanto los antidepresivos como los eutimizantes, los antipsicóticos, los ansiolíticos y, más recientemente, los ácidos grasos omega 3 han demostrado eficacia en el tratamiento de las dimensiones sintomáticas de este cuadro. ^(18, 25)

Tratamiento psicoterapéutico del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Actualmente existen tres principales abordajes psicoterapéuticos para el manejo del TLP: (1) el psicodinámico, (2) el cognitivo-conductual y (3) el de apoyo o soporte. Y existen variedades especiales de cada uno de estos; por ejemplo, la psicoterapia enfocada en la transferencia (psicodinámica) o la terapia dialéctico conductual (cognitivo conductual o TCC). Aunque existen diferencias en los conceptos básicos y en la metodología, todas estas aproximaciones terapéuticas permiten disminuir tanto los síntomas que dominan el escenario clínico visto desde el exterior, como las dificultades de personalidad que aparentemente permanecer después de que los síntomas son aliviados. ⁽²⁶⁾

El término “manejo” implica enfocarse en los aspectos más serios del cuadro clínico borderline; estos aspectos pueden ordenarse jerárquicamente en niveles de severidad y existe un consenso universal acerca de la naturaleza de esta jerarquización. Los terapeutas pueden poner primeramente atención en las conductas suicidas y de automutilación. Después, uno debe llegar a un acuerdo con respecto de que las amenazas de suicidas interrumpen prematuramente la

terapia. En tercer lugar de severidad se encuentran los síntomas que no están directamente relacionados con suicidio, tales como depresión (leve o moderada), abuso de sustancias, pánico u otras manifestaciones de ansiedad o disociación.

El tratamiento psicofarmacológico es usado frecuentemente y en forma conjunta a la terapia para ayudar a controlar cualquiera de los síntomas blanco o diana del TLP, los cuales usualmente se colocan en las dimensiones ya comentadas: cognitivo-perceptuales, disregulación afectiva, impulsividad-descontrol conductual y ansiedad-inhibición. ^(1, 26) Los terapeutas deben estar alerta de cualquier signo de deshonestidad y tendencias antisociales ya que son factores adversos en el pronóstico. Cuando estas influencias disruptivas están presentes, el terapeuta debe intentar negociar mediante los síntomas leves como son la ansiedad social o la labilidad emocional. Durante el proceso inicial, los atributos del trastorno pueden volverse más aparentes y, usualmente hay que negociar con ellos. Los factores del manejo pueden ser gradualmente suplantados con la modificación de ciertas características de personalidad: enojo inapropiado, actitud demandante y manipuladora, torpeza social, envidia y celos, pensamiento “del todo y nada” y actitudes extremas como la idealización/devaluación que acompañan a este tipo de pensamiento, rasgos masoquistas, etc. Bajo circunstancias ideales, el paciente borderline puede llegar a tener un alto nivel de funcionalidad, y durante el manejo agudo es posible llegar a tratos adecuados para poder continuar con la terapia. ⁽²⁶⁾

La psicoterapia, individual y de grupo, se vuelve la intervención dominante y los objetivos son la integración psíquica, el aprendizaje de estrategias y la

elaboración de ambiciones relacionadas con las relaciones de amistad, la búsqueda de pareja y empleo.

Dentro del campo de los trastornos de la personalidad, el TLP ha recibido gran atención; la literatura dedicada a él es mayor que la dedicada a cualquier otro de los trastornos de la personalidad reconocidos actualmente. Esta atención y la vasta literatura han dificultado su abordaje diagnóstico y terapéutico, principalmente el sobrediagnóstico; ya que se estima que existen otros trastornos de la personalidad más frecuentes tales como el tipo antisocial, el histriónico, el obsesivo-compulsivo y el evitativo. Parte de la dificultad en el tratamiento del TLP radica en la complejidad de esta condición psicopatológica que se acompaña de toda una variabilidad de síntomas y, que no pocas veces, son compartidos por diversos trastornos del Eje I según el DSM-IV. Entre las últimas manifestaciones, algunos se consideran equivalentes a síntomas: particularmente los actos de autolesión (tales como cortarse las muñecas) y los gestos suicidas (o intentos como tal), los cuales frecuentemente acompañan al TLP. Obviamente, estas conductas autolesivas no sólo requieren atención inmediata, además es necesario un manejo hábil, considerando que estas conductas pueden llegar a ser egosintónicas en los pacientes borderline, al inicio del trastorno y en cualquier momento de su evolución y no es fácil persuadirlos de tener conductas disruptivas y dolorosas, como puede suceder en personas ordinarias. ⁽²⁶⁾

Los trastornos del Eje I se presentan con regularidad en los pacientes con TLP, algunos de los más comunes incluyen episodios depresivos graves, trastorno bipolar tipo II, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia), pánico y

otros trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y otras sustancias y trastornos disociativos. En ciertos subgrupos de pacientes con TLP es común en trastorno por estrés postraumático (TEPT), el subgrupo con mayor posibilidad de experimentar TEPT de forma concomitante incluye a aquellos pacientes con TLP quienes han sido víctimas de incesto por algún miembro de la familia; especialmente antes de los 10 años de edad. Las mujeres tienden a experimentar estos estresores con mayor frecuencia que los hombres, aunque hay que considerar que también las mujeres predominan en la población de pacientes borderline. El papel de los trastorno del estado de ánimo en el TLP, se había mantenido en debate hasta que el TLP ganó un estatus oficial como un diagnóstico psiquiátrico en 1980 (DSM-III). Akiskal y Stone se encuentran en la postura de que una proporción significativa de pacientes con TLP desarrollan sus trastorno de personalidad como la expresión o la ramificación de un trastorno depresivo subyacente, con frecuencia un trastorno depresivo recidivante o un trastorno bipolar tipo II. El diagnóstico de TLP puede llegar a manifestarse en la adolescencia tardía o en los inicios de la 3ª década, antes de que el trastorno bipolar llegue a su expresión clínica completa. Esta evolución puede ser más común en ciertas muestras de pacientes con TLP y menos evidente en otras. En contraste, otros autores, no encuentran evidencia convincente para la equivalencia del TLP y cualquier trastorno del estado de ánimo. Existe la evidencia de que los pacientes con TLP experimentan episodios depresivos graves en algún punto del curso de su vida y que la tasa de suicidio de largo plazo (10 a 30 años) en estudios de seguimiento va del 3% al 10%. Stanley y

Brodsky establecen un punto importante: las conductas suicidas en el TLP no siempre son una expresión de un trastorno del estado de ánimo, aunque la coexistencia de TLP y depresión mayor aumenta el riesgo para presentar formas más serias (incluyendo formas fatales) de conductas suicidas. Las heridas cortantes en muñecas y otras formas de automutilación, comunes en el TLP; así como las formas menores como gestos suicidas no letales son frecuentemente realizados bajo una insostenible tensión interpersonal y suelen seguir aunque la persona se sienta mejor. Esta secuencia de eventos, la cual es descrita por la mayoría de los clínicos como paradójica, influye en el manejo del TLP; por ejemplo, es deseable no hospitalizar a aquellos pacientes que presentan automutilaciones como una forma de aliviar la tensión, mientras que aquellos quienes tienen conductas suicidas debido a sentimientos crónicos de vacío y desesperanza habitualmente requieren la atención intrahospitalaria. ^(26, 27)

El manejo apropiado de los pacientes con TLP además requiere tomar en consideración la totalidad de la personalidad. Es raro que los clínicos encuentren algún paciente que solamente sea diagnosticado con TLP de forma categórica de trastorno de la personalidad. Como lo demostraron Oldham y colaboradores, el despliegue de rasgos manifestados por los pacientes borderline puede incluir algunos criterios categóricos basados en otros trastornos de la personalidad como lo son frecuentemente uno o dos tipos adicionales, algunas veces tres o más. Más comúnmente, acompañan a los tipos de personalidad dramática o cluster B: histriónico, narcisista o antisocial. Los rasgos depresivos y masoquistas que no se encuentran reconocidos en el DSM, pero que han sido bien descritos

en la literatura psicoanalítica, son frecuentemente encontrados en los pacientes con TLP, así como las personalidades evitativa y, con menor frecuencia, esquizotípica. La psicoterapia debe ser conducida a la medida de cada paciente borderline, estimada en términos dimensionales (por ejemplo, qué tanto de cada categoría de personalidad es discernible en cada caso y que tan intensamente se presenta). Se puede ser flexible y realizar ciertas combinaciones que han demostrado ser fáciles y dan mayor recompensa al tratamiento del paciente otorgando mayores resultados a largo plazo; mientras que otras combinaciones tienen menor probabilidad de éxito. Por ejemplo, un paciente con TLP y rasgos depresivo-masoquistas, generalmente se favorecen más de la terapia en grupo (los pacientes tienden a ser más introspectivos y motivados); aquellos pacientes borderline con características narcisistas tienen un pronóstico intermedio, los pacientes con TLP y características antisociales usualmente tienen muchas dificultades en el trabajo terapéutico y el pronóstico suele ser sombrío ya que son pacientes que mienten y son deshonestos obstaculizando el tratamiento mediante conductas diseñadas para evadir o menospreciar en lugar de cooperar con el terapeuta. Otras personalidades que suelen tener mal pronóstico son la hipomaniaca y la paranoide, entre los pacientes borderline con marcada comorbilidad paranoide y que exhiben celos patológicos, también aquellos que viven al borde de los delirios y que no pueden ser razonables sobre la desconfianza manifestada. Uno de los puntos a tratar en la psicoterapia, sería analizar donde reside dicha desconfianza, qué genera inseguridad y duda en sí mismo, expresándolo en celos; sin embargo, esta tarea no es sencilla dada la

tendencia que tienen los pacientes con TLP a externalizar la desconfianza en forma de celos y a la resistencia que manifiestan para buscar en sí mismos. Algunas guías útiles fueron elaboradas por White y Mullen. ^(26, 27)

Terapia a corto plazo vs largo plazo. La mayoría de los reportes recientes relacionados con pacientes con TLP, se han centrado en las autolesiones y conductas parasuicidas. Linehan y colaboradores demuestran; por ejemplo, que los pacientes borderline tratados con terapia dialéctico conductual demostraron menor probabilidad de cometer dichos actos al final de un año de terapia, comparado con pacientes a los que se ofreció el tratamiento habitual. Esta última incluye menos horas de terapia por semana que la terapia dialéctico conductual, situación que puede influir en los resultados ya que es difícil conocer cuanto más mejoran los pacientes relacionado con el método per se comparado con pasar mayores tiempos con ellos. Algunos tipos de terapia como la enfocada a la transferencia y la terapia cognitivo conductual basada en manuales, sugieren que una terapia intensiva bien planeada puede alcanzar resultados exitosos en aspectos sintomáticos específicos del TLP, tales como las conductas autolesivas, dentro del primer año de terapia. La terapia con pacientes borderline suele requerir tiempos más prolongados, ya que el objetivo no es únicamente reducir las autolesiones sino también disminuir otros síntomas problemáticos como lo son la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de ansiedad y los trastornos disociativos; además de que la mejora en las habilidades del paciente (trabajo, amistades, pareja, familia) es una forma de medir el éxito de la terapia. Estas metas se consiguen pocas veces tras cinco o

diez años de terapia y se requieren estudios de seguimiento a mayor plazo (10 o más años) para poder evaluar de forma adecuada los resultados de la psicoterapia.⁽²⁶⁾

Existe un estudio en el que se evaluó a 106 pacientes con TLP sometidos al tratamiento habitual o a terapia cognitivo conductual (TCC) más el tratamiento habitual. En el 96% de los casos se obtuvieron resultados a dos años de terapia y en el caso de la TCC, se ofreció un promedio de 27 sesiones en 12 meses. Se midieron los odds ratio correspondientes a intentos suicidas, hospitalización y contactos con sala de urgencias, observando una reducción a dos años en el número de intentos suicidas en los pacientes sometidos a TCC además del tratamiento habitual comparado con aquellos que sólo recibieron el tratamiento habitual. También mejoraron otros aspectos como el estado de ansiedad y la percepción de disfuncionalidad. De esta forma, se ha considerado que la TCC ofrece importantes cambios en relativamente pocas sesiones en un escenario clínico real.⁽²⁷⁾

Como ya se mencionó previamente, aunque muchos de los pacientes con TLP son hospitalizados, la literatura sugiere que la hospitalización sólo tiene un papel limitado en el tratamiento de estos pacientes. La hospitalización frecuentemente induce conductas regresivas que pueden incrementar las respuestas institucionales restrictivas. Dawson sugiere que dejar la decisión de hospitalización completamente en manos del paciente puede promover fuentes de conflicto; por lo que, desarrolló un modelo práctico de terapia (manejo de las

relaciones interpersonales) basado en la premisa de que los individuos con TLP son responsable y completamente adultos. Con esta terapia los pacientes eligen su propio tratamiento, limitado únicamente por la disponibilidad de recursos y por los estándares profesionales de la práctica de la psicoterapia. Este tipo de terapia no resuelve los conflictos intrapsíquicos centrales de estos pacientes; pero sí facilita la estabilización de la conducta después de cualquier otro acercamiento como la terapia dialéctico conductual. Los principios de esta terapia pueden ser aplicados por un terapeuta individual o por un equipo multidisciplinario. Un aspecto fundamental de este tipo de terapia es que si un paciente requiere hospitalización, será admitido exclusivamente si hay disponibilidad de camas y la hospitalización siempre es voluntaria. Sólo existe evidencia empírica que apoya la eficacia de esta terapia en un estudio aleatorizado y controlado que compara un grupo de pacientes con terapia relacional y psicoterapia individual estándar. El estudio no encontró diferencias en disfunción conductual, ajuste social o niveles de síntomas entre los dos grupos. Otro punto importante de este tipo de terapia que dificulta su práctica, es el aspecto objetivo y la potencial vulnerabilidad para malas prácticas que conduzcan a problemas legales. Se implementó por primera vez este tipo de terapia en medio hospitalario teniendo resultados prometedores pero no necesariamente causales y, obviamente se requieren futuros estudios para poder establecer la eficacia de la terapia de manejo de las relaciones interpersonales como una estrategia efectiva para las personas con TLP. ⁽²⁸⁾

Un estudio piloto realizado por Hoch y colaboradores, se evaluó a 27 pacientes de forma consecutiva, incluido en un programa intrahospitalario de terapia de

manejo de relaciones interpersonales de 1998 a 2000. Se encontró reducción significativa en la necesidad de restricción y aislamiento, observación constante por el personal de enfermería, autolesiones e intentos suicidas y días de estancia hospitalaria. Esta mejoría también se refleja en los costos económicos y administrativos hospitalarios. ⁽²⁸⁾

Calidad de vida

Para lograr un consenso del concepto de calidad de vida, la OMS la definió como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Se trata, como observamos, de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales e interpersonales, así como su relación con su entorno. ^(29, 30)

El concepto general de calidad de vida se define tanto en función de indicadores objetivos como son el acceso que tiene la persona a satisfactores materiales como son la alimentación, la salud, la vivienda, el acceso a agua potable, el disfrute de energía eléctrica, la posesión de bienes y los artículos de confort. Así como de indicadores subjetivos como son el grado de satisfacción con respecto a las relaciones interpersonales, el apoyo percibido, el sentido de pertenencia a una comunidad o grupo social y las habilidades funcionales. ⁽³¹⁾ Borthwick-Duffy ⁽³²⁾ y, posteriormente, Felce y Perry ⁽³³⁾ hablan sobre la calidad de vida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Con todo lo anterior la calidad de vida puede ser conceptualizada dentro de los modelos de atención sanitaria como un conjunto de comportamientos y actitudes individuales que mantienen a la persona sana y libre de un deterioro físico y mental ante una enfermedad, en general como una medida de bienestar tanto a nivel macroeconómico como individual.⁽³⁴⁾

Con ello, se quiere dejar claro que la calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico ya que implica valores y actitudes mentales, agregando a lo anterior las dificultades per se de los individuos con enfermedad mental con variables adicionales a considerar por lo que este concepto se torna más complejo ya que no sólo incluye los aspectos comentados sino también los relacionados a la propia salud mental y bienestar del sujeto, incluyendo dentro de este rubro múltiples indicadores como son la nutrición, la salud física y mental, la educación, los derechos humanos, la seguridad social, la vivienda y la seguridad laboral, las limitaciones en roles y el grado de soporte familiar como lo demuestran algunos estudios recientes.⁽³³⁻³⁵⁾

Desde mediados del siglo pasado comenzó a existir preocupación por medir el nivel de bienestar de la población, intentándose inicialmente mediante las ciencias sociales empleando indicadores sociales; sin embargo, con el correr de los años se han introducido valoraciones tanto de factores objetivos como subjetivos en modalidades multidimensionales para realizar mejores mediciones.

^(33, 36) Existen múltiples abordajes de la calidad de vida usados en cada rubro de interés humano, desde los puntos de vista económico y político usándose como

indicadores del bienestar de una población a través de aspectos como el ingreso per capita, el acceso a bienes y servicios.

En el área psicológica la calidad de vida se puede medir valorando el nivel de percepción de satisfacción del sujeto en relación a aspectos de su vida cotidiana; en el área sanitaria, la finalidad puede ser evaluar la eficacia de las intervenciones considerando la agresividad de cada padecimiento y tratamiento utilizado. El interés actual en la calidad de la medición de la vida se debe a la vez a una preocupación por la calidad del proceso de atención de la salud con el objetivo, por ejemplo, de establecer y respetar ciertas normas y el deseo de controlar cada vez más de cerca los resultados de la atención médica y la intervención. ^(35, 36)

En la valoración de la calidad de vida se busca obtener mediciones objetivas de las dimensiones ya descritas, así como la percepción subjetiva de cada persona argumentando como mejor fuente de información sobre la calidad de vida al propio individuo, pues él determina que aspectos de dicho constructo le son más importantes tanto en relación al bienestar percibido antes y después de la intervención médica y/o psicológica, la satisfacción vital y la percepción de la funcionalidad en relación a sus actividades cotidianas. Esto se torna particularmente relevante en la situación de la pérdida de salud, ya que se ha demostrado que la evaluación exclusiva del médico tratante tiende a relacionarse poco con lo que percibe el paciente y por tanto subestimar el malestar del segundo. ^(34, 37-39) Existe adecuada evidencia de que el juicio de una persona sobre el estado de su salud tiene un alto valor predictivo para el resultado en

cuestión de la salud misma. Por ejemplo, durante un período de 5 años, un estudio mostró un aumento sustancial de la mortalidad para las personas que perciben su estado de salud como mala, incluso controlando su enfermedad y haciendo uso de los servicios médicos y de salud.

Clínicos e investigadores de los servicios de salud han reconocido que los cambios en la calidad de vida del paciente se encuentran entre los principales determinantes de la demanda de atención, el cumplimiento de régimen de tratamiento y la satisfacción con la atención recibida. Los investigadores ahora están dispuestos a tomar este parámetro en cuenta en la evaluación de la asistencia sanitaria. Este esfuerzo implica la elaboración de cuestionarios estandarizados que permitan la obtención de resultados que sean fiables, válidos y sensibles a los cambios. Sin embargo, a pesar del acuerdo general de que ahora las evaluaciones de resultados deben incluir las percepciones de los pacientes, está lejos de ser cierto que la perspectiva del paciente efectivamente pueda ser tomado en cuenta. La razón principal es que una base conceptual clara para las medidas de calidad de vida es deficiente y los pocos intentos de desarrollar modelos o definiciones operacionales de la calidad de vida han sido lamentablemente inadecuados. Una sugerencia podría ser que el término de "calidad de vida" se sustituyera por una noción más fácil de manejar como el de "estado de salud subjetiva". ^(32, 34, 35)

Una dificultad frecuente en la evaluación de la calidad de vida es la distorsión en relación a la cuantificación del nivel de bienestar, felicidad y satisfacción con la

vida por variaciones en el afecto llamando a esta distorsión falacia afectiva que produce alteraciones en los datos al momento de su interpretación.⁽⁴⁰⁾

La percepción de la enfermedad es la representación cognitiva de las creencias que los pacientes tienen sobre su enfermedad. Estas percepciones son importantes determinantes de la conducta y se han asociado con la adherencia terapéutica y la recuperación de la funcionalidad. La percepción de la enfermedad por lo general contiene un componente de identidad, que incluye el nombre de la enfermedad y la gama de síntomas que el paciente cree están asociados a ésta, también contiene las creencias sobre la causa y cuánto tiempo va a durar.⁽⁴¹⁾ Por otra parte, los componentes de la percepción incluyen las creencias sobre las consecuencias tanto para el paciente y su familia, así como la medida en que la enfermedad es manejada por el personal médico a su cuidado. Hay dos aspectos importantes a tener en cuenta: en primer lugar, las creencias de los pacientes sobre su condición con frecuencia varían de aquellos que están a su cuidado y tratamiento. De hecho, el personal médico por lo general desconoce las ideas de los pacientes acerca de su enfermedad. En segundo lugar, las percepciones de los pacientes varían ampliamente, incluso pacientes con la misma condición médica puede tener opiniones muy distintas de su enfermedad.⁽⁴⁰⁾

Las investigaciones sobre el papel que juegan las percepciones de la enfermedad han crecido rápidamente en los últimos años. Esto fue impulsado inicialmente por el desarrollo de escalas para tratar de medir de manera confiable las creencias de los pacientes, tales como el Cuestionario de

Percepción de la Enfermedad (IPQ) y, posteriormente, por las fuertes asociaciones de las percepciones de los pacientes sobre su enfermedad y los resultados conductuales. ⁽⁴¹⁾

Keith J. Petrie y colaboradores, revisan las publicaciones recientes que examinan la evolución de la evaluación de la percepción de la enfermedad, así como el papel de la percepción de la enfermedad en atención primaria y en pacientes con enfermedades crónicas. ⁽⁴²⁾

La evaluación de la percepción de la enfermedad fue obtenida inicialmente a través del uso de entrevistas semi-estructuradas con los pacientes. Este método, sin embargo, produce patrones muy variables en términos de la cantidad y calidad de las respuestas y carecía de validez psicométrica; debido a esto, se amplió la versión de esta escala (IPQ-R), añadiendo más elementos y subescalas, incluida una evaluación de las percepciones de los pacientes de cómo ellos entienden su enfermedad y la respuesta emocional a ésta. Al ser larga y en varias ocasiones dificultarse su aplicación, se decidió realizar una versión más corta. Esta escala de nueve ítems, es fiable y la mayoría de los pacientes la pueden completar en pocos minutos. Otro procedimiento de evaluación de los últimos años es el uso de dibujos de pacientes. Hasta ahora se han empleado en aquellos pacientes que cuentan con conciencia de enfermedad. Es probable que en un futuro este método sea útil para evaluar el desarrollo de la enfermedad de los pacientes. ⁽⁴²⁾

En la actualidad existe una necesidad para desarrollar intervenciones eficaces con el propósito de ayudar a los pacientes a cambiar las percepciones

disfuncionales que tienen sobre su enfermedad y por lo tanto mejorar los resultados de la atención de ésta. Los estudios de percepción sobre la mayoría de enfermedades se han diseñado para demostrar las asociaciones que existen entre la enfermedad y los resultados conductuales y emocionales de ésta. Actualmente, los estudios en esta área aún están limitados, pero se tiene reporte de un estudio diseñado para cambiar las percepciones de pacientes tras un infarto de miocardio, el cual tuvo éxito al reducir la discapacidad y acelerar la recuperación funcional. Por lo tanto, la percepción sobre la enfermedad que tienen los pacientes ha demostrado tener importantes asociaciones con los resultados en una amplia gama de enfermedades agudas y crónicas, teniendo como nuevas áreas de investigación, las percepciones sobre los tratamientos y las pruebas genéticas. También se está trabajando en el área de las enfermedades mentales. ⁽⁴³⁾

En estudios anteriores se halló que la satisfacción de los pacientes no depende del entorno de atención y, además, que los factores predictivos de la calidad de vida subjetiva eran el funcionamiento psicosocial, los síntomas psiquiátricos y la autoestima. Según refieren los autores, el estado funcional de los pacientes es el que determina el nivel de calidad de vida evaluada por el observador. A mayor nivel en la EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global), el paciente podrá tener mejores condiciones de vida. Al analizar el punto de vista de los participantes, la relación entre el funcionamiento y la calidad de vida no fue significativa. Por último, se evaluaron los aspectos que mejorarían la calidad de vida de los pacientes y como resultado se hallaron los siguientes factores: dinero,

salud, hogar y pareja. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes según el lugar de residencia, el género, la edad o el diagnóstico. Desde el punto de vista del entrevistador, pueden definirse dos variables que afectan la calidad de vida: el estado funcional y el lugar de residencia. No obstante, este último influye sobre el estado funcional y la dependencia institucional cobra importancia al respecto. En cambio, la satisfacción del paciente sobre su propio estado no se relacionó con ninguna variable excepto el estado funcional. Es decir, los pacientes consideran que tienen una calidad de vida adecuada a pesar del lugar de residencia. Se plantea entonces la necesidad de elección de la valoración objetiva o subjetiva de la calidad de vida. Los autores proponen que ambos criterios no son mutuamente excluyentes sino complementarios: mientras la valoración subjetiva permite conocer la percepción y satisfacción del paciente respecto de su vida, el punto de vista objetivo de un entrevistador apunta a las facultades que debería tener el paciente para crecer en la sociedad. ^(42, 43, 44)

Es necesario que cada paciente pueda adquirir el estado funcional que le permita su enfermedad y progresar en ese sentido. De este modo se limitará el deterioro de la calidad de vida. ⁽⁴³⁾

A pesar de que no es un tema que se haya investigado tan ampliamente, existen estudios que abordan temas sobre la calidad de vida, como el que nos expone Hee Noh, en el 2004. ⁽⁴⁴⁾ En éste se explica cómo Parse desarrolló un método que ha mostrado ser efectivo en comunidades de Norteamérica, por medio del cual intenta explorar el significado de la calidad de vida en un grupo de personas

con enfermedad mental. Éste proyecto se utilizó como guía durante el proceso de un grupo que asistía a un centro comunitario, conformado por 8 hombres que se reunían cada semana con una enfermera psiquiátrica durante un periodo de poco más de 10 semanas. Existió un compromiso por parte del personal de enfermería quienes documentaron diversas vivencias del grupo: las expresiones sobre la vida y el significado de ésta, acompañada de sus luchas, alegrías, sufrimientos y esperanzas. ⁽⁴³⁾

La calidad de vida, según Parse (1994), es “la encarnación de las experiencias vividas”. El termino calidad de vida es de interés para los profesionales de la salud, porque el servicio y la atención que éstos ofrecen se basan en el contexto y de acuerdo a las prioridades de los individuos y las familias. El punto de vista de las personas, especialmente los que viven con el diagnóstico de alguna enfermedad mental, aún no ha sido suficientemente explorado y descrito en la literatura. Fisher y Mitchell (1998) presentaron puntos de vista sobre la calidad de vida para las personas admitidas en Cuidados Intensivos de los servicios psiquiátricos. Estos autores presentaron temas que sugieren que en la calidad incluyen sentimientos de pérdida, cambio de prioridades y las luchas dentro de las relaciones interpersonales, incluyendo las relaciones con los profesionales de la salud que fueron vistos como demasiado ocupados para preocuparse por hablar con ellos; observaron que la experiencia de los pacientes, al llegar a interrumpir labores diarias, en el trabajo o escuela, debido a la gravedad y persistencia de enfermedades mentales, son cambios que no han sido

suficientemente explicados, sobre todo desde la perspectiva de las personas que lo viven. ^(43, 44, 45)

Las personas en el grupo expresaron el significado y la calidad de sus vidas a través de conversaciones, escritos, imágenes y música. La enfermera que estuvo a cargo de cada una de las sesiones, les invitó a expresar lo que era la vida y hablar a cerca de sus sueños y esperanzas. Ésta realmente se comprometió con los miembros del grupo y mostró un interés genuino en la forma en que los participantes recordaron sus experiencias y cómo se sentían acerca de las posibilidades para el futuro. ^(43, 45, 46) Se les invitó a un diálogo abierto y a la expresión de su experiencia de vida a través de las palabras, el lenguaje simbólico, el arte y la imaginación. Hablaron sobre el significado, el cambio, el sufrimiento y la esperanza. Los individuos describieron lo que querían cambiar en sus vidas, pensaban sobre su pasado y sobre su futuro, recordando la gente y los lugares más importantes para ellos. Alegría, tristeza, arrepentimiento, duda, ira y frustración se expresaron en todos los debates del grupo. Se optó por formas diferentes de expresar dichas experiencias, algunos escribieron poemas, otros seleccionaron música que fuera significativa, algunos más eligieron metáforas que mejor representaran sus vivencias. Durante las diez semanas, la enfermera identificó las ideas y los patrones de repetición sobre la calidad de vida para este grupo de hombres. Los mensajes de repetición que se identificaron fueron los siguientes: el deseo de trabajar para conseguir dinero para vivir, el desear una vida cotidiana al tiempo que se preocupaba por situaciones habituales como el matrimonio y los niños, deseo de contribuir a la comunidad, persuadirse de

soportar el sufrimiento presente, sentirse frustrado con sueños no realizados, el deseo de ser común, pero soñando con ir más allá de lo ordinario a lo extraordinario, extrañar el momento en que fueron reconocidos como significativos debido a una enfermedad, pero no querían ser vistos como enfermos mentales. A partir de la repetición de ideas expresadas por los hombres del grupo se crearon tres temas que describen calidad de vida de estos individuos: (1) la vivencia con pesar al mismo tiempo que surgen nuevas posibilidades, (2) seguir adelante permaneciendo con el miedo y la confianza y (3) el cambio mientras que al mismo tiempo se mantiene igual.⁽⁴³⁾

Para concluir, esta experiencia práctica con un grupo de hombres que viven con enfermedades mentales ha cambiado la comprensión de calidad de vida. A través del proceso del grupo dirigido por la teoría de la evolución humana, los hombres se encontraron fuera de sí mismos y expresaron nuevas ideas acerca de lo que valoran más y lo que puede hacerlos felices. Los miembros del grupo relacionados entre sí de maneras nuevas, hablaron de cómo se vieron a sí mismos como diferentes y; sin embargo, similar a sus amigos y conocidos. Varios expresaron sorpresa al darse cuenta que pueden ser felices a pesar de sus temores y sus luchas. Uno o más de los hombres hablaron de darse cuenta de que las personas deben entender y resolver problemas por sí mismos. Varias personas dijeron que se sentían frescos y renovados con respecto al significado de calidad de vida, ya que pueden hablar acerca de sus pensamientos y escuchar los pensamientos de los demás. Expresaron simpatía entre sí y

comentaron que esto podría ser bueno para compartir los sentimientos que genera estar enfermo y solo. ^(42, 43)

No se cuenta con datos respecto a estudios precedentes de calidad de vida más que en algunas patologías específicas (depresión, esquizofrenia, retraso mental) y dichos datos se encuentran inmersos en la evaluación de los complejos sintomáticos de los trastornos de personalidad. En los estudios previos existentes hay una relación entre la sintomatología y la calidad de vida como un indicador secundario no claramente cuantificado, a través del cual se infiere en la evolución de dicho rubro al mejorar los síntomas de las dimensiones alteradas ya comentadas; sin embargo, no existen estudios específicos a este respecto. ⁽⁴⁶⁾

METODO

Planteamiento del problema

En la atención psiquiátrica existen diversos abordajes para el manejo de la sintomatología de los trastornos de personalidad. Se ha postulado que el uso de fármacos y psicoterapia provee mejoras sustanciales en las dimensiones afectadas dentro de los trastornos de personalidad. En estudios previos se ha evaluado la mejora clínica en las diversas áreas psicopatológicas afectadas dentro de los trastornos de personalidad, siendo el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad uno de los más ampliamente estudiados. En las últimas revisiones de manejos farmacológicos se ha determinado la utilidad de medicaciones como los moduladores del afecto y los antipsicóticos dosis bajas para el manejo de los pacientes con TLP, incluso en algunos estudios como manejo de primera elección sobre los ISRS, brindando manejo con estos últimos solo en caso de comorbilidad con trastornos depresivos mayores u otras condiciones susceptibles de manejo con dichos fármacos.

La evaluación de la calidad de vida es de gran importancia en los estudios de trastornos de la personalidad, ya que la calidad de vida está íntimamente relacionada con el apego terapéutico y la respuesta al tratamiento en esta población de pacientes.

Justificación

Actualmente en nuestro país no se cuenta con estudios que evalúen específicamente los factores de calidad de vida por medio tanto de indicadores

objetivos (bienes y servicios) así como subjetivos (grado de satisfacción de relaciones interpersonales, apoyo percibido, pertenencia a un grupo y habilidades funcionales) en el trastorno límite de la personalidad.

El presente estudio pretende realizar una investigación observacional que compare los diversos manejos otorgados por médicos psiquiatras en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y su efecto sobre la calidad de vida y sintomatología en los pacientes con trastorno límite de la personalidad. De esta forma, se puede aportar información sobre el tema en la población mexicana de pacientes con TLP, además de relacionar la mejora sintomática con la calidad de vida de forma objetiva.

Pregunta de investigación

¿Tiene el tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico impacto en la sintomatología y la calidad de vida en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad?

Hipótesis

Existe una reducción de la sintomatología en las áreas afectadas (abandono, relaciones inestables, identidad, impulsividad, suicidio, inestabilidad afectiva, vacío, ira, ideación paranoide y evaluación global) y una mejora en la calidad de vida de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, después del tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico a 12 semanas.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el impacto del tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico en la sintomatología y calidad de vida en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, a las 12 semanas de inicio del tratamiento.

Objetivos específicos

1. Determinar la calidad de vida de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
2. Determinar la calidad de vida de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad posterior al tratamiento psicológico.
3. Determinar la calidad de vida de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad posterior al tratamiento farmacológico.
4. Comparar las características de la calidad de vida en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que recibieron tratamiento farmacológico y que recibieron tratamiento psicológico.
5. Describir las características sintomáticas de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad antes del tratamiento.
6. Describir las características sintomáticas de los pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad después de 12 semanas de tratamiento psicológico y farmacológico.

7. Comparar las características de los síntomas de los pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad después de 12 semanas de tratamiento psicológico y farmacológico.
8. Evaluar el impacto de los síntomas en la calidad de vida de los pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad antes del tratamiento.
9. Evaluar el impacto de los síntomas en la calidad de vida de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad después del tratamiento psicológico y farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Diseño cuasiexperimental pretest-postest.

Población en estudio y tamaño de la muestra

Se estudió la población de pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad y que reciban tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en el período de octubre de 2010 a enero de 2011. La muestra se eligió de forma no probabilística, intencional por cuota y estuvo conformada por 54 pacientes de ambos géneros y con una edad mayor de 18 años.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

1. Pacientes de ambos géneros.

2. Edad mayor de 18 años.
3. Que acudan a diagnóstico y tratamiento en el HPFBA durante el periodo de octubre de 2010 a enero de 2011.
4. Se incluirán en el estudio pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de acuerdo a SCID II
5. Pacientes que firmen el consentimiento informado y acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con comorbilidad médica en descontrol
2. Pacientes con incapacidad cognitiva para responder las escalas.
3. Pacientes con agitación psicomotriz o síntomas psicóticos.
4. Pacientes con comorbilidad psiquiátrica del eje I.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que abandonen el tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico durante el tiempo del estudio.
2. Pacientes que retiren su consentimiento durante la realización del estudio.

Variables

En la siguiente tabla se resumen las características de las variables evaluadas en este estudio (Tabla 2).

Tabla 2. Variables evaluadas.

	Definición nominal	Instrumento de medición	Tipo de variable
<i>Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</i>	Patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos, que causa un malestar significativo y genera desadaptación social, ocupacional y funcional general.	Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCIID-II) (Anexo 2)	Cualitativa Dicotómica
<i>Calidad de vida</i>	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Influida de modo complejo por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con su entorno.	InCaViSa (Anexo 4)	Cualitativa ordinal (Nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre, siempre)
<i>Edad cronológica</i>	Período de tiempo trascurrido desde el nacimiento expresada en horas, días, meses o años.	Expediente clínico o historia clínica	Cuantitativa discontinua (Años cumplidos)
<i>Sexo</i>	Conjunto de características biológicas que diferencian al macho de la hembra y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción en los animales y en las plantas.	Expediente clínico o historia clínica	Cualitativa nominal (Masculino/femenino)
<i>Estado civil</i>	Estado que guarda entre los ciudadanos.	Expediente clínico o historia clínica.	Cualitativa nominal (Casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre)
<i>Escolaridad</i>	Grado máximo de estudios	Expediente clínico o historia clínica	Cualitativa nominal (Primaria, secundaria, medio superior, superior, postgrado)
<i>Ocupación</i>	Tipo de actividad laboral que efectúa una persona, o que desempeñaba antes si está cesante, durante un período de referencia.	Expediente clínico o historia clínica	Cualitativa nominal (Desempleado, hogar, empleado, estudiante, jubilado)

InCaViSa: Inventario de calidad de vida y salud.

Escalas de medición

1. Evaluación de área de personalidad de la entrevista clínica estructurada II (SCID II)

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los

diagnósticos más importantes. La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos de Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados). Las entrevistas estructuradas se han desarrollado para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación, y para aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos.

Este instrumento se aplicó a todos los pacientes al inicio del estudio, con la finalidad de documentar el diagnóstico clínico de trastorno límite de la personalidad. (Anexo 2)

2. Escala de impresión clínica global para el trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP)

Este instrumento fue adaptado de la Escala de Impresión Clínica Global para evaluar el trastorno límite de la personalidad y sus nueve dominios psicopatológicos según el DSM IV TR. Esta escala evalúa la gravedad del cuadro clínico y los siguientes dominios: abandono, relaciones inestables, identidad, impulsividad, suicidio, inestabilidad afectiva, vacío, ira, ideación paranoide y evaluación global; tanto antes del tratamiento como los cambios postintervención en pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (TLP).

Está compuesta por 10 ítems que puntúan los nueve dominios psicopatológicos relevantes del TLP y una puntuación global adicional. La ICG-TLP consta de dos

formatos, la ICGTLP- S para evaluar la severidad actual y la ICG-TLP-M para evaluar la mejoría.

Para establecer las propiedades psicométricas de la ICG-TLP ésta fue administrada a 78 pacientes (11 hombres y 67 mujeres) en el marco de una intervención terapéutica de 4 meses de duración. La ICG-TLP muestra buenas características de validez, fiabilidad (de 0,85 y 0,89; CCI: 0,86 y 0,78), una adecuada sensibilidad al cambio y una estructura factorial de dos factores que explican el 67,4% de la varianza total. La ICG-TLP es una escala simple y fácil de administrar que corrige la excesiva generalización característica de su versión original y permite evaluar la severidad y el cambio en pacientes TLP.

Se evalúan dos puntos al inicio del tratamiento y al final del mismo mediante una escala tipo Likert. (Anexo 3)

3. Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa)

Este instrumento fue diseñado para medir la calidad de vida de pacientes en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones. Evalúa 12 áreas vitales de bienestar y salud: Preocupaciones - Desempeño físico - Aislamiento - Percepción corporal - Funciones cognitivas - Actitud ante el tratamiento - Tiempo libre - Vida cotidiana - Familia - Redes sociales - Dependencia médica - Relación con el médico. El instrumento incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento y una sección de datos generales. Con validación en nuestro país y consistencia interna del instrumento de $\alpha=0.9023$ y de

$\alpha=0.8265$ para cada área a evaluar.

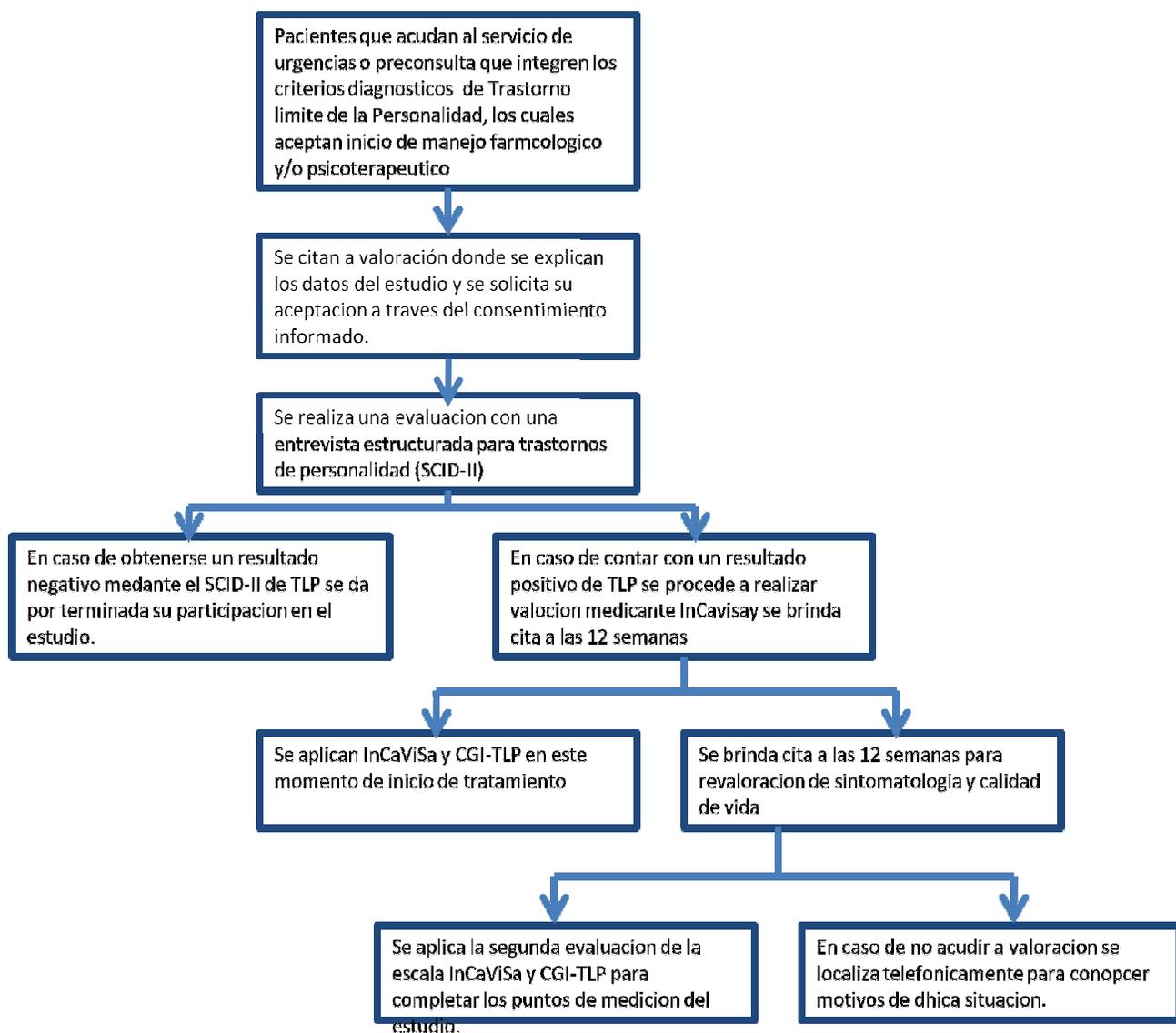
Este instrumento se considera la calidad de vida como un constructo que, en el área de la salud, se usa para evaluar la eficacia de las intervenciones considerando la agresividad tanto de padecimientos como de los tratamientos empleados. Permite evaluar la percepción de satisfacción del sujeto ante diversos aspectos de su vida cotidiana. Es un concepto que puede dar una medida de bienestar tanto macroeconómico como individual. Uno de los aspectos que más impacta la calidad de vida es la pérdida de la salud ya que condiciona muchos otros aspectos del funcionamiento humano. Según los autores, en el ámbito subjetivo se distinguen tres vertientes para evaluar la calidad de vida: a) general, b) relacionada con la salud, y c) con enfermedades específicas. En el campo de la salud, el constructo 'calidad de vida' tiene amplia aceptación y uso, permite planificar las necesidades de atención a la salud de una población, evaluar el impacto de los ensayos clínicos e investigación en la búsqueda de intervenciones cada vez más eficaces, favorecer mejores decisiones sobre la distribución de recursos en salud, y en medicina, ponderar el efecto de medicamentos agresivos en padecimientos terminales. (Anexo 4)

Recolección de datos.

La mayoría de los estudios que se han realizado sobre el tema, tienen rangos variables de medición del uso con tratamientos farmacológicos desde 8 semanas en adelante, el modelo que tomamos en el presente es aquel de 12 semanas de seguimiento. En el siguiente algoritmo (Figura 1) se explica el proceso que se

llevó a cabo para el reclutamiento de pacientes, la aplicación de instrumentos y la recolección de datos

Figura 1. Algoritmo para recolección de datos



Análisis estadístico de los resultados.

En la metodología estadística se realizó la descripción de las características sociodemográficas de la muestra empleando frecuencias, porcentajes, promedios y desviación estándar. Para explorar la asociación entre las variables de tratamiento, sintomatología y calidad de vida, se utilizó la prueba de Chi cuadrada de Pearson para comparar las mediciones antes y después de la intervención terapéutica. El análisis estadístico de la información se realizó en el programa SPSS versión 15.

Consideraciones éticas

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

En todos los casos se entregó, explicó y solicitó firma de aceptación del consentimiento informado. (Anexo 1)

Se trata de un estudio de investigación con riesgo mínimo considerando que se trata de un estudio descriptivo en el que se que no afectó a los pacientes que fueron bien identificados para la aplicación de los instrumentos de medición.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

La muestra estuvo conformada por 54 pacientes de ambos géneros quienes fueron diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, de acuerdo con los parámetros establecidos en este estudio.

Con respecto del género, la mayor parte de la muestra estuvo conformada por pacientes femeninos (n=46, 85.2%) y la edad promedio de la muestra fue de 25.1 años (\pm 5.6 DS).

El estado civil predominante fue "soltero" (n=37, 68.5%) y la mayoría de los pacientes tenía una escolaridad máxima de bachillerato (n=28, 51.9%). Con respecto de la situación laboral, el 40.7% estaba empleado al momento del estudio (n=22). En el siguiente cuadro (Cuadro 1), se resumen las características sociodemográficas de la muestra estudiada.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Sexo</i>		
Masculino	8	14.8
Femenino	46	85.2
<i>Estado civil</i>		
Soltero	37	68.5
Casado	14	25.9
Divorciado	3	5.6
<i>Escolaridad</i>		
Primaria	3	5.6
Secundaria	9	16.7
Preparatoria	28	51.9
Profesional	14	25.9
<i>Ocupación</i>		
Ninguna	13	24.1
Empleado	22	40.7
Hogar	7	13.0
Estudiante	12	22.2
<i>Total</i>	54	100.0

Calidad de vida

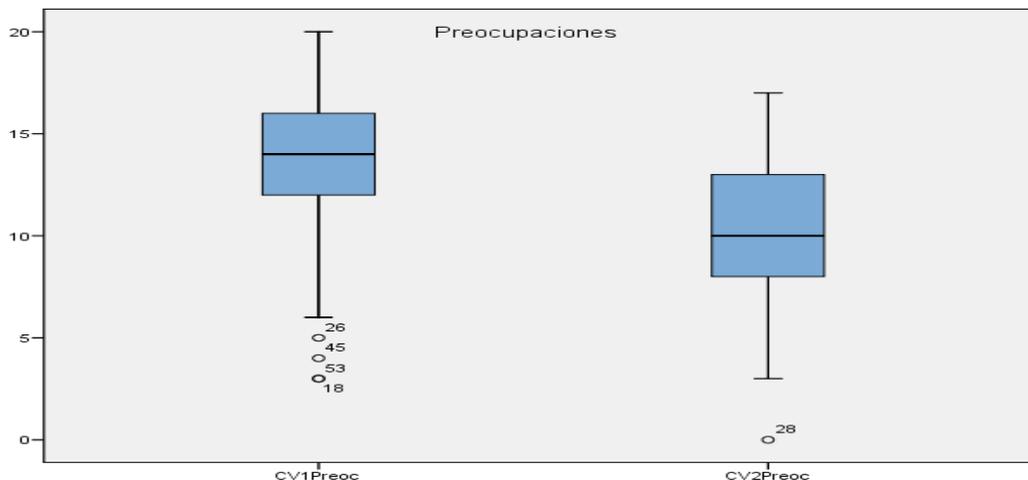
Con respecto a la calidad de vida, se observó una diferencia estadísticamente significativa en casi todas las subescalas del InCaViSa cuando se comparó la evaluación inicial contra la evaluación realizada a las 12 semanas, excepto en la subescala de redes sociales en la que no hubo diferencia significativa.

En la subescala de Preocupaciones, se obtuvo una puntuación de 13.1 ± 4.0 SD (desviaciones estándar) en la evaluación basal o pretratamiento. Esta puntuación disminuyó en la evaluación postratamiento a 10.4 ± 3.58 SD, con una diferencia significativa ($p \leq 0.001$). La mayoría de los pacientes tuvo una puntuación basal predominantemente “baja” y “muy baja”, obteniendo una puntuación postratamiento predominantemente “baja”. Este análisis se realizó sin diferenciar el tipo de tratamiento indicado, farmacológico o psicoterapéutico. Los resultados de la evaluación de esta subescala se indican en el siguiente cuadro (Cuadro 2) y gráfico (Gráfico 1).

*Cuadro 2. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Preocupaciones*

InCaViSa. Preocupaciones				
<i>$p \leq 0.001$</i>	<i>Basal o Pretratamiento (SD 13.1±4.0)</i>		<i>Evaluación Postratamiento (SD 10.4±3.58)</i>	
	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Muy Alta</i>	0	0	1	1.9
<i>Alta</i>	0	0	0	0
<i>Normal</i>	9	16.7	18	33.3
<i>Baja</i>	23	42.6	31	57.4
<i>Muy Baja</i>	22	40.7	4	7.4
<i>Total</i>	54	100.0	54	100.0

Gráfico 1. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Preocupaciones



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Preocupaciones.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Preocupaciones (12 semanas).

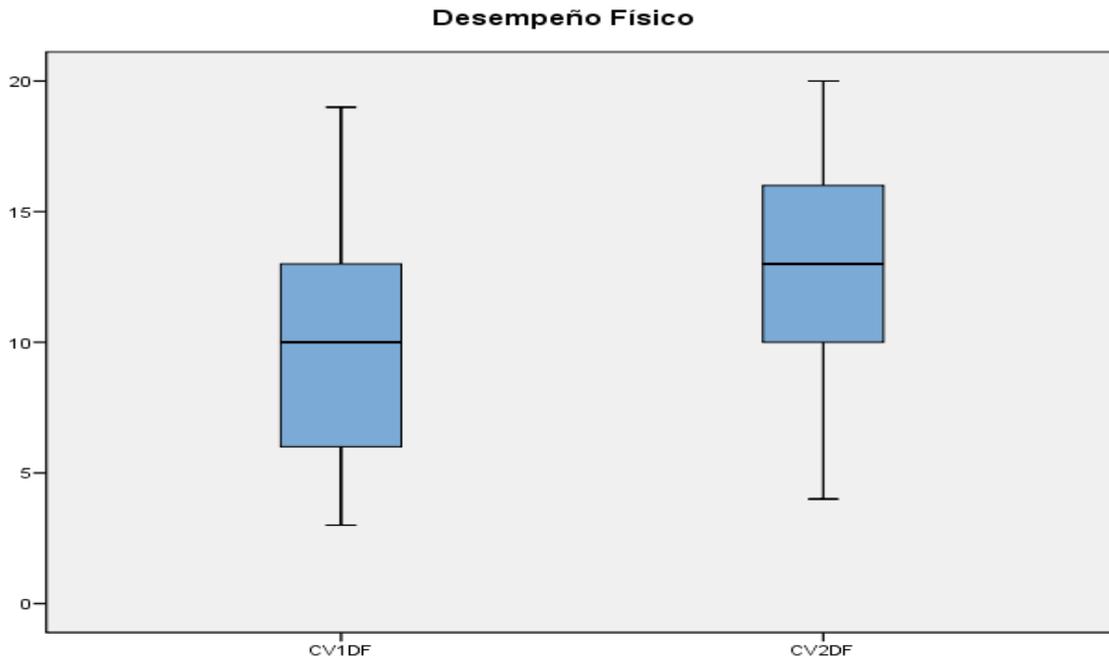
En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Preocupaciones de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

Con respecto de la subescala de Desempeño Físico, se obtuvo una puntuación de 10.0 ± 4.4 SD al momento de realizar la evaluación basal y la puntuación aumentó en la evaluación postratamiento a 13.1 ± 3.8 SD. Esto significa que la autopercepción del desempeño físico mejoró entre los pacientes con trastorno límite de la personalidad posterior a haber recibido el tratamiento psiquiátrico, disminuyendo de forma importante el número de pacientes que consideraban tener una calidad de desempeño físico “muy bajo” en la evaluación basal e incrementando el número de pacientes con una autopercepción “normal”, “alta” y “muy alta” durante la evaluación postratamiento (a las doce semanas de haber iniciado el tratamiento). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y postratamiento ($p \leq 0.001$). Los resultados de la evaluación de la subescala de Desempeño Físico se encuentran en el siguiente cuadro (Cuadro 3) y gráfico (Gráfico 2).

Cuadro 3. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Desempeño Físico

InCaViSa. Desempeño Físico				
$p \leq 0.001$	Basal o Pretratamiento (SD 10.0±4.4)		Postratamiento (SD 13.1±3.8)	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy Alta	0	0	2	3.7
Alta	2	3.7	5	9.1
Normal	21	38.9	27	50.0
Baja	9	16.7	11	20.7
Muy Baja	22	40.7	9	16.6
Total	54	100.0	54	100.0

Gráfico 2. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Desempeño Físico



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Desempeño Físico.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Desempeño Físico (12 semanas).

En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Desempeño Físico de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

En la subescala de Aislamiento se obtuvo una puntuación de 13.1 ± 4.4 DS en la evaluación basal y en la evaluación postratamiento esta puntuación disminuyó a 8.7 ± 3.8 SD. Es decir, que la autopercepción del aislamiento mejoró entre los pacientes con TLP una vez sometidos a tratamiento psiquiátrico disminuyendo la sensación de aislamiento social y los sentimientos de vacío y de minusvalía.

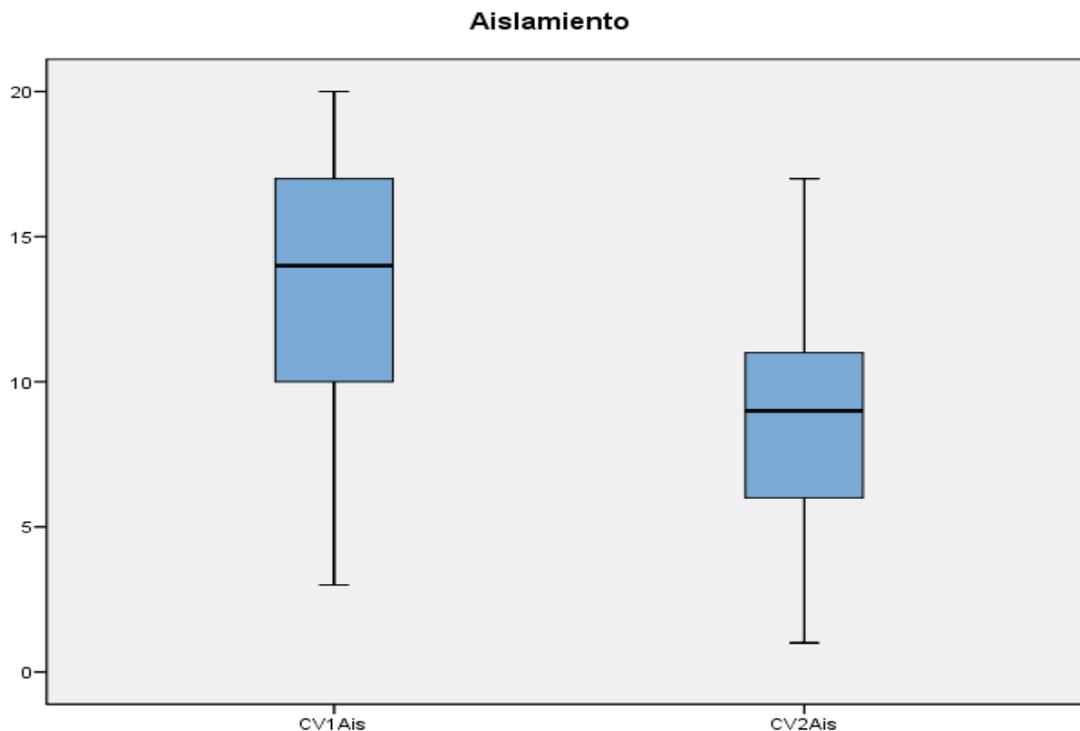
Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y postratamiento ($p \leq 0.001$).

Los resultados de la evaluación de esta subescala se indican en el siguiente cuadro (Cuadro 4) y gráfico (Gráfico 3).

*Cuadro 4. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Aislamiento*

InCaViSa. Aislamiento				
<i>$p \leq 0.001$</i>	<i>Basal o Pretratamiento (SD 13.1±4.4)</i>		<i>Evaluación Postratamiento (SD 8.7±3.8)</i>	
	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Muy Alta</i>	0	0	0	0
<i>Alta</i>	0	0	1	1.8
<i>Normal</i>	7	13.0	13	24.1
<i>Baja</i>	10	18.5	25	46.3
<i>Muy Baja</i>	37	68.5	15	27.8
Total	54	100	54	100

Gráfico 3. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Aislamiento



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Aislamiento.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Aislamiento (12 semanas).

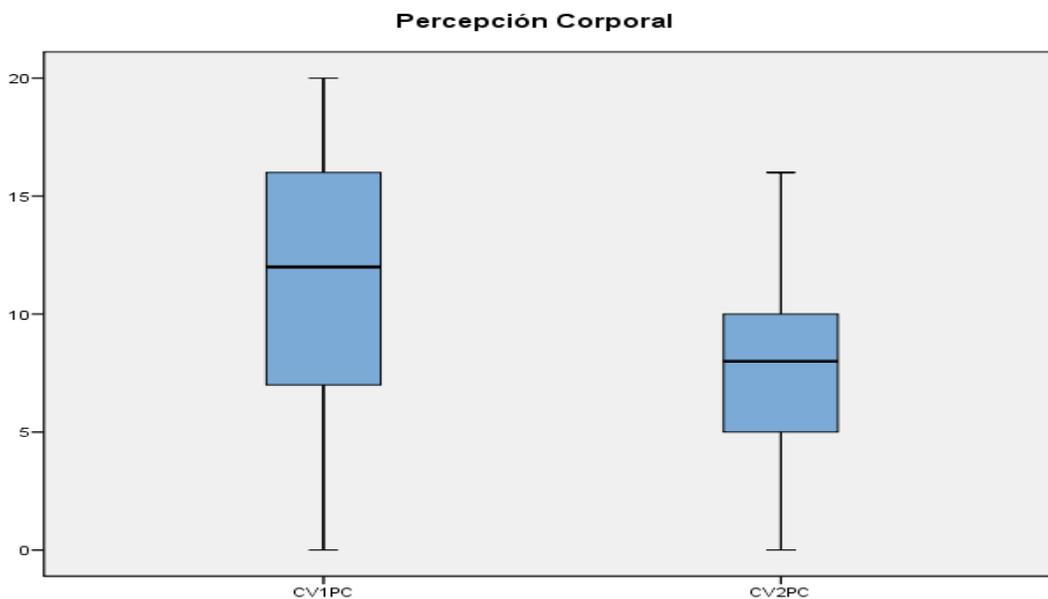
En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Aislamiento de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

En la subescala de Percepción Corporal, se obtuvo una puntuación de 11.0 ± 5.8 DS en la evaluación basal. Esta puntuación disminuyó considerablemente en la evaluación postratamiento a 7.6 ± 4.1 DS, con diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$). Se observó que en la mayoría de los pacientes mejoró en su percepción corporal de una calificación “muy baja” en la evaluación basal a una calificación predominantemente “baja” o “normal” posterior al tratamiento. Los resultados de la evaluación de esta subescala se indican en el Cuadro 5 y en el gráfico (Gráfico 4).

Cuadro 5. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Percepción Corporal

InCaViSa. Percepción Corporal				
$p \leq 0.001$	Basal o Pretratamiento (SD 11.0±5.8)		Evaluación Postratamiento (SD 7.6±4.1)	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy Alta	2	3.7	3	5.6
Alta	1	1.9	1	1.9
Normal	10	18.5	18	33.3
Baja	15	27.8	24	44.4
Muy Baja	26	48.1	8	14.8
Total	54	100.0	54	100.0

Grafico 4. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Percepción Corporal



En el eje X se encuentra el tiempo de evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Percepción Corporal.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Percepción Corporal (12 semanas).

En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Percepción Corporal de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

Con respecto de la subescala de Funcionamiento Cognitivo, se obtuvo una puntuación basal de 11.9 ± 4.3 SD. Esta puntuación disminuyó en la evaluación postratamiento a 8.5 ± 4.9 SD.

La autopercepción del desempeño físico mejoró entre los pacientes con trastorno límite de la personalidad una vez sometidos al tratamiento psiquiátrico farmacológico o psicoterapéutico, disminuyendo de forma importante el número de pacientes que consideraban tener un funcionamiento “bajo” y “muy bajo” en la evaluación basal e incrementando el número de pacientes con una autopercepción “normal”, “alta” y “muy alta” del funcionamiento cognitivo en la evaluación postratamiento.

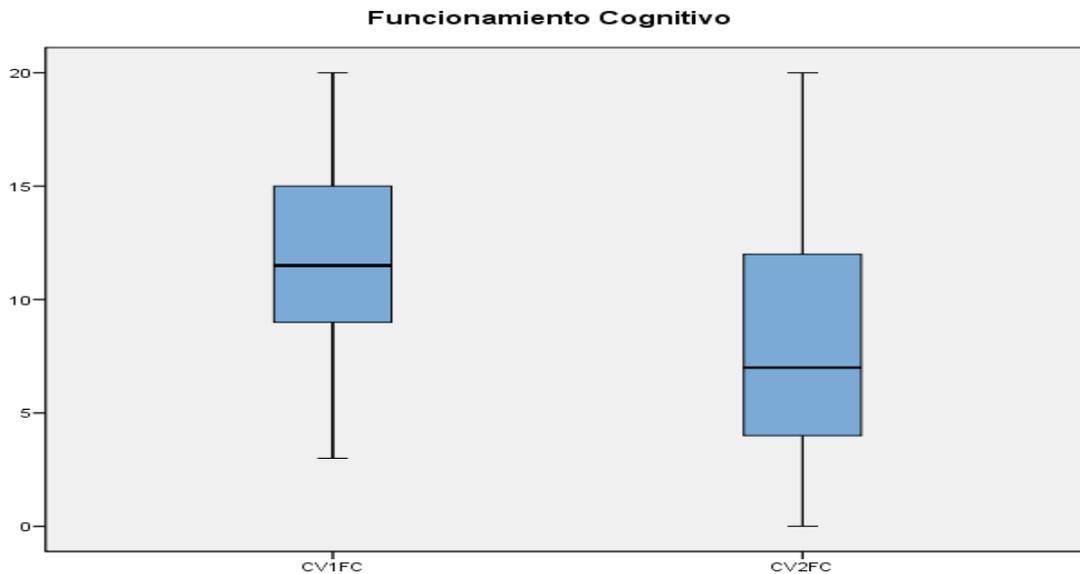
Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación basal y la evaluación postratamiento ($p \leq 0.001$).

Los resultados de la evaluación de esta subescala se indican en el siguiente cuadro (Cuadro 6) y gráfico (Gráfico 5).

*Cuadro 6. Evaluación de la Calidad de Vida (inCaViSa)
Subescala de Funcionamiento Cognitivo*

InCaViSa. Funcionamiento cognitivo				
<i>$p \leq 0.001$</i>	<i>Basal o Pretratamiento (SD 11.9±4.3)</i>		<i>Evaluación Postratamiento (SD 8.5±4.9)</i>	
	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Muy Alta</i>	0	0	2	3.7
<i>Alta</i>	2	3.7	11	20.4
<i>Normal</i>	16	29.6	21	38.9
<i>Baja</i>	14	25.9	6	11.1
<i>Muy Baja</i>	22	40.8	14	25.9
<i>Total</i>	54	100.0	54	100.0

Gráfico 5. Evaluación de la Calidad de Vida (INCAVISA)
Subescala de Funcionamiento Cognitivo



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Funcionamiento Cognitivo.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Funcionamiento Cognitivo (12 semanas).

En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Funcionamiento Cognitivo de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

En la subescala de Actitud ante el Tratamiento, se obtuvo una puntuación de 10.1 ± 4.5 SD durante la evaluación pretratamiento. Esta puntuación disminuyó significativamente en la evaluación postratamiento a 6.1 ± 3.8 SD ($p \leq 0.001$).

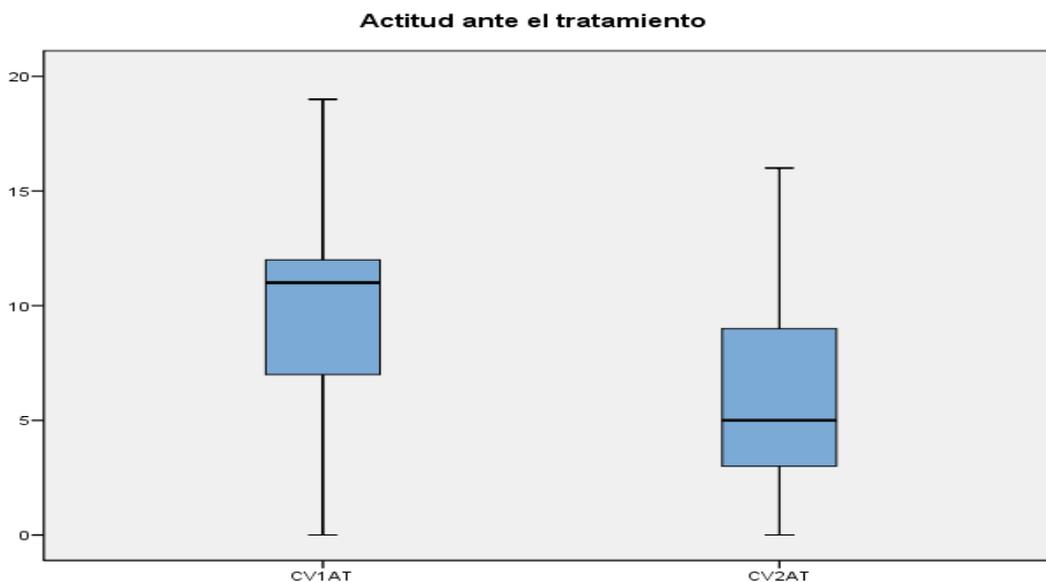
Una menor puntuación se traduce como una mejor percepción de la actitud ante el tratamiento. Por lo que, de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, los pacientes con TLP presentan una mejor actitud ante la toma de medicamentos y logran tener una mejor percepción ante el impacto negativo de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico posterior al tratamiento.

Esta información se encuentra resumida en el Cuadro 7 y en el Gráfico 6.

Cuadro 7. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Actitud ante el Tratamiento

INCAVISA. Actitud ante el tratamiento				
$p \leq 0.001$	Basal o Pretratamiento (SD 10.1±4.5)		Evaluación Postratamiento (SD 6.1±3.8)	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy Alta	2	3.7	2	3.7
Alta	3	5.6	8	14.8
Normal	10	18.5	29	53.7
Baja	19	35.2	9	16.7
Muy Baja	20	37.0	6	11.1
Total	54	100.0	54	100.0

Gráfico 6. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Actitud ante el Tratamiento



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Actitud ante el Tratamiento.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Actitud ante el Tratamiento (12 semanas).

En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Actitud ante el Tratamiento de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

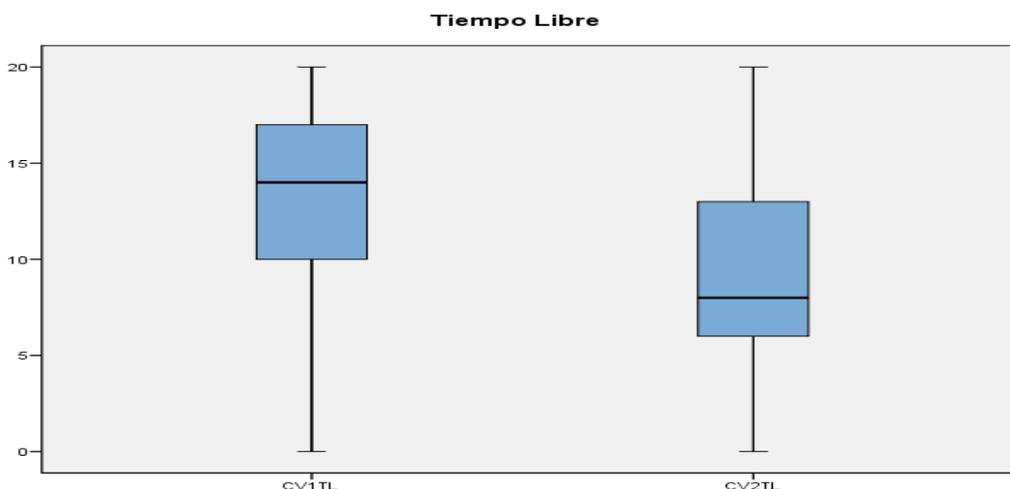
Con respecto de la subescala de Tiempo Libre, se obtuvo una puntuación basal de 13.4 ± 4.8 SD y postratamiento de 9.2 ± 4.8 SD. Esta disminución significa que, una vez recibido el tratamiento, los pacientes con TLP percibían

que aprovechaban mejor el tiempo libre a pesar de su trastorno psiquiátrico; desde una puntuación “muy baja” que predominó en la evaluación basal; a una puntuación predominantemente “normal” postratamiento; con una diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$); tal como se resumen en el Cuadro 8 y en el Gráfico 7.

*Cuadro 8. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Tiempo Libre*

INCAVISA. Tiempo libre				
$p \leq 0.001$	Basal-Pretratamiento (13.4±4.8)		Postratamiento (9.2±4.8)	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Muy Alta</i>	1	1.9	2	3.7
<i>Alta</i>	1	1.9	0	0
<i>Normal</i>	3	5.5	17	31.5
<i>Baja</i>	17	31.5	21	38.9
<i>Muy Baja</i>	32	59.2	14	25.9
<i>Total</i>	54	100.0	54	100

*Gráfico 7. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Tiempo Libre*



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:
 CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Tiempo Libre.
 CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Tiempo Libre (12 semanas).
 En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Tiempo Libre de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

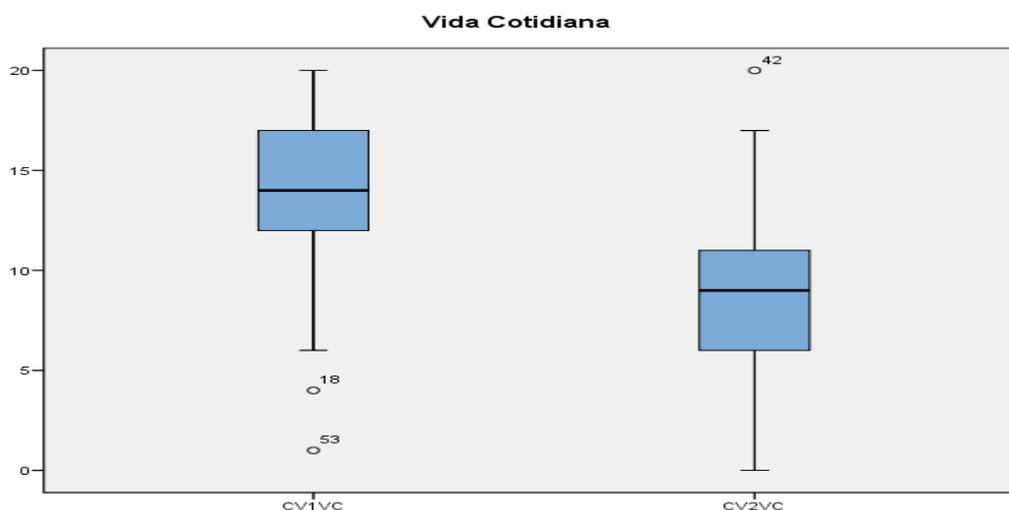
En la subescala de Vida Cotidiana también se observó diferencia estadísticamente significativa entre las evaluaciones pre y postratamiento

($p \leq 0.001$), encontrando mejoría en la percepción de las actividades de la vida cotidiana que podían realizar los pacientes con TLP posterior al tratamiento. Se obtuvo una puntuación basal de 13.5 ± 4.3 SD y una puntuación de 8.8 ± 4.4 SD a las doce semanas de iniciado el tratamiento (Cuadro 9 y Gráfico 8).

*Cuadro 9. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Vida Cotidiana*

InCaViSa. Vida Cotidiana				
$p \leq 0.001$	<i>Basal (13.5±4.3)</i>		<i>Postratamiento (8.8±4.4)</i>	
	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Muy Alta</i>	0	0	0	0
<i>Alta</i>	0	0	0	0
<i>Normal</i>	3	5.6	9	16.6
<i>Baja</i>	14	25.9	34	63.0
<i>Muy Baja</i>	37	68.5	11	20.4
<i>Total</i>	54	100	54	100

*Gráfico 8. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Vida Cotidiana*



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Vida Cotidiana.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Vida Cotidiana (12 semanas).

En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Vida Cotidiana de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

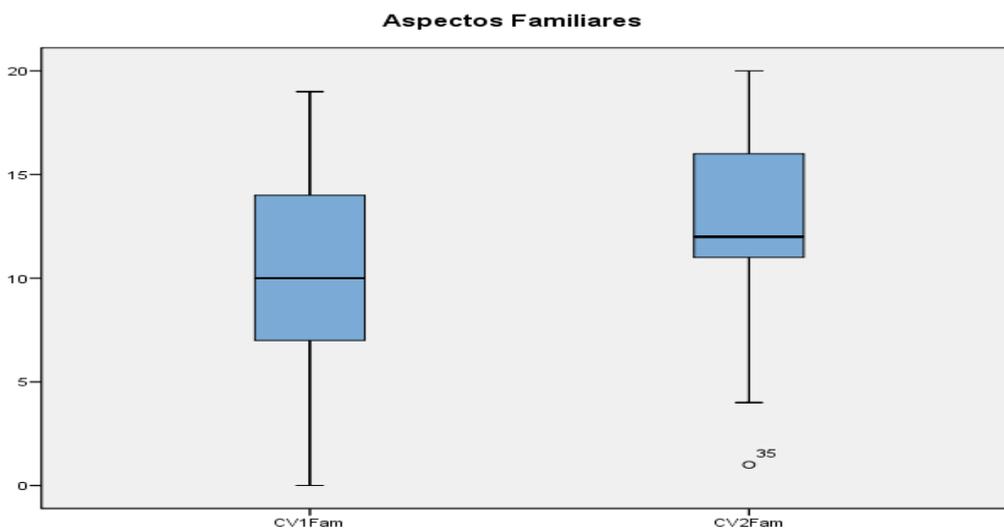
En la subescala de Aspectos Familiares también se encontraron diferencias entre las evaluaciones pre y postratamiento. Las puntuaciones mejoraron

postratamiento, lo que se traduce como una mejor percepción del paciente ante el apoyo y relación familiar en comparación con la percepción que tenía en la evaluación basal (12.5±4.5 SD vs 9.9±4.9 SD, respectivamente). Se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$); tal como se muestra en el siguiente cuadro (Cuadro 10) y siguiente gráfico (Gráfico 9).

*Cuadro 10. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Aspectos Familiares*

InCaViSa. Aspectos Familiares				
$p \leq 0.001$	<i>Basal (9.9±4.9)</i>		<i>Postratamiento (12.5±4.5)</i>	
	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Muy Alta	0	0	0	0
Alta	0	0	3	5.6
Normal	5	9.3	6	11.1
Baja	10	18.5	16	29.6
Muy Baja	39	72.2	29	53.7
Total	54	100.0	54	100

*Gráfico 9. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Aspectos Familiares*



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Aspectos Familiares.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Aspectos Familiares (12 semanas).

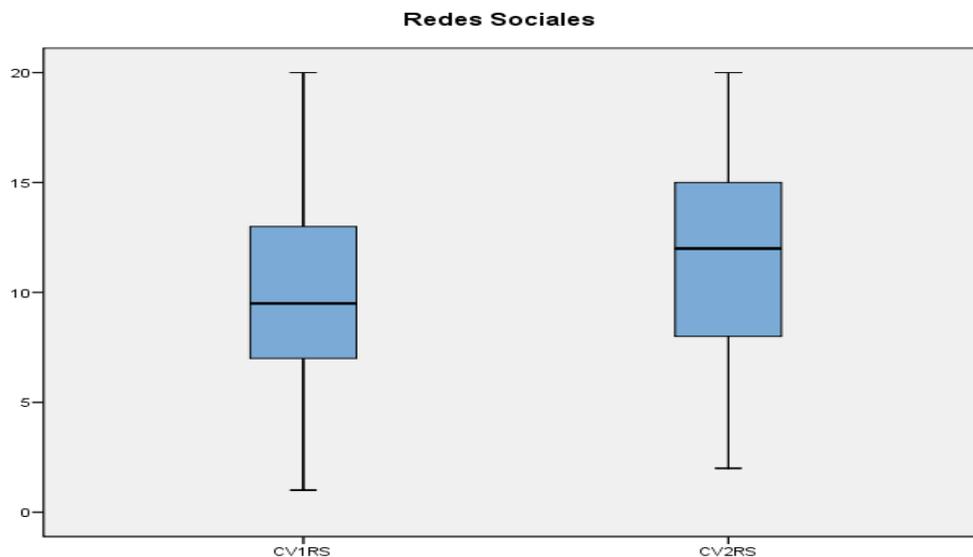
En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Aspectos Familiares de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

En la subescala de Redes Sociales, también mejoró la percepción del paciente con respecto del apoyo social en general, esto en la evaluación postratamiento en comparación con la evaluación basal; sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.074$). Estos resultados se muestran en el siguiente cuadro (Cuadro 11) y gráfico (Gráfico 10).

*Cuadro 11. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Redes Sociales*

InCaViSa. Redes Sociales				
$p \leq 0.074$	<i>Basal (10.0±4.7)</i>		<i>Postratamiento (11.7±4.5)</i>	
	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Muy Alta</i>	7	13.0	4	7.4
<i>Alta</i>	21	38.8	11	20.4
<i>Normal</i>	19	35.2	33	61.0
<i>Baja</i>	3	5.6	1	1.9
<i>Muy Baja</i>	4	7.4	5	9.3
<i>Total</i>	54	100.0	54	100.0

*Gráfico 10. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Redes Sociales*



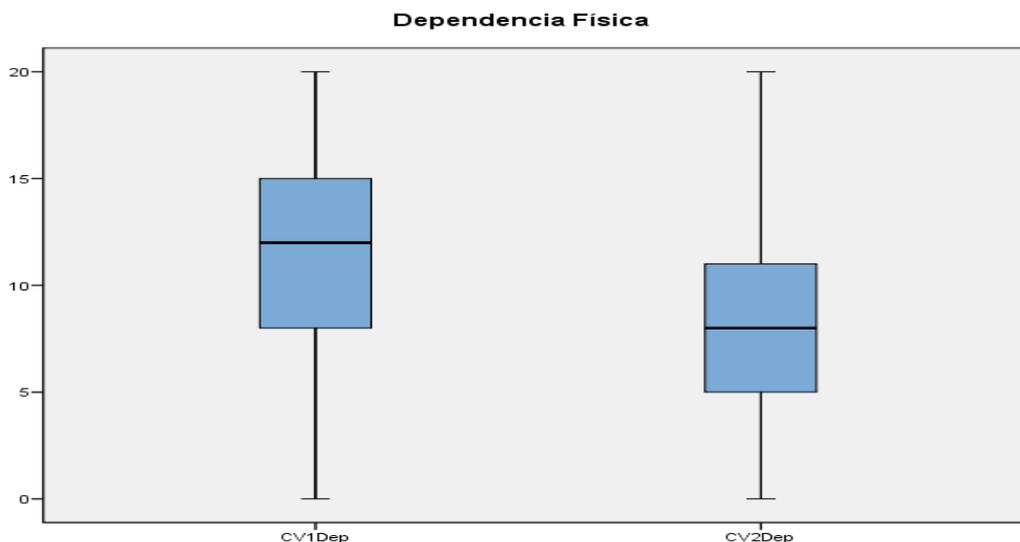
En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:
 CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Redes Sociales.
 CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Redes Sociales (12 semanas).
 En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Redes Sociales de acuerdo con el manual de evaluación del InCaViSa.

En la subescala de Dependencia Física también se encontró una mejoría entre la percepción basal y la percepción en la evaluación postratamiento aunque no se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.040$); tal como se muestra en el siguiente cuadro (Cuadro 12) y en el siguiente gráfico (Gráfico 11

*Cuadro 12. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Dependencia Física*

InCaViSa. Dependencia Física				
$p \leq 0.040$	<i>Basal (10.8±4.9 SD)</i>		<i>Postratamiento (8.1±4.2 SD)</i>	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Muy Alta</i>	3	(5.5)	5	(9.3)
<i>Alta</i>	7	(13.0)	13	(24.1)
<i>Normal</i>	28	(51.8)	29	(53.6)
<i>Baja</i>	15	(27.8)	4	(7.4)
<i>Muy Baja</i>	1	(1.9)	3	(5.6)
<i>Total</i>	54	100.0	54	100.0

*Gráfico 11. Evaluación de la Calidad de Vida (InCaViSa)
Subescala de Dependencia Física*



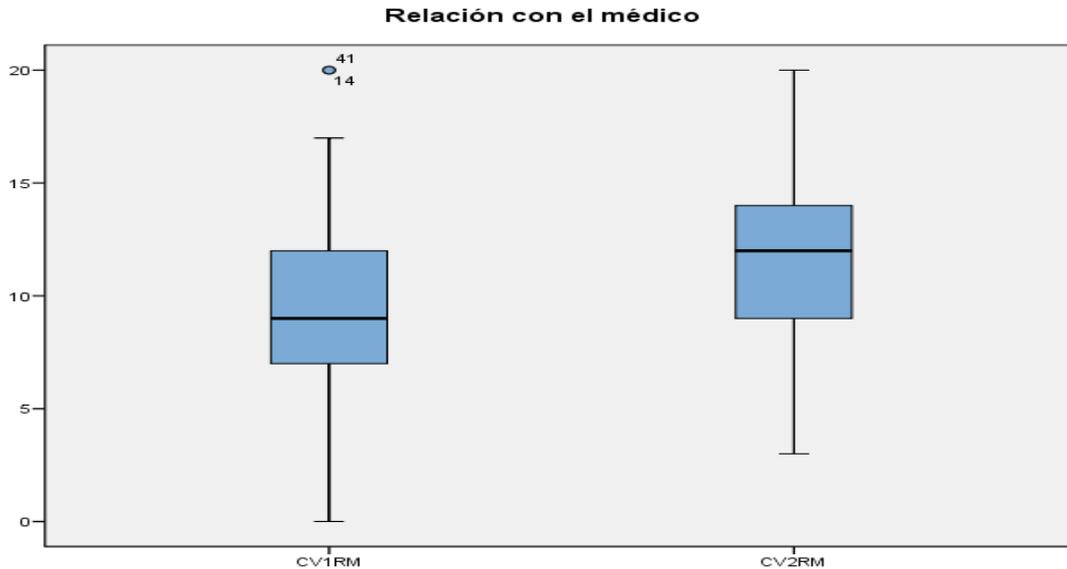
En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:
 CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Dependencia Física.
 CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Dependencia Física (12 semanas).
 En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Dependencia Física de acuerdo con el manual de evaluación del INCAVISA.

Finalmente, en la subescala de Relación con el Médico también se observó mejoría, con una diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y postratamiento ($p \leq 0.003$). Se observó un incremento entre las puntuaciones pre y postratamiento en este rubro (9.5 ± 4.4 SD vs 11.8 ± 4.3 SD, respectivamente); este resultado se traduce como una mejor percepción del paciente sobre la relación con su médico y una mejor satisfacción con la atención médica recibida posterior a recibir tratamiento psiquiátrico. Estos resultados se resumen en el siguiente cuadro (Cuadro 13) y en el siguiente gráfico (Gráfico 12).

*Cuadro 13. Evaluación de la Calidad de Vida (INCAVISA)
Subescala de Relación con el Médico*

INCAVISA. Relación con el médico				
<i>p</i> ≤ 0.003	<i>Basal (9.5 ± 4.4)</i>		<i>Postratamiento (11.8 ± 4.3)</i>	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy Alta	1	1.9	9	16.6
Alta	5	9.3	3	5.6
Normal	24	44.4	30	55.6
Baja	17	31.4	7	13.0
Muy Baja	7	13.0	5	9.3
Total	54	100.0	54	100.0

Grafico12. Evaluación de la Calidad de Vida (INCAVISA)
Subescala de Relación con el Médico



En el eje X se encuentra el momento de la evaluación:

CV1Preoc : Evaluación basal de la subescala de Relación con el Médico.

CV2Preoc : Evaluación postratamiento de la subescala de Relación con el Médico (12 semanas).

En el eje Y se encuentran los percentiles de puntuación de la subescala de Relación con el Médico de acuerdo con el manual de evaluación del INCAVISA.

Por otra parte, en todas las subescalas correspondientes al ICG-TLP (Escala de impresión clínica global para el trastorno límite de la personalidad) se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la calificación basal y posterior a 12 semanas de tratamiento (Cuadro 14 y graficos 13-21).

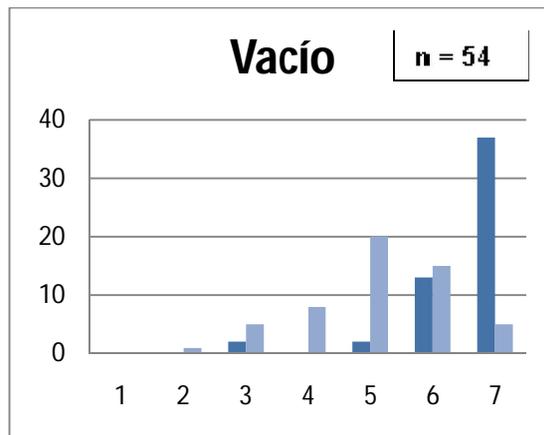
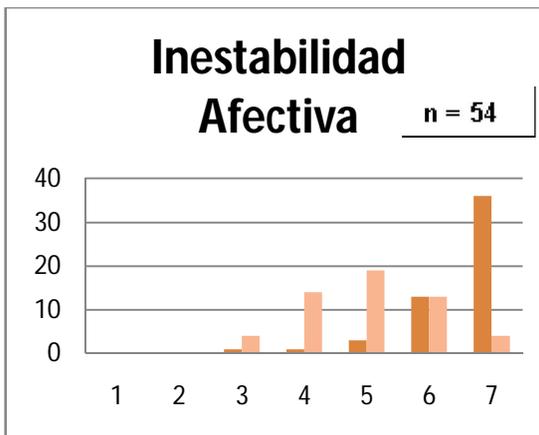
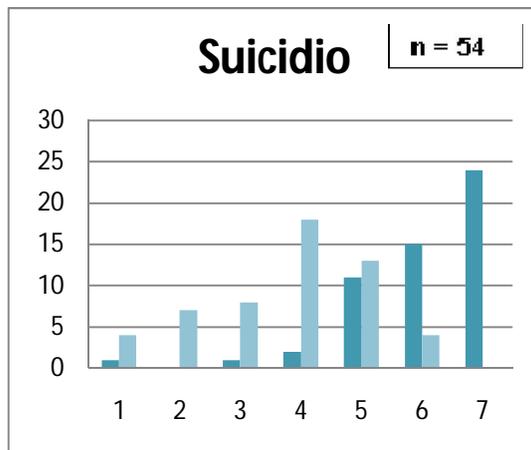
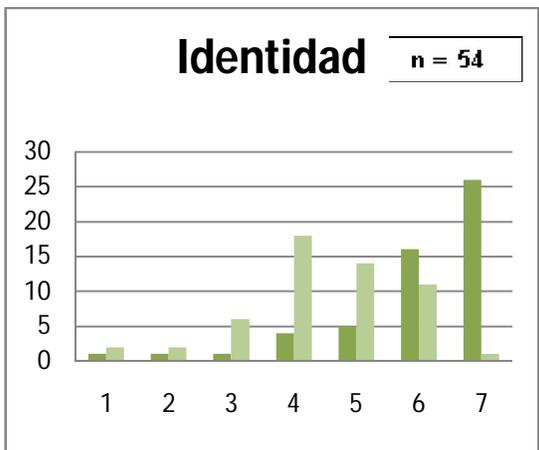
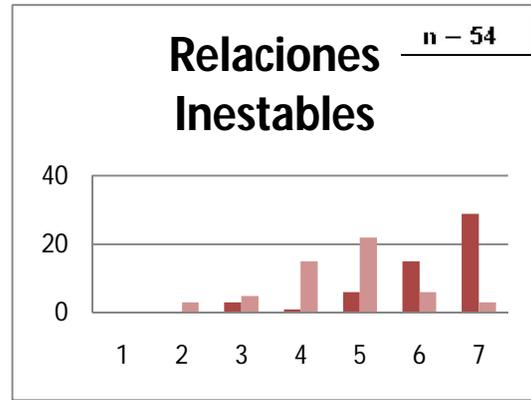
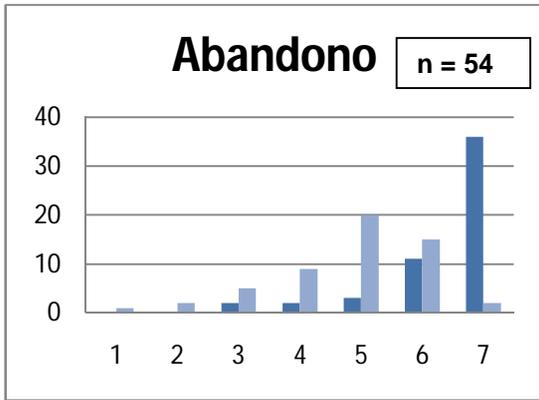
Cuadro 14. Comparativo entre síntomas del CGI antes y después del tratamiento

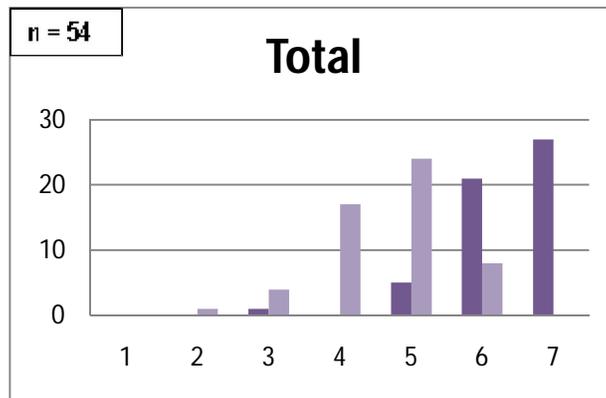
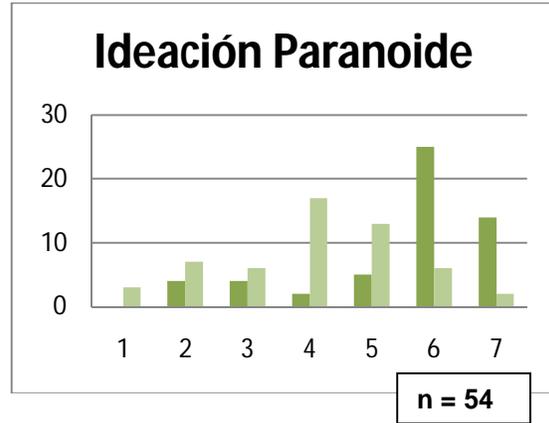
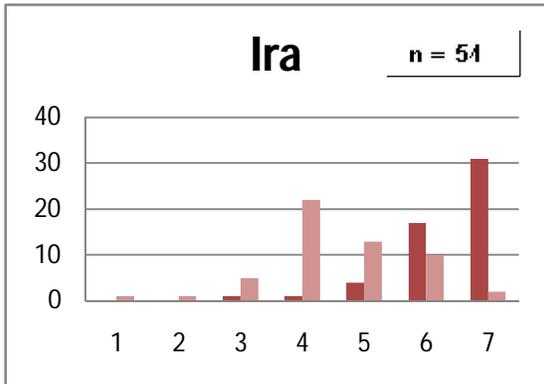
Rubros del CGI		1	2	3	4	5	6	7	p
Abandono	PreTx	0 (0%)	0 (0%)	2 (3.7%)	2 (3.7%)	3 (5.6%)	11 (20.4%)	36 (66.7%)	0.001
	Postx	1 (1.9%)	2 (3.7%)	5 (9.3%)	9 (16.7%)	20 (37.0%)	15 (27.5%)	2 (3.7%)	
Relaciones Inestables	PreTx	0 (0%)	0 (0%)	3 (5.6%)	1 (1.9%)	6 (11.1%)	15 (27.5%)	29 (53.7%)	0.001
	Postx	0 (0%)	3 (5.6%)	5 (9.3%)	15 (27.5%)	22 (40.7%)	6 (11.1%)	3 (5.6%)	
Identidad	PreTx	1 (1.9%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	4 (7.4%)	5 (9.3%)	16 (29.6%)	26 (48.1%)	0.001
	Postx	2 (3.7%)	2 (3.7%)	6 (11.1%)	18 (33.2%)	14 (25.9%)	11 (20.4%)	1 (1.9%)	
Impulsividad	PreTx	0 (0%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	0 (0%)	6 (11.1%)	8 (14.8%)	38 (70.4%)	0.001
	Postx	0 (0%)	2 (3.7%)	3 (5.6%)	21 (38.9%)	19 (35.2%)	7 (13.0%)	2 (3.7%)	
Suicidio	PreTx	1 (1.9%)	0 (0%)	1 (1.9%)	2 (3.7%)	11 (20.4%)	15 (27.8%)	24 (49.4%)	0.001
	Postx	4 (7.4%)	7 (13.0%)	8 (14.8%)	18 (33.3%)	13 (24.1%)	4 (7.4%)	0 (0%)	
Inestabilidad Afectiva	PreTx	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	3 (5.6%)	13 (24.1%)	36 (66.7%)	0.001
	Postx	0 (0%)	0 (0%)	4 (7.4%)	14 (25.9%)	19 (35.2%)	13 (24.1%)	4 (7.4%)	
Vacío	PreTx	0 (0%)	0 (0%)	2 (3.7%)	0 (0%)	2 (3.7%)	13 (24.1%)	37 (68.5%)	0.001
	Postx	0 (0%)	1 (1.9%)	5 (9.3%)	8 (14.8%)	20 (37.0%)	15 (27.8%)	5 (9.3%)	
Ira	PreTx	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	4 (7.4%)	17 (31.5%)	31 (57.4%)	0.001
	Postx	1 (1.9%)	1 (1.9%)	5 (9.3%)	22 (40.7%)	13 (24.1%)	10 (18.5%)	2 (3.7%)	
Ideación Paranoide	PreTx	0 (0%)	4 (7.4%)	4 (7.4%)	2 (3.7%)	5 (9.3%)	25 (46.3%)	14 (25.9%)	0.001
	Postx	3 (5.6%)	7 (13.0%)	6 (11.1%)	17 (31.5%)	13 (24.1%)	6 (11.1%)	2 (3.7%)	
Total	PreTx	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.9%)	0 (0%)	5 (9.3%)	21 (38.9%)	27 (50.0%)	0.001
	Postx	0 (0%)	1 (1.9%)	4 (7.4%)	17 (31.5%)	24 (44.4%)	8 (14.8%)	0 (0%)	

Anotaciones al Cuadro 14.
 PreTx: Evaluación Pretratamiento
 1. Normal
 2. Mínimamente enfermo
 3. Levemente enfermo
 4. Moderadamente enfermo
 5. Marcadamente enfermo
 6. Gravemente enfermo
 7. Muy gravemente enfermo

Anotaciones al Cuadro 14.
 PostTx: Evaluación Postratamiento
 1. Ha mejorado muchísimo
 2. Muy mejorado
 3. Ligeramente mejorado
 4. No ha cambiado
 5. Ligeramente peor
 6. Mucho peor
 7. Muchísimo peor

Graficos 13-21. Sintomatología física antes y después del tratamiento (ICG-TLP)





Anotaciones Gráficos 13 a 21
 En todos los gráficos se muestra:
 En el *Eje X* la puntuación obtenida en la sección de sintomatología del ICG-TLP.
 En el *Eje Y* el número de pacientes que obtuvo cada puntuación.
 En color oscuro se encuentra la evaluación pretratamiento.
 En color claro se encuentra la evaluación postratamiento.

- Anotaciones Gráficos 13 a 21*
 Codificación de la evaluación Pretratamiento:
1. Normal
 2. Mínimamente enfermo
 3. Levemente enfermo
 4. Moderadamente enfermo
 5. Marcadamente enfermo
 6. Gravemente enfermo
 7. Muy gravemente enfermo

- Anotaciones Gráficos 13 a 21*
 Codificación de la evaluación Postratamiento:
1. Ha mejorado muchísimo
 2. Muy mejorado
 3. Ligeramente mejorado
 4. No ha cambiado
 5. Ligeramente peor
 6. Mucho peor
 7. Muchísimo peor

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en algunos síntomas físicos posteriores al tratamiento: cefalea, mialgias, artralgias, edema, prurito y olor. Pero no se observaron diferencias en problemas visuales, auditivos,

urinarios, tos y tics (Cuadro 15) y graficos (Graficos 22-32). Estos aspectos también fueron evaluados mediante la aplicación del InCaViSa.

Cuadro 15. Sintomatología física antes y después del tratamiento (InCaViSa)

		0	1	2	3	4	p
<i>Cefalea</i>	PreTx	5 (9.3%)	9 (16.7%)	24 (44.4%)	13 (24.1%)	3 (5.6%)	0.001
	Postx	17 (31.5%)	28 (51.9%)	6 (11.1%)	2 (3.7%)	2 (3.7%)	
<i>Mialgias</i>	PreTx	10 (18.5%)	14 (25.9%)	16 (29.6%)	10 (18.5%)	4 (7.4%)	0.001
	Postx	23 (42.6%)	21 (38.9%)	7 (13.0%)	3 (5.6%)	0 (0%)	
<i>Artralgias</i>	PreTx	22 (40.7%)	13 (24.1%)	12 (22.2%)	4 (7.4%)	3 (5.6%)	0.001
	Postx	36 (66.7%)	13 (24.1%)	4 (7.4%)	1 (1.9%)	0 (0%)	
<i>Edema</i>	PreTx	40 (74.1%)	9 (16.7%)	3 (5.6%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	0.013
	Postx	46 (85.2%)	4 (7.4%)	3 (5.6%)	1 (1.9%)	0 (0%)	
<i>Problemas visuales</i>	PreTx	33 (61.1%)	16 (29.6%)	3 (5.6%)	2 (3.7%)	0 (0%)	0.106
	Postx	38 (70.4%)	12 (22.2%)	4 (7.4%)	0 (0%)	0 (0%)	
<i>Problemas auditivos</i>	PreTx	42 (77.8%)	6 (11.1%)	4 (7.4%)	2 (3.7%)	0 (0%)	0.118
	Postx	44 (81.5%)	9 (16.7%)	1 (1.9%)	0 (0%)	0 (0%)	
<i>Prurito</i>	PreTx	37 (68.5%)	6 (11.1%)	5 (9.3%)	4 (7.4%)	2 (3.7%)	0.017
	Postx	45 (83.3%)	5 (9.3%)	2 (3.7%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	
<i>Tos</i>	PreTx	48 (88.9%)	2 (3.7%)	2 (3.7%)	2 (3.7%)	0 (0%)	0.161
	Postx	50 (92.6%)	2 (3.7%)	2 (3.7%)	0 (0%)	0 (0%)	
<i>Problemas urinarios</i>	PreTx	43 (79.6%)	6 (11.1%)	3 (5.6%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	0.052
	Postx	48 (88.9%)	2 (3.7%)	2 (3.7%)	2 (3.7%)	0 (0%)	
<i>Tics</i>	PreTx	40 (74.1%)	9 (16.7%)	1 (1.9%)	4 (7.4%)	0 (0%)	0.156
	Postx	43 (79.6%)	8 (14.8%)	2 (3.7%)	1 (1.9%)	0 (0%)	
<i>Olor</i>	PreTx	35 (64.8%)	13 (24.1%)	3 (5.6%)	3 (5.6%)	0 (0%)	0.002
	Postx	45 (83.3%)	6 (11.1%)	2 (3.7%)	1 (1.9%)	0 (0%)	

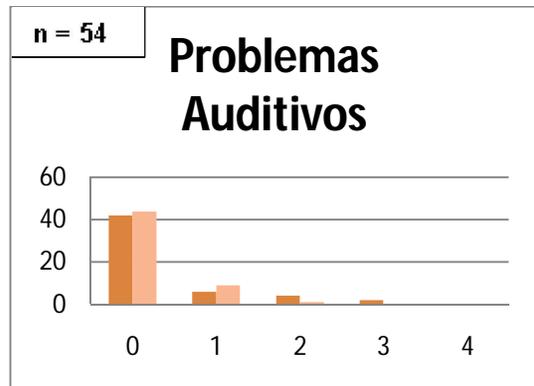
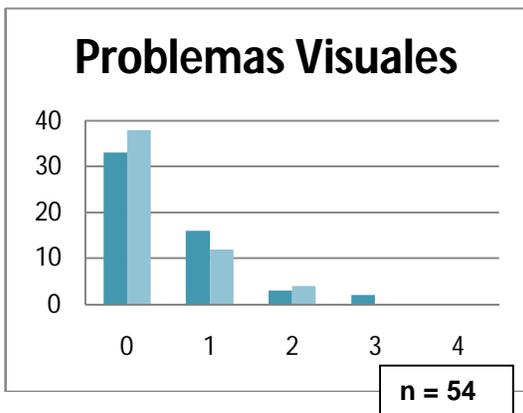
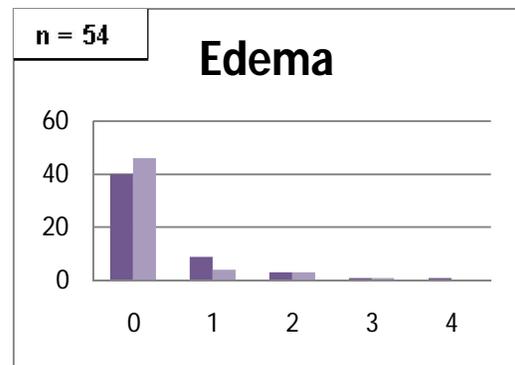
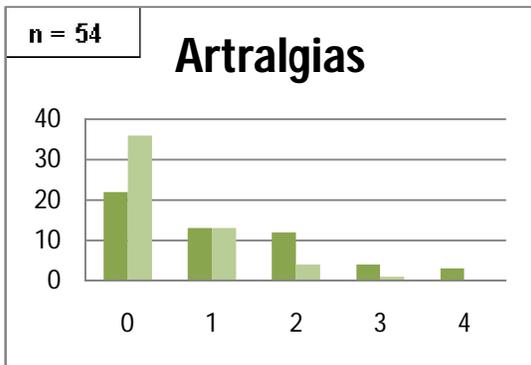
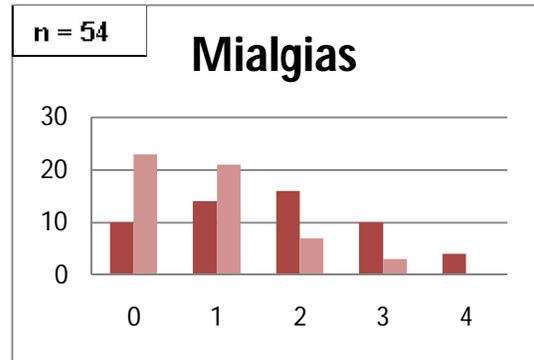
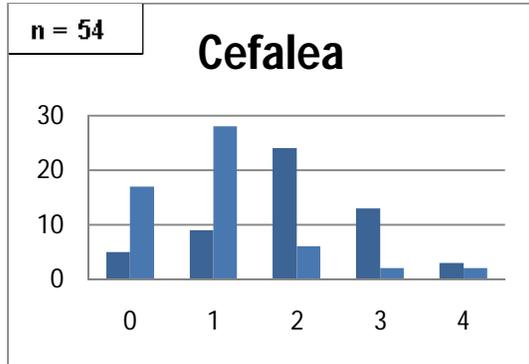
Anotaciones al Cuadro 15.

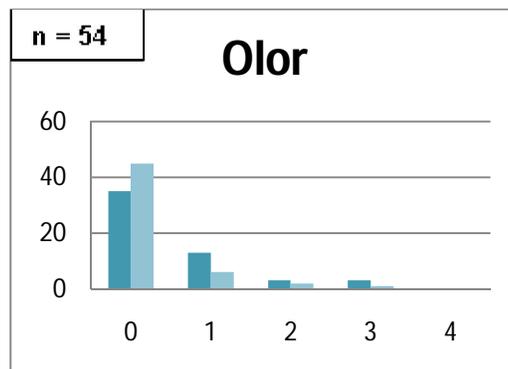
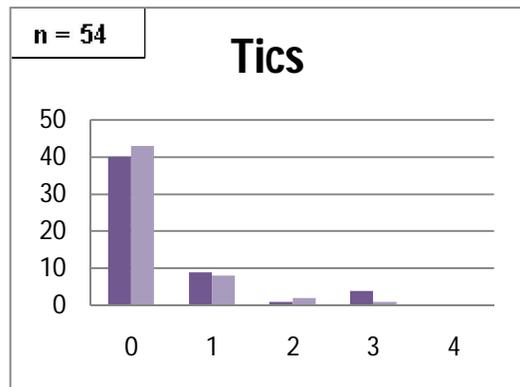
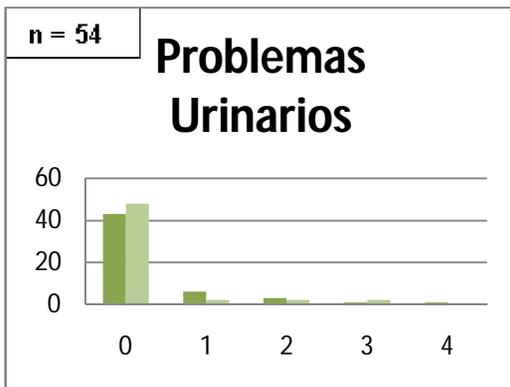
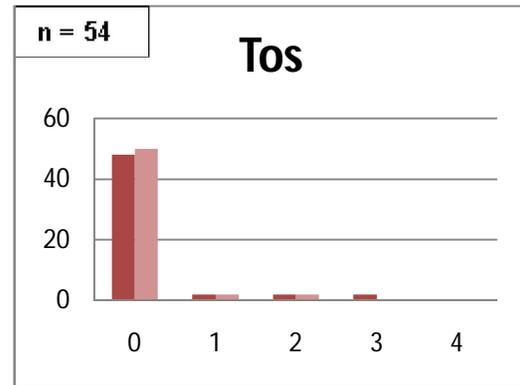
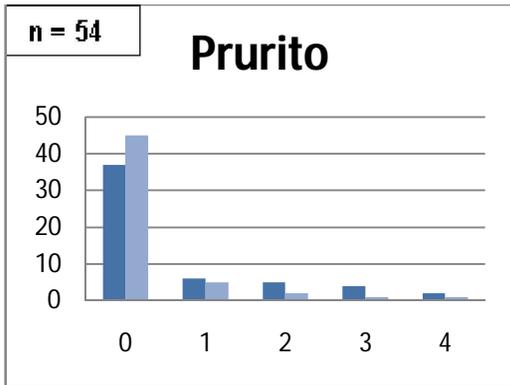
PreTx: Evaluación Pretratamiento

PostTx: Evaluación Postratamiento

1. No tuvo
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho

Graficos 22-32. Sintomatología física antes y después del tratamiento (INCAVISA)





Anotaciones Gráficos 22 a 32
 Codificación de la evaluación Pre y
 Postratamiento:

1. No tuvo
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

Anotaciones Gráficos 22 a 32
 En todos los gráficos se muestra:
 Eje X la puntuación obtenida en la sección de sintomatología del InCaViSa.
 Eje Y el número de pacientes que obtuvo cada puntuación.
 En color oscuro se encuentra la evaluación pretratamiento.
 En color claro se encuentra la evaluación postratamiento.

No se encontró alguna diferencia estadística con respecto a la calidad de vida según el tipo de tratamiento recibido. En el siguiente cuadro (Cuadro 16) se

resumen los valores de “p” obtenidos al relacionar las diferentes subescalas del InCaViSa según el tipo de tratamiento psiquiátrico indicado y recibido (farmacológico o psicoterapéutico). Hay que considerar diferentes factores que influyen en este resultado y que, como sabemos, dificultan la comparación entre dos tipos de tratamiento, tales como, la diferencia importante entre recibir un tratamiento psicofarmacológico vs un tratamiento psicoterapéutico o ambos, incluso las diferencias entre los diferentes fármacos y las distintas psicoterapias; el tiempo que previamente se ha estado recibiendo algún tratamiento, la heterogeneidad entre el tamaño de muestra de pacientes bajo tratamiento psicofarmacológico vs psicoterapia, entre otros; por lo que se realizó únicamente un análisis de relación y no de correlación.

*Cuadro 16. Calidad de Vida.
Valores de “p” obtenidas al comparar tipo de tratamiento psiquiátrico recibido (InCaViSa)*

Rubro evaluado de Calidad de Vida (InCaViSa)	p
Preocupaciones	0.687
Desempeño físico	0.145
Aislamiento	0.203
Percepción corporal	0.413
Funcionamiento cognitivo	0.755
Actitud ante el tratamiento	0.052
Tiempo libre	0.514
Vida cotidiana	0.151
Familia	0.240
Redes sociales	0.737
Dependencia física	0.328
Relación con el médico	0.450

Tampoco se observó alguna diferencia estadísticamente significativa en el ICG-TLP (Escala de impresión clínica global para el trastorno límite de la personalidad) en relación a los distintos tipos de tratamiento.

De igual forma, se realizó un análisis de relación y no correlación entre los resultados obtenidos, los cuales se resumen en el Cuadro 17.

Cuadro 17. Escala de impresión clínica global para el TLP según tipo de tratamiento psiquiátrico (ICG-TLP)

Rubro evaluado (ICG-TLP)	p
Abandono	0.978
Relaciones inestables	0.934
Identidad	0.749
Impulsividad	0.457
Suicidio	0.419
Inestabilidad afectiva	0.383
Vacío	0.871
Ira	0.379
Ideación paranoide	0.446

En relación con el tipo de tratamiento psiquiátrico recibido, tampoco se encontró diferencia estadísticamente significativa en los síntomas físicos evaluados por el INCAVISA, exceptuando el síntoma olor en el que únicamente se encontró una tendencia ($p=0.031$).

Estos resultados se encuentran en el siguiente cuadro (Cuadro 18).

Cuadro 18. Relación entre tipo de tratamiento y síntomas físicos (InCaViSa)

Síntomas Físicos	p
Cefalea	0.433
Mialgias	0.221
Artralgias	0.842
Edema	0.643
Problemas visuales	0.957
Problemas auditivos	0.929
Prurito	0.190
Tos	0.941
Problemas urinarios	0.785
Tics	0.849
Olor	0.031

Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo en la evaluación pretratamiento en las siguientes subescalas del InCaViSa: Desempeño Físico, Aislamiento, Tiempo Libre y Vida Cotidiana (**); siendo peor en mujeres. Con respecto a la edad se observaron diferencias estadísticamente significativas en dos subescalas del InCaViSa: Actitud ante el Tratamiento y Tiempo Libre (*).

Es importante considerar aquellos factores que pueden estar interfiriendo con los resultados obtenidos; por ejemplo, que un porcentaje alto de mujeres conformaron la muestra de estudio (85.2%). Estos resultados se encuentran resumidos en el siguiente cuadro (Cuadro 19).

Cuadro 19. Relación de edad y género con subescalas del InCaViSa, evaluaciones pre y postratamiento .

	Evaluación	Edad (p)	Género (p)	
PreTx:	Preocupaciones	<i>Pretx</i>	0.201	0.111
		<i>Postx</i>	0.187	0.132
	Desempeño Físico	<i>Pretx</i>	0.597	0.024 **
		<i>Postx</i>	0.270	0.330
	Aislamiento	<i>Pretx</i>	0.291	0.012 **
		<i>Postx</i>	0.418	0.079
	Percepción Corporal	<i>Pretx</i>	0.572	0.149
		<i>Postx</i>	0.899	0.358
	Funcionamiento Cognitivo	<i>Pretx</i>	0.406	0.505
		<i>Postx</i>	0.235	0.196
	Actitud ante el Tratamiento	<i>Pretx</i>	0.045 *	0.851
		<i>Postx</i>	0.077	0.252
	Tiempo Libre	<i>Pretx</i>	0.021 *	0.011 **
		<i>Postx</i>	0.069	0.143
	Vida Cotidiana	<i>Pretx</i>	0.123	0.016 **
		<i>Postx</i>	0.086	0.284
	Familia	<i>Pretx</i>	0.814	0.861
		<i>Postx</i>	0.201	0.359
	Redes Sociales	<i>Pretx</i>	0.654	0.753
		<i>Postx</i>	0.194	0.479
Dependencia Física	<i>Pretx</i>	0.098	0.652	
	<i>Postx</i>	0.527	0.032	
Relación con el Médico	<i>Pretx</i>	0.429	0.501	
	<i>Postx</i>	0.990	0.223	

Pretratamiento.

PosTx: Evaluación Postratamiento.

* Diferencia estadísticamente significativa con respecto de la edad en evaluación pretratamiento.

**Diferencia estadísticamente significativa con respecto al sexo en la evaluación pretratamiento.

Con respecto de la ICG-TLP se observaron diferencias significativas en impulsividad con respecto a la edad en la evaluación postratamiento (**). Así como en suicidio con respecto al sexo en la evaluación basal o pretratamiento (*).

De igual forma, el análisis estadístico realizado fue de relación, no correlación. Estos resultados se resumen en el siguiente cuadro (Cuadro 20).

Cuadro 20. Relación de edad y género con dominios de la ICG-TLP, evaluaciones pre y postratamiento.

	Evaluación	Edad (p)	Género (p)
Abandono	<i>PreTx</i>	0.261	0.842
	<i>PostTx</i>	0.661	0.601
Relaciones Inestables	<i>PreTx</i>	0.110	0.682
	<i>PostTx</i>	0.623	0.233
Identidad	<i>PreTx</i>	0.541	0.288
	<i>PostTx</i>	0.899	0.361
Impulsividad	<i>PreTx</i>	0.650	0.494
	<i>PostTx</i>	0.036*	0.320
Suicidio	<i>PreTx</i>	0.969	0.049**
	<i>PostTx</i>	0.342	0.469
Inestabilidad Afectiva	<i>PreTx</i>	0.551	0.059
	<i>PostTx</i>	0.586	0.734
Vacío	<i>PreTx</i>	0.478	0.860
	<i>PostTx</i>	0.343	0.656
Ira	<i>PreTx</i>	0.965	0.250
	<i>PostTx</i>	0.242	0.891
Ideación Paranoide	<i>PreTx</i>	0.363	0.862
	<i>PostTx</i>	0.650	0.275

PreTx: Evaluación Pretratamiento

PosTx: Evaluación Postratamiento

* Diferencia estadísticamente significativa con respecto al sexo en la evaluación pretratamiento.

** Diferencia estadísticamente significativa con respecto a la edad en la evaluación postratamiento.

Finalmente, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el síntoma cefalea en la evaluación a los 12 semanas con respecto a la edad; así como en el síntoma edema con respecto al género, también en la evaluación

postratamiento. Estos síntomas fueron evaluados con el INCAVISA y se encuentran resumidos en el siguiente cuadro (Cuadro 21).

Cuadro 21. Relación de edad y género con subescala de síntomas del InCaViSa, Evaluación pre y postratamiento.

Síntoma	Evaluación	Edad (p)	Género (p)
<i>Cefalea</i>	<i>PreTx</i>	0.875	0.399
	<i>Postx</i>	0.003	0.758
<i>Mialgias</i>	<i>PreTx</i>	0.393	0.307
	<i>Postx</i>	0.028	0.370
<i>Artralgias</i>	<i>PreTx</i>	0.412	0.581
	<i>Postx</i>	0.165	0.912
<i>Edema</i>	<i>PreTx</i>	0.124	0.511
	<i>Postx</i>	0.006	0.652
<i>Problemas visuales</i>	<i>PreTx</i>	0.539	0.498
	<i>Postx</i>	0.327	0.105
<i>Problemas auditivos</i>	<i>PreTx</i>	0.342	0.459
	<i>Postx</i>	0.929	0.736
<i>Prurito</i>	<i>PreTx</i>	0.582	0.324
	<i>Postx</i>	0.315	0.932
<i>Tos</i>	<i>PreTx</i>	0.069	0.447
	<i>Postx</i>	0.324	0.311
<i>Problemas urinarios</i>	<i>PreTx</i>	0.230	0.662
	<i>Postx</i>	0.362	0.759
<i>Tics</i>	<i>PreTx</i>	0.533	0.735
	<i>Postx</i>	0.540	0.493
<i>Olor</i>	<i>PreTx</i>	0.172	0.625
	<i>Postx</i>	0.115	0.598

PreTx: Evaluación Pretratamiento.
 PosTx: Evaluación Postratamiento.

DISCUSIÓN

Tras el análisis estadístico de los resultados obtenidos en esta investigación, resulta esencial discutir algunos puntos relevantes.

Existen pocos reportes en la literatura psiquiátrica mundial sobre evaluación profunda de calidad de vida y diversa sintomatología tanto asociada al trastorno límite de la personalidad como sintomatología en general, principalmente síntomas físicos.

El presente estudio representa una investigación pionera en nuestro país puesto que no se cuenta con precedentes que evalúen y relacionen la calidad de vida y sintomatología clínica en pacientes con TLP.

Tal como se ha reportado en algunos estudios en otros países, se encontraron diferencias en la calidad de vida con la aplicación del tratamiento psiquiátrico, comparando la evaluación basal frente a la evaluación realizada a las doce semanas de iniciado el tratamiento psiquiátrico. Esto se pudo observar en todas las subescalas del INCAVISA, aunque sólo en una de ellas la diferencia no fue estadísticamente significativa: redes sociales. No se encontró alguna diferencia entre los diversos abordajes (farmacológico vs combinado) indicados a los pacientes.

Los resultados en cuanto al tipo de tratamiento empleado son difíciles de evaluar ya que deben considerarse las importantes diferencias que existen entre un tratamiento farmacológico y uno psicoterapéutico, incluso dentro de estas mismas categorías habría que considerar las diferentes opciones; por ejemplo, en el tratamiento farmacológico habría que considerar la familia del psicofármaco

empleado (ISRS, antipsicótico, etc) y en la psicoterapia habría que considerar el tipo empleado (psicodinámica, cognitivo-conductual) y, dentro de éstas, el subtipo específico. Asimismo, debería considerarse como el tiempo de evolución, comorbilidad psiquiátrica, tratamientos previos y duración de éstos.

En relación a la evaluación de los síntomas físicos, se observó una mejora de éstos tanto con la aplicación del ICG-TLP como con el apartado de síntomas del InCaViSa, existiendo diferencias importantes entre la evaluación basal y la evaluación postratamiento en la mayoría de los síntomas. Se observó una reducción tanto en los síntomas generales como en aquellos síntomas asociados con distorsiones cognitivo-perceptuales evaluados con el ICG-TLP. Sin que se encontrara alguna diferencia entre el tipo de tratamiento empleado.

En relación a la fiabilidad de resultados queda por definir la repercusión de la falacia afectiva así como sesgos existentes dentro de las evaluaciones utilizadas y el tiempo abarcado sobre los diversos resultados obtenidos en este estudio. Además hay que considerar otros aspectos como las características de la muestra como son el tamaño de ésta, la distribución de género, edad y tipo de tratamiento psiquiátrico indicado, en futuras investigaciones sería conveniente homogenizar estas últimas tres variables e intentar incrementar el tamaño de la muestra. Por otra parte, podría ser conveniente incrementar el tiempo de seguimiento que, por aspectos metodológicos, no fue posible realizar en este estudio; pero sería interesante conocer la evolución en diferentes momentos y realizar más evaluaciones a lo largo del estudio y poder extender a más de doce semanas el seguimiento de estos pacientes. Sin embargo, a pesar de las

limitaciones metodológicas que pueda representar esta investigación, los resultados son de importancia clínica y de investigación y puede formar parte de las bases que abran nuevas líneas de investigación sobre calidad de vida en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

CONCLUSIONES

Tal como se planteó en los objetivos de este estudio, se evaluó la calidad de vida en pacientes con TLP, antes y después de recibir tratamiento psiquiátrico, sin hacer distinción alguna entre tipo de tratamiento psiquiátrico.

De acuerdo con el análisis estadístico de los resultados obtenidos en esta investigación, existe una mejoría en la sintomatología y la calidad de vida de los pacientes con trastorno límite de la personalidad que reciben algún tratamiento psiquiátrico, independientemente del tipo de tratamiento indicado, psicofarmacológico o terapéutico, sin que exista alguna diferencia estadísticamente significativa con respecto de la edad y del género de los pacientes participantes.

Estos resultados pueden ofrecer información útil a los profesionales de la salud mental, principalmente a psiquiatras, psicólogos, enfermeras especialistas y trabajadores sociales; por ejemplo, en la elaboración de planes de tratamiento específicos y eficaces en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con TLP, así como su rehabilitación social.

A futuro sería útil la investigación de la correlación existente entre la mejora sintomática y calidad de vida y estado de bienestar de los pacientes con TLP, sin embargo al momento actual como observamos los sesgos existentes como la falacia afectiva es una importante dificultad para la medición de dicha relación, por lo cual será importante desarrollar dentro de los instrumentos utilizados en esta población una subescala específica que cuantifique el estado emocional en dicho momento y su repercusión en la puntuación total.

Además de que sería fundamental proponer diversas estrategias para mejorar o eliminar las limitaciones metodológicas que se presentaron en el presente estudio. Por ejemplo, sería conveniente utilizar un tamaño de muestra más grande e incluir poblaciones de pacientes con TLP que se encuentren con cada uno de los diversos tratamientos indicados para el tratamiento de este trastorno y con tiempos de seguimiento largos realizando varias evaluaciones en diversos momentos de tratamiento y no únicamente al inicio y final del mismo, esto último para lograr determinar el impacto de cada uno de los diversos abordajes terapéuticos de una forma más confiable. Asimismo, podría involucrarse también la participación de los familiares.

Los resultados obtenidos de futuras investigaciones podrían representar un mayor peso e impacto en la aplicación clínica de los manejos actuales de los pacientes mexicanos con TLP.

REFERENCIAS

1. Sadock BJ Sadock, VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría, 10a edición. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. 2009: 799.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, Text Revised. Washington DC, APA; 2000.
3. OMS. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. 2000.
4. Díaz-Marsa M, González SB, Tajima K, Farcia JA, Navas M, Carrasco JL. Psychopharmacological treatment in borderline disorder. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36 (1): 39-49.
5. American Psychiatric Association. Guidelines for treatment of Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry. 2001; 158: 1-52.
6. Coccaro EF, Siever LJ. The neuropharmacology of personality disorders. Psychopharmacology: the fourth generation of progress. New York: Raven Press. 1995: 1567-79.
7. Abraham PF, Calabrese JR. Evidence-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? J Affect Disord. 2008; 111: 21-30.
8. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, et al. Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacol. 1995; 15: 23-9.
9. Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, et al. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. J Clin Psychiatry. 2004; 65: 379-85.

10. Zanarini MC, Frankenburg FR, Prachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the fluoxetine-olanzapine combination in women with borderline personality. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 903-7.
11. Rinne T, van den Brink W, Wouters L, van Dyck R. SSRI Treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled Clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 2048-54
12. De la Fuente JM, Lotstra F. A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1994; 4: 479-86.
13. Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 442-6.
14. Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol*. 2005; 19: 287-91.
15. Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 2006; 26: 61-6.
16. Nickel MK, Nickel C, Mitterlenher FO, Lahmann C, et al. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 1515-9.

17. Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Muhlbacher M, Tritt K, et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*. 2005; 57: 495-9.
18. Lieb K, Volim B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *BJ Psych*. 2010; 196: 4-12.
19. Zullino DF, Haefliger QP, Stigler M. Olanzapine improves social dysfunction in cluster B personality disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2002; 17: 247-51.
20. Shoja S, Shahveisi B.. Olanzapine versus haloperidol in the management of borderline personality disorder. A randomized double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2010; 30: 44-7.
21. Pascual JC, Puiddemont D, Perez Egea R, Alvarez E, et al. Ziprazidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo controlled randomized study. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69: 603-8.
22. Villeneuve E, Lemelin S. Open-label study of atypical neuroleptic quetiapine for treatment of borderline personality disorder: impulsivity as main target. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 1298-303.
23. Nickel M, Muehlbacher M, Nickel C, et al. Aripiprazole in treatment of borderline patients: a double-blind, placebo controlled study. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 833-38.
24. Pérez Urdaniz A, Rubio Larrosa V. Trastornos de la personalidad. Editorial Masson. 2005: 345-58.

25. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004; 364: 453-61.
26. Stone M. Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*. 2006; 5 (1): 15-20.
27. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, Palmer S. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (boscot) trial. *British Journal of Psychiatry*. 2007; 182:135–40.
28. Hoch JS, Carscadden J. Relationship Management Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Serv*. 2006; 57:179– 81.
29. Christopher JL, Murray JA, Colin SD, Lopez AD. Summary Measures of Population Health Concepts, Ethics, Measurement and Applications. World Health Organization, Geneva. 2002.
30. WHO-QoL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med*. 1998; 46: 1569–85.
31. Velarde JE, Avila FC. Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*. Instituto Nacional de Salud Pública. 2002; 44: 349-61.
32. Borthwick-Duffy, S.A. Quality of life and quality of care in mental retardation. *Mental retardation in the year 2000*. Springer-Verlag, Berlin. 1992: 52-66.
33. Felce D, Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 1995; 16 (1): 51-74.

34. Calso Velázquez LJ, Villanueva BM, Flores TE, Pérez MPJ, Fernández LL, Velázquez CM. Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España). *Revista de Enfermería*. 2002; 15.
35. Schmidt S, Mûhlan H, Power M. The EUROHIS-QoL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*. 2010; 16 (4): 420–28.
36. Arostegui I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del país Vasco. Universidad de Deusto, 1998.
37. Cummins, R.A. *The Comprehensive Quality of Life Scale for Adults*, fourth Edition. Melbourne: School of Psychology, Deakin University. 1993
38. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*. 1988; 57 (1): 109-12.
39. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería XII*. 2003; 9 (2): 9-21.
40. Martin JK, Lang A, Olafsdottir S. Rethinking Theoretical Approaches to Stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Soc Sci Med*. 2008; 67(3): 431–40.
41. Leplege A, Hunt S. The Problem of Quality of Life in Medicine. *JAMA*. 1997; 278:47-50.

42. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007; 20:163–67.
43. Lafuente LS, Criado MI, Covarrubias FC. Relación entre el Estado Funcional y la Calidad de Vida de los Pacientes Psiquiátricos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2007; 27(100):319-31.
44. Choon HN. Meaning of the Quality of Life for Persons Living With Serious Mental Illness: Human Becoming Practice With Groups. *Nursing Science Quarterly*. 2004; 17 (3): 220-5.
45. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 2000.
46. Rivas M. Calidad de vida, indicadores de calidad de vida y la educación. 2001, Puerto Rico.

ANEXOS

I. **CONSENTIMIENTO INFORMADO** (Anexo 1)

Por medio de la presente, _____, acepto participar de forma voluntaria y sin presión de algún tipo, en el protocolo de investigación **EVALUACION DEL IMPACTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y/O PSICOTERAPEUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGIA DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE INESTABILIDAD DE LA PERSONALIDAD** que se realiza en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a cargo del Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano.

Este estudio tiene el objetivo de evaluar la calidad de vida y sintomatología en dos puntos, tanto previo a un tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o combinado como en un punto posterior donde el manejo ya establecido, teóricamente deba mostrar beneficios, logrando con lo anterior valorar la mejora en cada unos de los rubros citados con cada tipo de abordaje terapéutico.

Durante la entrevista que se le realizara, usted puede realizar las preguntas que considere necesarias en relación a lo que se le estará practicando y el médico encargado de la investigación contestará amablemente a todas y cada una de sus preguntas.

La información que se obtenga se mantendrá siempre dentro del ámbito de la confidencialidad y solo será del conocimiento del investigador y del personal médico de este Hospital y será identificada mediante una clave numérica. La información que se obtenga de la presente investigación servirá como referencia para la evaluación de las estrategias terapéuticas en el manejo del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad como diagnostico incluido en el DSM-IV TR.

El paciente podrá renunciar en cualquier momento, si así lo desea, sin que esto afecte su tratamiento ó el trato que recibe por parte del personal que labora en esta Institución.

En caso de que ocurriera algún episodio de agitación psicomotriz o agresividad por parte del paciente durante la evaluación, se notificara inmediatamente a los médicos encargados del área en dónde se esté evaluando y se dará por terminada la evaluación sin que esto afecte el tratamiento del paciente en el instituto.

Este protocolo de estudio no tiene ningún costo para usted. El beneficio que obtendrá al participar en el presente estudio será que se realizaran evaluaciones continuas del cuadro clínico del paciente, en búsqueda de la mejora en la calidad de vida y sintomatología existente con lo cual se buscara optimizar el tratamiento de dicho grupo de pacientes.

Si existiera alguna duda al respecto de la presente investigación se puede comunicar con toda confianza con el investigador principal Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano al teléfono 5528520005

Firma del paciente

Firma de un familiar o testigo

Firma de un familiar o testigo

Fecha: _____