



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO
PSICOSOCIAL EN UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNO
LÍMITE DE PERSONALIDAD COMPARADO CON EL NIVEL DE
FUNCIONALIDAD PSICOSOCIAL DE UN GRUPO DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

MED.CIR. LUCERO RAMÍREZ CARBAJAL

ASESOR METODOLÓGICO

ASESOR TEÓRICO

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

DRA. INGRID VARGAS HUICOCHEA

México D.F. enero 2014



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.

**DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN
UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
COMPARADO CON EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD DE UN GRUPO DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

ÍNDICE		1
RESUMEN		3
I. INTRODUCCIÓN		4
II. ANTECEDENTES		5
	ESQUIZOFRENIA	
	a) Definición	
	b) Epidemiología	
	c) Etiología	6
	d) Cuadro Clínico y tratamiento	7
	e) Impacto psicosocial	9
	f) Estudios de funcionamiento psicosocial	11
	TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD	
	a) Definición	12
	b) Epidemiología	
	c) Etiología	13
	d) Cuadro Clínico y tratamiento	14
	e) Impacto psicosocial	15
	g) Estudios de funcionamiento psicosocial	16
III. MARCO TEÓRICO		18
	a) Teorías del funcionamiento psicosocial (disfunción psicosocial).	
	b) Definición de funcionamiento psicosocial.	23
	c) Definición de disfunción psicosocial.	
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		
V. JUSTIFICACIÓN		24
VI. MÉTODO		25
	TIPO DE ESTUDIO	
	HIPÓTESIS	
	OBJETIVOS	
	OBJETIVO GENERAL	
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
CRITERIOS DE EXCLUSION	
POBLACIÓN DE ESTUDIO	
VARIABLES	
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	
VARIABLES CLÍNICAS	
INSTRUMENTOS	27
ENTREVISTA CLÍNICA (SCID).	
ESCALA DE DESEMPEÑO PERSONAL Y SOCIAL (PSP).	28
ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG).	29
VII. PROCEDIMIENTO	30
VIII. ANALISIS ESTADÍSTICO	
IX. RESULTADOS	
 COMENTARIO Y CONCLUSIONES	
 BIBLIOGRAFÍA	35-45

RESUMEN

La esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad (TLP) constituyen dos trastornos psiquiátricos que afectan cada uno entre el 1% y el 2% de la población general. Ambos padecimientos se presentan más frecuentemente en la segunda década de la vida y afectan tanto a varones como a mujeres de cualquier estrato socioeconómico y cultural. Aunque constituyen dos diagnósticos codificados en distintos ejes del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales IV-Texto Revisado (DSM-IV-TR), ambos padecimientos se ven influenciados fuertemente, como demuestran algunos reportes, por las condiciones psicosociales y ambientales que rodean al paciente. Esto repercute directamente en la funcionalidad global de los pacientes que presentan cualquiera de los dos trastornos. En México no contamos con estadísticas acerca del grado de deterioro funcional en los pacientes con TLP, por el contrario existen varios estudios tanto en México como en otros países que reportan los niveles de deterioro o funcionalidad psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. Por ello consideramos relevante investigar el grado de funcionalidad psicosocial en un grupo de pacientes con TLP.

Estudios previos reportan que, la evidencia más clara del deterioro social que sufren los pacientes con trastorno límite de la personalidad es su tasa de desempleo, una tasa similar a la observada en los pacientes con esquizofrenia a pesar de las aparentes capacidades sociales e intelectuales de los individuos con TLP, que deberían permitirles desenvolverse mejor.

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de funcionalidad psicosocial en un grupo de pacientes con TLP y compararlo con el grado de funcionalidad de un grupo de pacientes con esquizofrenia.

I. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un padecimiento de curso crónico y progresivo que deteriora la funcionalidad global del paciente. Su evolución se ve afectada directamente por la situación económica, social y cultural del entorno, lo cual también sucede en el caso del paciente con trastorno límite de personalidad. Ambos trastornos, aunque de diferente manera, se caracterizan por mal apego al tratamiento, múltiples recaídas e internamientos frecuentes, lo que condiciona una problemática económica y familiar. En el aspecto económico puede haber desestabilización debido a pobres recursos para el mantenimiento del tratamiento farmacológico del paciente, lo cual puede complicarse con gastos originados por las hospitalizaciones. Esto tiene repercusiones también en el estado emocional de los integrantes de la familia del paciente, lo que puede generar otras situaciones como ausentismo o disminución del rendimiento laboral (Kaplan y Sadock, 2004).

Posterior a la fase aguda del padecimiento es difícil la reinserción social de los pacientes con trastorno límite de la personalidad o con esquizofrenia. Ya que cada uno de estos trastornos constituye una alteración tan grave que requiere amplios tratamientos de rehabilitación social (Gunderson J.G., 2002).

II. ANTECEDENTES

ESQUIZOFRENIA.

a) Definición.

La esquizofrenia es un tipo de psicosis, es la escisión de la mente, por lo tanto el paciente pierde el contacto con la realidad. Es un padecimiento crónico de curso progresivo con diversos síntomas de presentación. Se han propuesto por lo menos tres hipótesis del desarrollo de la enfermedad: las que proponen alteraciones en el desarrollo cerebral pre o perinatal, las que proponen anomalías en el desarrollo periadolescente y las que abogan por procesos neuroregresivos tras el inicio de la enfermedad.

b) Epidemiología.

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población. La edad promedio de presentación de la enfermedad es de los 20 a los 25 años de edad y persiste durante toda la vida, afectando a personas de todas las clases sociales. En México, se ha calculado que en el año 2000, existían de 619,550 a 1.239,101 (1%-2%) sujetos con esquizofrenia (Valencia, 2001). Caraveo (1996) ha reportado una prevalencia de 0.7 a 2% de esquizofrenia. La esquizofrenia afecta a individuos de todos los países del mundo y se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años (Murray y López, 1996). Si bien la esquizofrenia se analiza como si fuera una sola enfermedad, es probable que abarque un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas y con presentaciones clínicas, respuesta terapéutica y evolución de la enfermedad variables.

Según el DSM-IV-TR (2002), la incidencia anual de la esquizofrenia varía de 0.5 a 5.0 por 10,000 habitantes, con cierta variación geográfica (por ejemplo, la incidencia es más alta en personas nacidas en zonas urbanas de naciones industrializadas). La esquizofrenia presenta la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres pero difiere en cuanto al inicio y evolución de la enfermedad. El inicio es más temprano en los hombres que en las mujeres, mientras que el ingreso por primera vez a un hospital psiquiátrico antes de los 25 años de edad se presenta en más de la mitad de los varones y solo en un tercio de las mujeres. La edad promedio de inicio de este padecimiento en varones es de los 10 a los 25 años y en mujeres de los 25 a los 35 años de edad. A diferencia de los hombres, en las mujeres tiene una distribución etaria bi-modal, con un segundo pico en la edad mediana. Aproximadamente entre el 3% y el 10% de las mujeres presentan la enfermedad después de los 40 años. Alrededor del 90% de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento tienen de 15 a 55 años de edad.

c) Etiología.

Aunque no se conocen las causas exactas de la esquizofrenia, parece que diversos factores aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. Estos factores

interactúan e influyen en el desarrollo y la evolución del trastorno (Strauss y Carpenter, 1981; Weinberger y Hirsch, 1995) de forma que la importancia de unos y otros varía en función de las diferentes etapas del desarrollo del individuo. Una serie de factores genéticos y complicaciones en el embarazo y el parto pueden influir en la predisposición del recién nacido a padecer la enfermedad. El momento de la vida en que inicia la enfermedad depende del grado de vulnerabilidad del sujeto y de su exposición a diferentes tipos de estrés. Los factores de estrés desencadenantes pueden tener una naturaleza biológica (p. ej. abuso de drogas alucinógenas) o social (p. ej. pérdida de un familiar). Estos y otros factores y condicionantes también afectan la evolución y pronóstico de la enfermedad.

En algunos pacientes con esquizofrenia se han identificado alteraciones cerebrales. Estas modificaciones en la estructura y función del cerebro han sido detectadas mediante el análisis del tejido cerebral post-mortem, así como por medio de las nuevas técnicas de neuroimagen que se utilizan para examinar el cerebro en vida. Las anomalías en el tamaño del cerebro y del sistema ventricular, cuando están presentes, aparecen al comienzo de la enfermedad (Vita y col., 1997), lo que refuerza la interpretación de que suponen una vulnerabilidad arraigada y no son consecuencia del curso de la propia enfermedad ni del tratamiento médico. La correlación de las anomalías estructurales con síntomas o grupos de síntomas es menos evidente, aunque las asimetrías parecen guardar relación con los síntomas negativos (Messimy y col., 1984). Los síntomas negativos también parecen relacionarse con atrofia del lóbulo temporal izquierdo (Turetsky y col., 1995). Los estudios con SPECT y PET del flujo sanguíneo cerebral regional han correlacionado la presencia de síntomas específicos o perfiles de síntomas con alteraciones en el flujo sanguíneo de diferentes regiones. En general, los síntomas positivos se asocian con hiperfunción en algunas áreas e hipofunción en otras, mientras que los síntomas negativos se correlacionan siempre con hipoperfusión (Sabri y col., 1997).

Investigaciones indican que la eficacia clínica de los antipsicóticos reside en su capacidad de bloquear los receptores D2 de la dopamina (Peroutka y Snyder, 1980). La dopamina aumenta la sensibilidad de las células cerebrales a los estímulos. Normalmente, esto es útil para aumentar la toma de conciencia de la persona en momentos de estrés y de peligro. Pero para una persona con esquizofrenia la suma del efecto de la dopamina a un estado cerebral ya hiperactivo puede inducir una psicosis.

Utilizando técnicas de biología molecular, se ha demostrado un aumento de la densidad y sensibilidad de receptores dopaminérgicos en el tejido cerebral post-mortem de pacientes con esquizofrenia no tratados (Seeman, 1987, 1995; Stefanis y col., 1998). Cuando se introdujeron los antipsicóticos atípicos (clozapina, y luego risperidona, olanzapina y otros), los investigadores empezaron a poner en duda la hipótesis de que el efecto bloqueador D2 de los antipsicóticos era el factor más importante en su acción antipsicótica. Se ha verificado que el mecanismo de acción de los antipsicóticos atípicos implica una gran afinidad por varios receptores, además de los dopaminérgicos D2, entre los que se incluyen los receptores de la serotonina 5-HT₂, (Meltzer y col., 1996). Así pues, descubrimientos recientes sugieren que otros muchos receptores, como D1, D3, D4, 5-HT₂ y NMDA, también intervienen en la patogenia de la esquizofrenia (Hirsch y Weinberger, 1995; Seeman, 1995; Kerwin y col., 1997).

d) Cuadro Clínico.

Los síntomas de esquizofrenia suelen clasificarse como positivos y negativos (Andreasen y Olsen, 1982). Ambos tipos pueden causar problemas en el funcionamiento social del paciente y contribuir a la estigmatización de la enfermedad. En la mayoría de las personas con esquizofrenia los síntomas positivos y negativos se manifiestan en grado diferente en distintas etapas del proceso.

Los síntomas positivos son alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado, comportamiento y síntomas catatónicos; los síntomas negativos son embotamiento afectivo, pobreza del lenguaje, anhedonia y abulia. Por lo general, los estudios longitudinales revelan que los síntomas negativos son más estables que los positivos y menos probable que mejoren a lo largo de la enfermedad (Addington y Addington, 1999).

Los síntomas positivos: las ideas delirantes son creencias falsas, totalmente contradictorias con la realidad social e ilógica para la mayoría de la gente, excepto para la persona que las padece; y que interfieren en el funcionamiento diario del paciente. Estas ideas pueden ser sistematizadas y complejas, así como centrarse en uno o más temas. Hay ideas delirantes de persecución, de referencia, de control, de inserción y de transmisión del pensamiento, de culpa, de grandeza, religiosas y somáticas. Las alucinaciones son percepciones sensitivas en ausencia de un estímulo externo. Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes en los sujetos con esquizofrenia, quienes escuchan voces que hacen comentarios acerca de sus actividades diarias, los amenazan, les dan órdenes; o con menor frecuencia son distintas voces que conversan entre ellas. Los sujetos que las padecen refieren escucharlas ya sea del interior o del exterior, suelen ser hostiles y amenazadoras por lo que los pacientes suelen sentirse angustiados o atemorizados. Se dice que afectan del 50-70% de los pacientes con esquizofrenia (Hoffman y cols., 2003). Las alucinaciones visuales son poco frecuentes en los individuos con esquizofrenia y cuando las presentan ven personas, formas, colores y objetos que en realidad no existen. Tienden a relacionarse con la interpretación de la idea delirante de temática amenazadora, persecutoria o religiosa. Las alucinaciones táctiles y somáticas implican sensaciones físicas como sentir que los tocan y también en la percepción de calor, frío o descargas eléctricas. Las alucinaciones olfativas consisten en la percepción de olores extraños que nadie más experimenta y habitualmente están relacionadas con las alucinaciones gustativas.

Algunos sujetos con esquizofrenia tienen un comportamiento motor extraño como hacer muecas o balancearse, movimientos ritualistas y estereotipados. La catatonia implica mantener una postura rígida o no natural junto con una apariencia desorganizada, artificial y desmañada. La flexibilidad cética consiste en mantener posturas poco habituales que el examinador ha inducido en el paciente.

Los síntomas negativos pueden aparecer durante el estadio prodrómico del trastorno, antes del primer episodio psicótico (Hafner y cols., 1995) y están relacionados con un funcionamiento premórbido deficiente. Durante la fase psicótica el individuo manifiesta síntomas negativos inestables que coexisten con los síntomas positivos durante los periodos de exacerbación psicótica. Asimismo los síntomas negativos persisten después de un episodio psicótico y representan una degeneración desde los niveles premórbidos del funcionamiento. El embotamiento o aplanamiento

afectivo se caracteriza por la ausencia y la disminución de la reacción emocional a los estímulos. Algunos sujetos que lo presentan pueden expresar poco sus emociones y otros exhibir una ausencia de la expresividad facial. Sin embargo, estos individuos sí experimentan las sensaciones derivadas de las diferentes emociones, solo que no pueden expresarlo. El retraimiento social es la falta de interés en la interacción con el resto de los individuos. La alogia hace referencia a la fluidez o a la producción insuficiente de pensamientos y del lenguaje. La abulia y la apatía son un elemento distintivo de la ausencia de energía, del instinto o del interés. Los sujetos presentan una falta de motivación y de iniciativa para empezar o terminar tareas o cumplir objetivos. Esta falta de interés también se manifiesta como descuido en la higiene personal y en la menor participación en las diferentes actividades de la vida cotidiana –trabajo, hogar, escuela, deportes, etc-.

SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

La clasificación diagnóstica de la CIE-10 define cuatro subtipos de esquizofrenia:

- **Paranoide:** es el subtipo más común de esquizofrenia y está caracterizado por la presencia de alucinaciones e ideas delirantes de persecución.
- **Hebefrénica:** también denominada esquizofrenia desorganizada, empieza normalmente en la adolescencia y se caracteriza por el predominio de síntomas negativos, aplanamiento afectivo y pensamiento desorganizado y fragmentado. Este subtipo es muy discapacitante y dificulta el rendimiento académico o laboral.
- **Catatónica:** este subtipo, en cambio, es cada vez más raro. Se presentan síntomas motores predominantemente y un retraimiento social extremo, aplanamiento emocional y falta de ideas, abulia.
- **Simple:** suele presentar únicamente síntomas negativos, aunque también pueden manifestarse de forma ocasional pensamientos y comportamientos extravagantes y anomalías de la percepción. A pesar de la ausencia de síntomas positivos puede ser muy discapacitante, porque los síntomas negativos contribuyen en gran medida a provocar problemas sociales y de orden laboral.

La CIE-10 también incluye tres categorías adicionales: esquizofrenia indiferenciada (que combina rasgos de varios subtipos), esquizofrenia residual y depresión post-esquizofrénica.

El Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia realizado por la OMS, entre 1969 y 1976, comprobó que la esquizofrenia era un trastorno omnipresente con un cuadro clínico similar en todas las zonas estudiadas (OMS, 1973).

La **Tabla 1** muestra los diez síntomas más frecuentes de esquizofrenia. Con independencia de donde aparezcan, los síntomas característicos de la esquizofrenia son básicamente los mismos: ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento, trastornos catatónicos y síntomas negativos. Sin embargo, la forma en que surgen y el tipo particular de síntomas relevantes pueden variar entre los distintos individuos y culturas.

Tabla 1: Los diez síntomas más frecuentes de las formas agudas de la esquizofrenia.

SÍNTOMAS	FRECUENCIA
Falta de introspección	97%
Alucinaciones auditivas	74%
Ideas de referencia	70%
Susplicacia	66%
Aplanamiento afectivo	66%
Alucinaciones en segunda persona	65%
Humor delirante	64%
Delirios de persecución	64%
Robo del pensamiento	52%
Sonoridad del pensamiento	50%

Procedencia: Organización Mundial de la Salud. Informe del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia. (OMS 1973; Jablensky y col. 1992)

Las perspectivas para los pacientes con esquizofrenia han mejorado notablemente gracias al desarrollo de una serie de medicamentos e intervenciones psicosociales. Los nuevos antipsicóticos ayudan a controlar los síntomas del trastorno, al tiempo que causan menos efectos secundarios. La psicoeducación y otras intervenciones psicosociales, ayudan al paciente y a sus familiares a manejar el trastorno de manera más efectiva, a reducir la disfunción social y laboral y a aumentar la reinserción social.

e) Impacto psicosocial.

Típicamente, los problemas con las relaciones sociales y el desempeño de las actividades de la vida cotidiana –ir a la escuela o trabajar-, preceden al inicio de la esquizofrenia y están presentes durante gran parte de la vida de la persona afectada. Los problemas en el funcionamiento social y laboral son una característica de la esquizofrenia, hecho que se corrobora en el DSM-IV que exige para el diagnóstico de la enfermedad la disfunción social y laboral. Estudios recientes que han cuantificado la carga total de la esquizofrenia, revelan que la enfermedad causa sufrimiento, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario en los pacientes y sus familias (Thornicroft y Tansella, 1996).

Aunque algunas personas con esquizofrenia no tienen problemas sociales durante la infancia y la adolescencia antes de desarrollar los primeros signos de la enfermedad, muchas otras muestran un patrón de mala adaptación (Baum y Walker, 1995; Hans y cols., 1992). Durante la infancia y la adolescencia de las personas que desarrollan esquizofrenia tienden a producirse dos tipos de funcionamiento social anómalo. Algunos individuos son más tímidos, parecen más incómodos cuando

interactúan con sus iguales, tienen menos amigos y son más ansiosos y retraídos que los demás. Otros muestran un patrón de mala adaptación de la conducta social, reflejado como problemas en el control de los impulsos durante la infancia y la adolescencia (Asarnow, 1988; Cannon y cols., 1993, Robins, 1966; Rutter, 1997). Al menos parte de las disfunciones sociales dominantes observadas en personas que desarrollan esquizofrenia podrían ser signos precoces de la enfermedad. El trabajo de Häfner y cols. (Hafner 2000; Hafner y cols. 2003) mostró que los primeros signos de la esquizofrenia incluyen depresión y síntomas negativos leves, seguidos por déficits cognitivos y dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

Muchos de los síntomas nucleares de la esquizofrenia, en especial los enmarcados en los déficits cognitivos y los síntomas negativos, se reflejan en las limitadas habilidades sociales que a menudo muestran las personas con la enfermedad. Tanto las limitadas habilidades sociales como los rígidos recursos del entorno podrían conducir a un funcionamiento social pobre. Comparados con la población general, las personas con esquizofrenia tienen una menor probabilidad de casarse, y si lo hacen, una mayor probabilidad de divorciarse (Agerbo y cols., 2004), menor probabilidad de tener hijos (Nimgaonkar, 1998) y una menor probabilidad de tener empleo (Sturm y cols. 1999). Los factores de un funcionamiento psicosocial pobre incluyen tanto variables individuales como ambientales. Desde el punto de vista individual el peor funcionamiento social se ha relacionado con pertenecer al sexo masculino (Usall y cols. 2002).

El mal funcionamiento laboral es una característica casi universal de la esquizofrenia, con tasas de empleo competitivo generalmente en el rango del 10-20 % (Brekke y cols. 1993; Marwaha y Johnson, 2004; Muesser y cols., 2001b) e invariablemente por debajo del 50 % (Priebe y cols., 1998). La alta tasa de desempleo entre las personas con esquizofrenia tiene implicaciones importantes para el efecto de la enfermedad sobre el individuo, la familia y la sociedad. Desde una perspectiva individual, los elevados costes están asociados con el desempleo en la esquizofrenia, como el vivir en la pobreza con una mayor vulnerabilidad a la victimización (Goodman y cols., 2001; Walsh y cols., 2003). Las bajas tasas de empleo en la esquizofrenia también conducen de manera natural a una mayor dependencia de la familia en lo que respecta a la vivienda y la satisfacción de las necesidades básicas.

Además el desempleo que provoca una pérdida de productividad y la necesidad de una fuente de ingresos suplementaria, es una fuente primaria del alto coste de la esquizofrenia, estimado en más de 6.000 millones de dólares anuales (Rice, 1999). De hecho, la pérdida de productividad durante la mayor parte de la vida adulta es uno de los principales motivos por los que los costes económicos y sociales de la esquizofrenia la sitúan entre las diez primeras causas generadoras de años de vida con discapacidad (Murray y López, 1996), y se estima que justifica el 2.3 % de la carga de la enfermedad en los países desarrollados y el 0.8 % en los países en vías de desarrollo (U.S. Institute of Medicine, 2001).

f) Estudios de funcionamiento psicosocial.

Además de informar de que los primeros signos de la esquizofrenia incluyen tanto problemas del estado de ánimo como sociales que preceden en

muchos años al inicio de los síntomas psicóticos, Häfner y cols. (1993, 1999) han revelado que la edad en la que estas dificultades aparecen por primera vez tiene relación con el posterior funcionamiento social de esta persona durante el curso de su enfermedad.

La vulnerabilidad del paciente con esquizofrenia suele ser de por vida. Con el tiempo, los síntomas positivos tienden a volverse menos graves, pero se pueden agravar los síntomas negativos o de déficit, socialmente debilitantes. Con la edad, la enfermedad remite, especialmente en los varones y su curso es menos grave (Häfner y col., 1998b).

Si bien alrededor de un tercio de los pacientes con esquizofrenia tienen cierta existencia social marginal o integrada, la mayoría llevan vidas caracterizadas por falta de objetivos, inactividad, hospitalizaciones frecuentes y en contextos urbanos, falta de vivienda y pobreza. Algunos estudios indican que la probabilidad de presentar síntomas negativos es más alta en varones que en mujeres y que es más probable que éstas hayan tenido mejor funcionamiento social que los hombres antes del comienzo de la enfermedad. En la esquizofrenia de inicio temprano, la enfermedad suele ser más grave particularmente en los varones. Los episodios son más agudos y tienen consecuencias sociales importantes, sobre todo porque impiden en mayor medida el desarrollo social (Asarnow y col., 1995). Se ha encontrado que las mujeres con esquizofrenia tienden a presentar un funcionamiento social mejor que los hombres con la misma enfermedad (Haas y Garrat, 1998) y a experimentar una evolución de la enfermedad algo más leve (Angermeyer y cols., 1990); esto puede atribuirse a que la edad de inicio de la esquizofrenia es superior en las mujeres (Häfner y cols., 1993). Se han detectado entre las personas con esquizofrenia como factores pronóstico de mejores habilidades sociales, características demográficas como pertenecer al sexo femenino (Mueser y cols., 1990; Usall y cols., 2002); factores cognitivos como tener niveles elevados de capacidad verbal, memoria verbal y vigilancia (Addington y Addington, 2000), y variables psicopatológicas como manifestar niveles bajos de síntomas negativos (Jackson y cols., 1989; Patterson y cols., 2001). Desde el punto de vista individual, el peor funcionamiento social se ha relacionado con pertenecer al sexo masculino (Usall y cols., 2002) y variables psicofisiológicas (Brekke y cols., 1997)

Estudios recientes que han cuantificado la carga total de la esquizofrenia, revelan que la enfermedad causa sufrimiento, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario en los pacientes y sus familias (Thornicroft y Tansella, 1996). Investigaciones indican que el aislamiento social se asocia con una evolución peor de la esquizofrenia (Henderson y col., 1978; ICMR, 1988; Brugha y col., 1993).

Los estudios de resultados a largo plazo han observado un declive laboral desde los niveles premórbidos en una proporción significativa de personas con esquizofrenia (Johnstone y cols., 1990; Marneros y cols., 1992). Asimismo este declive se evidencia en una etapa tan temprana como los 6 a 18 meses posteriores al primer episodio (Beiser y cols., 1994; Ho y cols., 1998).

Resultados de estudios longitudinales proporcionan apoyo para la hipótesis de que los cambios en la capacidad cognitiva están asociados con cambios en el estado funcional de los pacientes con esquizofrenia (Matza y cols., 2006).

Un estudio en Alemania de pacientes con esquizofrenia mostró que 90% de ellos tienen disfunción social (Lambert y cols. 2006). Otros estudios de diferentes poblaciones y diferentes tipos de esquizofrenia han reportado la presencia de disfunción social en 50 a 87.5 % (Ganev, 2000; Mueser y cols., 1991; Wiersma y cols., 2000; Lay y cols., 2000; Maziade y cols., 1996; Gillberg y cols., 1993; Mubarak y cols., 2003; Ran y cols., 2003).

Un estudio que evaluó la disfunción psicosocial en 208 pacientes con esquizofrenia encontró que la discapacidad más común fue en el funcionamiento social (93.75 %), seguido por problemas ocupacionales (63.46 %), pobre mantenimiento de la salud personal (48.08 %), problemas educacionales (21.15 %) y divorcio u otros problemas (13.9 %) mientras que solo el 1.92 % no presentaba disfunción psicosocial (Goreishizadeh y cols., 2012).

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

a) Definición.

Un trastorno de personalidad se define como experiencias y comportamientos subjetivos persistentes que se apartan de las pautas culturales, afectan a todas las áreas de la personalidad, comienzan en la adolescencia o los primeros años de la vida adulta, son estables y prolongados y llevan a la infelicidad y el deterioro. Se diagnostica un trastorno de personalidad cuando dichos rasgos son rígidos e inadaptados y provocan deterioro funcional o malestar subjetivo.

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno del sí mismo y constituye uno de los más graves trastornos de personalidad. Se caracteriza por gran inestabilidad del afecto, del estado de ánimo, del comportamiento, de las relaciones objetales y de la autoestima (Kaplan y Sadock, 2004).

b) Epidemiología.

El trastorno límite de personalidad afecta entre el 1 % y el 2 % de la población general. Con una prevalencia de entre el 1.1 % y el 4.6 % con una media del 2 %, que es la que se acepta en nuestro medio ya que en México no hay estudios estadísticos del trastorno. Una prevalencia en la población de 0.3% para un diagnóstico probable o definitivo de este trastorno de personalidad fue encontrada en una población no clínica utilizando una entrevista diagnóstica conservadora (Lenzenweger y cols. 1997). Aproximadamente 11 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y 19 % de los pacientes ambulatorios reúnen criterios para TLP (Kass, Skodol y cols., 1985), siendo la mayoría de ellos del sexo femenino. Estudios de seguimiento sugieren por lo habitual que el TLP se evidencia en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. Este trastorno es sustancialmente comórbido con otros trastornos de personalidad (Nurnberg y cols. 1991, Zimmerman y cols. 1990) y con trastornos del eje I (Fyer y cols. 1990).

La **Tabla 2** resume la bibliografía disponible sobre la concurrencia entre el trastorno límite de personalidad y otros diagnósticos, que pueden dificultar el diagnóstico diferencial. En esta amplia aunque sesgada literatura médica queda muy claro que las tasas de solapamiento aumentan en los niveles más altos de atención

(p. ej., las muestras hospitalizadas presentarán unas tasas mucho mayores de solapamiento que las muestras ambulatorias).

TABLA 2: Comorbilidad estimada del trastorno límite de personalidad y otros diagnósticos.

DIAGNÓSTICO	% de TLP con otro diagnóstico	% de otro diagnóstico con TLP
Depresión	50	15
Distimia	70	10
Trastorno bipolar II	10	20
Trastorno bipolar I	5	15
Trastorno de la conducta alimentaria	25	-
Bulimia	20	20
Anorexia	5	20
Obesidad	5	10
Trastorno por estrés postraumático	30	no estimado
Abuso de sustancias	35	10
Sólo alcohol	25	5
Somatización	5	10
Trastorno narcisista de la personalidad	25	aprox. 15
Trastorno antisocial de la personalidad	25	aprox. 25

Estimaciones tomadas de J.G.Gunderson, Trastorno límite de la personalidad, p.37, Ars Medica, 2002.

Cabe destacar que, con excepción de los trastornos de la alimentación, la tasa de concurrencia de otros diagnósticos en las muestras de TLP es superior a la presencia de trastorno límite de personalidad en muestras de otros diagnósticos.

c) Etiología.

Young y Swift (1988) desarrollaron una lista de lo que ellos denominaron “esquemas inadaptados tempranos”, su enfoque difiere del modelo estándar de la terapia cognitiva, proponiendo que a través de una niñez marcada por abusos sexuales y maltrato físico se pueden formar patrones de pensamiento extremadamente estables, capaces de generar pautas inadaptadas de conducta (Beck y Freeman; 1992). La amplia variedad de esquemas inadaptados tempranos presentes en el TLP, explica la extensa gama de síntomas que presentan estos pacientes (Shearin y Linehan, 1994).

La conexión entre los aspectos neurobiológicos y las características clínicas del TLP (cerebro/conducta), pueden proporcionar datos importantes que orienten a la presencia de una disregulación neuroquímica en la patogénesis del trastorno. Andrew E. Skodol y col. relacionaron las dimensiones de conducta más relevantes del TLP, como son la conducta agresivo-impulsiva y la inestabilidad afectiva, con

cambios neurobiológicos. Múltiples autores han demostrado a través de estudios por adopción (Coccaro et al. 1993), y a través de los indicadores de la actividad serotoninérgica (Siever y Trestman 1993; Coccaro et al. 1989), la relación existente entre las alteraciones neurobioquímicas y la conducta agresivo-impulsiva. Es sabido que los niveles de 5-HIAA, metabolito de la serotonina, están reducidos en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes que cursan con mayor incidencia e intentos de suicidio o actos impulsivos-agresivos; lo que sugiere una deficiencia de serotonina en ellos (Skodol, Siever y cols; 2000). Estudios por imágenes detallan una reducción de la respuesta serotoninérgica en las áreas límbicas posterior a la descarga afectiva, al igual que en la corteza orbito-frontal, cíngulo y corteza ventro-medial, posterior a estimulación afectiva (Rusch, Van Elst y cols., 2003). Otras alteraciones descritas en la literatura son la reducción de la triptófano hidroxilasa y del transportador de serotonina, así como cambio en los receptores 5-HT1b, 5-HT1a y 5-HT2a, los cuales están asociados a impulsividad y neuroticismo (Lesch y col. 1996; New y cols. 1998).

Por lo anterior se ha sugerido que la reducción de la serotonina y los cambios en dicho sistema se encuentran implicados en la conducta impulsivo-agresiva de los pacientes con TLP.

d) Cuadro Clínico

Los individuos con TLP casi siempre parecen estar en estado de crisis; con frecuentes fluctuaciones anímicas. Estos pacientes se caracterizan porque su estado de ánimo y comportamiento es sumamente impredecible y caprichoso (inestabilidad afectiva), exhiben frecuentes arrebatos de ira y violencia que termina en crisis emocionales intensas, tienen baja tolerancia a la frustración, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables, tendencia a confundir intimidad con sexualidad, alteración de la identidad, conductas suicidas o autodestructivas e impulsividad. La impulsividad se manifiesta en el juego patológico, abuso de sustancias, gastos excesivos y trastornos de la alimentación. Los actos de autolesión (como los cortes en las muñecas), los gestos de tipo suicida y los intentos suicidas son muy frecuentes en el TLP y son realizados para obtener ayuda, expresar ira o insensibilizarse ante el efecto abrumador de su situación. Hay distorsión de la imagen corporal, y la percepción del sí mismo y de los otros es dicotómica. Los pacientes con TLP pueden sufrir episodios psicóticos breves (microepisodios psicóticos), durante los cuales los síntomas psicóticos son casi siempre limitados, fugaces o dudosos. Sus logros rara vez se corresponden con sus capacidades. Dependiendo de las características, Oldham (2001) propone la existencia de 5 subtipos clínicos: afectivo, impulsivo, agresivo, dependiente y vacío.

Los pacientes con TLP distorsionan sus relaciones porque consideran a las personas absolutamente buenas o absolutamente malas. Las ven como figuras que pueden brindar afecto y cuidado o como figuras odiosas, sádicas, que les privan de sus necesidades de seguridad y les amenazan con el abandono cuando ellos se sienten dependientes. Como consecuencia de esta escisión, la persona buena es idealizada y la persona mala, desvalorizada (Kaplan y Sadock, 2004).

e) Tratamiento.

El tratamiento del trastorno límite de personalidad es multidisciplinario, incluyendo un abordaje farmacológico y psicoterapéutico. La Asociación Americana

de Psiquiatría propone un abordaje farmacológico para las tres dimensiones sintomatológicas: afectiva, cognitiva y conductual (American Psychiatric Association, 2001).

Los fármacos utilizados para los síntomas afectivos son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS); la duración mínima del tratamiento es de 12 semanas. Mejorando los síntomas de ira intensa y la desinhibición de la conducta, la sensibilidad al rechazo y la hostilidad. Otros medicamentos que han mostrado eficacia son los IMAO y los estabilizadores del estado de ánimo como el litio, la carbamazepina, el ácido valproico, etc. En casos de ansiedad intensa están indicadas las benzodiacepinas de vida media larga, pero debido al riesgo de abuso hay que ser muy cuidadosos en su utilización. En caso de conductas autoagresivas y de automutilación se puede agregar al esquema previo un antipsicótico a dosis baja, como haloperidol, risperidona, trifluoperazina u olanzapina. Este se suspenderá tan pronto como los síntomas hayan remitido (Wikinski, Jufe, 2005; Rosenberg, 1994; Gaerdner, Cowdry, 1985).

Este padecimiento evoluciona razonablemente bien con psicoterapia intensiva y estable. La más recomendada es la terapia conductual-dialéctica, desarrollada por Linehan para los pacientes con conductas suicidas y con TLP (Rosenberg, 1994). También la terapia cognitiva centrada en el esquema da buenos resultados.

f) Impacto psicosocial

El TLP sigue siendo una de las formas más graves del trastorno del sí mismo (*self*), tan grave que requiere amplios tratamientos de rehabilitación social (Gunderson 1975). La prevalencia, la cronicidad y el síndrome de debilitamiento del TLP se asocian con altos rangos de utilización de servicios médicos y psiquiátricos (Skodol, Gunderson y cols. 2002). Además, estos pacientes son grandes usuarios de los servicios de urgencias, las líneas telefónicas de atención en situaciones de crisis y las interconsultas de psiquiatría a otros servicios médicos (Barrowclough y cols). Este trastorno de personalidad afecta negativamente la eficacia del tratamiento de un gran número de trastornos del Eje I, observándose una menor respuesta a la farmacoterapia (Soloff, 2000). Constituye una de las más importantes fuentes de deterioro global a largo plazo, tanto en poblaciones tratadas como no tratadas debido a los múltiples intentos suicidas y como consecuencia de frecuentes hospitalizaciones (Widiger y col. 1991).

En un estudio de seguimiento de 81 pacientes originariamente hospitalizados en Chestnut Lodge, (McGlashan, 1986), la mayoría de los pacientes fue capaz de vivir de forma independiente y adaptarse al trabajo. Sin embargo, la muestra reveló una distribución bi-modal cuando se evaluó el funcionamiento de las relaciones íntimas; mientras que un grupo logró mantener relaciones íntimas significativas a lo largo del tiempo, el otro grupo se adaptó a la vida evitando el contacto interpersonal cercano.

Un gran número de estudios epidemiológicos tratan de manera indirecta sobre el deterioro funcional de los pacientes con TLP. Las variables de estatus socio-demográfico probablemente reflejen la función psicosocial. Así, las investigaciones epidemiológicas muestran que aquellos con diagnóstico de TLP comúnmente están separados, divorciados o nunca se han casado (Swartz y cols., 1990), presentan mayor tasa de desempleo, frecuentes cambios de trabajo, o periodos de inestabilidad (Reich y cols., 1989). Los estudios que se refieren directamente a la calidad del

funcionamiento han mostrado de manera consistente un funcionamiento social o relaciones interpersonales más pobres (Modestin y Villiger, 1989) y un funcionamiento laboral y un logro ocupacional también más pobres. De manera semejante, en medidas globales de funcionamiento, los pacientes con TLP muestran déficit sustanciales (Paris y cols., 1987). Los hallazgos más definitivos vienen del “Estudio colaborativo longitudinal de trastornos de la personalidad” (Skodol y cols., 2002). En dicho estudio, 668 pacientes con al menos uno de cuatro trastornos de la personalidad o con trastorno depresivo mayor y sin trastorno de la personalidad, fueron cuidadosamente diagnosticados y evaluados en la Entrevista de Evaluación de Seguimiento Longitudinal de Intervalo (Keller y cols., 1987). Se encontró que los pacientes con TLP presentan más casos de deterioro severo del funcionamiento en el área laboral, de relaciones interpersonales con padres y compañeros, en el ajuste social global y en la Escala de Funcionamiento Global al ser comparados con individuos con trastorno depresivo mayor. Sobre todo los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad y con TLP mostraron más problemas laborales, en sus relaciones sociales y en actividades de ocio que los pacientes con trastorno de personalidad obsesiva y depresión mayor. Esta es una demostración importante ya que tales diferencias permanecen cuando se toman en cuenta los síntomas del Eje I. Esto sugiere que los trastornos de la personalidad per se socavan el funcionamiento en éstas áreas.

e) Estudios de funcionamiento psicosocial.

Existen pocos estudios que evalúan la disfunción psicosocial en individuos con TLP. En un estudio realizado en adolescentes mujeres con TLP y adolescentes con diagnósticos psiquiátricos mixtos se encontró una funcionalidad psicosocial significativamente baja en el grupo de TLP en comparación con el grupo control (Kaess y cols., 2012). En otro estudio Skodol y cols. (2005) discutieron la estabilidad del daño en la funcionalidad psicosocial en pacientes con cuatro diferentes trastornos de personalidad. Encontrando que los pacientes con TLP u otro trastorno de personalidad no presentaban mejoría en su funcionalidad global; concluyendo que el daño -especialmente- en la funcionalidad social puede ser un componente constante de los trastornos de personalidad.

Ansell y cols. (2007) compararon la funcionalidad psicosocial y la utilización de tratamiento en 130 participantes que fueron diagnosticados con TLP, otros trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad y un grupo de comparación de sujetos sanos, sin diagnóstico psiquiátrico. Los resultados revelaron que los déficits más severos en la funcionalidad global se encontraban dentro del grupo con TLP, mientras que en los grupos con otros trastornos de personalidad y con trastornos del estado de ánimo y ansiedad el daño en la funcionalidad global era moderado.

Chanen y cols. (2007) examinaron la funcionalidad adaptativa y la psicopatología en adolescentes con TLP. El grupo con TLP tuvo los síntomas psiquiátricos más severos y más deterioro en la funcionalidad en un rango de dominios más amplio, seguido por el grupo con otros trastornos de personalidad y el grupo sin ningún trastorno.

Jovev y cols., (2006) investigaron el impacto de los acontecimientos vitales y las molestias diarias sobre el funcionamiento psicosocial en pacientes con TLP, los

resultados indicaron que el grupo con TLP reportó los niveles más pobres de funcionamiento, especialmente en lo relacionado con el funcionamiento interpersonal.

Pagano y cols., (2004) examinaron el grado en el que los sujetos con trastornos de personalidad difieren en las tasas de eventos de la vida y el grado en el que dichos eventos impactan a la funcionalidad psicosocial. Los sujetos con TLP reportaron más eventos de la vida negativos que los sujetos con otros trastornos de personalidad. Los autores concluyeron que tienen más altos grados de eventos negativos los sujetos con trastornos de personalidad más severos y sugieren que estos eventos impactan adversamente múltiples áreas de la funcionalidad psicosocial.

Skodol y cols. (2007) realizaron un estudio en jóvenes con trastornos de personalidad para determinar las diferencias en el deterioro de la funcionalidad. Encontraron que el mayor deterioro en la funcionalidad se observó en los sujetos con trastornos de personalidad persistentes; estos individuos tenían puntuaciones en la GAF significativamente más bajas que las de los otros grupos y su funcionalidad estaba afectada de moderada a severamente.

Zanarini y cols. (2010) realizaron un estudio de seguimiento de 10 años para determinar la funcionalidad psicosocial en pacientes con TLP. Encontraron que los pacientes con TLP sin un buen funcionamiento psicosocial al inicio del estudio presentaron dificultades para llegar a el por primera vez. Los que tenían un funcionamiento semejante al del inicio del estudio tuvieron dificultades para retenerlo y luego recuperarlo. Además, más del 90 % de su funcionamiento psicosocial pobre se debió a un mal desempeño profesional y no al mal desempeño social.

III. MARCO TEÓRICO

a) Teorías del funcionamiento psicosocial.

El interés en el concepto de funcionamiento psicosocial alcanzó su punto máximo durante la década de 1960 a 1970, fue entonces cuando los investigadores empezaron a hacer hincapié en el contexto social de la enfermedad mental (Weissman, 2000). Durante ese periodo, los investigadores alentaron a los médicos a centrarse en mejorar el funcionamiento de sus pacientes en el hogar, en el trabajo y en la comunidad (Brayfield, 1965; McNair y cols., 1964). Con la llegada de la desinstitucionalización y los tratamientos en la comunidad, la importancia de que los pacientes psiquiátricos sean capaces de funcionar en sociedad de manera competente ha obtenido cada vez mayor reconocimiento. En respuesta a estos esfuerzos los órganos de gobierno desarrollaron un sistema de clasificación separada para evaluar el funcionamiento psicosocial (APA, 1980; OMS, 1980) destacando de este modo la importancia del deterioro funcional en el diagnóstico de la enfermedad mental. El concepto de recuperación se está difundiendo más ampliamente y no sorprende que una de las intervenciones de recuperación más populares incluya como elementos esenciales el funcionamiento independiente y las relaciones con iguales (Lieberman y cols., 2002). Ambos elementos se encuentran en el ámbito del funcionamiento psicosocial.

A pesar de incluir el deterioro funcional como un criterio para el diagnóstico de esquizofrenia o TLP, el DSM ofrece poco para ayudar a los médicos a definir o

cuantificar el constructo. Además existen más de 30 medidas de funcionamiento psicosocial (Bech, 2005; Bosc, 2000; Heilsenroth y cols., 2000; Kennedy y cols., 2001; Weissman, 1981; Wiersma, 1996) cada una con una conceptualización única del constructo (Weissman y cols., 2001). Para complicar las cosas los investigadores han creado diversos términos para referirse al constructo de funcionamiento psicosocial (ej.: calidad de vida, funcionamiento social, adaptación social, ajuste social) utilizándolo indistintamente. Esto hace necesaria una definición consensuada del concepto.

Parsons (1958) fue el primero en definir el funcionamiento psicosocial como el desempeño de una persona en las funciones o tareas en la sociedad. Casi medio siglo después, Hirschfeld y cols. (2000) definieron el funcionamiento psicosocial como el rendimiento de una persona y su satisfacción con el "rol social normal", incluyendo el dominio ocupacional, interpersonal y recreativo. Aunque similares, las definiciones más recientes de funcionamiento psicosocial han hecho hincapié en la necesidad de una perspectiva tanto objetiva como subjetiva en la medición del constructo (Hirschfeld y cols., 2000; Paykel, 1999). Al abogar por la inclusión de la perspectiva subjetiva, Endicott y cols. (1993) dijeron que la capacidad de "sentirse satisfecho con las habilidades para funcionar en múltiples actividades de la vida se ha reconocido tan importante para los pacientes como es la ausencia de signos y síntomas que se utilizan para definir los trastornos".

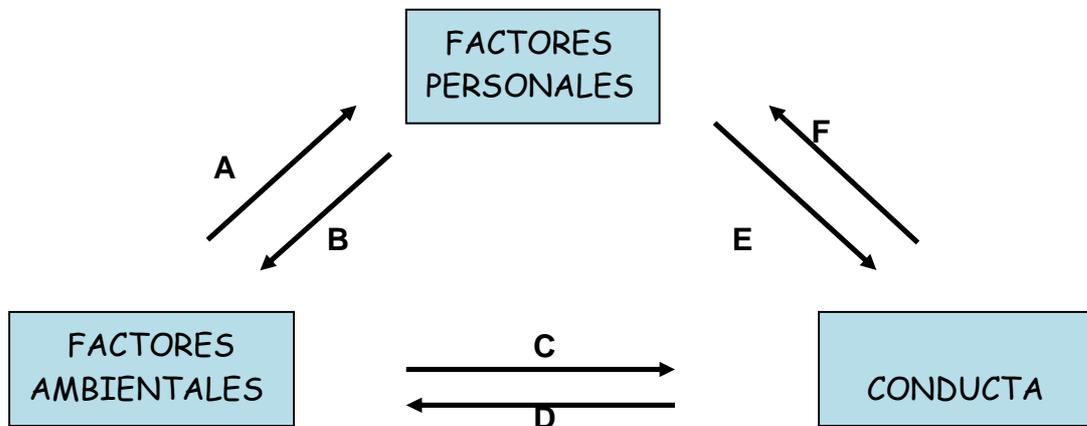
A pesar de que las definiciones han existido desde la década de 1950, se han realizado pocos esfuerzos para establecer un marco teórico para el funcionamiento psicosocial (Bosc y cols., 1997; Weissman y cols., 1981), explicando cómo se relaciona con otros aspectos importantes en el campo (por ej. el medio ambiente, la genética, las emociones, cogniciones, etc). Esto puede ser porque los intentos para definir el funcionamiento psicosocial han sido impulsados por la necesidad de desarrollar instrumentos para evaluar el ajuste a la comunidad y proporcionar un contexto social para los síndromes clínicos (Weissman, 2000). Por lo tanto, se puede decir que la comprensión del campo de funcionamiento psicosocial está basada en datos experimentales o clínicos en lugar de un marco teórico claro.

Por todos estos motivos aquí se desarrolla un marco teórico basado en la teoría cognitiva social (Bandura, 1986, 1997) para explicar cómo se relacionan con el funcionamiento psicosocial otros aspectos importantes en el área, que incluyen el medio ambiente, la biología, la emoción y la cognición.

En este estudio la teoría cognitiva social se utiliza para conceptualizar el funcionamiento psicosocial y entender mejor como este cambia en presencia de un padecimiento psiquiátrico. Se eligió esta teoría por su flexibilidad, su integralidad y su previsibilidad.

En primer lugar la teoría cognitiva social incorpora factores ambientales, cognitivos, biológicos, emocionales y conductuales en un modelo integral de la experiencia humana (Bandura, 2001). Ésta teoría es intrínsecamente flexible debido a su concepto de causalidad triádica recíproca (Bandura, 1986). Dentro de este concepto, factores ambientales, personales y de conducta interactúan unos con otros a través de vías causales bidireccionales. Es decir, de acuerdo con la teoría cognitiva social, el comportamiento no es sólo el resultado de los estímulos ambientales o cogniciones alteradas, sino que estos factores trabajan juntos para determinar uno u otro.

Figura 1.
Modelo de causalidad triádica recíproca.



NOTA: Adaptado de Bandura (1986), los factores personales incluyen las emociones, cogniciones y procesos biológicos. Los factores ambientales incluyen eventos de la vida, situación socioeconómica, educación, estructuras familiares, etc.

Por último, la teoría cognitiva social está respaldada por un cuerpo de literatura que permite a los investigadores predecir cómo interactúan los factores en determinadas circunstancias para producir el cambio de comportamiento. Por ej. Bandura y sus colegas (2001) afirman que “las condiciones económicas, las estructuras de nivel socioeconómico educativo y la familia afectan el comportamiento en gran parte a través del impacto en las aspiraciones de la gente, el sentido de eficacia, las normas personales, estados afectivos y otras influencias de autorregulación, en lugar de hacerlo directamente”. En otras palabras, los teóricos cognitivos sociales predicen que las trayectorias indirectas, compuestas de trayectorias B y E, pueden mediar parcialmente en la ruta directa entre el entorno y el comportamiento (ruta C, véase la Figura 1). De este modo, la teoría cognitiva social se separa de modelos que son más de carácter descriptivo (ej. el modelo estrés diátesis, el modelo biopsicosocial, etc).

Presentada por primera vez por Miller y Dollard (1941) como la teoría del aprendizaje social, la teoría cognitiva social fue creada por investigadores que rechazaron la idea sostenida por estrictos conductistas de que la conducta era simplemente el resultado de los estímulos ambientales. En cambio los teóricos cognitivos sociales sugiere que el impacto del ambiente sobre la conducta humana está mediada por mecanismos internos cognitivos, como el aprendizaje por observación (Bandura, 1962) y las expectativas de resultado (Mischel, 1973). En el desarrollo de este concepto, Bandura afirma que los factores intrapersonales trabajaron junto con el medio ambiente para determinar el comportamiento a través de un proceso llamado determinación recíproca (Fig. 1). Debido a la importancia de

la causalidad recíproca triádica en la teoría cognitivo social, se describe cada componente.

Los teóricos cognitivos sociales afirman que el medio ambiente se compone de factores que son físicamente externos a la persona, tales como eventos de la vida, la cultura, las condiciones económicas, educación, dinámica familiar, etc. Bandura (2001) distingue entre tres tipos de ambientes: impuesto, seleccionado o construido. Estas clasificaciones dependen del grado en que una persona trabaja para crear su entorno, en lugar de simplemente reaccionar ante él. Por ejemplo, las personas experimentan un ambiente impuesto cuando no ejercen control sobre su entorno, lo cual puede ser una experiencia positiva, neutra o negativa dependiendo de cómo el medio ambiente se adapte a sus necesidades.

Un ambiente seleccionado es aquel en el que las personas llevan a cabo ciertas conductas para lograr los resultados esperados. En este tipo de ambiente las personas participan en la creación de su entorno a través de su conducta para la obtención de consecuencias favorables o para quedar atrapados en patrones de refuerzo negativo. Por último las personas experimentan un entorno construido cuando juegan un papel activo en la creación de su propio sistema social (ej.: posición económica, educación, etc.), así incrementan la cantidad de control que tienen sobre sus vidas.

De acuerdo con la teoría cognitiva social, los factores personales se componen de influencias biológicas, emocionales y cognitivas. Con respecto a la influencia biológica y social, la teoría cognitiva rechaza una visión reduccionista que afirma que toda función humana puede en última instancia reducirse a los determinantes biológicos. En cambio se piensa que los procesos biológicos sólo prepararon el terreno para cualquier número de experiencias humanas que son determinadas por las presiones ambientales y el juicio de una persona sobre lo que es más adaptable. Cualquier comportamiento es elegido entonces por procesos biológicos determinados recíprocamente directamente o a través de su impacto sobre el medio ambiente. Del mismo modo, los teóricos cognitivos sociales sostienen que las emociones de una persona son recíprocamente determinadas por otros factores personales (por ej.: procesos biológicos y cogniciones), conductuales y eventos ambientales (Fig. 1). Por ejemplo, demasiados pensamientos negativos (Clark y cols., 1999), la disregulación de la respuesta al estrés (Gold y Chrousos, 2002), las habilidades interpersonales pobres (Lewinson y cols. 1985) y eventos de la vida adversos (Hammen, 2005; Oatley y Bolton, 1985) se asocian con estado de ánimo deprimido. Por supuesto, la dirección de esta asociación funciona en ambos sentidos pues el estado de ánimo deprimido puede exacerbar estas condiciones. Aunque los teóricos cognitivos sociales han asistido a la influencia biológica y emocional, la mayoría de sus centros de investigación se han enfocado en las cogniciones. Conceptos cognitivos como la auto-regulación, la auto-eficacia, la previsión, la motivación indirecta y la capacidad de comportamiento han sido aplicadas exitosamente para producir un cambio de conducta (Bandura, 1997). Por ejemplo, los investigadores han aplicado la teoría cognitiva social para mejorar los comportamientos de salud mediante: el incremento de confianza de las personas en la realización de sus actividades (autoeficacia), la enseñanza de las consecuencias

negativas (resultado de expectativas), modelando y recompensando las conductas apropiadas (aprendizaje por observación y motivación indirecta), por mencionar algunos. Desde este punto de vista, aunque los tratamientos psicosociales emplean estrategias diferentes, todos pueden trabajar para mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes psiquiátricos mediante la mejora de la autoeficacia. En la teoría cognitiva social la conducta se define como las acciones de una persona y se clasifican en tres ámbitos: personal, proxy y colectivo (Bandura, 2001).

El comportamiento de las personas se considera personal cuando al menos llevan a cabo ciertas tareas para lograr el resultado deseado. Los comportamientos proxy ocurren cuando las personas piensan que los demás son más capaces de asegurar los resultados deseados, para lo que delegan responsabilidades y confían en otros para realizar las acciones necesarias. Y los comportamientos colectivos se producen cuando las personas trabajan juntas como grupo hacia un resultado común. Los tres tipos de comportamiento pueden compensar el funcionamiento psicosocial de la persona si cumplen una función social u obligación.

Funcionamiento psicosocial se define como el rendimiento de una persona y su satisfacción con "el rol social normal", incluyendo los dominios interpersonal ocupacional y recreativo (Hirschfeld, 2000). Dentro de la teoría cognitiva social y su modelo de causalidad recíproca triádica (Fig. 1), el funcionamiento psicosocial representa un subconjunto de conductas llevadas a cabo para cumplir con las obligaciones sociales. En otras palabras, mientras que el componente conductual en la figura 1 representa todas las acciones humanas, el funcionamiento psicosocial representa sólo las conductas llevadas a cabo para cumplir con las funciones normativas sociales.

El papel social que dicta el funcionamiento psicosocial de la persona es único para el individuo y determinado por su entorno y un conjunto de normas. De esta manera el funcionamiento psicosocial está recíprocamente determinado por factores ambientales y personales. Lo que sigue es una discusión de las interacciones recíprocas entre el funcionamiento psicosocial, el medio ambiente y los factores personales.

Para funcionar en la sociedad, las personas necesitan saber qué se espera de ellos. La mayor parte de esta instrucción viene del entorno humano en forma de las funciones normativas sociales. En su libro sobre funcionamiento psicosocial en psiquiatría, Tyrer & Casey (1993) sostienen que el funcionamiento psicosocial depende de la comprensión de la condición social de la persona y de su clase. Del mismo modo, Clare y cols., (1984) afirman que es esencial para los investigadores "localizar al individuo en su contexto social" con el fin de evaluar el funcionamiento psicosocial, que ellos definen como la diferencia entre el "comportamiento real" e "ideal" de las normas sociales. Por último, pueden existir distintos roles sociales a través de grupos raciales o étnicos. Por ejemplo, Weissman y cols. (2001) informan que las calificaciones de funcionamiento psicosocial especialmente en el funcionamiento familiar difieren significativamente según la raza u origen étnico.

Como se mencionó antes, el funcionamiento psicosocial está parcialmente determinado por el grado en que el cumplimiento del rol de una persona reúne normas pertinentes, como la satisfacción con aspectos de la función de sí mismo y el rendimiento de la persona dentro de la sociedad. Por lo tanto, los sentimientos de satisfacción y creencias sobre lo que puede o debe llevarse a cabo (es decir, factores personales) desempeñan papeles muy importantes en la determinación del funcionamiento psicosocial. Bandura (1997) sugirió que el pobre funcionamiento psicosocial muy probablemente surja cuando las personas establecen normas para sí mismos que superan con creces sus habilidades. Asimismo, Bosc y cols. (1997) teorizaron que las personas con creencias de baja auto-eficacia eran más propensas a calificar su funcionamiento interpersonal como pobre. Los teóricos cognitivos predicen que los factores personales median el impacto de los factores ambientales sobre el comportamiento. No hay ninguna razón para pensar que esta relación mediacional no sea válida cuando solo tenemos en cuenta los comportamientos que cumplen funciones sociales (es decir, funcionamiento psicosocial). En apoyo de esta afirmación, Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) encontraron factores como los ingresos, la raza, la educación y el efecto de la evaluación subjetiva de una persona de su trabajo, familia y ocio.

Después de ésta revisión elegimos la teoría social de Bandura porque es la que engloba todas las variables (ambientales, cognitivas, biológicas, emocionales y conductuales) que intervienen para que un individuo funcione psicosocialmente en un entorno determinado. Esta teoría nos proporciona las bases para evaluar el grado de funcionamiento psicosocial en diferentes poblaciones de estudio, en nuestro caso particular de pacientes con trastornos mentales del eje I y del eje II (esquizofrenia y TLP respectivamente). Como se ha reportado por la literatura, los individuos que padecen esquizofrenia o TLP presentan cierto grado de deterioro de su funcionamiento psicosocial en diferentes áreas, lo cual además de ser en parte consecuencia de la enfermedad, está también influenciado por factores ambientales, cognitivos y conductuales. Esto también condicionado primero por las expectativas que el individuo tiene de sí mismo y segundo por lo que el entorno social espera de él. Contribuyendo así de forma negativa en el desempeño global del individuo enfermo. La teoría cognitiva social considera todas estas influencias, permitiéndonos de este modo una visión más integral del problema.

b) Definición de funcionamiento psicosocial.

Cada vez se conoce mejor la relación que existe entre la enfermedad mental grave y persistente y los problemas o limitaciones en el funcionamiento psicosocial global (Brekke y cols., 2005).

El concepto de funcionamiento psicosocial incluye aspectos como autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y funcionamiento cognitivo (Casa y cols., 2010). Por lo tanto el funcionamiento psicosocial ha sido definido globalmente como la capacidad de una persona para funcionar en diferentes roles sociales, ama de casa, trabajador, estudiante, cónyuge, miembro de familia o amigo. La definición también toma en cuenta la satisfacción de

un individuo con su capacidad para cumplir con estas funciones, para cuidar de sí mismo y la medida de su tiempo de ocio y actividades recreativas (Priebe, 2007). El funcionamiento es comparado con el nivel previo de funcionalidad del individuo (Verma y Pershad, 1989).

c) Definición de disfunción psicosocial.

Liberman en su definición clásica (1993) señaló tres aspectos a considerar para definir los trastornos mentales graves y crónicos: el diagnóstico, el funcionamiento y la duración. Enfocándonos en el funcionamiento, los trastornos mentales graves y crónicos cursan frecuentemente con un deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades, referidas fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales (Casas, Escandell y cols., 2010).

El término disfunción se refiere al cambio ocurrido en un periodo particular en la vida de un individuo. La disfunción psicosocial es la alteración en el desempeño del individuo en varias áreas psicosociales que comprenden el área personal, social, familiar y profesional.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Tanto la esquizofrenia como el TLP son dos padecimientos psiquiátricos con una considerable incidencia en la población general (1-2 %) y que afectan a los individuos en edad productiva. En México, se ha calculado que en el año 2000, existían de 619,550 a 1.239,101 (1%-2%) sujetos con esquizofrenia (Valencia, 2001). La esquizofrenia afecta a individuos de todos los países del mundo y se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años (Murray y López, 1996). Aproximadamente 11 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y 19 % de los pacientes ambulatorios reúnen criterios para TLP (Kass, Skodol y cols., 1985), siendo la mayoría de ellos del sexo femenino.

Estudios recientes que han cuantificado la carga total de la esquizofrenia, revelan que la enfermedad causa sufrimiento, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario en los pacientes y sus familias (Thornicroft y Tansella, 1996). Los múltiples estudios que evalúan el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia muestran tasas bajas de funcionamiento en diferentes áreas, siendo las más afectadas las áreas social y laboral. Lo cual tiene una gran repercusión en los costos de la enfermedad, tanto para la familia como para los sistemas de salud.

En el caso del TLP existen pocos estudios que evalúen el funcionamiento psicosocial, sin embargo los que se han realizado hasta el momento arrojan resultados en los cuales el funcionamiento psicosocial de los individuos se encuentra afectado en diferentes áreas. El grado de deterioro en los diferentes estudios se ha reportado de moderado a severo, y el área más afectada ha sido la interpersonal. Zanarini y cols. (2010) realizaron un estudio de seguimiento de 10 años para

determinar la funcionalidad psicosocial en pacientes con TLP. Encontraron que los pacientes con TLP sin un buen funcionamiento psicosocial al inicio del estudio presentaron dificultades para llegar a él por primera vez. Los que tenían un funcionamiento semejante al del inicio del estudio tuvieron dificultades para retenerlo y luego recuperarlo. Además, más del 90 % de su funcionamiento psicosocial pobre se debió a un mal desempeño profesional y no al mal desempeño social.

En México, hasta donde abarca esta revisión, no se han encontrado estudios que evalúen el funcionamiento psicosocial en pacientes con TLP (y mucho menos aquellos que comparen TLP con esquizofrenia) a pesar de que en nuestras instituciones psiquiátricas es muy común la atención de estos pacientes. De ahí nos surgió el interés por evaluar el funcionamiento psicosocial en un grupo de pacientes con TLP. Y, debido a que la esquizofrenia es otro padecimiento que incrementa los costos de salud en nuestra población por el deterioro funcional que sufren los pacientes, se determinó hacer una comparación entre ambos grupos de pacientes para observar las diferencias en el nivel de funcionamiento psicosocial.

V. JUSTIFICACIÓN

Hemos visto en los estudios reportados hasta el momento que el funcionamiento psicosocial de los individuos con TLP se ve afectado y sabemos por experiencia clínica que estos pacientes acuden con frecuencia a los servicios de urgencias en situación de crisis, requiriendo en muchas ocasiones ser hospitalizados. Sin embargo no contamos con datos estadísticos que sustenten como afecta esto en el funcionamiento psicosocial de dichos individuos. Si empezamos a considerar dichos factores psicosociales y logramos identificar como influyen, esto nos permitirá trabajar en la búsqueda de estrategias para mejorar cada área en específico. Por ejemplo: los programas psicoterapéuticos podrían enfocarse en el área más afectada y de este modo trabajar más incisivamente en ello, con el objetivo de mejorar el funcionamiento psicosocial del paciente -incluso disminuyendo el deterioro-. Esto a largo plazo tendría una gran repercusión en el menor uso de los servicios de urgencias y de hospitalizaciones, disminuyendo así los costos en salud mental.

VI. MÉTODO.

Se entrevistaron 80 pacientes para formar dos grupos (un grupo que cumplió criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para esquizofrenia y un grupo que cumplió criterios diagnósticos para TLP), cada uno de 40 pacientes. Los diagnósticos se corroboraron mediante el SCID-I y II respectivamente. Para evaluar el funcionamiento psicosocial se utilizó la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP), ambas aplicadas a los dos grupos de pacientes.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal y comparativo.

HIPÓTESIS

Ho: No existen diferencias en las puntuaciones obtenidas en las escalas de funcionamiento psicosocial entre el grupo de pacientes con TLP y el de pacientes con Esquizofrenia.

Ha: Existirán diferencias en las puntuaciones obtenidas en las escalas de funcionamiento psicosocial entre el grupo de pacientes con TLP y el de pacientes con esquizofrenia. Donde probablemente, debido a que tienen un mejor funcionamiento global, el grupo de pacientes con TLP tenga una mayor puntuación en las escalas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer el grado de funcionamiento psicosocial de un grupo de pacientes con TLP y compararlo con el grado de funcionamiento psicosocial de un grupo de pacientes con esquizofrenia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Reportar el nivel de funcionamiento psicosocial de un grupo de pacientes con TLP.

-Reportar el nivel de funcionamiento psicosocial de un grupo de pacientes con esquizofrenia.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Dos grupos de pacientes tomados de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que cumplieron criterios para diagnóstico de Esquizofrenia y TLP respectivamente.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los participantes incluidos en este estudio cumplieron con las siguientes características:

- Ser de sexo masculino o femenino.
- De 18 a 65 años.
- Con criterios del DSM-IV-TR para diagnóstico de esquizofrenia o para trastorno límite de personalidad.

- Aceptaron participar en el estudio mediante la firma de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Comorbilidad con algún padecimiento médico o neurológico.
- Comorbilidad con otro diagnóstico en el eje I y en el eje II.

VARIABLES

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo (Variable cualitativa nominal, dependiente)
2. Edad (Variable cualitativa discontinua, dependiente)
3. Estado civil (Variable cuantitativa nominal, dependiente)
4. Ocupación (Variable cuantitativa nominal, dependiente)

VARIABLES CLÍNICAS

1. Diagnóstico psiquiátrico (Entrevista clínica) (Cualitativa nominal)
2. Número de intentos suicidas a lo largo de la vida (Cualitativa ordinal)
3. Número de parejas sexuales a lo largo de la vida (Cualitativa ordinal)
4. Número de consultas subsecuentes (Cualitativa ordinal)
5. Evaluación de la PSP (Cuantitativa ordinal)
6. Evaluación de la EEAG. (Cuantitativa ordinal)

INSTRUMENTOS

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG) DEL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO IV-TEXTO REVISADO (DSM-IV-TR).

La escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) está dividida en 10 niveles de actividad y la valoración mediante esta escala implica la selección de un único valor que refleje del mejor modo posible el nivel global de actividad del individuo. Cada nivel (de 10 puntos cada uno) presenta dos componentes: el primero se refiere a la gravedad de los síntomas y el segundo a la actividad. La puntuación en esta escala ocupa un determinado puntaje en función de si la gravedad de los síntomas o el nivel de actividad se hallan dentro del rango. Las evaluaciones de la EEAG deben referirse al periodo actual, puesto que generalmente reflejarán la necesidad de tratamiento o intervención.

ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA PARA TRASTORNOS DEL EJE I Y DEL EJE II DEL DSM-IV (SCID)

Es una entrevista que se basa en los criterios del DSM-IV y que evalúa los trastornos primarios (SCID-I) y los de personalidad (SCID-II).

La SCID-I es una entrevista clínica semiestructurada que fue elaborada en 1985 por Spitzer y cols. con la finalidad de realizar los diagnósticos de los trastornos codificados en el Eje I. El desarrollo de la SCID fue guiado desde el enfoque del modelo de la entrevista clínica, donde los algoritmos de diagnóstico son parte integral de la estructura de la entrevista para que diversas hipótesis diagnósticas sean probadas. La SCID es un instrumento que evalúa 33 de los trastornos mentales en adultos más frecuentemente diagnosticados en el Eje I del DSM. Es aplicada por un médico experimentado, con conocimientos en psiquiatría y psicopatología. Desde su edición estandarizada ha tenido varios usos: en investigación, en clínica y para capacitación de diagnóstico en la entrevista.

La SCID-II es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos de los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV.

La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos del Eje II, de forma tanto categórica (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico).

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.

Se utilizó en México en varios estudios abiertos y clínicos para corroborar y hacer diagnósticos diferenciales. Biagini, Torruco y Carrasco, 2005, utilizaron la SCID-II para corroborar el diagnóstico de TLP en un estudio piloto de apego a psicoterapia de un grupo de pacientes con este trastorno de personalidad. El uso de la SCID-II en estudios descriptivos acerca del riesgo y la letalidad suicida en pacientes con TLP permitió realizar el diagnóstico dimensional y categorial (Espinosa et al, 2009).

ESCALA DE DESEMPEÑO PERSONAL Y SOCIAL (PSP).

Esta escala ha sido desarrollada específicamente para la valoración de enfermedades mentales severas, evaluando a través de ella el desempeño personal y social del paciente. Está validada por el Dr. Rogelio Apiquián del Instituto Nacional de Psiquiatría (2008), mide el funcionamiento personal y social en cuatro dominios del comportamiento: actividades socialmente útiles, incluyendo estudio, trabajo y; relaciones personales y sociales; cuidado de sí mismo y comportamientos perturbadores y agresivos. Esta escala tiene una fiabilidad de 0.98. La puntuación de la escala va de 1 a 100, donde 1 es la calificación mínima y representa la ausencia de autonomía en el funcionamiento básico con conductas extremas con o sin riesgo de la supervivencia. Es decir el mayor grado de deterioro de la funcionalidad. Y 100 es la máxima calificación de la escala correspondiente a un excelente funcionamiento en las cuatro áreas principales

Características del Desempeño Personal y Social.

La Escala de Desempeño Personal (PSP) mide la actividad del paciente en 4 áreas, las cuales se describen en la siguiente tabla.

Tabla 3.
A) Cuidado Personal: Se refiere a todas aquellas actividades que el paciente realiza diariamente en su auto cuidado como lo son: bañarse, cepillarse los dientes, cambiarse de ropa, tomarse sus medicamentos, comer.
B) Actividades Socialmente Útiles: Referidas a aquellas actividades en las que el paciente interviene de manera útil dentro de su contexto social, como lo son: trabajo o escuela, quehaceres domésticos, trabajo de voluntariado o en equipo.
C) Relaciones Personales y Sociales: Se refiere a todas aquellas relaciones sociales que el paciente establece con las personas de su medio y fuera del mismo, las cuales se ven reflejadas dentro de grupos como la pareja, la familia, los amigos e incluso algunos sistemas de apoyo fuera del tratamiento establecido.
D) Comportamientos Perturbadores y Agresivos: Son aquellos que ponen en riesgo la vida del paciente y/o de las personas que le rodean; se pueden ver reflejados en el hablar ruidosamente, maldecir, amenazar verbalmente, e inclusive amenazar con hacer daño así mismo o a otros.

VII. PROCEDIMIENTO

Los pacientes fueron seleccionados de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de enero de 2005 a octubre de 2007, siendo elegidos todos los que eran enviados de preconsulta con diagnóstico de TLP o de esquizofrenia. Una vez detectados se elaboró la historia clínica, se realizó el diagnóstico multiaxial y se corroboró el diagnóstico con la SCID-I y la SCID-II. Se les ofreció la participación en el estudio y, a aquellos que aceptaron, se les incluyó en esta investigación. Participaron en el estudio un total de 80 pacientes.

Para evaluar el funcionamiento global de ambos grupos de pacientes se aplicó, previa firma del consentimiento informado, la Escala de Evaluación de la Actividad Global codificada en el Eje V del diagnóstico multiaxial y la Escala de Funcionamiento Personal y social.

VIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias y medidas de tendencia central, así como la X^2 .

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 21.0. (IBM, 2007).

IX. RESULTADOS.

Se tomó una muestra de 80 pacientes de los cuales 40 cumplieron criterios para TLP y 40 para esquizofrenia. La distribución de los subtipos de esquizofrenia en la muestra de 40 pacientes fue la siguiente: paranoide 24, indiferenciada 13, simple 1 y desorganizada 2. Las tablas 3 y 4 muestran las variables del grupo con TLP y esquizofrenia respectivamente.

Tabla 4: Grupo con TLP

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Género:	8 (20%)	32 (80%)	40 (100%)
Edo. Civil:			
Casados	1 (12.5%)	7 (87.5%)	8 (20%)
Solteros	5 (19%)	21 (81%)	26 (65%)
Unión libre	2 (50%)	2 (50%)	4 (10%)
Divorciados	0 (0%)	2 (100%)	2 (5%)
Escolaridad:			
Primaria	0 (0%)	2 (100%)	2 (5%)
Secundaria	2 (25%)	6 (75%)	8 (20%)
Bach. Incompl	1 (25%)	3 (75%)	4 (10%)
Bach. Comp	1 (20%)	4 (80%)	5 (12.5%)
Técnico	1 (11%)	8 (89%)	9 (22.5%)
Lic. Incompl	3 (100%)	0 (0%)	3 (7.5%)
Lic. Comp	0 (0%)	9 (100%)	9 (22.5%)
Ocupación:			
Ninguna	1 (8.3%)	1 (91.6%)	12 (30%)
Estudiante	1 (20%)	4 (80%)	5 (12.5%)
Empleado	6 (32%)	13 (68%)	19 (47.5%)
Hogar	0 (0%)	4 (100%)	4 (10%)

Tabla 5: Grupo con Esquizofrenia

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Sexo	29 (72.5%)	11 (27.5%)	40 (100%)
Edo. Civil:			
Casados	2 (66%)	1 (33%)	3 (7.5%)
Solteros	24 (70%)	9 (81%)	33 (82.5%)
Unión libre	1 (100%)	0 (0%)	1 (2.5%)
Separados	2 (66%)	1 (33%)	3 (7.5%)
Escolaridad:			
Primaria	5 (83%)	1 (17%)	6 (15%)
Secundaria	7 (64%)	4 (36%)	11 (27.5%)
Bach.Incomp	11 (79%)	3 (21%)	14 (35%)
Técnico	0 (0%)	1 (100%)	1 (2.5%)
Lic. Incomp	5 (71%)	2 (29%)	7 (17.5%)
Lic. Comp	1 (100%)	0 (0%)	1 (2.5%)
Ocupación:			
Ninguna	24 (75%)	8 (25%)	32 (80%)
Empleado	3 (100%)	0 (0%)	3 (7.5%)
Hogar	0 (0%)	3 (100%)	3 (7.5%)
Campesino	2 (100%)	0 (0%)	2 (5%)

Tabla 6: Eje IV. Problemas psicosociales

	TLP	Esquizofrenia	Total	Significancia
Ninguno	6	3	9	0.241
Problemas en la red de apoyo	6	14	20	0.035
Problemas económicos	15	36	51	0.000
Problemas familiares	14	0	14	0.000
Problemas de pareja	10	0	10	0.001
Problemas laborales	7	0	7	0.006

En cuanto al GAF, la tabla 7 muestra los porcentajes de puntuación obtenida por el grupo de pacientes con TLP y el grupo de pacientes con esquizofrenia.

Tabla 7: GAF

	Pacientes	Puntaje	Promedio
TLP	3	80	6%
	3	75	5.625%
	3	70	5.25%
	7	65	11.375%
	10	60	15%
	8	55	11%
	6	50	7.5%
Totales:	40	2470	61.75%
ESQUIZO.	7	60	10.50%
	7	55	9.625%
	14	50	17.50%
	7	45	7.875%
	4	40	4%
	1	30	0.75%
Totales:	40	2010	50.25%

La tabla 8 resume las puntuaciones y porcentajes obtenidos por cada grupo de pacientes en la Escala de Desempeño Personal y Social (PSP).

Tabla 8: PSP

	Pacientes	Puntaje	Promedio
TLP	3	90	6.75%
	3	81	6.075%
	3	80	6%
	1	75	1.875%
	6	71	10.65%
	1	70	1.75
	1	65	1.625%
	1	61	1.525%
	8	51	10.20%
	4	50	5%
	4	41	4.1%
	5	40	5%
	Totales:	40	2422

ESQUIZO	2	70	3.50%
	4	60	6%
	4	51	5.1%
	4	50	5%
	10	41	10.25%
	7	40	7%
	4	31	3.1%
	1	30	0.75%
	1	21	0.525%
	2	20	1%
	1	16	0.4%
Totales:	40	1705	42.63%

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Nuestros resultados reportaron un mayor número de hombres en el grupo de pacientes con esquizofrenia (n=31, 73.8%) a diferencia de la prevalencia de dicha enfermedad que se presenta por igual en hombres y mujeres, lo cual puede explicarse por el reducido tamaño de la muestra. En cambio en el grupo de sujetos con TLP predominaron las mujeres (n=38, 76.3%) ($\chi^2=20.0$, 1 gl, $p<0.001$); corroborando estos resultados la prevalencia de este trastorno.

En cuanto a los resultados obtenidos en los diferentes ítems de la escala de funcionamiento psicosocial los hallazgos fueron los siguientes:

La mayoría de los pacientes con esquizofrenia no tenían un trabajo remunerado (n=32, 72.7%) en contraste con lo reportado por los pacientes con TLP (n=12, 27.3%) ($\chi^2=20.2$, 1 gl, $p<0.001$). Existiendo por lo tanto una diferencia significativa en cuanto al grado de funcionamiento laboral entre el grupo de pacientes con esquizofrenia y el grupo de pacientes con TLP. Esto concuerda con varios estudios realizados en sujetos con esquizofrenia (Brekke y cols. 1993; Marwaha y Johnson, 2004; Mueser y cols., 2001b) (Priebe y cols., 1998) que muestran que el mal funcionamiento laboral es una característica casi universal de la esquizofrenia, con tasas de empleo competitivo generalmente en el rango del 10-20 % y otros estudios (Goreishizadeh y cols., 2012) que han encontrado los problemas ocupacionales como la segunda discapacidad más común en estos pacientes, precedida de la discapacidad social.

En cuanto al estado civil 15 pacientes reportaron tener una pareja, de los cuales 11 (73.3%) pertenecían al grupo de sujetos con TLP ($\chi^2=4.02$, 1 gl, $p=0.04$). Hallando así una diferencia significativa entre el grupo con TLP y el grupo con esquizofrenia. Corroborándose que una de las áreas más afectadas en los sujetos con esquizofrenia es la social, siendo los más afectados los hombres, resultado similar al reportado en los estudios de Usall y cols. 2002. En relación a los resultados que obtuvimos en el grupo con TLP en el momento del estudio, los sujetos de la muestra tenían pareja, sin embargo no podemos determinar la calidad de la relación, lo cual

sería importante debido a que como sabemos (McGlashan, 1986) (Jovev y cols., 2006), en este tipo de sujetos las relaciones de pareja suelen ser conflictivas y esto por supuesto influye en el funcionamiento psicosocial global.

Los sujetos del grupo de esquizofrenia mostraron una menor escolaridad, 77.5% (n=31) reportaron haber concluido sus estudios de secundaria, mientras que solo el 47.5% (n=19) de los pacientes con TLP reportaron este nivel de escolaridad). ($\chi^2=10.1$, 3 gl, $p=0.01$). Encontrando estos datos compatibles con el resto de la literatura, que reportan una disfunción en el área educacional asociada al deterioro cognitivo y social ocasionado por la esquizofrenia (Matza y cols. 2006), (Asarnow y col., 1995).

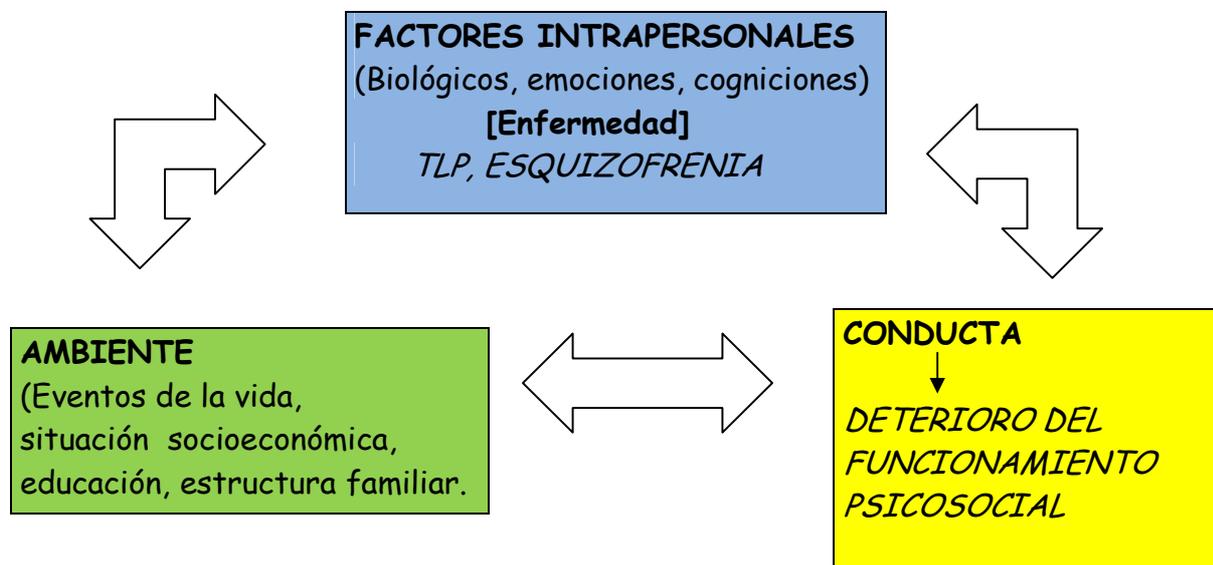
El antecedente de intento suicida fue más frecuente en los pacientes con TLP (n=23, 57.5%) que en aquellos con esquizofrenia (n=3, 7.5%) ($\chi^2=23.3$, 1 gl, $p=0.001$). Incluso los pacientes con esquizofrenia reportaron un menor número de intentos suicidas (máximo 2 en un paciente), mientras que el máximo número de intentos suicidas en un paciente con TLP fue de 9. La diferencia del número de intentos suicidas entre el grupo de sujetos con esquizofrenia y el grupo de sujetos con TLP es similar a la hallada en estudios previos que han reportado que los sujetos con TLP son usuarios frecuentes de los servicios de urgencias por los múltiples intentos suicidas que presentan debido a su inestabilidad emocional (Skodol, Gunderson y cols. 2002).

Considerando la teoría cognitiva social de Bandura, la conducta de cada individuo está determinada por la interacción entre sus factores intrapersonales y el ambiente; y por lo tanto el funcionamiento psicosocial representa un subconjunto de conductas llevadas a cabo para cumplir con las obligaciones sociales, que además dependen del entorno y del conjunto de normas. Podemos decir entonces que el funcionamiento psicosocial de cualquier individuo dependerá de factores biológicos (cognitivos y emocionales), conductuales y ambientales (sociales, estrés, etc). Aplicando esto a los resultados encontrados en el grupo de pacientes con TLP y con esquizofrenia podemos explicarnos cómo es que la enfermedad (factores biológicos) incide en el funcionamiento psicosocial de estos individuos. Ambas enfermedades afectan de manera distinta las capacidades y habilidades cognitivas, emocionales, sociales y conductuales del individuo que las padece, sin embargo el resultado es el mismo aunque en diferente intensidad: deterioro en el desarrollo de alguna área de la vida del individuo que la padece. Esto es precisamente lo que mostraron nuestros resultados: algún grado de discapacidad en el área social, ocupacional, interpersonal o profesional del individuo. Asociado al hecho de que el funcionamiento psicosocial está parcialmente determinado por el grado en que el cumplimiento del rol de una persona reúne normas pertinentes, como la satisfacción con aspectos de la función de sí mismo y el rendimiento de la persona dentro de la sociedad. Y por definición un individuo enfermo no se siente capaz de cumplir con este rol.

A continuación represento en un esquema como conceptualizo lo que pasa con el funcionamiento psicosocial en estos pacientes; tomando como base el marco teórico elegido (Figura 2). Considerando el modelo de causalidad de Bandura, según el cual la conducta de cada individuo está determinada por la interacción entre sus factores intrapersonales y el ambiente. Observamos cómo influyen los factores ambientales

(estresores) para que un individuo con predisposición biológica presente una enfermedad mental (TLP o esquizofrenia en este caso) y esto a su vez ocasiona una afectación en la conducta o comportamiento del sujeto. Teniendo como consecuencia una disminución en su funcionamiento psicosocial, lo cual determina también un cambio en el ambiente del individuo con una enfermedad mental (TLP, esquizofrenia); pues como ya comentamos hay un deterioro en su funcionamiento social, laboral e interpersonal. Esto se convierte en un lamentable círculo vicioso pues debido a su enfermedad el individuo no es productivo y esto empeora su situación tanto económica como social.

Figura 2. Modelo de causalidad triádica recíproca en TLP y esquizofrenia.



CONCLUSIONES

Con este estudio cubrimos nuestro objetivo de mostrar el grado de funcionalidad global en el grupo de pacientes con TLP aplicando la escala PSP, con un promedio de 2422 puntos (60.78%), con las limitaciones que conlleva el pequeño tamaño de la muestra (40 sujetos). Sin embargo esto puede abrir expectativas para realizar estudios con muestras de mayor tamaño y en diferentes hospitales psiquiátricos para poder obtener datos estadísticos con los que no contamos en nuestro país. En el grupo de pacientes con esquizofrenia la puntuación obtenida en el PSP fue de 1705 (42.63 %), resultados similares a los observados en múltiples estudios previos, donde la funcionalidad global de los sujetos con esquizofrenia es bastante limitada. Aunque pequeños, estos resultados pueden servirnos de apoyo para mejorar los comportamientos de salud, aplicando la teoría cognitiva social mediante: el incremento de confianza de las personas (enfermos) en la realización de sus actividades ya que al saber cuál es el área del funcionamiento psicosocial del

individuo más afectada se pueden aplicar conceptos cognitivos como la auto-regulación, la auto-eficacia, la previsión, la motivación indirecta y la capacidad de comportamiento para producir un cambio de conducta. Desde este punto de vista, los profesionales de la salud podemos trabajar para mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes psiquiátricos mediante la mejora de la autoeficacia, y no solamente en padecimientos como la esquizofrenia o el TLP, sino en todos los trastornos que incidan en el funcionamiento psicosocial del individuo.

La mayor limitación de este estudio es el reducido tamaño de la muestra, sobre todo considerando que, actualmente existen muy pocos estudios que evalúen el funcionamiento psicosocial en pacientes con TLP. Sin embargo el presente estudio puede servir como antecedente para retomar esta misma línea de investigación y tomando una muestra del tamaño más conveniente establecer de manera confiable los datos estadísticos del funcionamiento psicosocial de los pacientes con TLP. Otras líneas de investigación interesantes que a partir de la que aquí se realizó, pueden ser estudios que evalúen diferentes tipos de intervención terapéutica en lo que respecta a mejorar la actividad laboral, académica e interpersonal de los sujetos con TLP. Esto puede llevarnos a encontrar el tratamiento que incida de manera más positiva en el funcionamiento psicosocial de los individuos con TLP, reduciendo así los costos (emocionales, físicos y económicos) de la enfermedad, tanto para el paciente como para la familia y el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaron T. Beck, Arthur Freeman. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Ediciones PAIDOS. Barcelona, España, 1992; 258-276.
- Addington J, Addington D: Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study. *Schizophr Res* 7:47-56, 2000.
- Addington J, Addington D: Positive and negative symptoms of schizophrenia: their course and relationship over time. *Schizophr Res* 5:51-59, 1991.
- Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, et al: Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 61:28-33, 2004.
- Akbarian S, Vinuela A, Kim JJ, et al. Distorted distribution of nicotinamide-adenine dinucleotide phosphate-diaphorase neurons in temporal lobe of schizophrenics implies anomalous cortical development. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:178-187.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of the Patients with Borderline Personality Disorder. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 1-52.
- Andreasen NC, ed. Schizophrenia: From Mind to Molecule: Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995.

- Andreasen NC, Nasrallah HA, Dunn V, et al. Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: A magnetic resonance study. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:136-144.
- Andreasen NC, Olsen S, Negative vs positive schizophrenia: Definition and validation. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:789-794.
- Andrew E. Skodol, M.D. Larry J. Siever, M.D. W. John Livesley, Ph.D., M.D. John G. Gunderson, M.D. Bruce Pfohl, M.D. Thomas A. Widiger, Ph.D. *The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and clinical course.* New York State Psychiatric Institute. 2000:3-30.
- Angermeyer MC, Kuhn L, Goldstein JM: Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcome. *Schizophr Bull* 16:293-307, 1990.
- Ansell E, Sanislow C, McGlashan T, Dyck I, Stout R, Bender D, et al: Functional impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Compr Psychiatry*. 48(4):329-336.
- Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Gagne C. *Psychiatric rehabilitation.* Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2002.
- Asarnow JR: Children at risk for schizophrenia: converging lines of evidence. *Schizophrenia Bull* 14:613-631, 1998.
- Bandura, A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control.* New York: W. H. Freeman and Company, 1997.
- Bandura, A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52:1-26, 2001.
- Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive* 1986.
- Barrowclough, Christine; Tarrier, Nicholas; Lewis, Shon; Sellwood, William; Mainwaring, John; Quinn, Joanne; Hamlin, Charlotte: Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *British J of Psychiatry*. Vol. 174. (6), June 1999, pp 505-511.
- Baum KM, Walker EF: Childhood behavioral precursors of adult symptom dimensions in schizophrenia. *Schizophr Res* 16:111-120, 1995.
- Bech, P. Social functioning: Should it become an endpoint in trials of antidepressants? *CNS Drugs*. 19: 313-324, 2005.
- Beiser M, Bean G, Erickson D, et al: Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis. *Am J Psychiatry* 151:857-863, 1994.
- Benes FM, McSparren J, Bird ED, et al. Deficits in small interneurons in prefrontal and cingulate cortices of schizophrenic and schizoaffective patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:996-1001.
- Biagini Marcela, Torruco Mario, Carrasco Belinda; Apego al Tratamiento Psicoterapéutico Grupal en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental*, Vol. 28(1), Feb 2005, pp 52-60.
- Bosc, M. Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive*

- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacology*. 7 (Supplement 1): 57-70, 1997.
- Brayfield, A.H.: Human effectiveness. *American Psychologist*. 20:645-651, 1965.
- Brekke J., Kay D., Lee K., Green MF.: Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res*, 80:213-225, 2005.
- Brekke JS, Levin S, Wolkon GH, et al: Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophr Bull* 19:600-608, 1993.
- Brekke JS, Raine A, Ansel M, et al: Neuropsychological and psychophysiological correlates of psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 23:19-28, 1997.
- Brugha TS, Wing JK, Brewin CR, et al. The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatry disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28:218-224.
- Caraveo J: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19(Supl. abril):8-13, 1996.
- Carlsson A, Lindqvist M. Effect of chlorpromazine and haloperidol on formation of 3-methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Pharmacologica et Toxicologica* 1963; 20:140-144.
- Casas E., Escandell MJ., Ribas M., Ochoa S.: Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 105:25-47, 2010.
- Chanen A, Jovev M, Jackson H: Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorders. *J Clin Psychiatry*. 68(2):297-306, 2007.
- Clarkin John F., Posner Michel: Defining the Mechanisms of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology* 2005; 38:56-63. New York, U.S.A.
- Coccaro EF, Bergman CS, McLean GE (1993). Heritability of irritable impulsiveness: a study of twins reared together and apart. *Psychiatry Res*, 48(3):229-242.
- Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Mauer G, Cochrane K, Cooper TB, et al (1989). Serotonin studies in patients with affective and personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 587-599.
- Cowel PE, Kostianovsky DJ, Gur RC, et al. Sex differences in neuroanatomical and clinical correlations in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153(6):799-805.
- De Quardo JR, Goldman M, Tandon R. VBR in schizophrenia: Relationships to family history of psychosis and seasons of birth. *Schizophr Res* 1996; 20(3); 275-285.
- Diener, E., Suh, E M., Lucas, RE., Smith, HL.: Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull*, 125:276-302, 1999.
- E. N. Shearin, M.M. Linehan; Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scand* 1994: 89 (suppl 379) 61-68.

- Ellison J, Barskyn A, Blum NR: Frequent repeaters to an emergency service. *Hospital and Community Psychiatry* 40:958-960. 1989.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacol Bull.* 29: 321-326, 1993.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Heiss, J.L., Cohen, J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psych*, 33, 766-771, 1976.
- Espinosa Javier, Blum Bertha, Romero Martha; Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental* 2009;32:317-325. Brunner R, Parzer P, Schimtt R: Dissociative symptoms in schizophrenia a comparative analysis of patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychopathology* 37(6) 281-284, 2004.
- Fallon IR, Montero I, Sungur M y cols. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenia disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry.* 2004;3: 104-9.
- Fenton WS, Schooler NR. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1998; 24:569-87.
- Freedman R, Coon H, Myles-Worsley M, et al. Linkage of a neurophysiological deficit in schizophrenia to a chromosome 15 locus. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1997; 94:587-592.
- Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin JF: Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145:737-739.
- Gaerdner DC, Cowdry R.W. Alprazolam induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 1985: 142: 98-100.
- Ganey K: Long-term trends of symptoms and disability in schizophrenia and related disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35(9):389-395, 2000.
- Gillberg IC, Hellgren L, Gillberg C: Psychotic disorders diagnosed in adolescence: Outcome at age 30 years. *J Child Psychol Psychiatr* 34:1173-1185.
- Goodman LA, Salyers MP, Mueser KT, et al: Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *J Trauma Stress* 14:615-632,2001.
- Goreishizadeh MA, Mohagheghi A, Farhang S, Alizadeh L: Psychosocial Disabilities in patients with schizophrenia. *Iranian J Publ Health* 41(5):116-121, 2012.
- Gunderson JG, Carpenter W, Strauss J: Borderline and schizophrenic patients: a comparative study. *Am J Psychiatry* 132:1257-1264, 1975.
- Gunderson JG. Trastorno Límite de la Personalidad. *Guía Clínica. Ars Médica.* 33-59. 2002.
- Haas GL, Garratt LS: Gender differences in social functioning, in *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*. Edited by Mueser KT, Tarrier N. Boston, MA, Allyn & Bacon, 1998, pp149-180.

- Häfner H, and der Heiden W: Course and outcome of schizophrenia, in *Schizophrenia*, 2nd Edition. Edited by Hirsch SR, Weinberger DR. Oxford, England, Blackwell Scientific, 2003, pp101-141.
- Häfner H, Löffler W, Maurer K, et al: Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 100:105-118, 1999.
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, et al: The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 162:80-86, 1993.
- Häfner H, Nowotny B, Löffler W, et al: When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;246:17-28.
- Häfner H, Hambrecht M, Löffler W, et al. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course over the life-cycle. *Psychol Med* 1998b; 28(351-365)
- Häfner H: Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl 407):44-48, 2000.
- Hayes RI, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3 Art No: CD000968 DOI: 10 1002/14651858 CD000968.
- Henderson S, Duncan-Jones P, McAuley H, et al. The patient's primary group. *Br J Psychiatry* 1978;132:74-86.
- Heston LL: Psychiatric disorders in foster-home-reared children of schizophrenic mothers. *Br J Psychiatry* 1966; 112:819-825.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., Price, J. L., Smith, C. L., Heindselman, T. L., Mount, M. K., Holdwick, D.J. Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of*
- Hirschfeld, R. M., Montgomery, S. A., Keller, M. B., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Möller, H. J., Healy, D., Baldwin, D., Humble, M., Versiani, M., Montenegro, R., Bourgeois, M. Social functioning in depression: A review. *J Clin Psychiatry*. 61: 268-275, 2000.
- Ho BC, Nopoulos PM, Flaum M, et al: Two-year outcome in the first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry* 155:1196-1201, 1998.
- Hoffman RE, Hawkins KA, Gueorguieva R, et al: Transcranial magnetic stimulation of left temporoparietal cortex and medication-resistant auditory hallucinations. *Arch Gen Psychiatry* 60:49-56, 2003.
- Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model an explication. *Psychiatry Serv*. 2001; 52: 482-5.
- Joel Paris: *Borderline Personality Disorder*. *CMAJ* JUNE 7, 2005; 172 (12).
- Johnstone EC, Macmillan JF, Frith CD, et al: Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *Br J Psychiatry* 157:182-189, 1990.
- Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4 Art No: CD000524 DOI:10 1002/14651858 CD000524.

- Jovev M, Jackson H: The relationship of borderline personality disorders, life events and functioning in an Australian psychiatric sample. *J Personal Disord.* 20(3):205-207, 2006.
- Kaess Michael, Von Ceumen-Lindenstjerna Ina, Parzer Peter, Chanen Andrew, Mundt Christoph, Resch Franz, Brunner Romuald: Axis I and II Comorbidity and Psychosocial Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopatology* 7, 2012.
- Kaplan-Sadock: Sinopsis de Psiquiatría. Edic. Médicas. Barcelona, España. 2004. Pp 471-500. 808-810.
- Kass F, Skodol A, Charles E, Spitzer R, Williams J: Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *Am J Psychiatry* 1985; 142:627-630.
- Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW, Friedman B, et al: The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation a comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 44:540-548.
- Kennedy, S. H., Eisfeld, B. S. & Cooke, R. Quality of life: An important dimension in assessing the treatment of depression. *J Psychiatry and Neuroscience.* 26: 23-28, 2001.
- Kerwin R, Harrison P. Stefanis NC. Glutamate receptors and developmental anomalies in medial temporal lobe in schizophrenia, in Keshavan MS, Murray RM, eds. *Neurodevelopmental Models of Adult Psychopathology.* Cambridge: Cambridge University Press; 1995:57-62.
- Keshavan MS: High risk studies, brain development and schizophrenia, in *Neurodevelopment and Schizophrenia.* Edited by Keshavan MS, Kennedy JL, Murray RM. London, Cambridge University Press, 2004 pp 432-454.
- Kety SS, Rosenthal D. Wender OH et al. The types and prevalence of mental illness in the biological and adopted schizophrenic in Rosenthal D, Kety SS, eds. *The transmission of Schizophrenia.* Oxford: Pergamon; 1968:345.
- Kety SS, Rosenthal D. Wender OH, et al. Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic in Fieve RR, Rosenthal D, Brill H, eds *Investigación Genética en Psiquiatría,* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1975; 147.
- Lambert M, Schimmelmann BG, Naber D, Schacht A, Wagner T, et al: Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 20960 patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry,* 67(11):1690-1697, 2006.
- Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt MH: The psychosocial outcome if adolescent-onset schizophrenia: a 12 years followup. *Schizophr Bull* 26(4):801-816, 2000.
- Lehman AF, Steinwachs DM. Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patients outcomes research team (PORT) project. *J Am Academ Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003;31:141-54.
- Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Neff C: Detecting personality disorders in a nonclinical population: Application of a 2-stage case identification. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:345-351.
- Liberman RP.: *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico.* Barcelona: Martínez Roca.

- Lim KO, Harris D, Beal M, et al. Gray matter deficits in young onset schizophrenia are independent of age of onset. *Biol Psychiatry* 1996;40(1):4-13.
- Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000;Suppl 407:87-90.
- Mark J. Heilsenroth, Steven J. Ackerman: Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *Am J Psychiatry* 157:1858-1863, 2000.
- Marneros A, Diester A, Rhode A: Comparison of long-term outcome of schizophrenic, affective and schizoaffective disorders. *Br J Psychiatry Suppl* (18):44-51, 1992.
- Marwaha S, Johnson S: Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39:337-349, 2004.
- Matza LS, Buchanan R, Purdon S, Brewster-Jordan J, Zhao Y, Revicki DA: Measuring changes in functional status among patients with schizophrenia: the link with cognitive impairment. *Schizophr Bull* 32:666-678, 2006.
- Maziade M, Gingras N, Rodrigue C, Bouchard S: Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescent: I Nosology, sex and age of onset. *British J Psychiatry* 169:361-370, 1996.
- Mcglashan TH: The Chestnut Lodge Follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 43:20-30, 1986.
- McNair, D. M., & Lorr, M. (1964). Three kinds of psychotherapy goals: *Journal of Clinical Psychology*, 20, 390-393, 1964.
- Meltzer HY, Stahl SM. The dopamine hypothesis of schizophrenia: A review. *Schizophr Bull* 1976; 2:19-76.
- Meltzer HY, Yamamoto B, Lowy MT, et al. Mechanism of action atypical antipsychotic drugs: An update, in Watson SJ, ed. *Biology of Schizophrenia and Affective Disease*, 1996; 451-475.
- Messimy R, López-Ibor JJ, López-Ibor L, et al. Tomodensitométrie (CT Scanner) au cours de la schizophrénie. Confrontation de ses résultats avec d'autres investigations. *L'Encéphale* 1984; 10:69-77.
- Modestin J, Villiger C: Follow-up study on borderline versus non-borderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 30:236-244.
- Mubarak AR, Baba I, Chin LH, Hoe QS: Quality of life of community-based chronic schizophrenia patients in Penang, Malaysia. *Aust N Z J Psychiatry* 37(5):577-585.
- Mueser KT, Bellack AS, Douglas MS, Morrison RL: Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophr Res* 5(2):167-176, 1991.
- Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, et al: Gender, social competence, and symptomatology in schizophrenia: a longitudinal analysis. *J Abnormal Psychol* 99:138-147, 1999.
- Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR: A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 27:281-296, 2001b.
- Murray CJL, López AD (eds): *The Global Burden of Disease and Injury Series, Vol 1: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020.*

- Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996.
- Murray CJL, López AD: The Global Burden of Disease Geneva World Health Organization 1996: 270.
 - Nimgaonkar VL: Reduced fertility in schizophrenia: here to stay? *Acta Psychiatr Scand* 98:348-353, 1998.
 - Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollack S, Siegel O, Prince R: The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R Axis II personality. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1371-1377.
 - Oldham John M. M. D. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry* 163:1, January 2006.
 - Pagano M, Skodol A, Stout R, Shea M, Yen S, Grilo C, et al: Stressful life events as predictors of functioning: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Acta Psychiatr Scand.* 110(6):421-429, 2004.
 - Paris J, Brown R, Nowlis D: Long-term follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 28:530-538.
 - Parsons, T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In E. G. Jaco (Ed.), *Patients, Physicians, and Illness* (pp. 120-144). New York: Free Press, 1958.
 - Paykel, E. S. Social functioning and the depressed patient. *International J Psych Clinical Practice.* 3: S9-S11, 1999.
 - Penn DL, Waldether EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am J Psychiatry.* 2005; 162:220-32.
 - Peroutka SJ, Snyder SH. Relationship of neuroleptic drug effects at brain dopamine, serotonin, alpha-adrenergic and histamine receptors to clinical potency. *Am J Psychiatry* 1980; 137:1518-1522.
 - Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003. Issue 3 Art No: CD000088DOI: 10.1002/14651858.CD000088.
 - Phillipa Hay, D. Phil.: A Two-Year Follow-Up Study and Prospective Evaluation of the DSM-IV Axis V. *Brief Reports* 54 (7) 1028-1030, 2003.
 - Priebe S, Warner R, Hubschmid T, et al: Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr Bull* 24:469-477,1998.
 - *Psychiatry.* 157:1858-1863,2000.
Psychiatry. 41:63-69, 2000.
 - R. Rosenberg Borderline States: pharmacotherapy and psychobiology of personality. *Acta Psychiatric Scand* 1994; 89 (suppl 379: 56-60).
 - Ran M, Xiang M, Huang M, Shan Y: Natural course of schizophrenia: 2-years follow-up study in a rural Chinese community. *Br J Psychiatry* 178:154-158.
 - Reich J, Yates W, Nduaguba M: Prevalence of DSM-III personality disorders I the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24:12-16 ,1989.
 - Rice DP: Economics burden of mental disorders in the United States. *Economics of Neuroscience* 1:40-44,1999.

- Rusch N, Van Elst LT, Ludaescher P, Wilke M, Huppertz HJ, Thiel T, Schmahl C, Bohus M, Lieb K, Hesslinger B, Hennig J, Ebert D: A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2003; 20:385-392.
- Sabri O, Erkwow R, Schreckenberger M, et al. Regional cerebral blood flow and negative/positive symptoms in 24 drug-naive schizophrenics. *J Nucl Med* 1997;38 (2):181-188.
- Seeman P. Dopamine receptors and the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Synapse* 1987; 1: 133-152.
- Seeman P. Dopamine Receptors: Clinical Correlates, in Bloom FE, Kupfer DJ, eds. *Psychopharmacology. The Fourth Generation of Progress*. New York: Ravens Press; 1995.
- Silvia Wikinski, Gabriela Jufe. El tratamiento farmacológico en psiquiatría, indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Edit. Médica Panamericana (Argentina 2005 11: 239-244).
- Skodol A, Johnson J, Cohen P, Sneed J, Crawford T: Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *Br J Psychiatry*. 190:415-420, 2007.
- Skodol A, Pagano M, Bender D, Shea M, Gunderson J, Yen S, et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med*. 35(3):443-451, 2005.
- Skodol AE, Gunderson JG, Livesly WJ, Pfohl B, Siever LJ, Widiger TA: The borderline diagnosis Parts 1 and 2. *Biol Psychiatry* 2002; 51:936-963.
- Skodol AE, Gunderson JG, Mcglashan TH, et al: Functional impairment in patients schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 159:276-283.
- Skodol, Andrew E; Oldham John M; Gunderson John G. Dimensional Representations of DSM-IV Personality Disorders: Relationships to Functional Impairment. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1919-1925.
- Soloff PH: Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2000; 23:169-192.
- Spitzer, Robert L; Williams, Janet B; Gibbon, Miriam; First, Michael B. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)I: History, Rationale, and Description. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49:624-629.
- Stefanis CN, Bresnick JN, Kerwing RW, et al. Elevation of D4 dopamine receptor mRNA in postmortem schizophrenic brain. *Brain Res* 1998; 53 (1-2):112-119.
- Steinberg JL, Devous MD, SR. Paulman RG, et al. Regional cerebral blood flow in first break and chronic schizophrenic patients and normal controls. *Schizophr Res* 1995; 17(3):229-240.
- Strauss JS, Carpenter WT: *Schizophrenia*. Nueva York Plenum. 1981.
- Sturm R, Gresenz CR, Pacula RL, et al: Datapoints: labor force participation by persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 50:1406, 1999.

- Suddath R.L, Christison G.W., Torrey E.F., et al. Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *N Engl J Med* 1990; 322:789-794.
- Swartz M, Blazer D, George L, et al: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 4:257-272, 1990.
- Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2001;1782-4.
- Thornicroft G, Tansella M, eds. *Mental Health Outcome Measures*. Berlin: Springer; 1996
- Turetsky B, Cowell PE, Gur RC, et al. Frontal and temporal lobe brain volumes in schizophrenia: Relationship to symptoms and clinical subtype. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(12):1061-1070.
- U.S. Institute of Medicine: *Neurological, Psychiatric and Developmental Disorders: Meeting the Challenges in the Developing World*. Washington, DC, National Academy of Sciences, 2001.
- Usall J, Haro JM, Ochoa S, et al: Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 106:337-342,2002.
- Valencia M: Capítulo XIII. El manejo comunitario de la esquizofrenia. En: Ortega-Soto H, Valencia-Collazos M (eds.). *Esquizofrenia. Estado Actual y Perspectivas*. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Verma SK., Pershad D.: Measurement of change in psychosocial functioning following illness and therapeutic intervention. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 16:64-67, 1989.
- Vita A, Dieci M, Giobbio GM, et al. Time course of cerebral ventricular enlargement in schizophrenia supports the hypothesis of its neurodevelopmental nature. *Schizophr Res* 1997;23(1):25-30.
- Walker EF, Savoie T, Davis D: Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophr Bull* 20:441-451, 1994.
- Walsh E, Moran P, Scott C, et al: Prevalence of violent victimization in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 183:233-238, 2003.
- Weinberger DR, Hirsch, SR. *Schizophrenia*. Oxford. Black well. Science; 1995.
- Weissman, M. M., Olfson, M., Gameroff, M. J., Feder, A., & Fuentes, M. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *Am J Psychiatry*. 158: 460-466, 2001).
- Weissman, M. M., Sholomskas, D., & John, K. The assessment of social adjustment: An update. *Arch of Gen Psychiatry*. 38:1250-1258, 1981.
- Weissman, M.M.: Social functioning and the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61(Suppl. 1):33-38, 2000.
- Widiger TA, Weissman MM: Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 1015–1021.
- Wiersma K, Ganey K, Harrison G, van der Heiden W, Nienhuis FJ: Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 25 years in incidence cohorts in six European centers. *Psycholog Med* 30:1155-1167.

- Wiersma, D. Measuring social disabilities in mental health. *Social Psych and Psychiatric Epidemiol.* 31: 101-108, 1996.
- World Health Organization. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia Geneva: WHO; 1973.
- World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Social Handicaps (ICIDH). Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1980.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Bradford Reich D, Fitzmaurice G: The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand.*122:103-109, 2010.
- Zimmerman M, Coryell W: Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:527–531
- Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:1653-64.