



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 22/09/2021. Aceptado: 03/03/2022

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: FUNCIONES EJECUTIVAS Y SEVERIDAD SINTOMÁTICA

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: EXECUTIVE FUNCTIONS AND SYMPTOMATIC SEVERITY

C.A. Herrera Huerta¹, E.M. Magallanes Cano², A.I. Soto Briseño³, E. Orozco Zagal⁴, E. Camarena Robles⁵

¹Departamento de Psiquiatría, Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI "Dr. Bernardo Sepúlveda", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México Correo: drherrerasaludmental@gmail.com. ²Jefa de Departamento Clínico, Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México. ³Departamento de Psiquiatría, Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI "Dr. Bernardo Sepúlveda", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México. ⁴Departamento de Psicología, Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México. ⁵Presidente de la Asociación IberoLatinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría (AILANCYP).

Correspondencia: Carlos Armando Herrera Huerta Email: drherrerasaludmental@gmail.com

Declaración de Conflicto de intereses: El presente trabajo no recibió ningún tipo de financiación y ha sido elaborado por los autores sin que mantengan conflicto de intereses económicos, éticos o de otra índole.



RESUMEN

Introducción: Se han identificado alteraciones a nivel del córtex prefrontal y deficiencias en las funciones ejecutivas (FE) y su asociación con la gravedad sintomática del trastorno límite de la personalidad (TLP). **Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 17 pacientes previa firma de consentimiento informado. Se aplicaron el Borderline Symptom List-23 (BSL-23) e INECO Frontal Screening (IFS). Se realizó correlación de Pearson y prueba χ^2 . **Resultados:** La muestra se conformó con 17 pacientes, mediana de edad 23.7 (18-42 años); 94.12% mujeres y 76.4% escolaridad media superior. El 82.36% (n=14) presentó alteraciones en FE (INECO \leq 21 puntos), principalmente memoria de trabajo visual (\bar{X} = 2.6250), refranes (\bar{X} = 1.7187) y control inhibitorio verbal (\bar{X} = 3.4375). Encontramos una correlación moderada de BSL-23 y la prueba de series motoras ($r = -0.444$), control inhibitorio verbal ($r = -0.540$) y dígitos en orden inverso ($r = -0.610$). Encontramos una asociación no significativa entre la variable gravedad del TLP y fallas en las FE ($\chi^2 = 0.08$; $p = 0.169$). **Conclusión:** El abordaje del TLP es complejo y su tratamiento debe incluir la rehabilitación neuropsicológica para la reducción de síntomas de impulsividad e inestabilidad emocional.

Palabras clave: funciones ejecutivas, trastorno límite de la personalidad, neuropsicología, rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: Alterations in the prefrontal cortex and deficiencies in executive functions (EF) and their association with the symptomatic severity of border personality disorder (BPD) have been identified. **Material and Methods:** descriptive cross-sectional study. Seventeen patients were included after signing an informed consent. The Borderline Symptom List-23 (BSL-23) and INECO Frontal Screening (IFS) were applied. Pearson's correlation and χ^2 test were performed. **Results:** the sample consisted of 17 patients, median age 23.7 (18-42 years); 94.12% women and 76.4% upper secondary schooling. 82.36% (n = 14) presented alterations in EF (INECO \leq 21 points), mainly visual working memory (\bar{X} = 2.6250), sayings (\bar{X} = 1.7187) and verbal inhibitory control (\bar{X} = 3.4375). We found a moderate correlation of BSL-23 and the motor series test ($r = -0.444$), verbal inhibitory control ($r = -0.540$) and digits in reverse order ($r = -0.610$). We find no significant association between the variables severity of the BPD and failures in EF ($\chi^2 = 0.08$; $p = 0.169$). **Conclusion:** the approach to borderline personality disorder (BPD) is complex. The treatment of BPD should include neuropsychological rehabilitation for the reduction of symptoms of impulsivity and emotional instability.

Keywords: therapeutic alliance, psycho-oncology, eHealth, telepsychology, digital intervention, cancer.

INTRODUCCIÓN

La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas desde épocas prematuras de la vida, que se expresan de forma automática y que "configuran la constelación completa de la persona" (Millon & Davis, 2001, p.2). En este sistema dinámico convergen integridad biológica, facultades neurocognitivas, modelos de aprendizaje y contextos socioculturales (Caballo, Guillén y Salazar, 2009; APA, 2014). Los trastornos de la personalidad, es decir, la presentación patológica de la conducta, se expresan clínicamente como una serie de rasgos conductuales desadaptativos: inflexibles, estables y acentuados en todas las situaciones (Caballo, Guillén y Salazar, 2009; Millon & Davis, 2001). Entre un 6 a 10 % de la población general padece algún tipo de trastorno de la personalidad, un rango que cambia según los instrumentos diagnósticos utilizados, incluso se ha identificado que esta cifra suele aumentar significativamente cuando se utilizan los criterios del DSM-5 frente a los de la CIE-10 (Volkert, Gablonski & Rabung, 2018).

Los trastornos de la personalidad se convierten en un reto diagnóstico y terapéutico por su complejidad nosológica y etiopatogénica. El que ha cobrado mayor relevancia

en el campo de la investigación de las neurociencias es el trastorno límite de la personalidad (TLP). Algunos estudios epidemiológicos apuntan que solo la prevalencia puntual de por vida es de hasta el 5.9 %; el 6.4 % de la población urbana, el 9.3 % en pacientes ambulatorios psiquiátricos y hasta un 20 % en pacientes hospitalizados. En contextos clínicos la proporción entre el sexo femenino y masculino es de 3:1 (Gross et al, 2002).

Históricamente el origen nominal de este trastorno proviene de las teorías freudianas sobre la mente. Adolph Stern acuñó este término para hacer mención de un "estado mental entre la neurosis y la psicosis", concepto que perdió vigencia a la luz del desarrollo de las neurociencias, ergo, aún mantiene cierto grado de congruencia en su estadio dimensional (modelos híbridos clasificatorios de la personalidad). Si bien el término data de mediados del siglo pasado, el TLP no fue reconocido hasta su inclusión como categoría diagnóstica del DSM-III en 1980 (Pérez-Rodríguez y cols, 2018; Mosquera, 2011).

El patrón básico del TLP es la inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen, una disregulación afectiva "estable" e impulsividad (Figura 1). La sintomatolo-

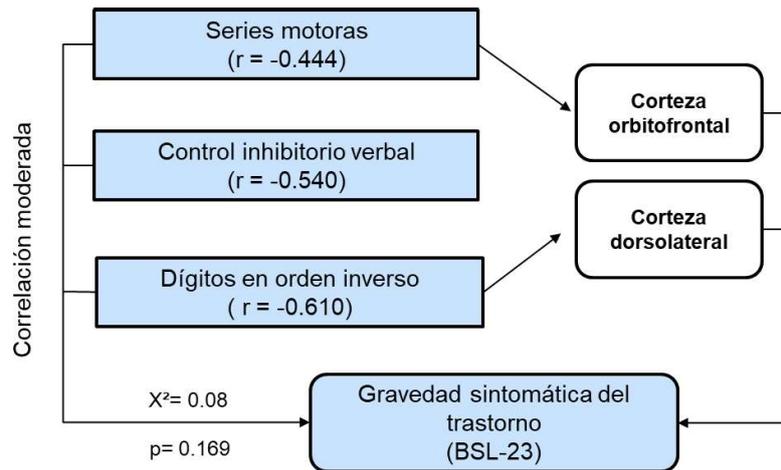


Figura 1. Sub-pruebas correlacionadas con la gravedad sintomática del trastorno.

gía es polimorfa, frecuentemente comórbida a trastornos de la alimentación, afectivos y por consumo de sustancias, cuya expresión se hace manifiesta en la edad adulta. En la actualidad, el TLP sigue generando polémica, y no existe unanimidad en torno dónde estaría mejor ubicado categorialmente: si en los trastornos del control de los impulsos, trastorno por estrés postraumático o trastornos del afecto (Fernández-Guerrero, 2017; Caballo y Camacho, 2000).

Las teorías etiopatogénicas y la nosografía del TLP permanecen en un área de grises y en su decurso histórico se han propuesto diversas definiciones (Tabla 1). Se ha llegado a concluir que podrían estar involucrados factores ambientales (abuso físico o sexual durante la infancia, abandono de los padres) y biológicos (carga genética en familiares de primer grado, alteraciones neurofuncionales). En esta materia se menciona una disfunción del lóbulo frontal que engendra una serie de deficiencias en las funciones ejecutivas (FE) (Pérez--Rodríguez y cols, 2018; López-Ibor y Carrasco, 2014).

El concepto de FE tiene su origen con los trabajos del neuropsicólogo ruso Alexander Luria en la década de los sesentas, quien las postula como un conjunto organizado de dominios cognitivos que permiten programar, regular y verificar la actividad mental, es decir, la manifestación organizada de la actividad consciente (Mosquera, 2011; Ivarez & Emory, 2006). La neuropsicóloga Muriel Lezak (2004) en la década de los ochentas es quien acuña oficialmente el término de FE,

Tabla 1. Concepciones históricas del trastorno límite de la personalidad según Zanarini y Frakenburg (1997), citado por Millon & Davis (2001, p.440).

| Perspectiva histórica | Definición |
|---------------------------------------|---|
| Psicodinámica | Es un nivel de organización de la personalidad, con diversas patologías constituyentes y características a medio camino entre la psicosis y la neurosis. |
| Neokrapeliana | El sustrato de los trastornos mentales es biológico, por lo tanto, son susceptibles a ser diagnosticados como categorías discretas (enfoque categorial). Es una de las concepciones más vigentes por el uso extendido de los sistemas nosológicos DSM-5 y CIE-10. |
| Continuum de la esquizofrenia | Puede considerarse una presentación mínima de la esquizofrenia por los característicos estados psicóticos transitorios. |
| Continuum de los trastornos afectivos | Es habitual que presenta cambios emocionales abruptos, el ánimo irritable y los síntomas depresivos crónicos difusos. |
| Espectro impulsivo-compulsivo | El control inhibitorio de los impulsos es deficiente, hay cierta incapacidad para demorar la gratificación lo que explica la alta comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias psicoactivas y personalidad antisocial. |
| Trastorno de estrés postraumático | Por la alta prevalencia de experiencias traumáticas infantiles, principalmente de abuso sexual y físico, podría considerarse una vía de expresión para el trastorno de estrés postraumático. |



Tabla 2. Principales hallazgos de anomalías neurobiológicas en pacientes con trastorno límite de la personalidad mediante técnicas de neuroimagen funcionales y morfológicas, revisión bibliográfica de Tajima y colaboradores (2009).

| Estudios morfológicos | Estudios funcionales |
|---|--|
| En RM se encontró una disminución de volumen de hasta el 6.2 % a nivel frontal en comparación con controles sanos | Hipoactividad a nivel frontal (orbitofrontal y cíngulo anterior) |
| En RMN alteraciones del cuerpo caloso: mayor delgadez en el istmo del cuerpo caloso, más objetivable a mayor número de antecedentes traumáticos en la infancia | Alteraciones de metabolismo amigdalár (pico de creatinina entre un 11-17 %) |
| A nivel de corteza parietal también se ha observado un mayor volumen del giro poscentral izquierdo y del volumen precúneo derecho; aumenta en función del incremento de síntomas disociativos | RMNf, imágenes (neutras y estimulantes): activación en ínsula, COF bilateral, cíngulo anterior izquierdo, CPFM y áreas parietal y parahipocámpal |
| Menor volumen de sustancia gris en hipocampo (proporcional al número de hospitalizaciones); relacionado con el comportamiento agresivo | Pacientes con TLP + TEPT: mayor actividad del lóbulo temporal anterior derecho |
| Relación inversa en el volumen hipofisario y la frecuencia de conductas parasuicidas | Disminución del 19 % del N-Acetil-Aspartato: valor indirecto de muerte neuronal |
| Volumen amigdalino y síntomas depresivos crónicos | Hipoactividad a nivel frontal (orbitofrontal y cíngulo anterior) |
| Mayor compromiso de la sustancia blanca frontal (altos niveles de anisotropía) | |

estableciendo un correlato más tangible al conceptualizarlas como “las capacidades mentales necesarias para llevar a cabo conductas eficaces, creativas y socialmente aceptadas, en una amplia variedad de situaciones” (Ivarez & Emory, 2006).

La noción de que las deficiencias en las FE desempeñan un papel importante en el desarrollo del TLP se ha incrementado en los últimos años. Dicho enfoque se fundamenta por la evidencia de una elevada comorbilidad del TLP y el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), con un alto grado de similitud psicopatológica, principalmente de la impulsividad, y algunos resultados en estudios de neuroimagen que revelan alteraciones de la corteza prefrontal (región dorsolateral y dorsomedial), la unión temporo-parietal y la corteza cingulada anterior (Tabla 2) (Németh, Mátrai & Czéh, 2018; Tajima y colaboradores, 2009).

Diversos estudios clínicos señalan un predominio de deficiencias en las FE en pacientes con TLP en los rubros de planificación de tareas, flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio. En investigaciones más reciente se enfatizan las limitaciones en la cognición social o teoría de la mente, facultad esencial para vincularse interpersonalmente. Además, una posible relación entre la gravedad del trastorno, su expresión sintomática y conductual (impulsividad, disregulación afectiva e incapacidad para establecer vínculos interpersonales), con el nivel de compromiso en ciertas FE (Németh, Mátrai & Czéh, 2018; Pérez-Rodríguez y cols, 2018).

El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de las deficiencias en las funciones ejecutivas y su correlación

con la severidad sintomática en una población clínica con diagnóstico de TLP.

MÉTODO

SUJETOS DE ESTUDIO

La muestra de estudio inicial estuvo compuesta por 26 pacientes ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el diagnóstico categorial de TLP según los criterios del DSM-5 (Tabla 3). Se descartaron 9 de ellos porque desistieron en la participación del estudio. La muestra de estudio final (n=17) fue evaluada por profesionales calificados en la materia de neuropsicología quienes aplicaron una batería de pruebas: INECO FRONTAL SCREENING (IFS) para la detección de alteraciones en las funciones ejecutivas y el Borderline Symptom List-23 (BSL-23) para medir la gravedad sintomática del trastorno.

INSTRUMENTOS

El BSL 23 es un cuestionario autoaplicable para evaluar la sintomatología en el TLP. Se compone de una escala básica de 23 ítems, una escala de análisis visual de la percepción del estado general y una escala complementaria para una evaluación conductual, de 11 ítems. Los puntajes van, en la escala básica, de 0 a 92 puntos; la media del estado general califica del 0 al 100 %; la escala conductual puntúa de 0 a 44 puntos. Es posible determinar la severidad del trastorno



Tabla 3. Criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad, DSM-5. American Psychiatric Association (2002).

Criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad, DSM-5

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

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

según el puntaje total arrojado en tres categorías: leve (48 puntos), grave (entre 49 y 62 puntos) y muy grave (mayor a 63 puntos). La escala tiene una alta confiabilidad (alfa de Cronbach = .949), así como una buena estabilidad test-retest (Bohus et al, 2008; Feliu-Soler y cols, 2014).

La IFS es una prueba de fácil aplicación, diseñada para su administración de 5 a 7 minutos, y cuenta con sencillas instrucciones para su administración. Se compone por una serie de sub-pruebas, con puntajes de 3 a 6 puntos, y que evalúan las principales funciones ejecutivas: 1) series motoras, donde se le pide al paciente realizar una secuencia de movimientos; 2) memoria verbal visual; 3) capacidad de abstracción; 4) control inhibitorio motor y verbal. El punto de corte es 30. Un puntaje igual o menor a 11 puntos puede indicar un severo deterioro de las FE (Ilhen, 2012). El IFS cuenta con un alfa de Cronbach de 0.80, una sensibilidad del 96.2 % y especificidad del 91.5 % para diferenciar entre controles sanos y pacientes con algún grado de compromiso en las funciones neurocognitivas de ejecución, aplicable desde un proceso demencial hasta un trastorno psiquiátrico primario,

como el TLP (Torralva, Roca & Gleichgerrcht, 2009). El punto de corte es de 22.5 puntos (sensibilidad: 80 %; especificidad 91 %) recomendado por los investigadores en pacientes sin sospecha de un trastorno neurocognitivo (Zapata-Zabala y colaboradores, 2019; Ilhen).

PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, a través de la recolección de datos con encuesta con la autorización del Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el manejo de los datos clínicos y sociodemográficos de cada paciente mediante la lectura del expediente físico. La muestra elegida se constituyó de pacientes con el diagnóstico categorial de TLP que aceptaron formar parte del estudio previa firma del consentimiento informado. Todos los sujetos de estudio tuvieron una estancia intrahospitalaria por criterios de riesgo suicida o trastorno depresivo mayor grave, y se les aplicó una batería de pruebas: BSL-23 e IFS. La aplicación de ambos instrumentos (BSL-23 e IFS) permitió medir la gravedad del trastorno mediante parámetros dimensionales (nivel sintomático) y evaluar la integridad de las funciones ejecutivas mediante un screening global (nivel funcional cognitivo).

Se realizó estadística descriptiva para variables cualitativas o categóricas que se expresan en frecuencias absolutas y relativas; para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se aplicaron pruebas no paramétricas con prueba χ^2 para identificar la asociación entre la gravedad del trastorno (puntaje global de la BSL-23) y el compromiso funcional (puntaje global de la IFS); considerando además cada una de las sub-pruebas (series motoras, sensibilidad a la interferencia, control inhibitorio motor, dígitos en orden inverso, meses atrás, memoria de trabajo visual, refranes y control inhibitorio verbal). Se determinó la asociación de manera independiente entre estas variables con un análisis de regresión logística. Los resultados obtenidos se analizaron e interpretaron con el programa SPSS v.22. Se consideró significativo un valor de $p < 0.005$.

RESULTADOS

En la Tabla 4 se muestran las características sociodemográficas de la muestra de estudio, distribuidas en las variables de género, edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Hubo un predominio del sexo femenino con un 94.12 % ($n=16$) de la muestra de estudio. Solo el 5.88 % ($n=1$) representó al sexo



Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra de estudio.

| Variables sociodemográficas | | |
|-----------------------------|--|--------------|
| Sexo | Femenino 94.12 % (n=16) Masculino 5.8 % (n=1) | |
| Edad | 21-30 años 52.92 % (n=9) 18-20 años 35.29 % (n=6) 31-40 años 5.88 % (n=1) 41-50 años 5.88 % (n=1) | = 23.75 años |
| Estado civil | Soltero 76.48 % (n=13) Casado 17.64 % (n=3) Unión libre 5.88 % (n=1) | |
| Escolaridad | Preparatoria 70.59 % (n=12) Secundaria 17.65 % (n=3) Licenciatura 17.65 % (n=3) | |
| Ocupación | Sin empleo 47.05 % (n=8) Empleadas 17.65 % (n=3) Estudiantes 35.29 % (n=6) | |

Tabla 6. Media de resultados de la INECO frontal screening por sub-prueba.

| INECO (sub-prueba) | | Baremo |
|--|--------|--------|
| Series motoras | 2.3125 | 3 |
| Sensibilidad a la interferencia | 2 | 3 |
| Control inhibitorio motor | 1.4375 | 3 |
| Dígitos en orden inverso | 2.1250 | 6 |
| Meses atrás | 1.3125 | 2 |
| Memoria de trabajo visual | 2.6250 | 4 |
| Refranes | 1.7187 | 3 |
| Control inhibitorio verbal | 3.4375 | 6 |
| Índice de Memoria de Trabajo (Dígitos en orden inverso + Cubos de Corsi) | 4.75 | 10 |

masculino. La mediana de edad fue de 23 años con rango de edad 18 a 42 años. El rango de edad más representativo fue entre los 21-30 años, con un 52.95 % (n=9). El estado civil de los sujetos de estudio fue predominantemente soltero con un 76.48 % (n=13). El nivel de escolaridad máximo

Tabla 5. Variables clínicas: número de ingresos hospitalarios, intentos suicidas, gravedad del trastorno (BSL-23) y funcionamiento cognitivo global.

| Variables clínicas | | |
|---------------------------------------|--|---------|
| Número de ingresos hospitalarios | = 2.62 hospitalizaciones | |
| Número de intentos suicidas | = 1.5 intentos suicidas | |
| Gravedad del trastorno (BSL-23) | Muy grave (mayor a 63 puntos). 52.95 % (n=9) Grave (entre 49 y 62 puntos) 29.51 % (n=5) Leve (48 puntos) 17.64 % (n=3) | =61.59 |
| Funcionamiento cognitivo global (IFS) | Punto de corte: ≥ 22 puntos (valor normal) Con compromiso funcional 82.36 % (n=14) Sin compromiso funcional 17.64 % (n=3) | = 17.03 |

más frecuente fue el de preparatoria con el 70.59 % (n=12), seguido de licenciatura, 17.65 % (n=3). La muestra fue mayoritariamente desempleada con un 47.05 % (n=8).

En la Tabla 5 y 6 se agrupan las variables clínicas de interés, como número de ingresos hospitalarios, intentos suicidas, gravedad del trastorno según la escala BSL-23 y los resultados globales de la IFS. El promedio de las hospitalizaciones fue de 2.625 veces y 1.5 considerando los intentos suicidas. La severidad del trastorno límite de la personalidad cuantificado mediante la escala BSL-23 arrojó las siguientes frecuencias por categorías en la muestra de estudio: leve 17.64 % (n=3), grave 29.41 % (n=5) y muy grave 52.95 % (n=9). La media del puntaje total BSL-23 fue de 61.59 puntos (DS=19.6).

La proporción de puntajes globales de la INECO FRONTAL SCREENING según el punto de corte: ≥ 22 puntos, equivalente a sin compromiso funcional, fue de 17.64 % (n=3) y ≤ 21 , con compromiso funcional, 82.36 % (n=14). Las medias menores a los puntajes de referencia máximo para las sub-pruebas fue para dígitos en orden inverso (\bar{X} =2.1250), memoria de trabajo visual (\bar{X} =2.6250), refranes (\bar{X} =1.7187) y control inhibitorio verbal (\bar{X} =3.4375). La media del Índice de Memoria de Trabajo (Dígitos en orden inverso + Cubos de Corsi) fue de 4.75 puntos (DS=1.16). El valor de referencia máximo para este parámetro es de 10. En cuanto al puntaje global de la media en la escala IFS fue de 17.03 puntos (DS= 4.62).

Considerando la prueba de Chi Cuadrado (X^2), no encontramos diferencias significativas entre la gravedad sintomática



| Tabla 7. Asociación entre las variables gravedad sintomática y compromiso cognitivo funcional | |
|---|--|
| Asociación entre las variables gravedad sintomática y compromiso cognitivo funcional | |
| Chi cuadrada | X ² = 0.08 |
| Coeficiente de correlación lineal de Pearson (Gravedad sintomática vs sub-pruebas del IFS) | Sensibilidad a la interferencia r=0.106 |
| | Series motoras r= -0.444 |
| | Control inhibitorio motor r=0 -0.054 |
| | Meses atrás r= 0.398 |
| | Memoria de trabajo visual r=0.110 |
| | Refranes r= -0.089 |
| | Control inhibitorio verbal r= -0.540 |
| | Dígitos en orden inverso r= -0.610 |
| | Índice de Memoria de Trabajo r= -0.344 |

tica del trastorno y el compromiso funcional cognitivo. En la correlación lineal se encontramos una correlación negativa moderada en el puntaje global de la BSL-23 vs la prueba de series motoras ($r = -0.444$), control inhibitorio verbal ($r = -0.540$) y los dígitos en orden inverso ($r = -0.610$). (Tabla 7).

DISCUSIÓN

Las principales fallas en funciones ejecutivas identificadas en nuestra muestra de estudio fueron memoria de trabajo, abstracción y control inhibitorio de los impulsos. Los pacientes con diagnóstico nosológico de TLP se ven característicamente afectados en estas función cognitivas, y se ha constatado con pruebas de neuroimagen que su relación funcional se sitúa en la red fronto-parieto-límbica (Krause-Utz et al, 2020). Destasca el papel de la "memoria de trabajo emocional" en el autocontrol y la regulación afectiva-cognitiva. Sin embargo, sería más preciso hablar de "un espectro de anormalidades neuropsicológicas" por hallazgos diversos (Schweizer et al, 2013).

Ruocco (2005) realizó un meta-análisis destacando disfunciones cognitivas en diversos dominios: atención; memoria de trabajo, memoria semántica y episódica, memoria pro-

cedural (incluyendo habilidades sociales, condicionamiento al miedo y habituación); sistemas ejecutivos (planificación, resolución de conflictos, adaptación a cambios ambientales); y en dominios de cognición social (reconocimiento emocional, interpretación de las emociones, mentalización). Nuevamente, encontramos concordancia con los resultados de este estudio y la de otros investigadores.

El consenso teórico sobre los trastornos de la personalidad concibe a estas entidades como una expresión dinámica de dimensiones sintomáticas (conductuales, afectivas, del control de los impulsos, etc) y clínicas (síndromes depresivos, ansiosos, psicóticos, etc): un espectro que se torna complejo e impredecible. La nosología psiquiátrica pretende establecer un orden nominal y metodológico en el diagnóstico de los trastornos mentales. El TLP parece rebasar esta certidumbre categorial, apartándose de los criterios sintomáticos típicos de las patologías del carácter: existe poca concreción conceptual, hay solapamiento sintomático con otros trastornos de la personalidad, del estado de ánimo y del control de los impulsos. El modelo biosocial de Linehan es el más aceptado en la actualidad para explicar esta variabilidad sintomática y cambiante a través del tiempo, y desde este enfoque se deben crear líneas terapéuticas integrales (Linehan, 1993) (Figura 2). En términos operativos la personalidad es un conglomerado individual de patrones de cognición, expresión afectiva, comportamiento y de dificultades para relacionarse con el mundo y las personas.

El abordaje institucional diagnóstico y terapéutico en casos de TLP, a la luz de los resultados de esta investigación, y con el sustento de teorías integradoras de la personalidad, como la biosocial (Millon y Davis, 2001), forzosamente debe contemplar: 1) diagnóstico nosológico de certeza (comprobar en un análisis retrospectivo y transversal si los síntomas se han configurado como un trastorno de la personalidad *per se*); 2) evaluación neuropsicológica completa (aplicación de instrumentos que evalúen la integridad de las funciones cognitivas, principalmente el perfil de FE); 3) prescripción farmacológica razonada (evitar el uso de benzodiazepinas y apegarse a las recomendaciones internacionales donde se prioriza el uso de antidepresivos, estabilizadores y antipsicóticos de segunda generación) (Ripoll, 2013); 4) entrenamientos metacognitivos y psicoterapias grupales para el manejo de la ira, el control inhibitorio de los impulsos y la capacidad de vinculación interpersonal (Feliu-Soler, 2014); 5) promover estancias hospitalarias cortas, enfocadas a la intervención

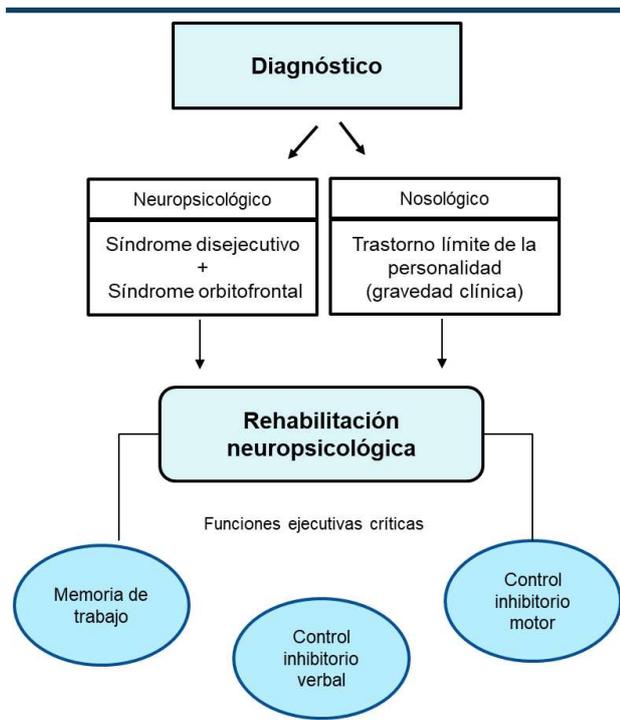


Figura 2. Funciones ejecutivas críticas en la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con TLP.

en crisis y el empleo de técnica de solución de problemas (Goldstein y Molina, 2004; Bateman & Fonagy, 1999).

LIMITACIONES

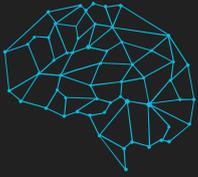
Identificamos limitaciones, destacando el tamaño y composición de la muestra, el no considerar otras variables clínicas determinantes como comorbilidad médica psiquiátrica y farmacoterapia, así como la crisis sanitaria por COVID-19 y sus repercusiones en la atención clínica integral. Consideramos importante continuar con el estudio de las alteraciones en las funciones ejecutivas y su efecto en la funcionalidad de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió identificar alteraciones en las funciones ejecutivas en una muestra clínica, sin embargo, no logra correlacionar dichas alteraciones neuropsicológicas y la gravedad sintomática del trastorno, lo cual refuerza la complejidad del trastorno límite de la personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA) (2002). Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona: Ars Medica.
2. American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
3. Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
4. Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
5. Caballo, V. E., & Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5), 31-55.
6. Caballo, V., Guillén, J., & Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40(3), 319-327.
7. Feliu Soler, A. (2014). Caracterización del Trastorno Límite de la Personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness. *Universitat Autònoma de Barcelona*.
8. Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413.
9. Goldstein, D.F., Molina, F.A. (2004). Crisis descompensatorias de los trastornos de la personalidad. Buenos Aires, Argentina: Bleu Editora.
10. Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., ... & Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53-60.
11. Ihnen Jory, J. (2012). Análisis de las propiedades psicométricas de la prueba INECO Frontal Screening (IFS) en pacientes con demencia: Una aproximación desde la teoría clásica de los tests.
12. Ivarez, J. A. y Emory, E. (2006). Executive Function and the Frontal Lobes: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology Review*, 16(1), 17-42.
13. Krause-Utz, A., Walther, J. C., Schweizer, S., Lis, S., Hampshire, A., Schmahl, C., & Bohus, M. (2020). Effectiveness of an Emotional Working Memory Training in Borderline Personality Disorder: A Proof-of-Principle Study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(2), 122.
14. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
15. Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
16. López-Ibor, J. J., & Carrasco, J. L. (2009). Alteraciones neuropsicológicas en el trastorno límite de la personalidad: estrategias de detección. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(4), 185-190.
17. Martí, J. M. F., & Mestre, G. (2014). X Congreso Nacional De Trastornos De La Personalidad. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (1), 1.
18. Millon, T. & Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
19. Mosquera, D (2011). Trastorno límite de la personalidad, una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Rev Dig Med Psicosom*;1(1): p. 1-24.
20. Németh, N, Mátrai, P, Czéh, B, et al. Theory of mind disturbances in borderline personality disorder: A metaanalysis. *Rev Psychiatry Research*. 2018;270(45): p. 143-153.



21. Pérez-Rodríguez, M.M, Bulbena-Cabré, A, Bassir Nia, A, Zipursky, G, Goodman, M. The neurobiology of borderline personality disorder. *Rev Psychiatr Clin N.* 2018;41(17): p. 633-650.
22. Ripoll, L.H (2013). Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 15 (2), 213-221.
23. Ruocco, A. C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry research,* 137(3), 191-202.
24. Schweizer, S., Grahm, J., Hampshire, A., Mobbs, D., & Dalgleish, T. (2013). Training the emotional brain: improving affective control through emotional working memory training. *Journal of Neuroscience,* 33(12), 5301-5311.
25. Tajima, K., Díaz-Marsá, M., Montes, A., García-Andrade, R. F., Casado, A., & Carrasco, J. L. (2009). Estudios de neuroimagen en el trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría,* 37(3).
26. Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia—CORRECTED VERSION. *Journal of the International Neuropsychological Society,* 15(5), 777-786.
27. Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry,* 213(6), 709-715.
28. Zapata-Zabala, M., Cárdenas-Niño, L., & Cuartas-Arias, J. M. (2019). INECO frontal screening (IFS): A test battery to assess executive dysfunction in polyconsumers. *Suma Psicológica,* 26(2), 119-126.