



# Información

## Clínica

Volumen 13

Número 5

Mayo del 2001

### Es importante que los pacientes acepten su tratamiento

■ El tratamiento antipsicótico desempeña un papel muy importante en el cuidado de los pacientes con esquizofrenia. La naturaleza crónica de la enfermedad significa que la mayoría de los pacientes requerirán tratamiento antipsicótico a largo plazo para aliviar sus síntomas y prevenir la recurrencia de un episodio psicótico agudo. Desafortunadamente, una gran proporción de pacientes con esquizofrenia abandona el tratamiento, y esto tiene importantes consecuencias en el número y la severidad de las recaídas, las rehospitalizaciones, el empeoramiento de los síntomas residuales y los costos sociales, como el abuso de sustancias y las tribulaciones de sus cuidadores. Para conseguir su adhesión al tratamiento, es indispensable asegurarse de que el tratamiento antipsicótico es aceptable para el paciente. Los efectos colaterales, particularmente los mentales y los síntomas extrapiramidales (SEP) le causan ansiedad a los pacientes y, como consecuencia, se muestran insatisfechos con el tratamiento, de manera que un régimen con un bajo perfil de efectos colaterales puede mejorar la adhesión al tratamiento. Estos regímenes han desenmascarado muchos otros efectos colaterales del tratamiento que antes eran considerados como efectos menores de los SEP, pero las consecuencias físicas y psicológicas de los efectos colaterales, como la disfunción sexual inducida por los antipsicóticos, o subir de peso, le generan una gran ansiedad al paciente, y al igual que los SEP, pueden impedir su adhesión al tratamiento. Por lo tanto, la cuidadosa selección del agente antipsicótico y de la dosificación es esencial para maximizar la eficacia del antipsicótico y minimizar las tribulaciones originadas por los efectos colaterales. La aceptación del tratamiento depende, además, de la magnitud con la que el paciente entiende el tratamiento y sus efectos colaterales. El éxito de la aceptación del tratamiento depende de una estrecha alianza terapéutica entre el paciente y el psiquiatra. Esto le permitirá al clínico evaluar la manera en la que la enfermedad y el tratamiento están afectando la vida del paciente, considerar la posibilidad de reajustarlo y obtener los mejores resultados para el paciente.

El objetivo del tratamiento para los pacientes con esquizofrenia es controlar los síntomas afectando lo menos posible las funciones y lograr una calidad de vida óptima. La naturaleza de la esquizofrenia exige elaborar complejos planes de tratamiento en los que participen las intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales. Desafortunadamente, la falta de adhesión al tratamiento antipsicótico es muy común en los pacientes con esquizofrenia, afectando a 48% durante el primer año y a 72% durante el segundo año de tratamiento. Aunque la capacidad de la medicación antipsicótica para disminuir los síntomas de la esquizofrenia y el riesgo de sufrir recaídas es ampliamente reconocida, la importancia de que el paciente tolere y acepte el tratamiento, hablando desde una perspectiva histórica, ha sido una consideración secundaria, ya que, tradicionalmente, el éxito de un tratamiento antipsicótico se ha medido por la reducción de los síntomas positivos, mientras que se le ha dado una menor prioridad a la calidad de vida del paciente como medida del éxito terapéutico. Sin embargo también es bien sabido que los pacientes que están satisfechos con su tratamiento son los que menos acuden a los servicios de salud mental, por estar más apegados a su tratamiento y, en consecuencia, tienen un mejor pronóstico a largo plazo.

### Contenido

<b>Es importante que los pacientes acepten su tratamiento</b>	<b>25</b>
<b>¿El consumo de antidepresivos disminuye el suicidio? Resultados de un estudio epidemiológico</b>	<b>27</b>
<b>La fobia social y su efecto en la calidad de vida y la discapacidad</b>	<b>28</b>
<b>Una comparación entre el postraumatismo con trastorno de estrés de la personalidad limítrofe, y sin él entre las mujeres con una historia del abuso sexual en su niñez. Características etiológicas y clínicas</b>	<b>29</b>

## Las causas de la insatisfacción del paciente con el tratamiento

Cada paciente, como individuo, tiene razones específicas para estar insatisfecho con su tratamiento. Las causas pueden ser su percepción de que la medicación es deficiente, los efectos colaterales, particularmente los SEP, que generan ansiedad en el paciente, y que puede preocuparle más que la misma severidad de los efectos colaterales. En ocasiones, al clínico le resulta más difícil manejar la ansiedad del paciente, ya que ésta puede depender de factores independientes del tratamiento farmacológico, por lo que es importante corregir los regímenes de tratamiento y revisar regularmente la evolución del paciente. Una causa mayor de la insatisfacción del paciente con su tratamiento son los efectos colaterales, que, aunque en la bibliografía se describe su alta incidencia, los clínicos frecuentemente no consideran que contribuyan de manera importante a la falta de apego. En un estudio se encontró que 35% de los pacientes indicaron que el motivo por el que habían suspendido el tratamiento eran los SEP, mientras que sólo 7% de los psiquiatras consideraban que estos síntomas fueran un factor importante para la falta de apego al tratamiento. A continuación se indican los efectos colaterales más importantes:

- Los SEP
- Los signos y síntomas anticolinérgicos
- La disminución cognoscitiva
- La disforia
- El aplanamiento afectivo
- Subir de peso
- La disfunción sexual y reproductiva
- La hipotensión
- Los síndromes de abstinencia
- El síndrome neuroléptico maligno

### *Los síntomas extrapiramidales (SEP):*

Durante muchos años se aceptó que los SEP inevitablemente acompañaban el tratamiento con antipsicóticos, lo cual ha tenido un gran número de desafortunadas consecuencias, como considerar que la aparición de los SEP significa haber alcanzado la dosis efectiva; prescribir anticolinérgicos como profilaxis contra los SEP de esta manera exponer al paciente a los efectos colaterales anticolinérgicos, como resequedad de la mucosa oral, visión borrosa y retención urinaria, y considerar que la percepción de los efectos colaterales es una parte necesaria del tratamiento de la esquizofrenia, aunque algunos estudios, pocos, pero disponibles, han demostrado que los SEP no están inevitablemente ligados al tratamiento.

Los SEP (distonía aguda, parkinsonismo, acatisia y disquinesia tardía) pueden ser ansiogénicos tanto para la familia como para el paciente, por limitar sus actividades cotidianas y aislarlo socialmente.

El primer episodio de la psicosis aguda es muy ansiogénico para el paciente, lo que lo hace muy sensible a los efectos colaterales de la medicación, por lo que mu-

chos de ellos pueden llegar a reunir los criterios de un trastorno de estrés postraumático y producir un enorme impacto negativo en los pacientes que aún no han recibido tratamiento.

### *La disfunción sexual:*

Esta afecta a 50% de los individuos a los que se les prescriben antipsicóticos convencionales. Se caracteriza por impotencia, eyaculación dolorosa, reducción de la libido y del orgasmo. En las mujeres causa alteraciones en el patrón de la menstruación por el aumento de los niveles de prolactina. A pesar de su padecimiento, muchos pacientes logran establecer relaciones interpersonales íntimas, por lo que no se debe subestimar la importancia de la función sexual, cuya interrupción repercute en la calidad de vida de los pacientes, afectando su autoestima, sus relaciones interpersonales y su reintegración social.

### *El aumento de peso:*

Este puede tener serias implicaciones en la salud cardiovascular así como en el desarrollo de la diabetes *mellitus*. Además, los pacientes muestran una gran variedad de respuestas emocionales y psicológicas.

### *Los síntomas afectivos:*

La depresión puede ser secundaria a la aparición de los SEP o a una alta ocupación de receptores  $D_2$  por la medicación antipsicótica. Hay una gran correlación entre los síntomas afectivos negativos secundarios a los SEP y la incidencia de suicidios. La clozapina y otros antipsicóticos atípicos tienen efectos antidepresivos y disminuyen el riesgo de que aparezcan los efectos colaterales de los antidepresivos cuando estos se administran.

### *Para mejorar la adhesión al tratamiento:*

—Evitar la aparición de los SEP usando dosis bajas de los antipsicóticos convencionales pero evitando reducirlas al grado de que pudieran favorecer las recaídas, o usar dosis normales de antipsicóticos atípicos los cuales presentan menos SEP por tener una menor afinidad con los receptores  $D_2$  estriales).

### *Para aumentar la satisfacción del paciente*

La satisfacción del paciente con su tratamiento es un predictor de su adhesión a éste y de su pronóstico a largo plazo. Voruganti considera la “satisfacción” como la suma de todas las respuestas subjetivas del paciente, positivas o negativas, respecto a su tratamiento y sus efectos colaterales. Es importante considerar el tipo de reacción a la

que se anticipa el paciente, el contexto social en el que toma el medicamento, su actitud respecto a los efectos colaterales y sus experiencias anteriores. La mejor manera para determinar lo que espera el paciente, y lo que siente con el tratamiento es escucharlo; la sensación subjetiva de preocupación por el paciente favorece su adhesión al tratamiento.

#### *Puntos clave:*

- La aceptación del tratamiento es determinante para el apego al tratamiento.
- La falta de apego al tratamiento se relaciona con las recaídas y los pronósticos somбрíos.
- Los efectos colaterales antipsicóticos son la principal causa del abandono del tratamiento.
- La selección cuidadosa del antipsicótico y de la dosis son esenciales para maximizar la eficacia antipsicótica y minimizar las tribulaciones causadas por los efectos colaterales.
- La satisfacción del paciente está relacionada con su comprensión y aceptación del tratamiento y de sus efectos colaterales.
- Una estrecha alianza terapéutica, con un diálogo constante entre el paciente y el clínico, mantiene la satisfacción del paciente y su apego al tratamiento.

(Felicitas Küster)

#### **Bibliografía**

WABER D, KASPER S. Patients acceptance of their psychiatric treatment. *International J Psychiatry Clinical Practice*, 4 (Supl. 1): 525-534, 2000.

## ¿El consumo de antidepresivos disminuye el suicidio? Resultados de un estudio epidemiológico

■ El suicidio esta reconocido como un problema de salud pública. Para la prevención de éste fenómeno es necesario conocer a la población vulnerable, e instituir campañas efectivas y estratégicas para su prevención. Una de las dificultades para lograr estas metas es el hecho de que los suicidas representan un grupo heterogéneo por lo que se refiere al diagnóstico.

Se han implementado distintas estrategias para combatir el suicidio; entre ellas esta la restricción de venta de armas y de medicamentos tóxicos. También se ha tratado de bajar las tasas de desempleo y otros factores sociales que se cree

que pueden influir en el índice de suicidio. Ninguna de estas medidas ha probado ser significativamente eficaz. Se han implementado campañas antisuicidio diseñadas por el gobierno sueco (bajo las recomendaciones de la OMS) en ciudades donde hay hospitales universitarios pero paradójicamente, los índices de suicidio en dichas ciudades se mantuvieron constantes en el periodo de 1992 a 1996.

Esta investigación intentó validar una hipótesis cuantitativa de la relación inversa entre el uso de antidepresivos y los índices de suicidio en Suecia. Se supone que si se aumenta en 5% el uso de antidepresivos, se reducirá el índice de suicidios en un 25%.

El estudio se llevó a cabo de 1991 a 1996, lapso en el que el uso de antidepresivos en Suecia aumentó de 1 % a 4 %. Los índices de suicidio en otros países, como Dinamarca (donde el consumo de antidepresivos se mantuvo constante), fueron utilizados como control.

#### **Resultados**

- Hasta 1991, la tasa de suicidio en Suecia fue de 23.3 por 100 000 habitantes; en 1996 la tasa fue de 18.8 por 100 000 habitantes. La tasa decreció 19%, pero este comportamiento no concuerda con el incremento del consumo de antidepresivos.
- En el lapso de 1978 a 1996, no hubo ninguna correlación entre los índices de alcoholismo y desempleo, con el índice de suicidio.

#### **Conclusiones**

No es posible establecer conclusiones por las siguientes limitantes:

- En algunas regiones geográficas del país, el índice de suicidio disminuyó sin que aumentara el consumo de antidepresivos.
- Es posible que la prevalencia real del tratamiento de la depresión con antidepresivos no sea la calculada, ya que estos medicamentos se pueden utilizar para tratar otras patologías distintas de la depresión.
- Es posible que en algunos casos la dosis administrada por paciente sea mayor que la dosis diaria definida que se estableció como medida estándar para el estudio.

El estudio del fenómeno del suicidio es multifactorial, y aunque hay diversas perspectivas que han tratado de estudiarlo en relación directa, deben establecerse diversas variables que expliquen mejor su comportamiento epidemiológico; una sola estrategia clínica (administrar antidepresivos) no explica el comportamiento epidemiológico del suicidio.

(Adam Sonabend, Francisco de la Peña)

#### **Bibliografía**

Isacson G.: Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinava*, 102: 113-117, 2000.

# La fobia social y su efecto en la calidad de vida y la discapacidad

■ Recientemente se ha demostrado que la fobia social (FS) es uno de los trastornos de ansiedad que se presenta con relativa frecuencia, pero que muchas veces no es diagnosticado y mucho menos tratado. Aunque se ha demostrado que los pacientes con FS sufren frecuentemente un considerable grado de discapacidad y la disminución de su calidad de vida, los estudios que hacen referencia a esto no determinan si este grado de discapacidad se debe a la FS per se o a la presencia de otros trastornos mentales comorbidos. Hay evidencia de que la comorbilidad en la FS es extremadamente frecuente. Algunos estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que los pacientes con FS tienen alta comorbilidad con otros trastornos ansiosos y depresivos y con el uso de sustancias. En estudios retrospectivos es generalmente aceptado que el trastorno depresivo es probablemente la complicación más frecuente de la FS, sin embargo, no hay estudios longitudinales que confirmen tal aseveración.

En los estudios de población general, la FS se ha relacionado con algunos indicadores de discapacidad, como la reducción del desempeño laboral y de la interacción social y, posiblemente, con más problemas escolares durante la adolescencia. Estos estudios tienen ciertas limitaciones. En primer lugar, carecen de un instrumento específico para evaluar la discapacidad en la fobia social y para evaluar la calidad de vida. Es importante recalcar que en ningún estudio se demuestra que la discapacidad y el deterioro se relacionen con la disminución de la calidad de vida. Tampoco hay evidencias de que la disminución de la calidad de vida de los sujetos con FS se relacione con la comorbilidad.

En el año 2000, Wittchen y cols. publicaron un estudio cuyo objetivo era proporcionar una detallada revisión del efecto de la FS en la calidad de vida y la discapacidad de los sujetos, haciendo hincapié en el deterioro de su rendimiento laboral y la utilización de los servicios de salud. Un objetivo secundario fue estudiar si afectaba su funcionamiento ocupacional y sus actividades sociales la FS subumbral (los síntomas de FS que no cumplen los criterios para la fobia social, según el DSM III-R), la FS pura y la FS con trastornos psiquiátricos comorbidos. Los pacientes fueron convocados por medio de un anuncio en el periódico local de Munich, Alemania, y éstos se comunicaron por teléfono. Se incluyó a los pacientes de 18 a 60 años que tuvieran, por lo menos, 1 síntoma de fobia social que hubiera durado un mínimo de 6 meses. Se les aplicó el CIDI (Composite International Diagnostic Interview) para establecer los diagnósticos en el eje I, de acuerdo con el DSM III-R. Respondieron telefónicamente 240 sujetos al anuncio del periódico, de los cuales se excluyeron 63. De los 177 restantes que fueron entrevistados por los investigadores, 9 no quisieron participar,

15 no cumplieron con los criterios de DSM III-R de la FS y 3 no completaron todos los cuestionarios. Los pacientes que ingresaron se distribuyeron en 3 grupos: El grupo de FS pura ( $n = 65$ ), el grupo de FS con comorbilidad psiquiátrica ( $n = 51$ ) y el grupo de FS subumbral ( $n = 34$ ). Se incluyó un grupo control ( $n = 65$ ) compuesto por sujetos con enfermedades físicas, los cuales fueron emparejados por edad, género y estado marital, con los sujetos que tenían FS. Entre los cuatro grupos no hubo diferencias significativas en cuanto al género y al promedio de edad; sólo en el grupo control hubo 56.9% de sujetos casados, comparado con 33.8% en el grupo de FS pura, con una  $p < 0.05$ , 17.6% en el grupo con comorbilidad, y 29.4% en el grupo de FS subumbral. Fue más frecuente que los pacientes con FS pura estuvieran desempleados, en comparación con el grupo control (10.8 % vs 3.1 %, respectivamente) con una  $p > 0.05$ . Además de utilizar el CIDI para establecer el diagnóstico en el eje I, se utilizaron los siguientes instrumentos: para evaluar la calidad de vida se usó el HOS-Short form (SF-36); si obtuvo menos de 50 puntos significa que ha habido una notable disminución en la calidad de vida. También se aplicó el *Liebowitz Disability Self-Rating Scale* (LDSRS) para evaluar el deterioro del estilo de vida debido a problemas emocionales. Esta prueba consiste en 11 reactivos, con una calificación máxima de 33 y una mínima de 0, siendo 33 puntos el mayor deterioro. Para medir la productividad laboral se utilizó el *Work Productivity and Impairment Questionnaire* (WPAI), que mide el porcentaje del tiempo que tardó en hacer una tarea, del tiempo que se requería. Para evaluar la utilización de los servicios médicos se utilizó el *Health Service Use Inventory* (HUSI).

En este estudio se encontró que el grupo de FS pura presentó puntuaciones menores en su calidad de vida en comparación con el grupo de control ( $p < 0.05$ ). Los sujetos con FS con comorbilidad y los sujetos con FS subumbral presentaron puntuaciones más bajas en el SF-36 que los sujetos con FS pura. Los tres grupos de FS presentaron más deterioro que el grupo control, con una  $p < 0.01$ . El grado de deterioro se relacionó con el número de situaciones atemorizantes reportadas ( $gl = 8$ ,  $F = 0.8$ ,  $p < 0.05$ ). En lo que se refiere a la productividad laboral los grupos de FS pura y FS con comorbilidad presentaron una mayor discapacidad que el grupo control, con una  $p < 0.001$ . No se encontraron diferencias significativas en los cuatro grupos respecto a la utilización de los servicios de salud.

Este estudio sugiere que los sujetos que padecen FS tienen un deterioro en su calidad de vida, y además hace hincapié en que en los sujetos que presentan comorbilidad psiquiátrica puede empeorar más su calidad de vida. No debe pasarse por alto que los pacientes con FS subumbral, aunque no cumplen con los criterios de la FS, sí tienen repercusiones en su calidad de vida y pueden beneficiarse con el tratamiento psiquiátrico. Aunque este estudio proporciona datos sobre el impacto de la FS en la calidad de vida, es importante mencionar que el instrumento utilizado en este estudio, el SF-36, no mide la calidad de vida, sino el funcionamiento. Sería importante evaluar la

calidad de vida en la fobia social con un instrumento específico diseñado para este propósito.

(Danelia Mendieta Cabrera)

## Bibliografía

WITTCHEN HU y col: Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Finding from a controlled study. *Eur Psychiatry*, 15:46-58, 2000.

# Una comparación entre el postraumatismo con trastorno de estrés de la personalidad limítrofe, y sin él entre las mujeres con una historia del abuso sexual en su niñez. Características etiológicas y clínicas

■ El trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno limítrofe de la personalidad (TLP) se han asociado con acontecimientos traumáticos, especialmente con el abuso sexual en la infancia. El TLP no siempre es aplicado adecuadamente, diagnosticándose, en ocasiones, de manera precipitada en los pacientes que se autoagreden. Por el otro lado, se puede diagnosticar el TEPT para evitar la connotación peyorativa del TLP. Por las similitudes entre ambos, surge la duda si son variantes del mismo trastorno o si son condiciones comórbidas separadas. A pesar de que se ha hecho una gran cantidad de estudios para identificar las características clínicas y los factores etiológicos de ambos padecimientos, no se ha hecho ninguno en el que se comparen las características de estos trastornos dentro de la misma muestra, ni que distinga los factores de riesgo asociados con el desarrollo de uno y otro trastorno.

En el presente estudio se compararon los factores etiológicos potenciales de las mujeres con TEPT y TLP, de las que tenían TEPT solamente, y se observó si había actualmente una diferencia en la sintomatología psiquiátrica y en el funcionamiento psicosocial.

## Método

Por medio de anuncios en el periódico local, se reunió una muestra inicial de mujeres con antecedentes de cualquier tipo de abuso sexual o físico. Se hizo una serie de entrevistas estandarizadas que incluían la medición citada

más adelante. Los criterios de inclusión fueron: tener antecedentes de abuso sexual y tener diagnóstico actual de TEPT. El abuso sexual se definió como cualquier incidente de contacto corporal por tocamiento o contacto vaginal, anal u oral antes de los 18 años, en el que el victimario hubiera sido, por lo menos, 5 años mayor que la víctima. Cuando la diferencia era menor de 5 años, sólo se incluían los incidentes indeseados o con coerción. La muestra final consistió en 71 mujeres, dividida en dos grupos: 1) Las mujeres con diagnósticos de TEPT y TLP (N = 26) y 2) Las mujeres con diagnóstico de TEPT únicamente (N = 45). Se usó la Cédula para la Entrevista de Maltrato Infantil, la Cédula para la Entrevista Inicial de Historia de Ataque Sexual, SCID I y II, la Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (PSS-SR), el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad Actual o Anterior (STAI), el inventario de Expresión de Ira Actual o Anterior (STAXI), la Escala de Experiencias Disociativas (DES), y el Inventario Breve de Síntomas (BSI). La Escala del Ambiente Familiar (FES) y el Inventario de Problemas Interpersonales (IIP) se usaron para evaluar la percepción de las participantes sobre sus familias. Se evaluó el apego al tratamiento anterior.

## Resultados

1) *Características sociodemográficas:* Los grupos no difirieron en edad, educación, empleo ni estado civil. La media de edad fue de 37.28 años (SD = 11.00). Se encontró mayor proporción de mujeres hispanas en el grupo con TEPT+TLP (27 % vs 4%;  $\chi^2(1) = 7.52, p = .01$ ).

2) *Características del abuso infantil:* Los grupos no difirieron en severidad, frecuencia ni número de perpetradores. Si el perpetrador fue un familiar, si fueron violadas repetidamente en la infancia o si el asalto sexual ocurrió en la etapa adulta. La edad a la que empezaron a ser violadas fue menor en el grupo TEPT+TLP (X = 4.75) que en el grupo TEPT (X = 6.0,  $p = .05$ ). 77 % de las mujeres que fueron violadas por su padre indicaron que también las golpeaba.

3) *Ambiente Familiar:* Los antecedentes de disfunción familiar y maltrato físico o verbal por el padre no difirieron en los grupos. Se encontró que el grupo TEPT+TLP experimentó significativamente más maltrato físico por la madre (61 %) que el grupo con sólo TEPT (29 %;  $\chi^2(1) = 6.10, p = .01$ ), y más maltrato verbal por la madre (61 % vs 34 %,  $\chi^2(1) = 3.97, p < .04$ ). La comparación directa de las medias de los grupos con TEPT con las medias de las normas de familias disfuncionales con t de student demostró que los grupos TEPT fueron significativamente diferentes en unión, expresividad, independencia y orientación al éxito y a la recreación ( $p < .01$ ).

4) *Sintomatología de estrés postraumático:* Los grupos difirieron sólo en el criterio de arranques de ira/irritabilidad, siendo mayor en el grupo TEPT+TLP (100%) respecto del grupo TEPT (81%,  $\chi^2(1)=5.41, p<.02$ ).

5) *Criterios de TLP:* El grupo TEPT+TLP cumplió significativamente con mayores criterios para el TLP que el grupo TEPT ( $p<.05$ ). La media de criterios para TLP

del grupo TEPT fue de 2.36. El criterio de amenazas o intentos suicidas fue significativamente mayor en el grupo TEPT+TLP (58%) respecto al grupo TEPT (33%).

6) *Otras características clínicas:* El grupo TEPT+TLP tuvo mayores índices de disociación, ira, ansiedad y problemas interpersonales que el grupo TEPT.

7) *Utilización de servicios psiquiátricos:* No hubo diferencias en los antecedentes de psicoterapia, uso previo de psicofármacos o uso de la consulta de urgencias. Se encontró mayor tendencia del grupo TEPT+TLP a haber sido hospitalizado (31 % vs 14 %,  $p < .09$ ) que en el grupo TEPT. Se encontró mayor apego al tratamiento en el grupo TEPT que en el grupo TEPT+TLP.

Se hizo una regresión logística de las variables más significativas del estudio, indicando que las mujeres que habían sido verbalmente maltratadas por su madre eran seis veces más propensas a tener TLP que las que no lo habían sido (OR = 6.40). La dificultad en la expresión de la ira fue la variable clínica más significativa entre el grupo con TLP ( $x^2 = 16.16$ ,  $p < .02$ ).

## Conclusiones

El abuso sexual en la infancia se relaciona con el TLP. Las mujeres con TEPT que fueron maltratadas verbalmente en la infancia por su madre son seis veces más proclives a tener comorbilidad el TLP. En los pacientes con TEPT+TLP son más frecuentes los problemas al expresar su ira. La TLP no modificó la presentación clínica del TEPT, lo que sugiere que ambos trastornos son distintos e independientes. Para dar un tratamiento óptimo se requiere comprender el significado de las autolesiones en el TEPT, antes de inclinarse por el diagnóstico de TLP.

(Alejandro Molina López)

## Bibliografía

HEFFERMAN K, CLOITRE M: A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with history of childhood sexual abuse. *J Nervous Mental Disease*, 188(9):589-595, 2000.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito  
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación:  
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones:  
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco  
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 655-28-11.  
Fax: 655-04-11.

### Suscripción anual 2001

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 180.00	USD 55.00
Personas físicas	\$ 180.00	USD 45.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 90.00	USD 45.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 5.00

\* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:  
Angélica Bustamante, Norma Vollrath, y Elizabeth  
Cisneros.

