



INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE

# Información

## Clínica

Volumen 13

Número 2

Febrero del 2002

### El tratamiento para los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad, con hospitalización parcial y psicoterapia psicoanalíticamente orientada: seguimiento a 18 meses

■ La mayoría de los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad (TLP) reciben tratamiento psiquiátrico en el internamiento, la hospitalización parcial o la consulta externa. Sin embargo, se han desarrollado tratamientos más especializados, como la psicoterapia individual psicoanalítica, la terapia dialéctica de la conducta (TDC), la psicoterapia de grupo, la terapia familiar y la psicoterapia de apoyo. Se han hecho estudios naturalísticos, sobre todo del tratamiento intrahospitalario, pero no hay muchos aleatorizados sobre la hospitalización parcial o el tratamiento en la consulta externa.

La TDC es un tratamiento que incorpora la psicoterapia cognoscitiva, conductual y de apoyo. Linehan y cols. desarrollaron un estudio en el que se trató a los pacientes con TDC y tratamiento estándar, y encontraron que disminuyó el número y la severidad de los intentos suicidas, así como la frecuencia y la duración de las hospitalizaciones. Piper y cols., utilizando un diseño aleatorizado, encontraron que el tratamiento durante 18 semanas con psicoterapia de grupo orientada psicoanalíticamente, era más efectivo que el tratamiento estándar en los pacientes con trastornos afectivos y trastornos de la personalidad, la mayoría de los cuales eran limítrofes. En los pacientes tratados con psicoterapia mejoró el funcionamiento interpersonal, la autoestima y la satisfacción con la vida, y disminuyeron los síntomas psiquiátricos, después de cuatro meses de tratamiento. El beneficio se mantuvo 8 meses después del seguimiento.

Bateman y Fonagy desarrollaron un tipo de intervención orientado psicoanalíticamente, enfocado principalmente a los casos graves de TLP, que consistía en una hospitalización parcial psicoanalíticamente orientada. Esta proporcionaba a los pacientes con TLP del grupo de estudio (GE): 1) psicoterapia psicoanalítica

individual una vez a la semana, 2) psicoterapia analítica de grupo tres veces a la semana durante una hora, 3) terapia expresiva una vez a la semana, basada en técnicas de psicodrama (cada sesión de una hora) y 4) reunión comunitaria una vez a la semana. Además, una vez al mes cada uno de los pacientes era sometido a 5) una sesión con el administrador del protocolo y a 6) la revisión del tratamiento farmacológico por el residente en psiquiatría. Los objetivos de este programa eran los siguientes: 1) comprometer al paciente con su tratamiento, 2) reducir los síntomas psiquiátricos generales, particularmente los depresivos y ansiosos, 3) disminuir el número de actos autodestructivos y los intentos de suicidio, 4) mejorar la función interpersonal y social, y 5) evitar las largas estancias intrahospitalarias. Las terapias y el contacto informal con los pacientes se organizaron de acuerdo con el modelo psicoanalítico del TLP, como un trastorno del apego, tolerancia a la separación y mentalización (la capacidad de pensar acerca de uno mismo en relación con otros y comprender la forma de pensar de los otros), además, formaron un grupo control (GC); la integración de los pacientes a cada grupo fue aleatorizada, y los pacientes del GC recibieron tratamiento a base de: 1) una revisión psiquiátrica regular (en promedio dos veces al mes) y 2) admisión intrahospitalaria cuando se requiriera. Ambos grupos fueron tratados durante 18 meses y se observó mayor mejoría en el grupo de estudio.

### Contenido

<b>El tratamiento para los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad, con hospitalización parcial y psicoterapia psicoanalíticamente orientada: seguimiento a 18 meses</b>	<b>7</b>
<b>Cómo entender a la adolescencia</b>	<b>8</b>
<b>La depresión en la menopausia</b>	<b>9</b>
<b>Alteraciones cardíacas relacionadas con el uso de antipsicóticos: Prolongación del intervalo QTc, torsades de pointes y muerte súbita</b>	<b>10</b>
<b>Seguimiento a 27 años de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad</b>	<b>11</b>

Debido a que se desconoce la evolución a largo plazo de los pacientes con TLP, y para evaluar el efecto posterior de este tipo de manejo, los autores hicieron un seguimiento a 18 meses, en el que evaluaron a los pacientes con el SCL-90, el Inventario de Beck para Depresión (IBD), el Inventario de Ansiedad de Rasgos y Estado de Spielberg (IARES), el Inventario de Suicidio y Autolesiones (ISA), la Escala de Ajuste Social (EAS) y el Inventario de Problemas Interpersonales (IPI). Durante el seguimiento sólo se perdió 5% de la información del grupo estudiado, y 25% del grupo control. También se evaluaron los expedientes clínicos para conocer el número de hospitalizaciones y días de estancia intrahospitalaria. Los pacientes continuaron con su tratamiento farmacológico, el cual también fue monitoreado por los autores. A los pacientes del GE se les ofreció un tratamiento de seguimiento que consistió en psicoterapia de grupo dos veces a la semana y consulta externa cada tres meses si lo requerían. Los pacientes del GC continuaron con el tratamiento psiquiátrico general, consistente en: hospitalización, hospitalización parcial, consulta externa, atención en un centro comunitario o medicación, de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Ninguno recibió psicoterapia.

Los intentos de suicidio y las autolesiones se evaluaron a los 24, 30 y 36 meses con el ISA, y en todas las evaluaciones los pacientes del GE tuvieron menos intentos suicidas y menos autolesiones. Los pacientes del GE utilizaron menos los servicios de salud. Ambos grupos disminuyeron su puntuación en el IARES. Sin embargo, los pacientes del GE obtuvieron puntuaciones más bajas, por lo que el efecto de grupo fue altamente significativo. De acuerdo con el IBD, los pacientes del GE se reportaron como menos deprimidos que los del GC. Los pacientes del GE obtuvieron menores puntuaciones en el SCL-90, y el análisis estadístico mostró que el incremento de la disparidad entre los dos grupos durante el seguimiento era estadísticamente significativo. Los resultados de la evaluación con el IPI y la EAS mostraron un marcado efecto de grupo, manifestando que los pacientes del GE mejoraron más que los del GC.

La continua disminución de los síntomas de disfunción, la ausencia de problemas clínicos mayores y la menor incidencia de hospitalizaciones e intentos de suicidio o autolesiones durante el periodo de seguimiento, sugieren que los pacientes sometidos a hospitalización parcial desarrollaron las capacidades psicológicas necesarias para sobreponerse a los estresores normales de la vida cotidiana. Esto podría considerarse como una remisión espontánea, pero al observar la cantidad de tratamientos que recibieron, parece adecuado interpretarlo como un efecto atenuante del tratamiento.

En estos estudios la mejoría de los síntomas depresivos estuvo en el contexto de la estabilidad en otras áreas, como el ajuste social y el funcionamiento interpersonal, lo cual sugiere que la depresión en el TLP es un indicador de desregulación afectiva, más que parte de un trastorno afectivo.

Aunque no se tienen estudios detallados sobre el costo-beneficio, el provecho obtenido durante y después del tratamiento es importante desde la perspectiva de los servicios de salud, ya que los pacientes limítrofes acuden frecuentemente a los servicios de urgencias, particularmente después de cometer actos impulsivos de autolesiones.

Finalmente, los autores consideran que la cantidad de tiempo proporcionado a los pacientes por parte del equipo podría ser un factor, pero los pacientes en el GC recibieron considerablemente más atención durante el seguimiento, que los del GE.

(Mario Torruco Salcedo)

## Bibliografía

- BATEMAN A, FONAGY P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158:36-42, 2001.
- BATEMAN A, FONAGY P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156:1563-1569, 1999.

## Cómo entender a la adolescencia

■ Algunas características de los jóvenes son eternas y universales; ciertos aspectos de la experiencia de vivir con los jóvenes han sido compartidos por todas las culturas y sociedades a través del tiempo. Sin duda, los jóvenes de ahora son producto de una sociedad y de un mundo que experimenta un rápido cambio.

La adolescencia se define como una etapa de transición, de crecimiento y de desarrollo, en la cual el individuo se prepara para la edad adulta.

La adolescencia es, por lo tanto, una etapa en la que SER BUEN PADRE, implica responder al adolescente en forma integral, atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales, psicológicas y espirituales.

El mayor temor de los jóvenes es que sus cosas no importen, no tengan un verdadero significado ni un propósito para su vida, sus relaciones, su futuro, su educación o su posible ocupación. Muchos jóvenes están interesados en su futuro y se preguntan qué clase de mundo será el suyo, qué oportunidades tendrán y si serán felices. Los jóvenes expresan su necesidad de pertenencia y de conexión en una gran variedad de niveles. Andan en busca de clubes, equipos deportivos, grupos de amigos e, incluso, de bandas. Quieren un lugar en donde encajar, donde ser bienvenidos y aceptados, “en donde todo el mundo sepa su nombre”.

Les urge confirmar que están bien, independientemente de cuán seguros puedan parecer externamente; quieren y necesitan sentirse valiosos e importantes. Necesitan saber que tienen talento y dones especiales que compartir con los demás. Quieren sentirse amados y apreciados, especialmente por sus padres y por otros adultos importantes para ellos; necesitan ser escuchados y demandan a gritos atención genuina y positiva.

Los adolescentes tienen un sentido innato de la justicia, de la igualdad y de la paz. Quieren imaginar un mundo en el que todos tengan las mismas oportunidades de acceder a los bienes y los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades. Conocen los males de la sociedad y les urge que se corrijan. Buscan una fe que tenga sentido, que les proporcione dirección y significado y que sea un reto. Se cuestionan, se oponen, buscan las opciones que les permitan responder a sus dudas.

### Características del desarrollo

Durante los años que siguen a la pubertad, el cuerpo de los adolescentes literalmente “explota”, se estira más rápidamente de lo que pueden adaptarse a ello. Su preocupación de fondo es “¿soy normal?”. Su punto de referencia son sus contemporáneos, que están batallando con la misma preocupación. En forma simultánea al desarrollo físico, también explotan sus emociones, su estado de ánimo experimenta repentinos altibajos, intensos

momentos de felicidad y de tristeza. Están aprendiendo a nombrar, a expresar y a modular sus emociones, las cuales están a flor de piel, listas para explotar a la menor provocación. Los padres tienen que permitirles ventilar sus sentimientos y, lo que es más importante, tienen que escucharlos, entenderlos y ayudarles a darle nombre a lo que están sintiendo para encontrar juntos la mejor manera de manejarlo. Durante la adolescencia se desarrolla un sistema personal de valores y creencias. Antes de llegar a la adolescencia, los niños confían en un sistema heredado de valores y creencias que les proporciona normas de comportamiento. Posteriormente se enfrentan a múltiples sistemas de creencias y valores en la escuela, con sus amigos y por los medios de comunicación. Entran a la edad del cuestionamiento y el desafío tratando de comprender sus creencias y la razón por la que sostienen ciertos valores. Esto puede ser difícil para los que no han tenido la oportunidad de discutir sus creencias, de poner en palabras aquello en lo que creen y que nunca han tenido que defender. Es importante para los adolescentes aprender a relacionarse y a profundizar sus relaciones, adquiriendo nuevos compromisos fuera de su familia y ampliando su capacidad para intimar, lo que los hará tener menos amistades pero más profundas. Primero se vincularán sólo con personas del mismo sexo y, posteriormente, con personas del sexo opuesto.

Los adolescentes empiezan a desarrollar su propio sentido de individualidad emocional y psicológica en las relaciones que establecen.

Su independencia puede ser lenta y gradual, a veces imperceptible para sus padres, pero otras veces puede ser brusca y escandalosa pareciéndose más a una rebelión que a la conquista de su propia independencia.

Los jóvenes necesitan poner cierta distancia entre ellos y sus padres, dejando atrás su cómoda y total dependencia a fin de transformarse en adultos responsables e independientes.

### La tarea de los padres

Para ayudar a los adolescentes se requiere de **DISPONIBILIDAD, PACIENCIA Y PERSEVERANCIA**. Educar no quiere decir domesticar, sino guiar, conducir u orientar a los hijos; establecer una relación con ellos en la cual predomine la comunicación, la comprensión, el amor y la armonía. Investigar con inteligencia y paciencia sus emociones, pensamientos y planes, mostrándose comprensivos, atentos y dispuestos a escuchar “lo que sea”, omitiendo expresiones, comentarios y señales de desagrado ante lo que nos digan. Es importante mostrar interés para ganar su confianza; expresar nuestros pensamientos y emociones, así como nuestros temores explicándoles con todo detalle por qué pensamos o actuamos de esa manera, lo cual les ayudará a fortalecer más aún su propia forma de pensar, pero habrá que determinar jerarquías y límites entre los padres y sus hijos.

Se utilizará más el conocimiento y la experiencia que la fuerza y la manipulación. Es mejor convencer y razonar que imponer y atemorizar. Reconocer que para los jóvenes es necesaria una moral sólida que les marque límites cuando duden si es conveniente o no arrojarse a nuevas experiencias. Que las reglas establecidas sean claras y firmes para aumentar su fortaleza, y que se determinen previamente las sanciones a las que se exponen en caso de incumplimiento.

Los padres no deben protegerlos excesivamente, pues es importante que los jóvenes sufran las consecuencias de sus actos.

Los jóvenes tienen derecho a la privacidad, a estar solos a ratos, a tener un diario, etc. Debemos de evitar la intrusión que debilita su confianza. Aceptarlos como son, apreciar su esfuerzo

por desarrollar sus valores, creencias, metas e intereses. Como la mayor responsabilidad radica en los adultos, no debemos esperar que los jóvenes den el primer paso. Los padres tienen más experiencia, madurez e intuición, por lo que deben ofrecer su perdón, su atención y una comunicación afectiva, ofreciéndoles un modelo de la relación de padres e hijos, y mostrándoles lo que se espera obtener de ellos.

(Blanca Elisa Domínguez Miranda)

### Bibliografía

MACÍAS VT G: *Ser Adolescente*. Editorial Trillas, 1ª edición, México, 2000.

## La depresión en la menopausia

■ En la menopausia se detiene la ovulación y la menstruación por el cese fisiológico de la función ovárica, que normalmente se presenta entre los 44 y los 55 años de edad (a los 51.4 años en promedio). La perimenopausia y el climaterio son términos que describen los años previos a la menopausia, cuando la función de los ovarios empieza a disminuir. Si los síntomas se manifiestan entre los 35 y los 38 años, se llama premenopausia.

A veces no se presenta ningún síntoma del climaterio, pero en otras se presentan en forma muy severa. Se han asociado con varias características psiquiátricas.

Los bochornos y la sofocación secundarios a la inestabilidad vasomotora, que afectan a la mayoría de las mujeres, pueden confundirse con crisis de angustia, producir insomnio, irritabilidad y falta de concentración y de memoria, y aunque su patofisiología y su etiología no son muy claras, se cree que, además de la deficiencia estrogénica y el incremento de los niveles de la hormona luteinizante y de la hormona foliculo estimulante, se deberían evaluar los trastornos psicósomáticos y el hipertiroidismo como causas potenciales. Otros síntomas, como la náusea, la constipación, la diarrea, las artralgiás, los cambios vaginales y la disminución de la libido, ocurren frecuentemente. La osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares son las consecuencias más graves de la deficiencia estrogénica. Los síntomas psicológicos y emocionales incluyen fatiga, irritabilidad, insomnio, depresión, pérdida de la memoria, cefalea, ansiedad y nerviosismo, y pudieran estar relacionados con la privación de estrógenos, el estrés por el envejecimiento y los cambios físicos, más que constituir una entidad nosológica diferente. Sin embargo, aún no hay consenso en si los síntomas depresivos del síndrome climatérico constituyen una entidad nosológica específica (Appolinario, 1999) relacionada con la menopausia, o hay una asociación directa entre la menopausia y la aparición de la depresión (Richardson y Robinson, 2000).

En la mayoría de las mujeres (80%), el periodo perimenopáusicos no está asociado con la depresión. En las mujeres deprimidas, los síntomas afectivos tienden a disminuir o a desaparecer al término de la menopausia a menos que haya antecedentes previos de depresión. Muchos de los cambios en las funciones cerebrales que afectan el estado de ánimo son secundarios a los cambios en los niveles de estrógenos en el cerebro y mejoran con la terapia estrogénica de reemplazo, pero cuando estos síntomas son de moderados a severos, a veces no responden a la terapia, por lo que se necesita utilizar un tratamiento antidepressivo.

Los factores de riesgo para padecer un episodio depresivo durante el climaterio incluyen: haber padecido episodios depresivos relacionados con la reproducción (haber tomado anticonceptivos orales, haber padecido el síndrome de tensión premenstrual y depresión postparto), ser viuda, divorciada o separada, tener grandes responsabilidades y sufrir una enfermedad crónica.

Se ha estudiado la relación que hay entre la intensidad de los síntomas climatéricos y las estrategias para enfrentarse al estrés a lo largo de la vida, y se ha encontrado que los síntomas climatéricos son más graves en las pacientes que han presentado conductas evitativas ante los sucesos estresantes de la vida, que en las que se enfrentan a los problemas y expresan sus sentimientos agresivos ante esos mismos acontecimientos. Además, se ha observado que en las mujeres que experimentan síntomas vasomotores graves, al disminuir los síntomas físicos disminuyen o desaparecen los síntomas emocionales.

La evaluación de la depresión en las mujeres mayores de 30 años debe incluir una evaluación descriptiva de su estado hormonal que indique los patrones de los ciclos menstruales, los síntomas vasomotores y la calidad de su vida sexual. Se debe incluir un perfil de hormonas tiroideas y foliculo estimulante en suero. Durante la exploración física se deberán descartar las enfermedades autoinmunes, endocrinas, cardiovasculares y oncológicas que puedan producir síntomas depresivos.

En las mujeres perimenopáusicas con depresión mayor es indispensable administrar un tratamiento antidepressivo, incluyendo psicoterapia. Si también presentan síntomas vasomotores, la restitución de estrógenos resulta eficaz para aliviar este síndrome, y reducirá las alteraciones del sueño por despertarse a mitad de la noche como resultado de los síntomas físicos debidos a la disminución de estrógenos endógenos. En las mujeres perimenopáusicas con intensas sofocaciones o sudoraciones nocturnas que padecen depresión subclínica y letargia, la terapia hormonal también puede aliviar los síntomas psicológicos pues los síntomas vasomotores serán menos molestos.

En muchas mujeres, la terapia hormonal sustitutiva implica la administración tanto de estrógenos como de progestágenos. El propósito de la progesterona es contrarrestar la proliferación endometrial que se produce con los estrógenos y que aumenta el riesgo de producir cáncer del endometrio. La progesterona se suministra con el estrógeno (régimen continuo) o a dosis altas sólo de 12 a 14 días al mes (régimen cíclico).

Se ha observado que los estrógenos mejoran el estado de ánimo, sobre todo en las mujeres con menopausia quirúrgica. Sin embargo, el estrógeno no es suficiente como tratamiento único para la depresión clínica. Los aspectos psicosociales que pueden contribuir a la prolongación de la depresión, como los cambios en la sexualidad, las pérdidas afectivas parentales o los problemas económicos, deberán tratarse con psicoterapia para que tengan un mejor pronóstico.

El tratamiento pudiera incluir, entre otras opciones, la terapia hormonal de reemplazo, los antidepressivos y un modulador selectivo del receptor a estrógenos, como el raloxifeno.

(María Soledad Rodríguez Verdugo)

## Bibliografía

RICHARDSON TA, ROBINSON RD: Menopause and depression: A review of psychologic function and sex steroid neurobiology during the menopause. *Prim Care Update Obs Gyns*,7(6):215-223, 2000.  
DE NOVAES-SOARES C, ALMEIDA OP: Depression during the perimenopause. *Arch Gen Psychiatry*, 58(3):306-315, 2001.  
APPOLINARIO JC: Depression in the menopause: A specific entity? *Informação -Psiquiátrica*,18(4):107-114, 1999.

# Alteraciones cardíacas relacionadas con el uso de antipsicóticos: Prolongación del intervalo QTc, *torsades de pointes* y muerte súbita

■ Algunos antipsicóticos, principalmente la tioridazina, el sertindol y, recientemente, la ziprazidona, se han relacionado con alteraciones cardiovasculares tales como el bloqueo del canal rectificador de potasio, el alargamiento del intervalo QT, las *torsades de pointes* (TdP) y la muerte súbita, por lo que es necesario revisar los mecanismos implicados en estas alteraciones, los medicamentos asociados y los factores de riesgo antes de prescribirlos.

El intervalo QT se inicia con el principio de la despolarización ventricular (onda Q), y termina cuando se completa la repolarización (onda T). El intervalo QTc es la duración del QT corregido en relación con la frecuencia cardíaca. Se han utilizado diferentes fórmulas para calcular el QTc; la más utilizada es la de Bazet. La despolarización de las células ventriculares es el resultado del rápido influjo de iones de sodio en los canales selectivos de sodio, y se mide en el intervalo QRS. En la repolarización intervienen los canales de calcio, sodio y potasio. A estos últimos se les relaciona principalmente con el desarrollo de las *torsades de pointes*, ya que el bloqueo del canal rectificador de potasio puede inducir TdP y muerte súbita en adultos aparentemente sanos. La duración promedio del intervalo QTc es de 400ms y cuando es igual o superior a los 500ms, se considera como un factor de riesgo para la aparición de una alteración cardiovascular.

El intervalo QT está, en el mejor de los casos, sólo discretamente asociado con la TdP, pero debido a las dificultades que representa este tipo de estudios, es el mejor predictor de riesgo disponible hasta este momento.

Son diversos los factores que modifican el intervalo QTc; por ejemplo, al comer se han registrado prolongaciones de aproximadamente 16 mseg, y este incremento se mantiene 60 minutos después. La prolongación del intervalo QTc también se ha observado en la obesidad, en el alcoholismo y durante el entrenamiento físico. Se han relacionado diversas alteraciones físicas con el incremento del QTc: los trastornos electrolíticos, el hipotiroidismo, la hipoglicemia y algunas enfermedades cardíacas.

Además de las interacciones farmacológicas hay otros factores que influyen en la vulnerabilidad a presentar arritmias: pertenecer al sexo femenino, la depleción de potasio y las alteraciones en la fracción de la eyección.

En 1990 se publicó el primer caso de TdP asociado con el uso de terfenadina. Desde entonces se han hecho varios estudios para determinar el origen de esta asociación, reportándose que la administración de medicamentos dependientes de la enzima CYP 3A4, como la terfenadina o el astemizol, junto con las sustancias que inhiben esta enzima, como los antimicóticos y los antibióticos macrólidos, pueden ocasionar TdP.

Actualmente se ha demostrado que la quinidina, la cisaprida y los psicotrpicos también pueden propiciar el desarrollo de TdP.

En 1963 se presentaron los primeros casos de muerte súbita en los pacientes que tomaban tioridazina, sobre todo cuando recibían dosis mayores de 1000 mg, pero al reducirse la dosis administrada a los pacientes cuando aparecía la retinitis pigmentaria se olvidó esta relación. Sin embargo, al aumentar el número de estudios sobre los cambios en la onda T, la presentación de TdP y muerte súbita en los pacientes que recibían dosis de 200 mg/día, se observó que la tioridazina bloquea el canal rectificador de potasio, prolonga el intervalo QTc y se relaciona con varios casos de TdP y muerte súbita.

El pimozide, el droperidol y el sulpiride también se han relacionado con la prolongación del intervalo QTc y con la muerte súbita. La flufenazina y el haloperidol que se consideraban como medicamentos seguros en dosis terapéuticas y hasta en sobredosis, se han asociado en numerosos estudios y reportes de casos con la prolongación del intervalo QTc y con la muerte súbita, independientemente de la vía de administración.

El sertindol se comercializó en Inglaterra a principios de 1990, pero no fue aprobado para su venta en los Estados Unidos debido a que, aun a dosis terapéuticas, ocasionaba un incremento dosis-dependiente en el intervalo QTc, y varios casos de muerte súbita, por lo que salió del mercado inglés en 1998.

La olanzapina y la quetiapina no se han relacionado con ninguno de los casos de TdP o de muerte súbita, pero la clozapina se ha relacionado con serios problemas cardíacos y hay reportes que sugieren que la risperidona pudiera prolongar el intervalo QTc. La ziprazidona afecta ligeramente la repolarización que no es dependiente de la dosis, y se ha reportado que prolonga el intervalo QTc, pero nunca como el sertindol y la tioridazina. En los estudios de la fase III no se ha reportado ningún problema cardíaco con la ziprazidona, pero es demasiado pronto para emitir un juicio. Sin embargo es interesante hacer notar que algunos medicamentos que prolongan el intervalo QTc no están relacionados con la TdP ni con la muerte súbita, como la risperidona, que prolonga el intervalo QTc en más de 12mseg, y en la bibliografía no hay pruebas de que cause TdP o muerte súbita, pero el haloperidol, un medicamento claramente relacionado con la TdP y con la muerte súbita, no prolonga el intervalo QTc más allá de 5mseg.

Según Ray y colaboradores, que siguieron la evolución de casi medio millón de pacientes durante un promedio de 5 años, indicaron que el riesgo de muerte súbita en los sujetos que reciben antipsicóticos, es 2.39 veces mayor que en los que no los reciben. Otros estudios sobre la muerte súbita inexplicable indicaron que hay otros factores, como la edad, el sexo y las enfermedades cardíacas, que influyen en su incidencia. También se han reportado estudios en sujetos sin enfermedad cardíaca, en los que se observó un mayor número de muertes súbitas entre los sujetos que recibieron antipsicóticos.

Aunque está documentado que el pimozide, el droperidol, el sertindol y el haloperidol están estrechamente relacionados con la muerte súbita y las TdP, el mayor riesgo se produce al administrar dosis mayores de tioridazina, lo cual no ocurre con la quetiapina, la olanzapina y la risperidona. La ziprazidona prolonga el intervalo QTc pero no hay pruebas de que esto conduzca a la aparición de las *torsades de pointes* ni de la muerte súbita. Solamente con el uso diario se podrá comprobar si este medicamento es completamente seguro.

Para el mejor cuidado de los pacientes psiquiátricos se deberán tomar en consideración los siguientes puntos:

1. Investigar en su historia clínica si están tomando sustancias o medicamentos adicionales.
2. Asegurarse de que el pulso sea regular.
3. Utilizar la dosis mínima que sea efectiva.

4. Reconsiderar el tratamiento que recibe si el intervalo QTc es > 500 mseg.

5. Cuando sea posible, tomar un EKG antes de iniciar el tratamiento.

Todos los medicamentos antipsicóticos pueden producir sucesos adversos serios. Debe considerarse el riesgo-beneficio de cada medicamento para adecuarlo a cada paciente, ya que la medicina es un arte que no cualquiera puede ejercer con éxito.

(Soledad Rodríguez Verdugo, Mayra Martínez Mallen)

## Bibliografía

GLASSMAN AH, BIGGER JT: Antipsychotic drug: prolonged QTc interval, torsade de pointes, and sudden death. *Am J Psychiatry*, 158:1774-1782, 2001.

RAY WA, MEREDITH S, THAPA PB, MEADOR KG, HALL K, MURRAY KT: Antipsychotic and the risk of sudden death.

MOSS AJ: Measurement of the QT interval and the risk associated with QTc interval prolongation: a review. *Am J Cardiol*, 72:23B-25B, 1993.

## Seguimiento a 27 años de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

■ La sintomatología propia de los pacientes limítrofes tiende a disminuir con el tiempo, y sus niveles de funcionamiento se acercan progresivamente a la normalidad, quedando sólo una minoría con los criterios necesarios para cumplir con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Links y cols., coinciden con lo mencionado anteriormente después de realizar un seguimiento a 7 años, mientras que en otros tres estudios encabezados por Stone, Plakun y Kullren, se encontró que el 10 % de los pacientes con TLP consumaron un suicidio. McGlashan observó que algunos pacientes desarrollaban dificultades después de un mejoramiento inicial, lo cual podría indicar que los pacientes con TLP serían vulnerables a las recaídas sintomáticas a edades avanzadas. En el estudio que se resume a continuación, Paris y Zweig-Frank examinan la evolución de pacientes con TLP en un periodo de 27 años.

Para reclutar a los pacientes con TLP se revisaron 3 000 reportes de admisión a un hospital general urbano entre 1958 y 1978. Se identificó a los pacientes de menos de 35 años de edad que hubieran presentado intentos suicidas, abuso de sustancias o episodios psicóticos breves. De acuerdo a la evaluación con el Inventario Diagnóstico para Pacientes Limítrofes (DIB), aplicado por el autor principal, se identificaron 322 pacientes (256 mujeres y 56 hombres) que reunieron los criterios para TLP. A los 15 años del seguimiento se pudieron localizar a 100 pacientes, y para el estudio actual sólo se contactaron a 81. Para determinar las defunciones dentro del grupo de pacientes no localizables, se buscó en los registros de mortalidad. De los 81 pacientes contactados, 9 se rehusaron a ser reevaluados y 8 murieron (cinco

de causas naturales y tres por suicidio). Lo cual dejó una cohorte de 64 pacientes que fueron reexaminados. Para la valoración de los pacientes se utilizaron el DIB, la Entrevista Estructurada para Diagnóstico de Trastornos Mentales en eje I de acuerdo al DSM-III-R (SCID), la escala de Evaluación Global y Funcionamiento (GAF), la Escala de Ajuste Social (SAS-SR) y la Lista de Síntomas (SCL-90).

De acuerdo a los resultados obtenidos después de la evaluación con el DIB, sólo 7.8 % de los pacientes continuaron reuniendo criterios para el diagnóstico de TLP, sin encontrar diferencias de género. Después de la valoración con el SCID, 14 pacientes reunieron criterios para distimia, dos para trastorno depresivo mayor y tres para abuso de sustancias actual. Se realizaron análisis estadísticos para estimar la relación entre la calificación del GAF y el nivel socioeconómico (SES) y el nivel educativo. No se encontró una relación entre el GAF y el nivel educativo, pero sí con SES. En cuanto al Índice de Severidad Global (GSI), incluido en el SCL-90, no hubo diferencias de género entre los pacientes, pero sí se observó una relación entre éste y el SES. La calificación promedio de la SAS-SR estuvo por debajo de la media obtenida en estudios comunitarios, lo cual sugiere una leve reducción en el funcionamiento social de estos pacientes. Además se observó que los pacientes de sexo femenino tuvieron puntuaciones menores en esta misma escala en comparación con los pacientes del sexo masculino.

Al realizar análisis estadísticos de correlación, se observaron correlaciones negativas entre el DIB y el GAF, el GAF y el GSI y el GAF y el SAS-SR, y correlaciones positivas entre el DIB y el GSI, el DIB y el SAS-SR y el SAS-SR y el GSI.

De los 165 pacientes identificados a los 15 años del seguimiento, 17 (10.3 %) fallecieron por suicidio, la edad promedio al fallecimiento fue de  $37.3 \pm 10.3$  años, seis eran hombres y once mujeres.

Al comparar a los pacientes con el diagnóstico de distimia en eje I, con los pacientes no distímicos, se encontró que los distímicos tuvieron puntuaciones menores en el DIB, aunque no hubo diferencia en las calificaciones del DIB basales o a los 15 años de seguimiento. Además, los pacientes distímicos tuvieron también puntuaciones menores en el GAF y en la SAS-SR, y mayores en el SI.

Los resultados de este estudio demostraron que los pacientes con diagnóstico de TLP, continúan mejorando a través del tiempo. Esta mejoría gradual a lo largo del tiempo, se observa en todos los trastornos del "espectro impulsivo", como en el caso de la mejoría observada en pacientes con trastorno de la personalidad antisocial y de los abusadores de sustancias.

El mecanismo por medio del cual se presenta esta mejoría en los pacientes con TLP no se conoce exactamente, pero muy probablemente depende de una combinación de factores. Una posibilidad es que la maduración biológica reduzca los niveles de impulsividad a través del tiempo. El aprendizaje social puede también ayudar a estos pacientes a desarrollar patrones de conducta más adaptativos, o a evitar aquellas situaciones que encuentren problemáticas.

Llama particularmente la atención, que el principal cambio observado en el DIB, entre las evaluaciones a los 15 y 27 años, se encuentra en la subescala de relaciones. Este hallazgo sugiere que mucho del mejoramiento en esta cohorte durante los últimos 10 años, pudo ser debido a un mejoramiento en las relaciones interpersonales, o a la evitación de intimidad conflictiva.

Según los autores, este estudio tiene tres grandes limitaciones. Primero, no se obtuvieron los datos de los pacientes no localizados en 1987. Segundo, no se localizaron a todos los sujetos en 1999. Tercero, no se tiene un grupo control contra el cual se comparen los resultados obtenidos en los pacientes con TLP. Por otro lado, un seguimiento de esta magnitud para pacientes con TLP, no tiene precedente en la bibliografía.

(Mario Torruco Salcedo)

### Bibliografía

PARIS J, ZWEIG-FRANK Y: A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 42(6):482-487, 2001.

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: 5655-28-11.  
Fax: 5655-04-11.

#### Subscripción anual 2002

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

\* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Angélica Bustamante, Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués y Elizabeth Cisneros.

