



INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE

# Información

## Clínica

Volumen 17

Número 4

Abril 2006

### El estado actual de la terapia cognitiva: una retrospectiva a 40 años

■ Para comprender la inclusión de las técnicas cognitivas en la práctica de modificación de la conducta, es necesario reconocer la influencia que tuvieron hacia mediados de los sesenta y principios de los setenta, las obras de Albert Ellis (1962) y de Aaron Beck (1963, 1970), quienes hicieron notar las pautas del pensamiento erróneo y de los contenidos cognitivos anómalos presentes en muchos trastornos emocionales y de conducta. Así, el marco de referencia básico de la teoría cognitiva de la psicopatología y la terapia cognitiva de los trastornos psiquiátricos se desarrolló hace más de 40 años. En ese tiempo, se publicó en los Archivos Generales de Psiquiatría la formulación del rol de la cognición en la depresión y en la terapia. Desde entonces, ha habido un continuo progreso en el desarrollo de la teoría cognitiva, la terapia y sus comprobaciones empíricas. Investigaciones importantes sustentan el modelo cognitivo de la depresión y en menor grado, los trastornos de ansiedad. La terapia cognitiva, a menudo etiquetada con el nombre genérico de terapia cognitivo conductual, ha demostrado su efectividad en la reducción de los síntomas y del porcentaje de recaídas, con o sin medicamento, en una amplia variedad de trastornos psiquiátricos.

En un artículo recientemente publicado por el doctor Beck se revisa la evolución de los modelos cognitivos de la psicopatología y la terapia cognitiva desde su primera descripción hasta mediados del 2005.

*Terapia conductual.*- Es una orientación terapéutica que considera que las conductas normal y anormal son regidas por los mismos principios y que recurre a la evaluación objetiva y a la verificación empírica. Por lo tanto utiliza procedimientos y técnicas basados en la psicología experimental para eliminar las conductas desadaptadas, sustituyéndolas por otras, y para adiestrar en conductas adaptadas cuando éstas no se han producido.

*Terapia cognitivo conductual.*- Los términos terapia cognitiva y terapia cognitivo conductual se usan frecuentemente como sinónimos para describir la terapia

cognitiva basada en el modelo cognitivo. Para precisar más el concepto, se define la terapia cognitivo conductual como la aproximación que se basa en la importancia dada a los procesos cognitivos o simbólicos, en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Dentro de esta aproximación se integran enfoques como el de Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney y Arnkoff o Kendall y Ollín.

Mahoney y Arnkoff señalan los aspectos comunes a todos estos enfoques:

1) los humanos desarrollan conductas adaptativas y desadaptativas, así como patrones afectivos, a través de procesos cognitivos; 2) estos procesos cognitivos son activados funcionalmente por procedimientos que generalmente son isomórficos con los del aprendizaje humano en el laboratorio; 3) la tarea del terapeuta es la de un diagnosticador/evaluador que analiza los procesos cognitivos desadaptados y ordena las experiencias de aprendizaje que pueden alterar las cogniciones y a su vez los patrones de conducta afectados con los que se correlacionan.

Cabe mencionar que aunque los procesos cognitivos pueden subyacer a los cambios conductuales, no son en sí el objeto del tratamiento; su objetivo es la conducta de la persona (encubierta o manifiesta) y esta conducta es la

### Contenido

<b>El estado actual de la terapia cognitiva: una retrospectiva a 40 años</b>	<b>19</b>
<b>Rentabilidad de los exámenes para detectar el síndrome metabólico en pacientes tratados con antipsicóticos atípicos o de segunda generación</b>	<b>21</b>
<b>El papel de la leptina en los trastornos psiquiátricos</b>	<b>22</b>
<b>El trastorno límite de la personalidad en la práctica clínica</b>	<b>23</b>

que determina el tratamiento que se deberá administrar. Así, el término *terapia cognitivo conductual* también se usa para designar un paquete de técnicas en las cuales la terapia cognitiva se usa en combinación con un grupo de módulos conductuales.

*Evolución del modelo cognitivo.*- La formulación de la estructura de la terapia cognitiva se vio influida en parte por la revolución cognitiva en la psicología, en 1950 y 1960, especialmente por los escritos de George Nelly y Albert Ellis. La aproximación cognitiva original a la psicopatología, se basó en un modelo de procesamiento de información. Este modelo de la psicopatología estipula que el procesamiento de los eventos externos o los estímulos internos está sesgado y por lo tanto distorsiona sistemáticamente la construcción de la experiencia individual y lleva a una variedad de errores cognitivos (por ejemplo, la sobre generalización o la personalización). Subyacentes a estas interpretaciones distorsionadas, están las creencias disfuncionales incorporadas en estructuras cognitivas o esquemas relativamente muy establecidos. Cuando estos esquemas se activan por sucesos externos, medicamentos o factores endocrinos, tienden a sesgar el procesamiento y producen el contenido cognitivo típico de un trastorno específico.

El modelo cognitivo fue construido para explicar los procesos psicológicos en la depresión de la siguiente manera: las interpretaciones sesgadas negativas de los acontecimientos se atribuyen a la activación de las representaciones negativas de uno mismo, del mundo personal, y del futuro (la tríada cognitiva negativa). Una variedad de creencias disfuncionales que hace a los individuos propensos a la depresión los vuelve vulnerables a los acontecimientos de vida específicos que afectan a esta vulnerabilidad. Por ejemplo, los individuos propensos a la depresión tienen creencias como la siguiente: «si no puedo tener éxito en lo que es importante, yo soy un fracasado».

La percepción de los individuos de una falla importante o de una serie de fallas puede activar la tríada cognoscitiva negativa, es decir, las representaciones negativas de uno mismo, del mundo personal y del futuro. Subyacente a la tríada cognoscitiva se encuentra un conjunto de creencias disfuncionales.

*Estudios sobre depresión.*- Una revisión de 180 artículos realizada en 1985, que incluyó 220 estudios de este modelo, señaló que 91% de las investigaciones que apoyaron el modelo, documentaron que 9% no apoyaron el modelo o fueron contradictorias. La investigación enfatizó tres componentes de la teoría cognitiva: la tríada cognitiva negativa en la depresión (150 apoyando la teoría, y 14 no), el procesamiento cognitivo del estímulo negativamente sesgado (19 apoyando) y las creencias disfuncionales identificables (31 apoyando y 6 no apoyando). Las interpretaciones negativas se han encontrado en todas las formas de depresión: unipolar y bipolar, reactiva y endógena. Una hipótesis fundamental del modelo cognitivo ha sido la idea de que ciertas creencias constituyen una vulnerabilidad a la depresión (modelo de diátesis del estrés). La hipótesis de la especi-

ficidad propone un perfil cognitivo distinto para cada trastorno psiquiátrico. Se ha desarrollado muchísima labor de investigación para diferenciar los temas cognitivos en la depresión (pérdida y autodevaluación) y la ansiedad (amenaza y vulnerabilidad). En cuanto a otros trastornos se han demostrado perfiles cognitivos específicos, que incluyen la anorexia nervosa, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico y el trastorno dismórfico corporal.

*Estudios sobre ansiedad.*- El modelo cognitivo básico de los trastornos de ansiedad estipula que las creencias orientadas al peligro (integradas en esquemas cognitivos) predisponen a los individuos a enfocar más su atención en la amenaza, involucrarse en “conductas de seguridad” disfuncionales y hacer interpretaciones catastróficas de estímulos ambiguos. El sesgo orientado al peligro aparece en cada fase del procesamiento de información (percepción, interpretación y recuerdo) y se encuentra presente en todos los trastornos de ansiedad. La atención selectiva a las palabras y dibujos amenazantes confirma que el sesgo ocurre automáticamente y que no se halla necesariamente bajo control consciente. Butler y colegas, revisaron el meta-análisis de los resultados del tratamiento cognitivo conductual en un amplio rango de trastornos psiquiátricos. Una búsqueda en la bibliografía comprendida desde 1967 hasta el 2003, de un total de 15 meta-análisis metodo-lógicamente rigurosos, contempló 9138 personas y 332 estudios. Se encontraron grandes dimensiones del efecto (medias =.90) para la depresión unipolar, la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, la fobia social y los trastornos de depresión y ansiedad en la infancia. Se encontraron dimensiones de muestra moderadas para el distrés marital, el enojo, los trastornos somáticos en la infancia y el dolor crónico. Entre las limitaciones del meta-análisis están la uniformidad de las muestras en los estudios, en el contenido terapéutico y en los terapeutas. Cuando se compararon la terapia cognitivo conductual con los antidepresivos se encontró que 17 estudios presentaron una superioridad mínima de la terapia cognitivo conductual. Un estudio más reciente de DeRubies encontró que la terapia cognitiva y los antidepresivos tuvieron una eficacia equivalente pero que la terapia cognitiva fue mejor para evitar las recaídas. Ocho estudios documentaron que el porcentaje de recaída a un año después del tratamiento fue de 29.5% para la terapia cognitiva *versus* 60% para los antidepresivos. También la terapia cognitiva es efectiva al reducir los síntomas de ansiedad en los trastornos que llevan el mismo nombre en el DSM-IV. Los meta-análisis indican que la terapia cognitiva es más efectiva al reducir el pánico y la ansiedad que los tratamientos farmacológicos. En general, los pacientes que recibieron terapia cognitiva para algún trastorno de ansiedad y tuvieron un seguimiento de 4 años mostraron niveles de síntomas significativamente más bajos en la severidad y el afecto negativo que los grupos control en tratamientos aleatorizados (terapia conductual y terapia psicodinámica). Puede considerarse, hoy en día, que la terapia cognitivo conductual representa la intervención psicológica más común en el tratamiento de

los trastornos de ansiedad. Numerosas revistas y meta-análisis confirman la gran utilidad de dicha terapia. Ofrece un complemento en los tratamientos farmacológicos, incluso una alternativa válida para los pacientes resistentes a tales tratamientos o para quienes los rehúsan. Los diferentes métodos terapéuticos cognitivos conductuales empleados para cada trastorno de ansiedad corresponden a varias adaptaciones de una estrategia general donde la exposición con la prevención de la respuesta y la reestructuración cognoscitiva aparecen como los dos pilares centrales.

Se ha documentado la aplicación de la terapia cognitivo conductual como tratamiento complementario en la prevención de recaídas en el trastorno bipolar. Otras aplicaciones que cuentan con apoyo incluyen la anorexia nervosa, el trastorno dismórfico, el síndrome de la guerra del Golfo, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno afectivo estacional. Además se ha sustentado su aplicación en diversas condiciones médicas tales como padecimientos cardíacos, en la hipertensión, el cáncer, las cefaleas, el dolor crónico, el dolor lumbar, el síndrome de fatiga crónica, la artritis reumatoide, el síndrome premenstrual y el síndrome de colon irritable.

(María Isabel Barrera Villalpando)

## Bibliografía

Beck A T: The current state of cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 62:953-959, 2005.

# Rentabilidad de los exámenes para detectar el síndrome metabólico en pacientes tratados con antipsicóticos atípicos o de segunda generación

■ Debido al bajo índice de efectos extrapiramidales y de disquinesia tardía, así como a su mayor eficacia, los antipsicóticos de primera generación y los antipsicóticos atípicos cada vez se prescriben más, tanto para los trastornos psicóticos como los no psicóticos. Sin embargo, los informes sobre aumento de peso, dislipidemia e hiperglicemia han causado preocupación. Estos efectos forman parte del síndrome metabólico, el cual se ha asociado con alta morbilidad y mortalidad en enfermedades cardiovasculares. Esto es de particular importancia para los pacientes con alguno de los trastornos esquizofrénicos, ya que estas condiciones se asocian con una alta incidencia de enfermedades cardiovasculares. Sorprendentemente, son escasos los estudios dedicados a investigar las medidas

antropométricas y los efectos metabólicos relacionados con el uso de antipsicóticos atípicos. A pesar de su relevancia, se conoce poco acerca de la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes que reciben antipsicóticos atípicos. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes tratados con estos antipsicóticos y determinar el método clínico más efectivo y rentable para detectar el síndrome metabólico en este tipo de pacientes.

*Procedimiento.*- Entre agosto y noviembre de 2002, se evaluó a todos los pacientes de nuevo ingreso que recibieran tratamiento con antipsicóticos atípicos, para indicar la presencia de obesidad y de anormalidades metabólicas. En un grupo de aproximadamente 100 pacientes que recibían tratamiento por lo menos con un antipsicótico de segunda generación, se midió la presión arterial y la circunferencia abdominal a nivel del ombligo, también la glucosa en ayunas y los niveles de lípidos. Los diagnósticos psiquiátricos fueron realizados al ingreso, basados en criterios del DSM-IV. El síndrome metabólico fue definido por los siguientes parámetros: 1) Presión arterial  $\geq 130/85$  mmHg (o historia de hipertensión). 2) Obesidad abdominal (circunferencia abdominal  $>102$  en hombres y  $>88$  en mujeres). 3) Glucosa en ayunas  $\geq 110$ mg/dl (o historia de diabetes mellitus). 4) Colesterol HDL  $< 40$ mg/dl en hombres y  $< 50$ mg/dl en mujeres y 5) Triglicéridos  $\geq 150$ mg/dl.

*Resultados.*- Once de los 100 pacientes originalmente incluidos fueron descartados, por problemas en el registro o datos incompletos. El grupo final incluyó a 89 pacientes, con promedio de edad de 39.8 años. Veintiséis pacientes (29.2%) cumplían criterios para síndrome metabólico; este padecimiento se mostró asociado con edad mayor, índice de masa corporal alto, y como se esperaba, valores altos en cada uno de los parámetros del síndrome metabólico. La presencia de este síndrome no se asoció con género, raza o diagnóstico psiquiátrico primario. De la misma manera, el uso de cualquier antipsicótico atípico, una combinación de dos antipsicóticos atípicos o un atípico con un típico, no incrementó las posibilidades de aparición del síndrome metabólico. La co-administración de antidepresivos, litio o ácido valproico, no se asoció con la aparición del síndrome metabólico; esta investigación no tuvo suficiente poder para determinar la contribución de estos factores en el riesgo de padecer síndrome metabólico, ya que éste no fue el objetivo del estudio.

Entre los 5 criterios, el de obesidad abdominal tuvo la mayor sensibilidad, identificando correctamente a 23 (92%) de 25 pacientes. El de glucosa en ayunas fue el criterio más específico, con valores normales, categorizando apropiadamente a 60 (95.2%) de 63 pacientes sin síndrome metabólico. Cuando se combinaron obesidad abdominal y glucosa en ayunas, los 26 pacientes con síndrome metabólico fueron correctamente identificados, mientras que al combinar obesidad abdominal con presión arterial sólo se logró la correcta identificación de 25 pacientes entre 26.

*Discusión.*- En el grupo de pacientes tratados con antipsicóticos de segunda generación o atípicos, la preva-

lencia del síndrome metabólico fue de 29.2%. Existe un estudio similar, publicado en el año 2003, el cual encontró una prevalencia mayor (37%), esto probablemente debido a la alta proporción de pacientes que tomaban clozapina (60%). Por otro lado, el diagnóstico de esquizofrenia está asociado con un mayor riesgo de síndrome metabólico; sin embargo, en este estudio el diagnóstico de trastorno esquizofrénico estuvo presente en 62.9% y no se asoció con síndrome metabólico. El índice de prevalencia del síndrome metabólico encontrado en el estudio es de 29.2%, el cual es mayor que el encontrado en la población general de los Estados Unidos de Norteamérica (22.8% en hombres y 22.6% en mujeres). Esta situación se debe probablemente a los efectos del mismo trastorno psiquiátrico en el metabolismo, los estilos de vida y los factores relacionados con el tratamiento. La medición de la circunferencia abdominal y la glucosa en ayunas, ayudó a identificar a 100% de los pacientes con síndrome metabólico, lo cual sugiere un método sencillo y rentable para detectar pacientes con alto riesgo de morbilidad cardiovascular. El valor predictivo positivo de 46.4% hace que estos métodos sean comparables a otros utilizados para la detección de diversas enfermedades, como por ejemplo la detección de sangre oculta en heces para cáncer de colon, la mamografía para detectar cáncer de mama y la palpación digital o el antígeno específico para detectar cáncer de próstata. En lugares donde se carezca de análisis de sangre, la medición de tensión arterial y de la circunferencia abdominal puede ser un método válido ya que en este estudio la combinación de ambos parámetros logró la identificación de 96% de los pacientes con síndrome metabólico.

(Rafael López Sánchez)

### **Bibliografía**

STARKER D y cols.: Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patients treated with second-generation antipsychotic medications. *Am J Psychiatry*, 162:1217-1221, 2005.

## **El papel de la leptina en los trastornos psiquiátricos**

■ Es indiscutible que tanto la obesidad como la depresión son trastornos severos y de alto costo social y económico a nivel mundial. Recientemente se ha postulado que los desequilibrios en las concentraciones de la hormona leptina pueden tener implicaciones en la etiología de las dos entidades. El efecto de la leptina sobre la regulación del peso corporal está claramente documentado. Varios estudios desarrollados en la Universidad de Texas en los Estados Unidos de Norteamérica han demostrado que, al menos en animales de experimentación, la hormona puede atenuar la conducta tipo depresiva inducida en ratas. El doctor Lu y sus colegas encontraron una reducción signifi-

cativa de los niveles plasmáticos de leptina en ratas que habían sido expuestas de manera crónica a modelos de estrés y de derrota social. Además, encontraron que, en estos animales los niveles de corticoesterona aumentaron igual que lo que se observa en pacientes deprimidos. Al administrar leptina a las ratas bajo estrés crónico, ésta redujo el “déficit hedónico”, característica conductual del modelo de estrés crónico. Posteriormente los autores utilizaron el modelo de nado forzado, el cual mide la conducta de desesperanza que se caracteriza por la desaparición de actitudes de “escape” como por ejemplo nadar o escalar. Este último modelo es el que habitualmente se utiliza en los estudios preclínicos con antidepressivo. Encontraron que en las ratas sometidas a esta prueba, la administración sistemática de leptina disminuyó la conducta de inmovilización en un grado dependiente de la dosis e incrementó el número de intentos por nadar. En resumen, lo que generó fue un decremento de la conducta de desesperanza. A manera de control los investigadores administraron desimipramina a otro grupo de ratas. En éstas, el fármaco también redujo la inmovilización de los animales pero en forma diferente: incrementó más el escalamiento que el nado. Los autores interpretan esto último en el sentido de que la leptina, si bien genera el mismo resultado, tiene un mecanismo de acción distinto al de los inhibidores de recaptura de noradrenalina.

Posteriormente efectuaron estudios de hibridación *in situ* para investigar si las modificaciones conductuales que siguen a la administración de leptina se acompañaban de cambios en la activación cerebral. Al medir c-fos con la expresión del RNAm encontraron un aumento de la actividad en áreas del hipocampo que incluían a CA1, CA3 y al giro dentado. Esto, por lo tanto, sugiere que los efectos de la leptina en esta prueba pueden estar mediados por activación de estas estructuras límbicas. La infusión intrahipocámpal de leptina durante la prueba de nado forzado produjo resultados similares por lo que se piensa que esta estructura es crucial en la mediación de los efectos de tipo antidepressivo que muestra tener la leptina. A diferencia del experimento anterior, la infusión intrahipotalámica no produjo los mismos resultados, lo que apunta a que sus efectos antidepressivos no están relacionados con mecanismos de homeostasis energética. Por el momento, no se puede comprobar si la leptina tiene un papel en la depresión en el humano, además de que los modelos animales de depresión, como los que se usaron en este experimento, ponen en duda que lo que realmente está generando sea depresión. No obstante, ésta es una línea de investigación muy interesante, que puede dar lugar con el tiempo al desarrollo de nuevos antidepressivos.

(Carlos Berlanga)

### **Bibliografía**

LU XY y cols.: Leptin: a potential novel antidepressant. *Proc Natl Acad Sci USA*, 103: 1593-1598, 2006.

# El trastorno límite de la personalidad en la práctica clínica

■ En las últimas dos décadas se han realizado numerosas líneas de investigación sobre la naturaleza y la etiología del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Sin embargo, la mayoría de los estudios ha empleado muestras de pacientes que se encuentran dentro de un ámbito institucional y que usualmente están asociados a programas académicos. Por lo anterior, surge la pregunta de si los pacientes que han participado en los estudios existentes corresponden a un extremo más severo del espectro de la patología limítrofe, a diferencia de los sujetos atendidos de manera cotidiana dentro de la práctica clínica privada.

Un estudio recientemente publicado sobre este tema tuvo dos objetivos. El primero consistió en describir la naturaleza del TLP dentro de la práctica clínica, por lo que se compararon los datos obtenidos de investigaciones anteriores realizadas con pacientes dentro de instituciones psiquiátricas, con otros provenientes de la encuesta nacional de pacientes con TLP atendidos en la comunidad, tomando en cuenta tres criterios: la comorbilidad en eje I, en eje II, y por último el nivel de funcionamiento adaptativo. Se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV, así como una descripción de la personalidad mediante la escala Suelden-Westen 200 (SWAR-200). El segundo objetivo tuvo la finalidad de describir las características de los pacientes con TLP y utilizó un rango amplio de criterios, para así definir el constructo de la personalidad limítrofe con mayor detalle, tal como se ve en la comunidad y fuera del ámbito institucional.

Participaron en el estudio 117 profesionales que se eligieron al azar de una muestra de psiquiatras y psicólogos experimentados y registrados en la Asociación Psiquiátrica Americana y en la Asociación Psicológica Americana. Por correo, se solicitó a los participantes que completaran una ficha indicando si tenían por lo menos un paciente con TLP y un paciente con distimia, con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Posteriormente, de acuerdo con las respuestas iniciales se solicitó que describieran a un paciente con TLP ( $n = 90$ ) o un paciente con distimia ( $n = 27$ ), poniendo especial atención en los criterios diagnósticos. En el grupo de pacientes con un trastorno de la personalidad, se pidió a los clínicos que seleccionaran a uno del sexo femenino (ya que aproximadamente de 75% a 80% de los pacientes con TLP son mujeres), con edad de entre 18 y 55 años, y que llevaran en tratamiento un mínimo de ocho sesiones y un máximo de dos años. Se eligió un grupo comparativo de pacientes con un diagnóstico de distimia, ya que éstos manifiestan al igual que los sujetos con TLP síntomas depresivos moderados de larga duración, y además en las investigaciones existentes se han utilizado muestras comparativas de sujetos con un trastorno depresivo mayor. Para la elaboración de resultados se consideraron las observaciones de los profesionales del área clínica utilizando los siguientes instrumentos:

- *Formato clínico.* Se empleó para evaluar variables socio-demográficas, diagnóstico, historia personal, familiar y de desarrollo de los pacientes, y funcionamiento global y adaptativo.

- *SWAP-200.* Se trata de un instrumento de 200 reactivos diseñado para evaluar personalidad y psicopatología. Las 200 tarjetas contienen características y aseveraciones relacionadas con rasgos de personalidad, que el clínico advierte en el paciente y asigna a uno de los ocho montones; representan un rango del 0 al 7 (0 es la característica menos descriptiva del paciente y 7 la más descriptiva).

Los reactivos del SWAP-200, fueron tomados de numerosas fuentes que incluyeron los criterios diagnósticos del DSM-III-R y el DSM-IV, bibliografía clínica e investigaciones sobre los trastornos de la personalidad y estudios sobre el desarrollo normal de la personalidad, así como de la retroalimentación de más de mil clínicos experimentados. Por otra parte, las investigaciones demuestran que el SWAP-200 puede predecir criterios externos, como serían los intentos de suicidio y la historia de hospitalizaciones psiquiátricas.

- Escala de eje I. Los clínicos llenaron un formato en donde manifestaron si los criterios diagnósticos de los trastornos mentales, del eje I, comúnmente asociados al TLP, se encontraban ausentes o presentes. En específico se completó la escala para los siguientes padecimientos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar, trastorno de angustia generalizado, crisis de angustia, anorexia nervosa, bulimia nervosa, dependencia y abuso de alcohol y de otras sustancias ilícitas.

- Escala de eje II. Los clínicos completaron el listado que contenía los criterios del DSM-IV para los diferentes trastornos de la personalidad, ordenados al azar, para así evaluar la comorbilidad de la psicopatología del eje II, tanto dimensional, como categóricamente.

De los 117 clínicos participantes, 19% ( $n = 22$ ) fueron psiquiatras y 81% ( $n = 95$ ) psicólogos y 42% eran mujeres ( $n = 49$ ). En su mayoría, los profesionales trabajaban por lo menos medio tiempo en práctica privada (88%) a pesar de que también laboraban en otros sitios (18% en clínicas, 26% en hospitales, 8% en un contexto forense y 16% en otros lugares). La muestra de pacientes tuvo una edad promedio de 38 años; predominantemente de raza caucásica (88%). De los sujetos 33% pertenecía a una clase social trabajadora, 47% a una clase media, 15% presentaba una educación media y 26% contaba con educación superior. En cuanto a la comorbilidad con trastornos en ejes I y II, los resultados encontrados fueron similares a los observados en investigaciones anteriores: en forma específica se encontró comorbilidad de 94% para trastornos afectivos, 66% para trastornos de ansiedad, 53% para trastornos disociativos, 35% para abuso/dependencia a sustancias y 24% para trastornos de la conducta alimentaria. En cuanto a los diagnósticos del eje II, se encontró alta comorbilidad para el trastorno paranoide de la personalidad (36%), el trastorno evitativo (53%) y el trastorno dependiente (32%).

En cuanto al funcionamiento adaptativo, se encontró que los pacientes con un TLP evaluados mediante una escala del 1 al 7 basada en los preceptos de Kernberg, manifestaron un funcionamiento más pobre que los sujetos con distimia. En específico el último grupo calificó más de dos puntos y tres desviaciones estándar por encima de los pacientes con un trastorno de la personalidad. Por otra parte, en su mayoría los sujetos con TLP manifestaban antecedentes de intentos de suicidio (70%), con un promedio de 3.89 intentos y por lo menos una hospitalización psiquiátrica (63%). Asimismo, 52% presentó autolesiones, y particularmente 41% documentó relaciones abusivas en la edad adulta; la mayoría asumió un rol de víctima. Casi un tercio de los sujetos manifestaba haber sido víctima de violaciones o acoso sexual (32%).

Los hallazgos de las evaluaciones realizadas con el SWAP-200, revelaron que las características de personalidad con puntuaciones dentro de las 20 más altas, fueron aquellas que no se encontraban dentro de los criterios diagnósticos del DSM-IV. En específico se encontraron como rasgos más significativos de los sujetos con TLP el afecto negativo, la desregulación emocional y la autoestima baja, y en especial, la sensación de tristeza, depresión y las emociones fuera de control.

Las conclusiones derivadas de este estudio son que la mayoría de las investigaciones con sujetos con TLP, se han hecho con

muestras de pacientes que se encuentran dentro de un contexto institucional. Este estudio comparó un grupo de pacientes con distimia con un grupo de pacientes con TLP tratados en la comunidad; para determinar si las observaciones logradas en estudios anteriores se delimitan solamente a un espectro de la patología limítrofe severa comúnmente observada dentro de un contexto hospitalario.

En esta investigación se encontraron resultados similares a los de otros estudios realizados en el pasado, por lo que se demuestra la posibilidad de generalizar exitosamente los hallazgos observados en las muestras clínicas de sujetos que se encuentran en diferentes contextos de tratamiento.

En cuanto a la comorbilidad con los trastornos del eje I según el DSM-IV, se encontraron resultados similares, especialmente al tomar en cuenta las observaciones de Gunderson, en donde los pacientes presentaban un perfil de alto estrés emocional, ansiedad y disforia. Estos sujetos manifestaban una alta comorbilidad con trastornos afectivos, ansiosos, disociativos y de la conducta alimentaria. Los hallazgos también denotaron resultados congruentes con las observaciones de Gunderson, en relación con la alta comorbilidad de patologías del eje II, en donde se encontró que de 90 a 97% de los sujetos con TLP presentan criterios para otros trastornos de la personalidad. De manera interesante, en la muestra de este estudio se encontraron puntuaciones ligeramente más elevadas para la comorbilidad del trastorno dependiente y evitativo de la personalidad, lo que puede indicar que los sujetos dentro de la comunidad manifiestan más aislamiento y disforia, que los pacientes de las muestras en hospitales, que demuestran psicopatología más aguda.

En cuanto al funcionamiento adaptativo se ha comprobado que los pacientes con TLP tratados dentro de la práctica comunitaria, manifestaban déficit importante, ya que más de la mitad referían conductas autolesivas y casi dos tercios habían sido hospitalizados por lo menos en una ocasión. Asimismo, los clínicos señalaron

que estos pacientes presentaban inestabilidad en sus relaciones interpersonales, las que incluso llegaban a deteriorar su funcionamiento en el área laboral. En específico, los pacientes presentaban historial de relaciones abusivas durante la edad adulta, en los que predominantemente jugaban un papel de víctima.

Algunas limitantes de este estudio hacen referencia a la metodología empleada. Primero se pone en duda la confiabilidad y validez de las evaluaciones clínicas no estructuradas; sin embargo estudios recientes han sugerido que los clínicos pueden proveer información confiable cuando cuantifican sus observaciones mediante instrumentos psicométricos para dar datos significativos y observaciones en referencia a los pacientes que están evaluando. Asimismo se duda que la muestra haya sido constituida primordialmente por psicólogos, en relación con los psiquiatras, pero igualmente algunas investigaciones demuestran que la orientación teórica de los clínicos predice poca variabilidad en las descripciones de los pacientes. Por último, al incluir en la muestra a pacientes que se encontraban en un proceso psicoterapéutico, se podría suponer que estos manifestarían un nivel de funcionamiento mayor al de la población clínica; sin embargo los hallazgos demostraron lo contrario al documentar en estos pacientes, numerosos intentos de suicidio, autolesiones y antecedentes de por lo menos una hospitalización psiquiátrica.

(Belinda Carrasco)

### Bibliografía

- CONKLIN C, WESTEN D: Borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry*, 162: 867-875, 2005.  
JONATHAN S, WESTEN D: Dimensions of personality pathology: an alternative to the Five-Factor Model. *Am J Psychiatry*, 161:1743-1754, 2005.

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.

#### Suscripción anual 2006

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 220.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 220.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 110.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

\* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles  
Díaz y Elizabeth Cisneros.

