



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

**CALIDAD DE VIDA Y AJUSTE SOCIOEMOCIONAL
EN PACIENTES CON
TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
EN EL MODELO INTEGRADOR DE TERAPIA
GRUPAL DE DOS AÑOS DEL HOSPITAL
PSQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

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

XOCHITL BEATRIZ CARRERA BOJORGES

ASESOR TEÓRICO:

DRA. GABRIELA GARZA CONTRERAS

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. PABLO VERA FLORES

Ciudad de México, Julio de 2019



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.

DEDICATORIA

A mi madre, Rosa Bojorges Villanueva, porque sin ti nada hubiera sido posible.

A mis hermanos, Julio César y Víctor Hugo, porque aunque la distancia física fue más grande que nunca en estos cuatro años, nos mantiene unidos el amor que nos tenemos y la satisfacción de continuar realizando nuestros sueños.

A Mamalinda (†), por ser la base de esta familia, por fomentar el amor y los valores que nos han mantenido unidos a pesar de todo y por querernos tanto a cada una de sus hijas y sus nietos.

A Tía Carmela (†), porque fuiste una parte esencial de mi vida, de mi crecimiento personal y académico al ser mi segunda madre; y porque a pesar de que no pudiste ver concluido el sueño aquí, sé que eres partícipe de él en algún lugar. Siempre estarás en nuestros corazones.

A Tía Rocío y Tío Roque, por abrirme las puertas de su casa y de sus corazones de manera incondicional. Adriana, Marilú y Juan Carlos por estar siempre ahí. Gracias a Leticia, Sebastián, Camila, Paula y Fernanda. Simplemente por ser mi familia.

A Daniel, Kain, Francisco, Diana, Lizbeth y Carol, por seguir luchando por sus sueños y mantenerme al tanto de ellos en este trayecto iniciado hace doce años.

A Araceli, Ramón, Christian, Mariana, Jannine y Miguel Ángel. Por las horas que me han brindado dentro y fuera del hospital, en las que hemos crecido juntos bajo todo tipo de circunstancias.

A Adriana, Luis, Jessica, Samuel y David, por su amistad incondicional a lo largo de la especialidad.

A la doctora Claudia Jahel, por creer siempre en mí y motivarme en todo momento para no abandonar el sueño de la Psiquiatría.

A los doctores Pablo Vera, Francisco Muñoz y Alvar Colonia. Por brindarme su tiempo y sus conocimientos. Gracias a todos los maestros que me han guiado a lo largo de mi carrera y especialidad.

A todos los que no pude mencionar pero que saben que han estado presentes y son una parte importante de mi vida.

AGRADECIMIENTOS A TÍTULO PERSONAL

Agradezco al Doctor Francisco Muñoz Sandoval por hacer posible este trabajo. Por todos los conocimientos, experiencia y apoyo brindados durante todo el proceso.

Agradezco al doctor Pablo Vera Flores por su tiempo y paciencia, pero sobretodo por sus consejos y amistad.

Agradezco a la maestra Janeth Jiménez Genchi por el interés en el proyecto y por resolver las dudas y orientarme cuando lo requerí.

Agradezco a la doctora Tania Romo González por las facilidades otorgadas para la obtención de una de las herramientas de evaluación utilizadas para este estudio.

Gracias a Lucía Ramírez García, por el apoyo, tiempo, dedicación y motivación brindados para concluir este trabajo.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

ABREVIATURAS

<u>RESUMEN</u>	<u>8</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>9</u>
<u>MARCO TEÓRICO</u>	<u>10</u>
<u>MÉTODO</u>	<u>35</u>
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	<u>35</u>
<u>PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA</u>	<u>36</u>
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>37</u>
<u>OBJETIVOS</u>	<u>38</u>
<u>HIPÓTESIS</u>	<u>39</u>
<u>VARIABLES</u>	<u>40</u>
<u>DISEÑO DEL ESTUDIO</u>	<u>42</u>
<u>HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN</u>	<u>43</u>
<u>PROCEDIMIENTO</u>	<u>47</u>
<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	<u>48</u>
<u>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u>	<u>49</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>50</u>

DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	62
ALCANCES Y LIMITACIONES	63
REFERENCIAS	64
ANEXOS	68

ABREVIATURAS

TLP	Trastorno límite de personalidad
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Por sus siglas en inglés: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
MSAD	Mc Lean Study of Adult Development
CLPDS	Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study
NESARC	Encuesta Nacional Epidemiológica sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (Por sus siglas en inglés National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions)
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
CECOSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
HPIJNN	Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro”
HPFBA	Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
RE	Regulación Emocional
DE	Disregulación emocional
DERS-E	Escala para medir Dificultades en la Regulación Emocional
TDC	Terapia dialéctica conductual
NICE	Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (Por sus siglas en inglés: National Institute for Health and Clinical Excellence)
TGI	Terapia de grupo integradora
CV	Calidad de vida
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud

EQ-5D	European Quality of Life-5 Dimensions
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
SF-36	Short Form Survey 36
Q-LESQ	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
InCaViSa	Inventario de Calidad de Vida y Salud
WAI	Inventario de Ajuste de Weinberger

CALIDAD DE VIDA Y AJUSTE SOCIOEMOCIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN EL MODELO INTEGRADOR DE PSICOTERAPIA GRUPAL DE DOS AÑOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

RESUMEN

Introducción: Un diagnóstico y tratamiento oportunos del Trastorno Límite de personalidad se traducirán en una mejoría de los síntomas y modificaciones en las conductas adaptativas del paciente, que mejoren su calidad de vida. Se ha observado mediante la experiencia dentro del modelo integrador de psicoterapia grupal de la consulta externa del HPFBA, una marcada mejoría en los pacientes que acuden a dicha terapia, sin embargo es necesario analizar dicha respuesta de una manera más sistemática.

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

Material y métodos: Se aplicó el cuestionario InCaViSa y el Inventario de Weinberger para medir calidad de vida y ajuste socioemocional. Los resultados se analizaron con el programa SPSS20. **Resultados:** Hay una mayor prevalencia en el género femenino (83%). Se encontraron comorbilidades psiquiátricas asociadas, principalmente Depresión (61.4%) y Ansiedad (10.4%). Hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la mejoría de la calidad de vida conforme el tiempo de duración en terapia de grupo, en las subescalas Desempeño físico ($p=0.007$), Aislamiento ($p=0.000$), Percepción corporal ($p=0.002$), Actitud ante el tratamiento ($p=0.026$) y tiempo libre ($p=0.017$).

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

Palabras clave: Trastorno límite, Psicoterapia grupal, Calidad de vida, Ajuste socioemocional.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno límite de personalidad, es uno de los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes y que demandan mayor atención por parte de los servicios de salud mental. Muchos de los pacientes con TLP llegan a mejorar y llevar vidas satisfactorias con el debido tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Sin embargo, muchos de ellos también pueden tener un impacto global significativo en su calidad de vida, lo que implica que requieren un gran apoyo de los servicios de salud y de sus redes sociales y familiares. Las alteraciones funcionales asociadas con el TLP parecen ser una característica duradera del trastorno, que se caracteriza por dificultades laborales, en las relaciones sociales y recreativas, que incluso son mayores a las presentadas por personas con depresión. Diversos estudios de muestras seleccionadas de pacientes con TLP han mostrado que puede alcanzarse una mejoría sintomática con el adecuado tratamiento, a tal grado de que incluso un número significativo de pacientes dejará de cumplir los criterios diagnósticos de TLP y contará con un mejor pronóstico. Los individuos con TLP presentan trastornos psiquiátricos comórbidos con una frecuencia desproporcionada, particularmente trastornos del afecto, ansiedad, uso de sustancias y otros trastornos de personalidad. Un diagnóstico y tratamiento oportunos se traducirán en una mejoría de los síntomas y modificaciones en las conductas adaptativas del paciente, que mejoren su calidad de vida. Se ha observado mediante la experiencia dentro del modelo, a lo largo de más de 15 años, una marcada mejoría en las pacientes que se encuentran en psicoterapia grupal de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, sin embargo es necesario analizar dicha respuesta de una manera más sistemática.

MARCO TEÓRICO

Trastorno límite de personalidad

a) Aspectos históricos

Londoño Paredes y cols. ⁽¹⁾ realizaron un trabajo en el que describen el surgimiento y la evolución histórica del concepto de trastorno de personalidad (TLP), el cual surge en el ámbito de la psiquiatría y el psicoanálisis al enfrentarse a casos clínicos catalogados como “difíciles” o incluso “no diagnosticables”. Se remontan desde la primera mitad del siglo XIX en que se crearon y construyeron conceptos de la locura tales como “monomanía razonante” e “insanidad moral”, conceptos de Esquirol y Prichard respectivamente, quienes identificaban que podían alternar y coexistir estados de razón y de locura en una misma persona. En 1861, Trélat describió a un tipo de pacientes a quienes llamó “locos lúcidos” o “enajenados lúcidos”, que presentaban rasgos de personalidad patológicos y sin embargo lograban sostener clara y coherentemente una conversación la mayoría de las ocasiones. En 1884, Hughes habló de “locuras fronterizas” para referirse a locuras parciales en el límite entre la normalidad y la pérdida de la razón. Esa entidad fue olvidada por mucho tiempo, pero resurgió más tarde en el medio psicoanalítico norteamericano para referirse al trastorno actual. Kraepelin, en la segunda mitad del siglo XIX expuso los “estados fundamentales” como el conjunto constitucional, temperamental, de personalidad y de carácter que acompañaba a los intervalos libres de la manía-depresión, los cuales eran parte intrínseca del paciente, incluso en sus periodos de mayor lucidez, lo que daba la impresión de ser “constitucionales” al sujeto. Klages, en 1910, dentro de la caracterología, introdujo la idea de caracteres y tipos de personalidad con sus propias

particularidades. La obra que alcanzó mayor éxito fue “Las personalidades psicopáticas”, de Schneider, quien dejó a un lado el concepto de “carácter” para adoptar el de “personalidad”. Habló de la personalidad anormal desde un punto de vista estadístico, como un estado de divergencia del promedio. Dicha obra tuvo un impacto importante dentro de la psiquiatría y el psicoanálisis estadounidenses, que desde los años cuarenta y cincuenta empezaron a interesarse más por las personalidades como factor perturbador y diagnóstico de las curas psicoterapéuticas, hasta llegar a la formación como tal de una organización de la personalidad, para dar, en cierto modo, un rostro y un nombre a aquellos casos difíciles, lo que dio como resultado las personalidades límite o borderline de Kernberg.

Es en 1980, cuando el TLP aparece en el DSM-III como una entidad diagnóstica definida y desde entonces, dicho concepto no ha estado exento de controversias. Mientras algunos autores lo consideran una entidad diagnóstica diferenciada, otros lo han conceptualizado dentro de diversos espectros: Wender et al en 1977 lo describieron como un trastorno del espectro esquizofrénico, Akiskal et al en 2004, como un trastorno del espectro afectivo, Zanarini et al en 1993, como trastorno del control de impulsos y Kroll et al en ese mismo año, como un trastorno de estrés postraumático. A pesar de las controversias y de los intentos realizados por construir modelos alternativos, la versión más actual del DSM mantiene la categoría diagnóstica del TLP (2).

b) Diagnóstico

La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) define los trastornos de la personalidad como un patrón permanente de comportamiento y de experiencias internas que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, es estable a lo largo del tiempo, comporta malestar o deterioro, y se manifiesta al menos en dos de las cuatro áreas siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos. Pueden diagnosticarse cuando los rasgos de la personalidad son rígidos y desadaptativos, y producen deterioro funcional o sufrimiento subjetivo ⁽³⁾. (Cuadro 1).

De acuerdo a la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, el ánimo es impredecible y caprichoso. Existe predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas violentas explosivas. Asimismo hay predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. Se distinguen dos tipos de trastorno: el tipo impulsivo, caracterizado principalmente por inestabilidad emocional y falta de control de impulsos, y el límite, caracterizado, además, por distorsiones de la imagen corporal, de los propios objetivos y de la imagen íntima, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales

intensas e inestables y tendencia al comportamiento autodestructivo, incluyendo gestos e intentos de suicidio (4). Cuadro 2.

Cuadro 1: Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de TLP

Trastorno de la personalidad límite (301.83)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Cuadro 2: Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico del TLP.

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

El cuadro clínico del TLP se refiere a personas que: a) padecen una desregulación emocional; b) altos niveles de impulsividad, que pueden llegar a las autolesiones y las tendencias suicidas; c) manifiestan graves trastornos en las relaciones interpersonales; d) a las cuales hoy caracterizamos como formas de apego o vinculación ansiosas o desorganizadas, con gran intolerancia a la soledad e hipersensibilidad a las relaciones sociales (5).

La evolución del trastorno suele implicar un alto grado de deterioro funcional que trae consigo una alta tasa de la utilización de los servicios de atención sanitaria, lo que repercute en altos costes sociales y económicos. Para conocer el curso del trastorno se han llevado a cabo estudios longitudinales con un número importante de pacientes, destacándose el Mc Lean Study of Adult Development (MSAD) y el Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPDS). En conjunto los resultados de estos trabajos cuestionan la idea de que el TLP es un trastorno crónico. En estos estudios la remisión se define como la ausencia de criterios diagnósticos para el TLP, pero esto no implica necesariamente la ausencia de síntomas ni de malestar subjetivo. En general, parecería ser que los síntomas y signos asociados a la impulsividad (autolesiones, amenazas suicidas) remiten más rápidamente, mientras que la remisión del área afectiva es más lenta. La disforia, los sentimientos de vacío y la ira son características que permanecen con más énfasis a lo largo del tiempo. Han identificado también factores de riesgo asociados a un peor pronóstico, entre ellos: abuso de sustancias comórbido, diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, familiares con enfermedades mentales, haber recibido tratamiento psiquiátrico de larga evolución, experiencias traumáticas en la infancia y un pobre funcionamiento

psicosocial en la fase adulta. En conjunto, los estudios de seguimiento sugieren que, a pesar de la elevada remisión clínica, persisten graves dificultades en el funcionamiento psicosocial que se reflejan en una pobre autonomía y vida familiar, y una baja o nula actividad laboral (2).

c) Epidemiología

La prevalencia media del TLP en la población general se estima alrededor de un 1.3% (rango: 0.5-5.9%) (6). Tomko y cols realizaron un análisis estadístico en 2014 basado en la Encuesta Nacional Epidemiológica sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC) en Estados Unidos, en donde obtuvieron datos relevantes respecto al trastorno límite de personalidad en una muestra de 34.841 participantes. Encontrando una prevalencia de 2.7%, siendo más común en población femenina, de ingresos económicos bajos, menores de 30 años e individuos separados o divorciados. Dentro de las comorbilidades psiquiátricas más importantes en los pacientes con TLP se encontraron los trastornos en el estado de ánimo (82.7%), trastornos de ansiedad (84.8%), abuso de sustancias (78.2%) y otros trastornos de personalidad (7).

Más del 75% de los pacientes con TLP han presentado autolesiones y la tasa de suicidio entre estos pacientes se encuentra estimada del 5 al 8 %, casi 50 veces más alta que en la población general (8).

Este trastorno se ha detectado en 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, en 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y entre 30% y 60% de las muestras de pacientes con trastornos de la personalidad, de los cuales 75% son mujeres y 25% son varones.

En México, en estudios en población clínica, se ha detectado en un 25% a 36 % de pacientes psiquiátricos (9). De acuerdo a la base de datos interna reportada en el anuario estadístico del SAP, en el año 2017, se reportaron un total de 7,568 consultas de valoración a pacientes con diagnóstico de trastornos de personalidad en los principales centros de atención psiquiátrica de la Ciudad de México, entre los que se contempló a diversos CECOSAM y los diferentes hospitales psiquiátricos, incluyendo el HPIJNN. De las cuales en el HPFBA se atendieron un total de 6,089 consultas incluyendo primera vez y subsecuentes. Cuadro 3.

De acuerdo a la información proporcionada por el departamento de Bioestadística de la Unidad de planeación y Calidad del HPFBA, se reportaron un total de 806 hombres y 4,363 mujeres con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad, incluyendo primera vez y subsecuentes. Cuadro 4.

Cuadro 3. Total de consultas otorgadas en el HPFBA a pacientes con trastornos de personalidad en el año 2017. Fuente: Anuario estadístico SAP. 2017.

F60-F69 T. De la personalidad	
Primera Vez	
Hombres	212
Mujeres	415
Subtotal	627
Subsecuente	
Hombres	1,074
Mujeres	4,388
Subtotal	5,462

Cuadro 4. Total de consultas otorgadas en el HPFBA a pacientes con trastorno límite de personalidad en el año 2017. Fuente: Departamento de Bioestadística de la Unidad de planeación y Calidad, HPFBA.

	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Total Hombres	Total Mujeres
CIE-10 F60.3	1° vez		Subsecuente			
	52	132	754	4231	806	4363

d) Etiología

Según modelos actuales de naturaleza biopsicosocial, el TLP sería consecuencia de la transacción entre una vulnerabilidad temperamental de tipo biológico y experiencias ambientales invalidantes y traumáticas, como el abuso emocional o el abuso sexual. La desregulación emocional ha sido señalada como la característica principal del TLP, que en conjunto con una marcada impulsividad, explicarían las características más prominentes del trastorno, como los intentos de suicidio, las autolesiones, la disfunción en las relaciones interpersonales o el consumo de sustancias (2).

De acuerdo a este modelo biopsicosocial, los problemas en la regulación de emociones se deben a una vulnerabilidad biológica en combinación con factores sociales desfavorables (10). **Figura 1.**

Para poder entender las manifestaciones interpersonales de estos pacientes, así como su etiopatogenia, es hoy indispensable una teoría integradora, biopsicosocial, de las emociones y los sentimientos: son las manifestaciones fundamentales de estos sujetos, tanto en sus relaciones cotidianas como en la relación con los profesionales. Para todo ello hay que partir de una definición de qué es la emoción y de la regulación emocional (RE). Ya Thompson en 1994

había definido la RE como “el proceso extrínseco e intrínseco responsable de la monitorización, evaluación y modificación de las reacciones emocionales”: si bien las emociones primigenias son sistemas emocionales preprogramados genéticamente, el ser humano inmaduro necesita de la madre y los cuidadores para modular las tempestades emocionales iniciales y para poseer modelos introyectables de esa modulación.

Las estrategias reguladoras o moduladoras pueden ser más o menos efectivas para lograr detener el aumento de cualquiera de las emociones primigenias hasta niveles desagradables o, simplemente, desadaptativos. Hoy se trata de asuntos que han podido ser investigados desde el punto de vista de la psicología y biología experimentales, la neurofisiología, los estudios de neuroimagen, el psicoanálisis, etc.

La nueva perspectiva de las emociones es básica para una aproximación actualizada a los trastornos mentales. Resulta especialmente relevante para entender a estos sujetos, pues el elemento central de la clínica es lo inapropiado y desbordante de sus emociones y sentimientos, con el predominio del miedo y la ira, los sentimientos de persecución y de una indagación o búsqueda bajo el dominio de cogniciones persecutorias. De ahí sus dificultades para expresar y modular el deseo sexual, desarrollar el cuidado y apegos secundarios, participar en juegos, dejarse dominar por la alegría y el amor (7).

Gratz y Roemer especifican que la disregulación emocional no es equivalente a la falta de control emocional, puesto que la primera es más compleja que la segunda. Implica la capacidad disminuida para suprimir en forma inmediata los estados afectivos negativos, así como para experimentar y diferenciar un rango amplio de

emociones, monitorear, evaluar y modificar emociones intensas, siendo central en el proceso la poca claridad, aceptación y comprensión de los propios estados emocionales. Más aún, las autoras dejan claro que el concepto de DE debe incluir un elemento contextual (uso adaptativo de las estrategias de RE) para la obtención de objetivos propuestos. Incluso crearon una escala para medir el constructo (11).

Por otra parte, se han realizado algunos intentos por desarrollar modelos de explicación de la personalidad que integran variables epigenéticas. Uno de los enfoques más elaborados es el de Depue, que abarca además un enfoque genético, ambiental y de la psicología del rasgo. En este modelo, propone un enfoque dimensional de alteraciones de la personalidad que concibe como la expresión de valores extremos de rasgos básicos de personalidad normal. El desarrollo de estos valores extremos del rasgo es resultado de la interacción de tres factores: en primer lugar, los sistemas biológicos que subyacen al rasgo, en segundo lugar, las variaciones individuales de dichos sistemas biológicos determinadas por polimorfismos genéticos y finalmente, la influencia de los eventos ambientales sobre los sistemas neurobiológicos a través de la acción de mecanismos epigenéticos (12).

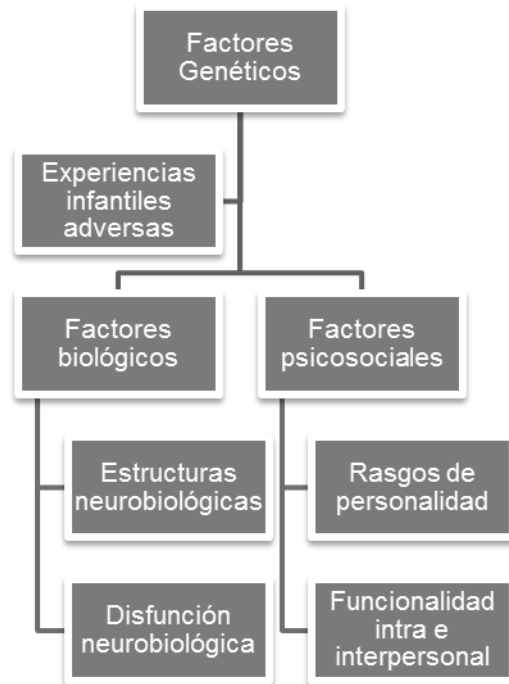


Figura 1: Modelo biopsicosocial del TLP (modificado de Leichsenring et al., 2011) (13).

e) Tratamiento

Por lo general los pacientes con TLP con un adecuado nivel funcional o sin un cuadro agudo (con conductas de riesgo o comorbilidades psiquiátricas descontroladas), pueden beneficiarse de un manejo ambulatorio, en el cual la psicoterapia se considera la piedra angular, requiriéndose o no además un tratamiento psicofarmacológico. Por otro lado, los pacientes con sintomatología intensa y/o una pobre funcionalidad, requerirán un tratamiento más intensivo centrado en psicoterapia individual familiar y grupal junto con tratamiento psicofarmacológico coadyuvante en unidades especializadas (p. ej. unidades de hospitalización continua, unidades de día con hospitalización parcial) (14,15).

En cuanto al manejo farmacológico, es frecuente que se prescriban antidepresivos (particularmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina), a pesar de

que en ensayos clínicos aleatorizados no se ha mostrado un beneficio sustancial en comparación al placebo. Información obtenida de ensayos clínicos aleatorizados soportan los beneficios de los antipsicóticos atípicos (p. ej. olanzapina) y estabilizadores del ánimo (p. ej. lamotrigina), particularmente para reducir la impulsividad y la agresión en los pacientes con TLP. Sin embargo, estos efectos suelen ser modestos y los efectos adversos son comunes (p. ej. obesidad y otros problemas metabólicos con el uso de antipsicóticos atípicos, o sedación y efectos nefrotóxicos o teratogénicos con el uso de estabilizadores del ánimo). Por esta razón, y como se comentó previamente, el tratamiento farmacológico deberá de ser iniciado con la comprensión de que representa un adjunto a la psicoterapia (13,15).

En la actualidad se acepta que el tratamiento de elección para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es la psicoterapia. Sin embargo, a pesar de los diversos estudios controlados que se han realizado con el propósito de determinar cuál es la modalidad de tratamiento más adecuada, no se ha logrado alcanzar consenso. En las instituciones de atención a la salud mental, tanto públicas como privadas, es creciente el volumen de pacientes con TLP que buscan tratamiento. Debido a estas fuertes demandas que operan sobre las instituciones, se han buscado diferentes estrategias para tratar adecuadamente a este tipo de pacientes.

Los factores curativos propuestos por Yalom para la psicoterapia grupal han sido el foco de investigación de numerosos estudios, bajo distintas orientaciones teóricas, que han mostrado el interés de implementar técnicas que potencialicen aquellos fenómenos grupales que favorezcan cambios en los pacientes. Algunos

de los beneficios de la terapia grupal incluyen: la disminución de la intensidad de las relaciones de transferencia al proporcionar numerosas relaciones interpersonales y múltiples blancos emocionalmente significativos; la producción de una regresión terapéutica más controlada que en la psicoterapia individual; el aumento de las oportunidades de múltiples identificaciones y de recepción de la retroalimentación de los pares; la influencia de la presión de los pares para contener las conductas relativas a la actuación de los impulsos y una prueba de realidad más firme a través de la interacción social ⁽⁹⁾.

Una gran variedad de enfoques terapéuticos es usada en el manejo del TLP; los que incluyen terapia cognitivo conductual, terapia basada en la mentalización, terapia enfocada en esquemas, terapia enfocada en la transferencia y terapia dialéctica conductual (TDC), siendo esta última de las más estudiadas y con mayor efectividad reportada, como lo describen O' Conell y Cols ⁽¹⁶⁾.

Uno de los principales obstáculos para el desarrollo y la evaluación de las intervenciones basadas en la evidencia para los pacientes con TLP es la amplia gama de escalas utilizadas en los estudios publicados, tal como lo describe el estudio NICE en 2009. Las escalas utilizadas cubren un rango heterogéneo de criterios: desde los síntomas específicos del TLP (como la inestabilidad emocional o las dificultades interpersonales) hasta los síntomas más generales como la depresión y la ansiedad, así como el uso de servicios y el comportamiento autodestructivo. De hecho, hay poco acuerdo sobre si estas escalas son incluso específicas para las necesidades, dificultades y prioridades de las personas con un diagnóstico de TLP. Cuadro 5.

El estudio NICE, describe también que la investigación publicada sobre tratamientos efectivos para TLP ha sido históricamente limitada. Se informan tres metaanálisis (dos publicados y uno no publicado) que exploran la efectividad de las intervenciones para el TLP. Estos se centran en las intervenciones basadas en TDC, descritas por Kliem et al en 2010, la efectividad de las "psicoterapias" para TLP, por Cristea et al en 2017, y las intervenciones grupales para TLP (Droscher, Startup, Petfield, Horsman y Cartwright-Hatton, observaciones no publicadas).

Cuadro 5. Temas clave que se consideran importantes al medir la recuperación de pacientes con TLP, identificados mediante una revisión de la literatura. McCusker, 2018.

Sentido de seguridad	Formación de confianza	Preocupación por el otro
Sentido de pertenencia	Límites	Contención de experiencias
Desarrollo de habilidades	Esperanzas y metas	Logros e identidad
Apego saludable	Recuperación transicional	Auto aceptación
Mejores relaciones interpersonales	Empleo y propósito	Control de emociones
Reducción de autolesiones	Reducción en el aislamiento social	

Hay un acuerdo limitado sobre qué y cómo medir el cambio para las personas con TLP. Las implicaciones para las personas con TLP son enormes: Cristea et al refieren que sabemos poco sobre cómo ayudarlos y si los tratamientos disponibles coinciden con las prioridades y necesidades de esta población. Es por esto que McCusker y cols realizaron un estudio en pacientes con TLP, con el objetivo de definir el concepto de recuperación, con base en las propias percepciones de los pacientes, sugiriendo que conceptos como cambio y bienestar son extremadamente complejos para las personas con TLP, quienes incluso

expresaron la sensación de que no sabrían quiénes eran sin identificarse con los síntomas psiquiátricos que están acostumbrados a presentar. Esto subraya la importancia de desarrollar escalas que sean significativas y relevantes para esta población; los participantes describen tanto una sensación de fracaso si no han mejorado en estos síntomas y a la vez poseen una identidad tan frágil que sin tales síntomas no sabrían quiénes son. También se asoció el concepto de recuperación con la Pirámide de Necesidades de Maslow descrita en 1943. Ya que las descripciones de autocuidado de los participantes (vivienda, seguridad financiera, obtención de alimentos adecuados y sueño) coinciden con las 'necesidades fisiológicas' de Maslow formando el nivel más fundamental de necesidad. Los participantes también describieron la importancia de sentirse seguros y tener relaciones estables y de confianza que parecen volver a reflejar aspectos de las "necesidades de seguridad" y 'necesidades de pertenencia y amor' descritas por Maslow. Según Maslow, si no se cumplen las condiciones y necesidades básicas, una persona no puede lograr necesidades de orden superior (como la estima, necesidades que incluyen un sentido de logro, valor y contribución). Los resultados de esta investigación sugieren que un mayor énfasis en la calidad de vida puede ser apropiado e importante para medir el cambio en pacientes con TLP (17).

En nuestro país son pocos los estudios que han abordado la eficacia del tratamiento psicoterapéutico en los pacientes con TLP en sus diversos modelos. En 2009, Biagini Alarcón et al realizaron un estudio comparativo de la eficacia de los grupos de psicoterapia en función de su composición, estudiando grupos homogéneos de pacientes con TLP y grupos heterogéneos en los que se incluía a

pacientes con otros diagnósticos. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo heterogéneo tuvieron mayores cambios benéficos en cuanto a su sintomatología. (9).

f) Modelo de terapia grupal HPFBA

La Terapia de Grupo Integradora (TGI) es un modelo donde se aplican dos o más teorías y sus correspondientes técnicas creando una meta-teoría de amplio espectro donde convergen tanto la teoría y la técnica en la práctica clínica. El modelo TGI del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez está basado en la teoría psicodinámica, la teoría interpersonal y la psicoeducación utilizando técnicas interaccionales y expresivas, psicodramáticas, dinámicas grupales y de terapia apoyo. El proceso del grupo funciona a varios niveles, que van del pasado al presente y al futuro, dentro y fuera del grupo. Dando un enfoque que oscila desde el grupo como un todo hasta lo interpersonal e individual, todo dentro de un paradigma psicodinámico con el único fin de responder a las necesidades complejas del padecimiento específico de los pacientes con TLP.

La integración no solo depende del conocimiento de varias teorías y técnicas sino también de la propia experiencia personal del terapeuta, como paciente en terapia de grupo. Este conjunto de conocimientos y experiencias le permite al terapeuta, a través de este modelo integrador, generar nuevas formas de abordaje terapéutico. Mediante el modelo integrador, se busca que el paciente desarrolle mejor regulación emocional, que condicione recuperación de la funcionalidad. Se utiliza el modelo de Terapia de Grupo Integradora (TGI). Los grupos de terapia son abiertos, se mantienen en constante movimiento y cambio.

El trabajo se lleva a cabo en dos etapas: La primera consiste en grupos de Valoración (se conforma de 8 sesiones semanales que permiten brindar psicoeducación sobre el padecimiento al paciente además de encontrar si es candidato para una terapia grupal). Durante esta primera etapa se presenta el mayor índice de abandono por parte de los pacientes, lográndose una aceptación al grupo de entre 5-6 pacientes, que corresponde solo al 50-60% de un total de 12 pacientes máximo por grupo. En esta etapa algunos de los factores curativos se presentan como: la universalidad, infundir esperanza, transmitir información, altruismo, cohesión de grupo y la catarsis, los cuales están siempre presentes en un grado mayor y menor en cada grupo en particular.

La segunda etapa consiste en un Grupo Trabajo (de dos años de duración, con sesiones semanales, que se divide en cohesión, fase de trabajo sobre temas focalizados, manejo de ansiedades y el cierre). Consiste en el proceso terapéutico de trabajo, éste es el cuerpo del modelo y es el periodo más largo de atención (dos años), en él se busca una vez focalizado al paciente, iniciar un proceso elaborativo por medio de la TGI a través de la teoría de grupo interpersonal, teoría psicodinámica y psicoeducativa con la técnica interaccional expresiva, de apoyo, psicodramática y dinámicas grupales. En un primer momento el objetivo es lograr la cohesión grupal a través de reducir sus posiciones extremas o polarizantes, y contrarrestar las perpetuaciones de conductas caprichosas, incoherentes y comportamientos imprevisibles, que se presentan en cada grupo; la finalidad es integrar al grupo, cada paciente logra entender que no son únicos ante este padecimiento, logrando con ello una mayor identificación y universalidad del padecimiento; el tiempo que cada grupo necesita para lograr esta primera etapa

puede ser de 3 o hasta 6 meses, dependiendo del grado de psicopatología e intensidad del padecimiento de cada integrante del grupo.

El paciente puede terminar la terapia de grupo, debido a abandono (por cambio de domicilio, por falta de disponibilidad de horario, inicio de trabajo y por decisión propia) o por concluir los dos años de trabajo

Un tercer momento (el cierre), cuya característica especial de este modelo, marcando diferencia en la mayoría de las terapias de grupo, es que se hace de forma individual a cada paciente al concluir su tiempo de 2 años de terapia (80 sesiones). El grupo no se acaba, sino continúa, quien concluye la terapia de grupo, es el paciente. A partir de 4 a 6 sesiones antes de finalizar su periodo de 2 años se le informa al grupo junto con el paciente que está por concluir, esta situación genera en el paciente una angustia que puede manifestar dos posturas en general: Una es la de abandonar la terapia algunas sesiones antes de concluir, a veces con argumentos muy válidos como «haber encontrado un trabajo», o por el simple hecho de no tolerar terminar un proceso se vive como una gran pérdida, y siguen sin poder tolerar dichas angustias, abandonando el grupo. La segunda postura es caer de nuevo en una crisis intensa que incluso amerite un internamiento. Afortunadamente, la mayoría de las personas que llegan a cumplir el programa sí logran terminar y despedirse del grupo, el grupo llega a reconocer el momento de tristeza y a la vez de alegría y satisfacción de saber que una persona sea beneficiada de la terapia dándole un motivo de esperanza para mejorar.

Un grupo importante de pacientes que concluye los 2 años reconoce que finaliza, pero que a la vez necesita más tiempo para seguir trabajando; aceptan la

terminación, pero buscan atención en otras instituciones públicas o privadas, a las cuales cuando lo solicitan los referimos; otro grupo, tiempo después de «caminar solos» como un año en adelante, solicitan de nuevo entrar a la terapia y son valorados de manera individual, y aceptados de nuevo durante un tiempo máximo casi siempre de 6 meses, ya que vienen con demandas muy claras de trabajo que pueden ser en terapia de grupo, o también fuertes y buenos candidatos a terapia individual.

Con base en la descripción de la duración de estos distintos tiempos y los fenómenos psicodinámicos que van apareciendo a lo largo de los mismos, es que el modelo integrador se ha planeado a dos años.

El incorporar en el modelo elementos psicodramáticos, psicoeducativos, cognitivo-conductuales, psicodinámico, interpersonales y de apoyo, permite a los pacientes el mejorar el manejo de sus ansiedades y fortalecer la estructura Yoica. Obteniendo en el proceso, mecanismos adaptativos valiosos y recuperando poco a poco su funcionalidad ⁽¹⁸⁾

h) Calidad de vida

El concepto Calidad de Vida, que inicialmente fue monopolizado por economistas y políticos para referirse al bienestar material, ha sido utilizado también como medida de resultados en salud, enfermedad y tratamientos, perspectiva que ha llegado a dominar la bibliografía sobre Calidad de Vida. Esto ha derivado en la acuñación del término Calidad de Vida Relacionada con la Salud. La cual es una noción más restringida que Calidad de Vida, y ha sido definida como «el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales,

percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas».

La OMS define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (1994).

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

La transición del término Calidad de Vida desde las ciencias sociales a la investigación en salud se ha visto acompañada por una prioridad pragmática: la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida ⁽¹⁹⁾.

Los instrumentos de evaluación de CVRS deben combinar características que le den sustento conceptual, confiabilidad y validez (que midan lo que realmente dicen medir), pero es fundamental además que sean relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre las cosas que realmente importan a las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado ⁽²⁰⁾.

La calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud. Su evaluación se considera como una nueva estrategia introducida para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos, reforzando el consenso que indicadores del área de la salud, tales como control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativa de vida, no bastan, por sí solos, como estimaciones de la eficacia y efectividad de los programas e intervenciones introducidas para evaluar la salud.

Evaluar la calidad de la vida es un concepto bastante complejo, teniendo en cuenta que se trata de un concepto abstracto, subjetivo y multidimensional para el que aún no existe una definición de consenso. Sin embargo, aunque éste no existe, la calidad de vida puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función y la interacción social, y los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: Mortalidad, Morbilidad, Incapacidad, Incomodidad, Insatisfacción (21).

Tipos de Instrumentos para medir la Calidad de Vida

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

Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la CVRS de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide, Parkinson, con síntomas gastrointestinales, pacientes oncológicos, pacientes sometidos a

radioterapia de cabeza y cuello, en pacientes con diálisis, epilépticos, en insuficiencia respiratoria, en ancianos y otros más (22).

En lo que respecta a nuestro trabajo de investigación encontramos numerosos estudios que han demostrado que la calidad de vida se ve afectada significativamente en pacientes con TLP. Lo que se ve reflejado en recurrencia de crisis, hospitalizaciones, intentos de suicidio, daño autoinfligido, y abuso de sustancias, así como mayor frecuencia de episodios de depresión, ansiedad y autolesiones en los pacientes con TLP. Muy pocos estudios comparan la CV en pacientes con TLP respecto a la población normal (23).

Cramer y cols realizaron un estudio en 2016, cuyo propósito fue investigar la relación entre cada uno de los trastornos de personalidad y los aspectos específicos de la calidad de vida, comparándolos además con el resto de la población. Encontraron que los pacientes con trastorno de personalidad evitativo, esquizotípico, paranoide, esquizoide y borderline tuvieron una disminución más significativa en la calidad de vida. Además, mientras más criterios de personalidad se cumplían, más pobre era la calidad de vida (24).

En 2006, Perseus y col realizaron un estudio en el que midieron la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastorno límite de personalidad, en el que además validaron una escala de un instrumento de medición, el HRQOL, adaptado a la población sueca. [Swedish Health-Related Quality of Life Survey (SWEDQUAL)] (10).

Son IsHak y cols quienes en 2013 realizan una amplia revisión de la literatura cuyo objetivo fue examinar la manera de realizar la medición de la calidad de vida en pacientes con TLP y los instrumentos utilizados para dicho fin, así como el grado

de deterioro de la calidad de vida en el TLP y el impacto en CV de los diversos tratamientos para TLP.

Concluyendo que los datos sobre la calidad de vida en TLP aún son escasos, con una gran heterogeneidad en los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida. Dentro de las escalas más utilizadas en investigación para medir CV en pacientes con TLP, se encuentran el EQ-5D, WHOQOL, SF-36 y Q-LESQ. Los estudios mostraron de manera uniforme una disminución significativa en CV en pacientes con TLP, independientemente del instrumento utilizado. La evidencia disponible indica que los tratamientos de TLP mejoran no solo los síntomas psiquiátricos, sino también la CV. A pesar de la escasez de evidencia, hay estudios que comparan la eficacia de diferentes modalidades de psicoterapia para mejorar la calidad de vida en TLP, de las cuales todas condujeron a mejorar significativamente la CV. Lo mismo es cierto para la farmacoterapia a pesar de que hay aún menos estudios al respecto.

Finalmente, las comorbilidades, tales como trastorno de estrés postraumático, trastornos de pánico y ansiedad, abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo y otras comorbilidades pueden afectar aún más la calidad de vida en la población de pacientes con TLP ⁽²³⁾.

En el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", se realizó en 2011 un estudio sobre calidad de vida en pacientes con TLP, realizado por Toledo Lozano, en el que se demostró mediante la aplicación del InCaViSa, una mejoría significativa de la calidad de vida en pacientes con TLP que recibieron tratamiento tanto psicoterapéutico como farmacológico. La aplicación de dicha herramienta se realizó en un momento inicial y posteriormente se realizó una nueva medición a

las 12 semanas de haber recibido tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico, o ambos. (25).

En cuanto a la experiencia sobre el abordaje psicoterapéutico grupal para pacientes con TLP ha sido materia de múltiples trabajos de tesis de especialidad en psiquiatría. En 2013, Cruz Romero (26) evaluó el impacto de la psicoterapia dinámica breve de grupo en las funciones yóicas de este grupo de pacientes. Se encontró, que en el grupo de pacientes que estuvieron involucrados en terapia grupal hubo mejoría estadísticamente significativa en las funciones yóicas al compararlo con controles, en específico en funciones de sentido de realidad, regulación y control de impulsos, afectos e instintos, funcionamiento defensivo, funcionamiento autónomo y dominio competencia. Un año después, Vera Flores (27) identificó una reducción amplia y significativa en el número de hospitalizaciones y número de días de hospitalización de los pacientes con TLP que acuden a terapia de grupo.

No se han realizado estudios respecto a la regulación emocional.

JUSTIFICACIÓN

El TLP es una condición incapacitante que tiende a la cronicidad, con un gran impacto en la vida del paciente y su entorno, además de una tasa desproporcionada de comorbilidades y complicaciones psiquiátricas y sociales.

Los abordajes actuales incluyen el psicofarmacológico y el psicoterapéutico. El primero es de utilidad limitada y sus efectos adversos pueden complicar el curso de la enfermedad. Existe evidencia creciente sobre la utilidad del abordaje psicoterapéutico como la piedra angular del manejo de este padecimiento. Dada la alta demanda atencional de los sistemas de salud, específicamente los servicios de atención psiquiátrica en México, la psicoterapia grupal representa una herramienta particularmente atractiva para el abordaje del TLP.

Si bien se observa una mejoría en variables clínicas en pacientes con TLP que acuden a psicoterapia grupal en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez," no se conoce hasta ahora la asociación precisa entre la mejoría de la calidad de vida. El presente estudio busca proporcionar mayor soporte sobre la utilidad de esta modalidad de tratamiento, y brindar una estimación sobre la temporalidad en la que se puede esperar mejoría en la calidad de vida en los pacientes que ingresan a grupo.

En cuanto al ajuste socioemocional, consideramos conveniente una medición del impacto de la psicoterapia grupal sobre dicha variable, al representar la regulación emocional uno de los procesos mayormente afectados en el paciente con TLP y que impacta en su funcionamiento global.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El Trastorno límite de personalidad resulta uno de los padecimientos psiquiátricos más importantes en nuestro país en cuanto a incidencia e impacto en la funcionalidad global, por lo que resulta conveniente aplicar medidas terapéuticas oportunas.

Entre dichas medidas se incluyen el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Actualmente se cuenta con diversos enfoques de psicoterapia que resultan óptimos para abordar el Trastorno de personalidad tipo límite.

El modelo de terapia de grupo se ha implementado desde hace varios años de manera ambulatoria en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con resultados favorables en la evolución del trastorno de personalidad. Sin embargo no había sido estudiado el impacto de dicha terapia en la calidad de vida de estos pacientes.

Si bien la mayoría de los estudios realizados al respecto ha realizado mediciones de calidad de vida en su población con motivo de ver reflejado el impacto del tratamiento, en el presente trabajo se ha considerado la variable tiempo, como uno de los factores que influyen en la tendencia a la mejoría de acuerdo a las bases del modelo integrador en cuanto a los fenómenos que van apareciendo a lo largo de la terapia, por lo que fueron considerados dos grupos de acuerdo a su permanencia en dicho modelo.

Con motivo de ampliar esta información y de valorar la eficacia del tratamiento en nuestros pacientes, se realizó la presente investigación, en la que se buscó responder a la interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Influye el tiempo de tratamiento en la calidad de vida y el ajuste socioemocional en los pacientes con Trastorno de personalidad tipo límite que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal de dos años del HPFBA?

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Medir calidad de vida y ajuste socioemocional en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de la población que acude al modelo integrador de psicoterapia grupal en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Comparar la calidad de vida y ajuste socioemocional en los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de acuerdo a su temporalidad en dicho modelo.
- Comprobar que existe un impacto positivo significativo del modelo integrador de psicoterapia grupal en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez sobre la calidad de vida y ajuste socioemocional en los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad.

Hipótesis

Hi

La calidad de vida y el ajuste socioemocional en los pacientes con Trastorno de personalidad tipo límite que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal de dos años son directamente proporcionales a su duración en dicha terapia.

H0

La calidad de vida y el ajuste socioemocional en los pacientes con Trastorno de personalidad tipo límite que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal de dos años no son directamente proporcionales a su duración en dicha terapia.

VARIABLES

Dependientes: Calidad de vida, Preocupaciones, Desempeño físico, Aislamiento, Percepción corporal, Funciones cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Tiempo libre, Vida cotidiana, Familia, Redes sociales, Dependencia médica, Relación con el médico, Ajuste socioemocional, Experiencia subjetiva de distrés, Contención, Defensividad.

Independientes: Duración en terapia de grupo, Edad, Sexo, Escolaridad, Comorbilidad psiquiátrica.

Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Indicador
Duración en terapia de grupo	Tiempo que lleva el paciente recibiendo tratamiento en el modelo integrador de psicoterapia grupal	Cuantitativa Intervalar	Independiente	-6 meses -Mayor a 6 meses
Calidad de vida	Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones	Cualitativa Nominal	Dependiente	Según los puntajes de la escala "InCaViSa" y sus sub-escalas

Ajuste socio-emocional	Capacidad de satisfacer las propias necesidades, incluyendo las necesidades de los demás, dentro de un contexto y asumiendo las limitaciones externas	Cualitativa Ordinal	Dependiente	Según los puntajes del Inventario de Weinberger y sus subescalas
Edad:	Número de años cumplidos a la fecha de aplicación del instrumento	Cuantitativa Intervalar	Independiente	18-29 años 30-45 años 46-60 años
Género:	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Cualitativa Nominal	Independiente	Femenino Masculino
Escolaridad:	Número de años de estudio dentro de un sistema educativo formal	Cuantitativa Intervalar	Independiente	9 años Más de 9 años
Comorbilidad Psiquiátrica:	Otros trastornos psiquiátricos registrados en el expediente del paciente al momento de aplicar la herramienta de evaluación.	Cualitativa Nominal	Independiente	-Depresión -Ansiedad -Consumo de sustancias -Otros

DISEÑO DEL ESTUDIO

Alcance correlacional y de tipo prospectivo, comparativo, observacional y transversal.

Universo de estudio:

Se realizó un muestreo no probabilístico, a conveniencia. El universo lo constituyeron todos los pacientes en seguimiento en la consulta externa Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite que se encontraban en el modelo integrador de psicoterapia grupal. Posteriormente se seleccionó a una población de 88 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión expuestos más adelante y se dividieron en dos grupos de acuerdo a la temporalidad de su asistencia a la terapia en dicho modelo.

Criterios de Selección:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes masculinos y femeninos, de 18 a 59 con diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.
- Que se encuentren en el modelo integrador de psicoterapia grupal de esta institución.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con sintomatología aguda de difícil control al momento de la valoración.
- Pacientes con escolaridad menor a 9 años de estudios.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

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

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

Cuestionario auto-aplicable cuya administración de entre 15 a 20 minutos. Consta de 53 reactivos de opción múltiple (escala de tipo Likert) constituidos por seis opciones de respuesta y el porcentaje correspondiente: nunca (0%), casi nunca (20%), pocas veces (40%), frecuentemente (60%), casi siempre (80%), siempre (100%). Está dividido en doce áreas relacionadas al concepto de CVRS: Preocupaciones, Desempeño Físico, Aislamiento, Percepción Corporal, Funciones Cognitivas, Actitud Ante el Tratamiento, Tiempo Libre, Vida Cotidiana, Familia, Redes Sociales, Dependencia Médica, Relación con el Médico, y una escala visual análoga de Bienestar y Salud. Cuenta con una sección de cuatro reactivos dedicados a comentarios generales como: tipo de padecimiento o ausencia de, y dos preguntas sobre hechos recientes, ya sean estresores cotidianos (disgustos, problemas de salud, etc.) o mayores (muerte de alguien cercano, separación, etc.) ocurridas en la última semana o seis meses en el caso de los mayores. También contiene una hoja de datos generales de carácter socioeconómico y espacio para cualquier comentario general. El instrumento es el resultado de estudios previos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006) que establecieron su validez por doce jueces expertos en el área, discriminabilidad de los ítems entre valores altos y bajos de la dimensión, dos procesos de refinamiento y construcción de nuevos ítems para la conformación de áreas considerando la impresión clínica de pacientes, del personal de salud, y de psicólogos con experiencia en el manejo de condiciones crónicas. Se realizaron

series de análisis factoriales con los diferentes reactivos hasta lograr la mejor composición con el menor número de reactivos posible por área. Su estructura y composición en términos de factores arrojó doce áreas con cuatro reactivos cada una, que explicaron el 68.76% de la varianza con rotación varimax. Finalmente se estableció su validez concurrente con el WHO-QoL Bref en su versión adaptada para México (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003). La consistencia interna de cada área se estableció con el coeficiente alfa de Cronbach; todas las áreas mostraron adecuada consistencia interna, los coeficientes alfa oscilaron entre. (α :.6831 y α :.9337).

Con el objetivo de medir la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes, esta escala es lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones.

Las características del instrumento evalúan 12 áreas, cada una con cuatro reactivos y una consistencia interna de: Preocupación (α =.83), Desempeño físico (α =.82), Aislamiento (α =.79), Percepción corporal (α =.84), Funciones cognitivas (α =.87), Actitud ante el tratamiento (α =.68), Tiempo libre (α =.87), Vida cotidiana (α =.93), Familia (α =.89), Redes sociales (α =.81), Dependencia médica (α =.81) y Relación con el médico (α =.75). (28, 29).

Inventario de Ajuste de Weinberger

El Inventario de Ajuste de Weinberger (WAI) es un instrumento para medir el ajuste socioemocional, así como las dimensiones y subdimensiones de la personalidad de manera eficiente y confiable. Consta de 84 reactivos y se compone de tres factores: Distrés (ansiedad, depresión, baja autoestima y bajo bienestar), Contención (represión de la agresión, control de impulsos, consideración hacia los otros y responsabilidad) y Defensividad (actitud defensiva, negación del distrés). La estructura factorial de las escalas de distrés y contención se conservan desde la adolescencia temprana hasta la edad avanzada, tanto en casos clínicos como en personas normales. Las tres escalas han demostrado tener consistencia interna superior a 0.85 en diversas muestras y una confiabilidad por encima de 0.7 mediante la prueba test-retest en una muestra de adolescentes tempranos y siete meses después. Además, al compararlo con los otros seis instrumentos existentes de represión, ha sido el cuestionario con mejores propiedades psicométricas dentro de los seis instrumentos existentes de ajuste socioemocional (la Escala de Represión y Sensibilización de Byre, la Escala de Afrontamiento Represivo de Weinberger, la Escala de Monitoreo y Embotamiento de Miller, el Cuestionario de Autoengaño de Sackeim y Gur y el Cuestionario de Autoengaño de Paulus).

El Inventario de Ajuste de Weinberger evalúa la capacidad general de ajuste socioemocional. Consta de 84 reactivos evaluados en una escala Likert de cinco puntos. En la primera parte del cuestionario (del reactivo 1 al 45) las opciones de la escala son: 1. falso, 2. más o menos falso, 3. no estoy seguro, 4. más o menos verdadero y 5. verdadero. En la segunda parte, las opciones son: 1. casi nunca o

nunca, 2. poco frecuente, 3. algunas veces, 4. Frecuentemente y 5. siempre o casi siempre. Se compone de tres factores: 1. Distrés (dividido en subescalas de Ansiedad, Depresión, Baja autoestima y Bajo bienestar), 2. Contención o Dominio de sí mismo (dividido en las subescalas de Supresión de la agresión, Control de los impulsos, Consideración hacia los demás y Responsabilidad) y 3. Defensividad (dividido en las subescalas de Represión- defensividad y Negación del distrés). Fue validado en México por Romo González y Cols en 2014 ⁽³⁰⁾.

El inventario WAI permite la identificación de seis estilos de ajuste, dependiendo de los puntajes DSS y RTS, así como la relación RD/RST. Dichos estilos son: 1) Reactivo, 2) Sensibilizado, 3) Sobresocializado, 4) Infrasocializado, 5) Seguro de sí mismo y 6) Represivo.

De acuerdo a los puntos de corte, se consideró a los pacientes con DSS bajo a aquellos que puntuaron por debajo de 47 puntos, mientras que a aquellos con un puntaje mayor o igual a 47 eran considerados con DSS alto. Por otra parte, el RST fue considerado alto con un puntaje igual o mayor a 108, medio de 107 a 95 y bajo si era menor o igual a 95. Por último, la relación RD/RST fue considerada alta si los pacientes puntuaban igual o mayor a 58 y baja por debajo de 58 ⁽³¹⁾.

PROCEDIMIENTO

Una vez presentado y aprobado el protocolo por los comités correspondientes, se realizó una selección de pacientes con base en los criterios de inclusión y exclusión expuestos. El universo lo constituyeron los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de personalidad con seguimiento en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que se encontraban en el modelo integrador de psicoterapia grupal.

Se solicitó su participación en dicho estudio explicando los objetivos y se aplicaron los cuestionarios InCaViSa y el Inventario de Weinberger para determinar calidad de vida y ajuste socioemocional, previo consentimiento informado. Se dividieron dos grupos de acuerdo a la temporalidad en la terapia grupal, el primero conformado por pacientes con una duración de 0 a seis meses, y el segundo de siete meses a dos años. Finalmente se realizaron medidas de comparación entre los puntajes obtenidos en las escalas y subescalas de los instrumentos de evaluación utilizados para determinar si existe diferencia significativa en cuanto a calidad de vida y ajuste socioemocional de acuerdo al tiempo que llevan recibiendo la psicoterapia grupal.

Consideraciones Éticas

El presente proyecto se ajustó a las normas éticas institucionales en materia de investigación científica y por lo tanto se realizó hasta que fue aprobado por el comité local de investigación.

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

El estudio cuenta con un valor científico y social, ya que consideramos ayudará a mejorar las pautas terapéuticas de las pacientes con Trastorno límite de personalidad.

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

- Beneficencia: Puesto que el interés principal del trabajo es encontrar una forma de determinar y prevenir la cronicidad y deterioro de los pacientes.
- No maleficencia: Durante la realización ningún participante fue perjudicado, se respetaron sus derechos fundamentales y no fueron lastimados de ninguna forma.
- Justicia: Todos los participantes que cumplieron con los criterios de selección pudieron participar en el estudio si así lo deseaban, nadie fue discriminado por ninguna condición social, de raza o género.
- Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo mínimo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios: pruebas a individuos o grupos en los que no se manipula la conducta del sujeto.

- Los datos personales de los encuestados no son de dominio público. Se otorgó carta de consentimiento informado al paciente con la finalidad de que se encontrara enterado del estudio, la finalidad del mismo y la confidencialidad de los datos, la participación fue estrictamente voluntaria.

Análisis estadístico

De la muestra total, el número de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y formaron parte del análisis estadístico que se pretende realizar fue de N= 88.

Los resultados se analizaron a partir de medidas de tendencia central y de dispersión, frecuencias, porcentajes y como prueba de comparación estadística se utilizó X², prueba exacta de Fisher; se consideró un nivel de significancia estadística con un valor de $p < 0.5$.

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

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

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

RESULTADOS

La población de estudio fue de 88 pacientes, de las cuales 73 (83 %) fueron mujeres y 15 (17%) hombres, la edad promedio de los participantes fue de 35.7 ± 10.14 años. (Figura 2)

Asimismo, la frecuencia respecto los años de escolaridad fue de 9 años de estudio 10.2% y la población mayor a 9 años de estudio fue de 89.8%.

La población se dividió en 2 grupos respecto a los meses de asistencia a la terapia grupal, el primero constó de 0 a 6 meses con 32 pacientes (36.4%) y el segundo > de 7 meses hasta 2 años de asistencia con 56 pacientes representando el 63.6%.

Se valoró también el consumo de sustancias de las cuales se evaluaron las siguientes: el consumo de alcohol, uso de tabaco, ninguna y otras sustancias, esta última con porcentaje de 84.1%, cada una de las cuales se describen en el cuadro de características sociodemográficas. (Cuadro 6). Se detectó en la muestra que 17 pacientes (19.3%) no cuenta con presencia de alguna otra enfermedad psiquiátrica, sin embargo, contrasta con el 80.7% que sí la padece representado por 71 pacientes. (Cuadro 6).

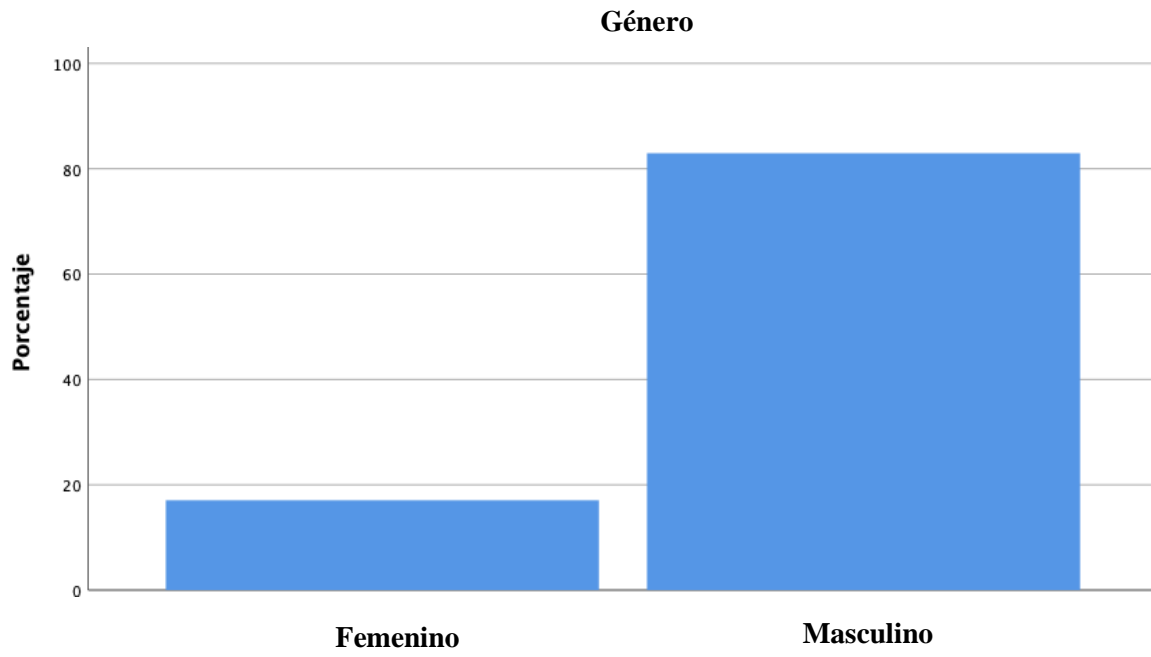


Figura 2 Frecuencia de género en el grupo de estudio.

Cuadro 6. Características sociodemográficas de la población de estudio.

VARIABLE	N (%)
Edad	
18-29 años	26 (29.5%)
30-45 años	42 (47.7%)
46-60 años	20 (22.7%)
Género	
Masculino	15 (17%)
Femenino	73 (83%)
Escolaridad	
9 años	9 (10.2 %)
> 9 años	79 (89.8%)
Duración de terapia de grupo	
0-6 meses	32 (36.4 %)
7m- 2 años	56 (63.6%)
Consumo de sustancias	
Alcohol	7 (8%)
Tabaco	1 (1.1%)
Ninguna	74 (84.1%)
Otros	6 (6.8%)
Presencia de comorbilidades psiquiátricas	
No	17 (19.3%)
Si	71 (80.7%)
Comorbilidades psiquiátricas	
Ninguna	17 (19.3%)
Depresión	54 (61.4%)
Ansiedad	9 (10.2%)
Otros	8 (9.1 %)

Respecto a la calidad de vida percibida por el paciente se observan las siguientes diferencias según la duración en terapia de grupo. En donde se destaca que el los mayores porcentajes se obtienen en la calidad de vida normal en ambos grupos.

(Figura 3)

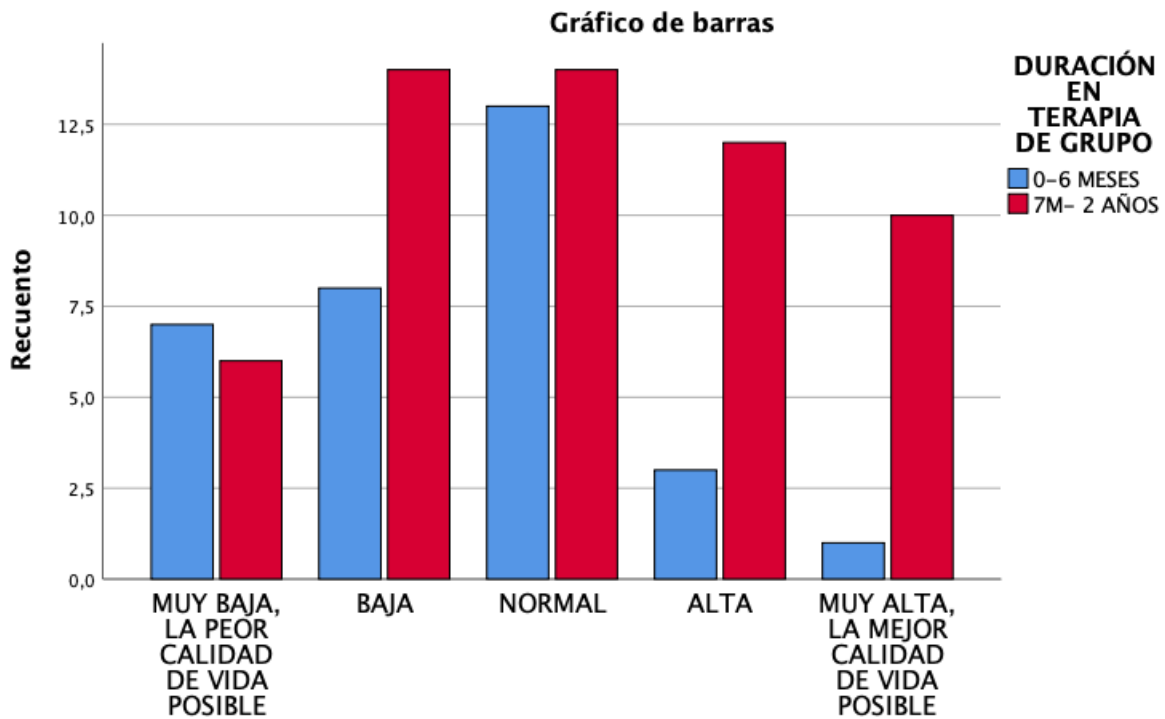


Figura 3 Calidad de vida percibida en los pacientes con trastorno límite de personal en el modelo integrador de terapia grupal de 2 años.

Se observa significancia estadística en las siguientes subescalas del instrumento InCaViSa, esto de acuerdo al tiempo transcurrido de las pacientes en la terapia de grupo. (Cuadro 7).

Cuadro 7. Escala Calidad de vida en la población de estudio

VARIABLES	0-6 MESES n= 32	7M-2 AÑOS n=56	TOTAL	VALOR DE p*
Preocupaciones				
Presente	19	47	66	0.011 *
Ausente	13	9	22	
Desempeño físico				
Presente	23	53	76	0.007 *
Ausente	9	3	12	
Aislamiento				
Presente	29	3	32	0.022*
Ausente	27	29	56	
Percepción corporal				
Presente	7	31	38	0.002*
Ausente	25	25	50	
Funciones cognitivas				
Presente	16	35	51	0.253
Ausente	16	21	37	
Actitud ante el tratamiento				
Presente	24	52	76	0.026*
Ausente	8	4	12	
Tiempo libre				
Presente	14	39	53	0.017*
Ausente	18	17	35	
Vida cotidiana				
Presente	21	36	57	0.899
Ausente	11	20	31	
Familia				
Presente	15	30	45	0.545
Ausente	17	26	43	
Redes sociales				
Presente	24	44	68	0.701
Ausente	8	12	20	
Dependencia médica				
Presente	31	55	86	1.000
Ausente	1	1	2	
Relación con el médico				
Presente	30	55	85	0.551
Ausente	2	1	3	

*Prueba exacta de Fisher <0.05

Respecto al estilo de ajuste socioemocional, la población de estudio se encuentra en la categoría Sensibilizado 12 (13.6 %), Sobresocializado 73 (83%) y Represivo 3 (3.4%). Véase Figura 4.

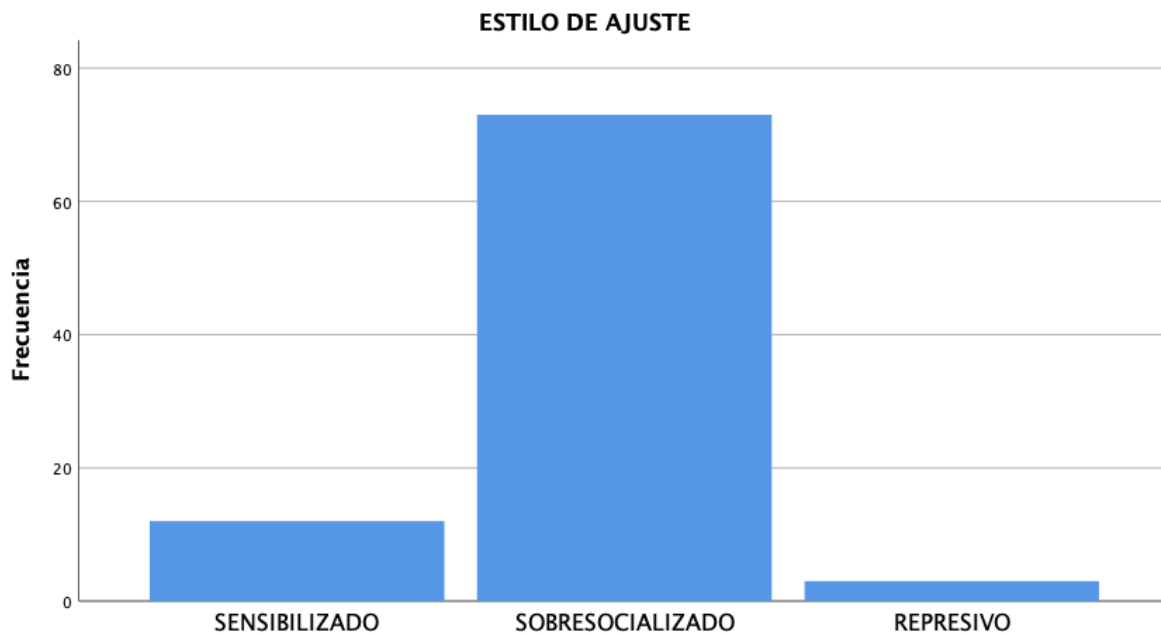


Figura 4 Estilo de Ajuste socioemocional según Weinberger.

Asimismo, en el instrumento de Ajuste socioemocional se obtuvo mediante la prueba exacta de Fisher, en la cual se evaluó la experiencia subjetiva de distrés en donde los porcentajes más altos se observaron en la categoría "Alto", los pacientes de 0-6 meses 96.87% y los de 7 meses -2 años 96.42 %, contención o dominio de sí mismo la categoría que se encontró con un porcentaje mayor fue "Bajo" en el cual el grupo de menos de 6 meses de asistencia a terapia se encontró con 87.5% y el grupo de 7 meses a 2 años con un 85.71 %, respecto a la represión- defensiva se observó una inclinación en la categoría "Bajo" con un 68.75% y 78.57 % respectivamente. Véase Cuadro 8

Al valorar el ajuste socioemocional en relación al tiempo de duración en la terapia de grupo, no se encontró correlación.

Cuadro 8. Ajuste socioemocional según el tiempo de asistencia a la Terapia de grupo.

VARIABLES	0-6 M n= 32	7M-2 A n=56	TOTAL	VALOR DE p*
Experiencia subjetiva de distrés				
Alto	31 (96.87%)	54 (96.42%)	85	1.000
Bajo	1 (3.125%)	2 (3.57%)	3	
Contención o dominio de sí mismo				
Alto	4 (12.5%)	8 (14.28%)	12	1.000
Bajo	28 (87.5 %)	48 (85.71%)	76	
Represión- Defensividad				
Alto	10 (31.25%)	12 (21.42%)	22	.306
Bajo	22 (68.75%)	44 (78.57 %)	66	

*Prueba exacta de Fisher <0.05

DISCUSIÓN

El trastorno límite es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en nuestro país y que demandan mayor atención por parte de los servicios de salud mental, por lo que el estudio de los enfoques terapéuticos y sus efectos y alcances resulta prioritario para establecer estrategias de tratamiento que no solo disminuyan los síntomas, sino que permitan a los pacientes mejorar su calidad de vida en las diversas esferas, así como le otorguen herramientas de afrontamiento adecuadas para contrarrestar la disregulación emocional tan frecuente en ellos.

Respecto a la calidad de vida de dichos pacientes, Toledo y cols. en 2011, encontraron cambios estadísticamente significativos en cuanto a la mejoría de cada una de las subescalas del cuestionario InCaViSa en los pacientes con TLP que recibieron atención en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Realizando una comparación entre la calidad de vida previa a recibir tratamiento y a las 2 semanas de recibir tratamiento, sin importar si este era farmacológico, psicoterapéutico o ambos (25). Dichos resultados coinciden favorablemente con los hallazgos obtenidos en la presente investigación, en donde encontramos una tendencia significativa a presentar niveles más altos de calidad de vida en varios de los parámetros, los que incluyen Desempeño físico ($p=0.007$), Aislamiento ($p=0.000$), Percepción corporal ($p=0.002$), Actitud ante el tratamiento ($p=0.026$) y Tiempo libre ($p=0.017$) en aquellos pacientes que llevan más tiempo acudiendo al Modelo Integrador de Psicoterapia Grupal, en contraste con los pacientes que llevan seis meses o menos acudiendo a dicha terapia.

De la misma forma se observa un cambio contrastante respecto a la variable Preocupaciones, ya que la significancia ($p=0.011$) se inclinó más hacia los de mayor tiempo en terapia, lo que no precisamente implica un retroceso, indicando que son más conscientes de su trastorno y la percepción de los demás. Tal como lo mencionan Muñoz et al en su descripción del modelo ⁽¹⁸⁾, durante la tercera fase, un importante número de pacientes que están por concluir los 2 años reconoce que finaliza, pero que a la vez necesita más tiempo para seguir trabajando; aceptan la terminación, pero buscan atención en otras instituciones públicas o privadas, incluso algunos solicitan de nuevo entrar a la terapia y son valorados de manera individual, y aceptados de nuevo durante un tiempo máximo casi siempre de 6 meses. A este respecto también es de considerarse la variable Dependencia Médica, que no obtuvo relevancia significativa dado que en ambos grupos resultó elevada. Del mismo modo la Relación con el médico se mantuvo presente en ambos grupos, sin importar el tiempo de duración en la terapia.

En cuanto a las funciones cognitivas hay gran variabilidad en ambos grupos, sin arrojar resultados significativos con respecto a la duración en la terapia, por lo que valdría la pena realizar más estudios al respecto, ya que se ha comprobado que los pacientes con TLP también presentan importantes alteraciones neurocognitivas. Al parecer el modelo integrador no impacta lo suficiente en cuanto a una mejoría significativa en esta área, por lo que habría que considerar otros enfoques terapéuticos complementarios con el fin de mejorar las capacidades neurocognitivas en estos pacientes.

Tampoco se encontró una significancia estadística en las variables Vida cotidiana, Familia y Redes sociales.

Respecto al ajuste socioemocional la Experiencia subjetiva de distrés y la Contención o dominio de sí mismo no resultaron significativas, con una $p=1.000$, así como la relación Represión-Defensividad, con un valor de $p=.306$.

En este sentido y de acuerdo a lo que señala Armand-Ugon, los pacientes con TLP se caracterizan por una elevada emocionalidad negativa, más que una hiperreactividad a los estímulos emocionales. Menciona también que esta emocionalidad negativa basal sea consecuencia de la larga duración de los estados emocionales negativos, produciéndose un “arrastre” emocional que no permite recuperar la estabilidad (2). Es probable que tampoco con la terapia de grupo sea suficiente para impactar sobre este estado emocional basal. Sin embargo habría que considerar la variable género, ya que como menciona Tejeda et al (11), las mujeres, en comparación con los hombres, experimentan niveles altos de culpa, vergüenza o autoagresión, y utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento inadecuadas ante emociones percibidas como inapropiadas. Como veremos más adelante, fue importante la diferencia entre género, con predominio de mujeres en este estudio, por lo que podría ser motivo de sesgo.

Al relacionar el dominio de sí mismo y el distrés, de acuerdo a Weinberger existen tres posibles modelos o estilos de ajuste socioemocional. Encontramos en nuestra población una alta frecuencia de pacientes sobresocializados, seguidos de sensibilizados y represivos. No se encontraron pacientes reactivos, infrasocializados ni seguros de sí mismos (31). Tizón habla de la psicopatología de los pacientes con TLP desde una perspectiva de las relaciones, indicando que experimentan grandes temores a las pérdidas relacionales, a las separaciones,

con una necesidad desesperada de relaciones sociales, siempre vigilando no perderlas. Contribuyendo sin embargo a su pérdida a través de sus alteraciones emocionales, cambios de humor, irritabilidad, entre otras cosas. (5)

Se observa en la muestra un porcentaje muy marcado por género, teniendo la predominancia en el femenino (83%), en contraposición con el masculino (17%), lo que coincide con la epidemiología reportada en la literatura. Incluso estas cifras se acercan mucho a las reportadas por el Departamento de Bioestadística de la Unidad de planeación y Calidad, HPFBA en 2017 (Tabla4), en donde reportan una prevalencia de 84.4% mujeres y 15.5% hombres con TLP.

En cuanto a la escolaridad, un 89.8% tiene nivel académico alto (mayor a nueve años), lo que no necesariamente implica una correlación causal. Podría estar asociado a la conciencia de enfermedad y acceso a información respecto a la salud mental, por lo que las personas con mayor escolaridad tienden a buscar más los servicios de atención médica y son quienes acuden a seguimiento psicoterapéutico.

Es notoria la alta frecuencia de comorbilidades psiquiátricas encontradas en estos pacientes (80.7%), principalmente Depresión (61.4%) y Ansiedad (10.2%) , coincidiendo con los resultados de Tomko et al, obtenidos de la encuesta NESARC en 2014, la cual reporta una prevalencia de 82.7% de trastornos del estado de ánimo en pacientes con TLP (7).

Esta misma encuesta reporta un 78.2% de consumo de sustancias en estos pacientes, sin embargo en nuestro estudio se encontró una prevalencia mucho menor, con un 8% de pacientes que presentaban consumo de alcohol, 1.1% consumo de tabaco y 6.8% otras sustancias. El 84.1% respondió no tener un

consumo de sustancias asociado. Habría que considerar sin embargo sesgos en estos resultados, ya que son muy contrastantes con lo encontrado por Cuca et al quienes estudiaron en 2018 una población de sujetos del modelo integrador de psicoterapia grupal del HPFBA, quienes refirieron haber consumido alguna sustancia por lo menos una vez a lo largo de su vida: alcohol 29%, tabaco 24%, cannabis

15%, sedantes 11%, cocaína 9%, estimulantes y alucinógenos 4%, inhalantes 3% y opiáceos 1% (33). El objetivo de nuestra investigación no se centró en el consumo de sustancias por lo que no indagamos en el patrón de consumo y otros factores a considerar como abuso, dependencia, tolerancia, sin embargo es de relevancia al momento de considerarlo un factor determinante en la calidad de vida.

Finalmente, con todos los datos obtenidos, hemos de resaltar que el modelo integrador de psicoterapia grupal de dos años del HPFBA, representa un pilar importante en el tratamiento de los pacientes con TLP, el cual se ve reflejado en la calidad de vida. Sin embargo habrá que continuar buscando herramientas específicas para el manejo de aspectos como las funciones neurocognitivas y el ajuste socioemocional.

CONCLUSIONES

- El Trastorno Límite de personalidad es un padecimiento prevalente en el sexo femenino (83%).
- Es común que se encuentren comorbilidades psiquiátricas, principalmente Depresión (61.4%) y Ansiedad (10.4%).
- La calidad de vida en los pacientes con Trastorno de personalidad tipo límite que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal es directamente proporcional a su duración en dicho modelo de tratamiento.
- No se encontró correlación en los niveles de ajuste socioemocional en los pacientes con Trastorno de personalidad tipo límite que se encuentran en el modelo integrador de psicoterapia grupal respecto a su duración en la terapia de grupo.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Todos los pacientes mostraron amplia disposición a participar en la investigación por lo que esto no fue una limitante para el desarrollo de la misma.

Se encontraron dificultades respecto a la forma de evaluar ambas escalas utilizadas. En cuanto al InCaViSa, no es posible determinar un punto de corte para la calidad de vida de manera global, debiendo analizar cada una de las doce subescalas de manera independiente, contando únicamente con un ítem que valora la calidad de vida global percibida por el paciente, de manera subjetiva. En cuanto al ajuste socioemocional tampoco contamos con puntos de corte para cada subescala.

Valdría la pena realizar un estudio longitudinal con el fin de medir las mismas variables de calidad de vida y ajuste socioemocional en los mismos pacientes, con el fin de determinar si hubo un cambio significativo en sus resultados.

REFERENCIAS

1. Londoño Paredes DE. Elucidación epistémica e histórica del trastorno de la personalidad límite o borderline. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015;44(3):189–95.
2. Armand-Ugon ME. Disregulación emocional y mindfunless en el trastorno límite de la personalidad: Características y tratamiento [dissertation]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016. 150 p.
3. Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 11 a edición Lippincott, Williams&Wilkins. 2015. 742 p.
4. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
5. Tizón JL. ¿Trastorno límite de personalidad, trastorno por inestabilidad emocional o trastorno por desequilibrio emocional?: Una actualización para la APS. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria.* 2017;24(9):492–510.
6. Torgensen, S., Kringlen, E., Cramer, V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry,* 2001; 58(6):590-6.
7. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *J Pers Disord.* 2014;28(5):734–50.
8. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(4):319–28.
9. Alarcón MB, Torija JTC, Torruco-Salcedo M, Fernández BC. Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud Ment.* 2009;32(3):241–9.
10. Perseus K, Andersson E, Samuelsson M. Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. *Scand J Caring Sci;* 2006; 20, 302–307.
11. Tejeda MM, García RR, González-forteza C, Palos PA. Propiedades psicométricas de la escala “ Dificultades en la Regulación Emocional ”

- en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Ment.* 2012;35(78):521–6.
12. Lorea-conde I. Implicaciones de los mecanismos epigenéticos en el desarrollo y tratamiento de los trastornos de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015;43(2):42–50.
 13. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet.* Elsevier Ltd; 2011;377:74–84.
 14. García López MT, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2010;30(106):263–78.
 15. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder. *N Engl J Med.* 2011;364(21):2037–42.
 16. O’Connell B, Dowling M. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21(6):518–25.
 17. McCusker L, Turner M-L, Pike G, Startup H. Meaningful Ways of Understanding and Measuring Change for People with Borderline Personality Disorder: A Thematic Analysis. *Behav Cogn Psychother.* 2018;1–13.
 18. Muñoz F, Flores C, Cabrera I. Modelo integrador de terapia grupal para pacientes con Trastorno Límite de personalidad. *Psiquis.* 2016; 25 (2): 35-55.
 19. Fernandez, G., Fernandez, M., & Rojo, F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris.* 2005; 5: 117-135.
 20. Schwartzmann, L. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud : Health-Related Quality of Life : Conceptual Aspects. *Cienia y Enfermeria.* 2003 (2): 9–21.
 21. Ramírez, R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud : revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Cardiol.* 2007; 14: 207-222
 22. TUESCA MOLINA, R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte.* 2005; 21: 76-86

23. IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Wang, C. Quality of life in borderline personality disorder. *Har Rev Psychiatry*. 2013; 21(3): 138–150.
24. Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*. 2006; 47(3):178–184.
25. Toledo Lozano CG. Evaluación del impacto del tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico en la calidad de vida y sintomatología del paciente con Trastorno límite de personalidad en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Tesis de especialidad. Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2011.
26. Cruz Romero MT. Estudio Comparativo sobre el Impacto del Modelo de Atención de Psicoterapia Grupal en las Funciones y/oicas de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis de especialidad. Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
27. Vera Flores P. Impacto del modelo de Terapia de Grupo en la disminución de internamientos y días de estancia hospitalaria en pacientes con Trastorno de Personalidad Límite. Tesis de especialidad. Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
28. Acosta-quiroz, C. O. La calidad de vida relacionada a la salud y su concepción teórica-metodológica. En: García R, Mortis S, Quintana J, Sotelo T. Educación y Salud. Evidencias y propuestas de investigación en Sonora. Primera edición. México: Editorial Fontamara; 2016. 217-225.
29. Riveros, A., Castro, C., & Lara-Tapia, H. Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2008; 41(2): 291–304.
30. Romo González, T., Enríquez-Hernández, C. B., Hernández Pozo, M. del R., Ruiz Montalvo, M. E., Castillo, R. L., Ehrenzweig Sánchez, Y., Larralde, C. Validación en México del inventario de ajuste de Weinberger -WAI-. *Salud Mental*. 2014; 37(3): 247-253.
31. Romo González, T., J. Martínez, A., Hernández Pozo, M. del R., Gutiérrez-Ospina, G., Larralde, C. Psychological Features of Breast Cancer in Mexican Women I: Personality Traits and Stress Symptoms. *Salud Mental*. 2014; 37(3): 247-253.

32. Ramírez, L. Frecuencia y factores asociados a la Diabetes Mellitus tipo 2 en grupos comunitarios de autocuidado de adultos mayores de la Delegación Tlalpan, Ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Ciudad de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
33. Cuca, J. Nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en pacientes con Trastorno de la personalidad, en terapia grupal del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis de especialidad. Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.

Anexos

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Nombre _____
Edad _____ Padecimiento _____
Sexo _____ Tiempo padeciendo _____

Instrucciones

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta ni se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco.

Conteste con toda confianza y franqueza.
Para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o temor muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE"

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza y conteste con la verdad.

Evaluación

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante las últimas dos semanas, por favor tenga en mente sus creencias, esperanza, gustos y preocupaciones pero sólo en los últimos quince días.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

5. Me preocupa que alguien se sienta incomodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

8. Si es necesario puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre
9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre
10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre
11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre
12. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre
13. Me parece que desde que enfermé no confían en mi como antes	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre
14. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre
15. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a)	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre
16. Me siento restringido(a) por mi peso	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-mente	Casi Siempre	Siempre

17. Me da pena mi cuerpo	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>						
18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a).	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>						
19. Se me olvida en donde puse las cosas	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>						
20. Se me olvidan los nombres	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>						
21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>						
22. Tengo problemas con mi memoria	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>						
23. Me fastidia tomar tantas medicinas	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>						
24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad	0%	20%	40%	60%	80%	100%
	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>						

25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						
26. Me siento incómodo(a) con mi médico						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						
27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						
28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						
29. Mi familia me comprende y me apoya						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						
30. Mi familia me cuida y me apoya						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						
31. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						
32. Me siento triste cuando veo a personas que hace las cosas que antes hacía						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						
33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
<hr/>						

34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

35. Desde que enfermé mi vida se ha vuelto difícil

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

36. Desde que enfermé mi vida dejó de ser placentera

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

37. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

38. Dejé de disfrutar mi vida porque estoy enfermo

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

41. No me importa que tengo, sólo quiero que el médico me cure

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

42. El responsable de que me cure es el médico

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

43. Disfruto asistir al médico						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
44. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
45. Visitar al médico se ha convertido en parte de mi vida						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
46. Necesito atención médica constantemente						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
48. Cuando las cosas salen mal, hay alguien que me puede ayudar						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme						
0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre	
51. EN GENERAL ¿CÓMO EVALUARÍA MI CALIDAD DE VIDA?						
A	B	C	D	E	F	
La peor Calidad de Vida posible					La mejor Calidad de Vida posible	

52. Mi salud en general es...

- Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena Excelente
-

53. En comparación con el año pasado ¿Cómo evaluaría en general mi salud ahora?

- Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena Excelente
-

54. En los últimos siete días ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente con mi bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

55. En los últimos siete meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante que haya cambiado mi vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de algún familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación, etc.)

56. Mi padecimiento es:

Lo padezco desde hace:

COMENTARIOS GENERALES

INSTRUCCIONES

La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los últimos 7 días.

1. ¿Dolor de cabeza?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

2. ¿Dolores musculares?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

3. ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc)

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

4. Hinchazón de tobillos y/o piernas?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

5. ¿Problemas para ver?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

6. ¿Problemas para oír?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

7. Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc)

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

8. ¿Tos molesta?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

9. ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de olor, por su frecuencia o cantidad, etc)

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

10. ¿Tics, tartamudeo?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

11. ¿Mal olor, por ejemplo en aliento o por sudoración?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad _____ Sexo _____ ¿Vive solo? _____

En caso de haber respondido que vive acompañado por favor escriba las edades de las personas con quien vive y la relación o parentesco que tiene con usted

Edad Sexo Relación o parentesco

Escolaridad (marque uno):

<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta. Escriba hasta qué grado estudió:
<input type="checkbox"/>	Primaria completa
<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta. Escriba hasta qué grado estudió:
<input type="checkbox"/>	Secundaria completa
<input type="checkbox"/>	Estudios comerciales. Escriba qué grado estudió:
<input type="checkbox"/>	Bachillerato incompleto: Escriba hasta qué grado estudió:
<input type="checkbox"/>	Bachillerato completo
<input type="checkbox"/>	Estudios Universitarios. Escriba la carrera y el último semestre o grado obtenido

¿Cuál es su ocupación?

Ingreso mensual:

Ingreso mensual de los habitantes en su casa:

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

	Puntuación total	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
Preocupaciones					
Desempeño físico					
Aislamiento					
Percepción corporal					
Funciones cognitivas					
Actitud ante el tratamiento					
Tiempo libre					
Vida cotidiana					
Familia					
Redes sociales					
Dependencia médica					
Relación con el médico					

NOTAS:

(WAI)

INSTRUCCIONES: El propósito de estas preguntas es entender cómo es usted o cómo se siente generalmente, no sólo en las semanas recientes sino durante el último año o más. Por favor lea cada enunciado cuidadosamente y seleccione el número que mejor le describa. Para cada enunciado, en la **Parte I** decida si es (1) FALSO o en su mayoría falso para usted; (2) MÁS O MENOS FALSO (i.e., más falso que verdadero); (4) MÁS O MENOS VERDADERO (i.e., más verdadero que falso); o (5) VERDADERO o en su mayoría verdadero. Si no puede decir realmente si en su mayoría verdadero o falso, escoja (3) NO ESTOY SEGURO.

Las preguntas de la **Parte II** se relacionan con la frecuencia en la que usted piensa, siente o actúa de cierta manera. Otra vez, queremos saber que es usual para usted incluso si no se ha sentido así en los dos últimos días o las semanas recientes. Después de leer cada enunciado cuidadosamente, por favor escoja que tan frecuente es verdadero: (1) CASI NUNCA o nunca, (2) POCO FRECUENTE, (3) ALGUNAS VECES, o en una cantidad promedio, (4) FRECUENTEMENTE, o (5) CASI SIEMPRE o siempre.

PARTE I

	1	2	3	4	5			
	Falso	Más o menos falso	No estoy seguro	Más o menos verdadero	Verdadero			
				1	2	3	4	5
1. Disfruto de la mayoría de las cosas que hago en la semana.				1	2	3	4	5
2. En ocasiones me propongo hacer algo pero al final realizo otra cosa.				1	2	3	4	5
3. Hay veces en las que no me siento muy orgulloso de qué tan bien he hecho las cosas.				1	2	3	4	5
4. No importa qué esté haciendo, normalmente me la paso bien.				1	2	3	4	5
5. Soy del tipo de personas que probará cualquier actividad sin importar lo insegura que sea.				1	2	3	4	5
6. Me siento inseguro de mí mismo.				1	2	3	4	5
7. Este año pasaron algunas cosas de las que me sentí desdichado en su momento.				1	2	3	4	5
8. Casi siempre hago lo que me piden.				1	2	3	4	5
9. Recuerdo alguna ocasión en la que me he sentido tan enojado con alguien que he sentido ganas de hacerle daño.				1	2	3	4	5
10. En los últimos años, ha habido muchas ocasiones en las que me he sentido insatisfecho o triste.				1	2	3	4	5
11. En general me considero una persona feliz.				1	2	3	4	5
12. He hecho cosas que son incorrectas y de las que me he arrepentido después.				1	2	3	4	5
13. Generalmente no permito que algo me moleste demasiado.				1	2	3	4	5
14. Recuerdo ocasiones en las que no me sentí bien conmigo mismo.				1	2	3	4	5

15. Hago un esfuerzo por controlar mis emociones aún cuando me estoy divirtiendo.	1	2	3	4	5
16. Hago más cosas fuera de la ley que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
17. En realidad me desagrado.	1	2	3	4	5
18. Generalmente me la paso bien cuando hago cosas en compañía de otras personas.	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	Falso	Más o menos falso	No estoy seguro	Más o menos verdadero	Verdadero
19. Cuando me pasa algo negativo nunca me entristezco.	1	2	3	4	5
20. A veces me siento tan mal conmigo mismo que me gustaría ser alguien más.	1	2	3	4	5
21. Soy del tipo de personas que sonrío y río mucho.	1	2	3	4	5
22. De vez en cuando me expreso mal de los demás a sus espaldas.	1	2	3	4	5
23. De vez en cuando rompo las promesas que he hecho.	1	2	3	4	5
24. De vez en cuando me he molestado por algo que más tarde pienso no era importante.	1	2	3	4	5
25. Todos cometen errores de vez en cuando.	1	2	3	4	5
26. La mayoría de las veces no me preocupo mucho por las cosas.	1	2	3	4	5
27. Soy del tipo de personas que se divierte mucho.	1	2	3	4	5
28. Hay ocasiones en las que no termino las cosas porque pierdo mucho el tiempo.	1	2	3	4	5
29. Me preocupo mucho por las cosas que no son importantes.	1	2	3	4	5
30. Hay ocasiones en las que no permito que la gente se entere de que he hecho algo malo.	1	2	3	4	5
31. Con frecuencia me siento triste o desgraciado.	1	2	3	4	5
32. Generalmente siento que soy el tipo de persona que quiero ser.	1	2	3	4	5
33. Pienso en los demás antes de hacer algo que no les guste.	1	2	3	4	5
34. Hago las cosas sin prestarles mucha atención.	1	2	3	4	5
35. Cuando se me presenta la oportunidad, tomo lo que quiero aunque no me pertenezca.	1	2	3	4	5
36. Si alguien trata de herirme, me aseguro de desquitarme.	1	2	3	4	5
37. Disfruto haciendo algo por los demás, incluso aunque no reciba nada a cambio.	1	2	3	4	5
38. Me siento de tan mal humor que sólo me detengo y no hago nada.	1	2	3	4	5
39. "Enloquezco" y hago cosas que a los demás puede no gustarles.	1	2	3	4	5
40. Hago cosas que en realidad son injustas para las personas que no me importan.	1	2	3	4	5
41. Hago trampa cuando sé que nadie se dará cuenta.	1	2	3	4	5
42. Cuando hago algo por diversión (por ejemplo, ir de fiesta, actuar tontamente), tiendo a seguirme de largo y llegar a los excesos.	1	2	3	4	5
43. Me aseguro que haciendo lo que quiero no le causaré problemas a nadie.	1	2	3	4	5
44. Rompo las leyes y las reglas con las que no estoy de acuerdo.	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
45. Me siento un poco disgustado cuando alguien señala las cosas que he hecho mal.	1	2	3	4	5
PARTE II	(1) Casi Nunca o nunca	(2) Poco Frecuente	(3) Algunas Veces o en una cantidad promedio	(4) Frecuentemente	(5) Casi Siempre o siempre
46. Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes aunque la mayoría de la gente consideraría raras o no muy seguras.	1	2	3	4	5
47. Antes de hacer algo, pienso en que no afecte a la gente de mi alrededor.	1	2	3	4	5
48. Si alguien hace algo que realmente no me gusta, le grito reclamándole.	1	2	3	4	5
49. La gente depende de mí pues sabe que puede confiar en que haré lo que debo.	1	2	3	4	5
50. Cuando estoy enojado pierdo el control y permito que la gente lo note.	1	2	3	4	5
51. Me siento tan desanimado e infeliz que nada me hace sentir mejor.	1	2	3	4	5
52. Hago cosas que sé que no están del todo bien.	1	2	3	4	5
53. Digo lo primero que se me viene a la mente sin detenerme a pensarlo.	1	2	3	4	5
54. Molesto a la gente que me cae mal.	1	2	3	4	5
55. Me da miedo que algo terrible me pase a mí o a la gente que quiero.	1	2	3	4	5
56. Si la gente hace cosas sin pedirme que los acompañe me siento rechazado.	1	2	3	4	5
57. Me esfuerzo mucho en no herir los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
58. Me detengo a pensar las cosas antes de actuar.	1	2	3	4	5
59. Ofendo a las personas que me molestan.	1	2	3	4	5
60. Me aseguro de no meterme en problemas.	1	2	3	4	5
61. Me siento solo.	1	2	3	4	5
62. Cuando alguien me provoca, contesto a la provocación.	1	2	3	4	5



Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Consentimiento informado:

Calidad de vida y ajuste socioemocional en pacientes con Trastorno límite de personalidad en el modelo integrador de psicoterapia grupal de dos años del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Ciudad de México a ____ de _____ de 2019.

A través de este documento, declaro que acepto participar en el protocolo de estudio **Calidad de vida y ajuste socioemocional en pacientes con trastorno límite de personalidad en el modelo integrador de terapia grupal de dos años del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez** del cual se me ha informado lo siguiente:

- Tiene como objetivo estudiar la calidad de vida y ajuste socioemocional en pacientes con trastorno límite de personalidad que acuden a terapia de grupo
- Se me hará una entrevista breve (tiempo aproximado 30 minutos) y se me solicitará que llene un cuestionario sobre calidad de vida y ajuste socioemocional, ambos el día que acudo a terapia grupal en las instalaciones de consulta externa del hospital
- La información recabada de este estudio se tratará con absoluta confidencialidad por el grupo de investigadores
- Mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación. Si decido participar en el estudio puedo retirarme en el momento que lo desee, pudiendo informar o no las razones de su decisión, las cuales serán respetadas.
- No tendré que hacer gasto alguno durante el estudio.

Para cualquier duda o aclaración, podrá comunicarse con la Dra. Xochitl Beatriz Carrera Bojorges, Tel. 5574712658

Firma y nombre del paciente

Firma y nombre del familiar responsable

Firma y Nombre del Médico

Testigo

Testigo

DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES

México, D. F. a _____ de _____ de 20__

De acuerdo al artículo 63 de la Ley General de Salud en materia de Investigación y al capítulo 7 numeral 4.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, declaro bajo protesta de decir la verdad que durante el tiempo en que me encuentre desarrollando las funciones asignadas en el Proyecto **Calidad de vida y ajuste socioemocional en pacientes con trastorno límite de personalidad en el modelo integrador de terapia grupal de dos años del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez**. Me comprometo en todo momento a actuar bajo los más estrictos principios de ética, para lo cual me apegaré a lo siguiente:

En el desarrollo de mis funciones tendré acceso a cierta información perteneciente a temas científicos y académicos, así como datos personales de los participantes, tal información es de carácter confidencial.

En este sentido, declaro que:

1. Cumpliré con mis funciones exclusivamente en el cargo que me encuentre.
2. No tengo ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero, personal, familiar u otro tipo en, y otra relación con el patrocinador, que:
 - a. Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida de la investigación.
 - b. Puede tener un interés personal o familiar, en el resultado de la opinión técnica y ética, pero no limitado a terceros como los fabricantes de insumos para la salud.
3. Hago constar que me conduzco por los principios generales de legalidad, honradez, lealtad, eficiencia, imparcialidad, independencia, integridad, confidencialidad y competencia técnica. El cumplimiento de estos principios garantiza la adecuada emisión de mi opinión técnica y ética solicitada.
4. Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente lo comunicaré al Comité de Ética en Investigación.
5. Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a realizar en el desarrollo del proyecto de investigación.

En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

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

ATENTAMENTE

**Nombre: Xochitl Beatriz Carrera Bojorges

**Firma _____

**Institución a la que pertenece: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez / Universidad Nacional Autónoma de México.

Dr. José Ibarreche Beltrán

Jefe de Consulta Externa

Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **CALIDAD DE VIDA Y AJUSTE SOCIOEMOCIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN EL MODELO INTEGRADOR DE TERAPIA GRUPAL DE DOS AÑOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.**

Durante un período de **un mes** a partir de 01 de mayo al 01 de junio de 2019. El cual se evaluará con entrevistas psiquiátricas y aplicación del cuestionario InCaViSa e Inventario de Weinberger a los pacientes con seguimiento en su servicio que cumplan con los criterios de selección del estudio.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente

Dra. Xochitl Beatriz Carrera Bojorges

Médico residente de cuarto año de Psiquiatría

México, Ciudad de México a _____ de _____ de 20____.

Dr. Francisco Muñoz Sandoval

Médico adscrito del Modelo Integrador de Terapia Grupal

Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **CALIDAD DE VIDA Y AJUSTE SOCIOEMOCIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN EL MODELO INTEGRADOR DE TERAPIA GRUPAL DE DOS AÑOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.**

Durante un período de **un mes** a partir de 01 de mayo al 01 de junio de 2019. El cual se evaluará con entrevistas psiquiátricas y aplicación del cuestionario InCaViSa e Inventario de Weinberger a los pacientes con seguimiento en su servicio que cumplan con los criterios de selección del estudio.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente

Dra. Xochitl Beatriz Carrera Bojorges

Médico residente de cuarto año de Psiquiatría

México, Ciudad de México a _____ de _____ de 20____.