

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

**GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DE INESTABILIDAD
EMOCIONAL DE PERSONALIDAD DE TIPO LÍMITE.**

Presentado por:

Dr. Mario Enrique López Rendón

Para Optar al Título de:

Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Asesor Temático:

Dr. Víctor Guillermo González

Asesor Metodológico:

Dr. Wilson Avendaño

San Salvador, agosto de 2020.

Dedicatoria y agradecimientos:

A Dios, por darme la oportunidad de que mi trabajo sea mi pasión. A mis padres, por hacerme el hombre que soy ahora. A Dámaris, por ser mi motor y mi pilar todos los días. A mis maestros, por su invaluable ayuda y apoyo durante toda mi formación.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. GLOSARIO	5
3.1. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	5
3.2. GLOSARIO DE ABREVIATURAS	6
4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD.....	9
4.1. HISTORIA	11
4.2. EPIDEMIOLOGÍA, CURSO CLÍNICO Y PRONÓSTICO.....	12
4.2.1. Poblaciones especiales.....	14
4.3. ETIOLOGÍA.....	15
4.3.1. Vulnerabilidad genética.....	15
4.3.2. Factores neuroquímicos	15
4.3.3. Alteración de la función neurobiológica	16
4.3.4. Factores psicosociales	16
4.3.5. Apego	17
5. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	17
5.1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	17
5.2. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO	19
5.2.1. Criterios diagnósticos.....	19
5.2.2. Instrumentos de evaluación para diagnóstico de TLP.....	22
5.2.2.1. Instrumentos basados en el DSM.....	22
5.2.2.2. Instrumentos de valoración de riesgo de suicidio y autolesiones .	24
5.2.2.3. Recomendación sobre utilización de escalas diagnósticas para detección de TLP.....	24
5.2.2.4. Diagnóstico diferencial	25
5.3. TRATAMIENTO	26
5.3.1. Establecimiento del plan de tratamiento	26
5.3.1.1. Respuesta ante la crisis y monitoreo de seguridad.....	26
5.3.1.2. Establecer y mantener una alianza y marco terapéutico	27
5.3.1.3. Proporcionar educación sobre el trastorno y su tratamiento.	28
5.3.1.4. Coordinación el esfuerzo del tratamiento.....	29

5.3.1.5.	Monitorear y reevaluar el estado clínico y el plan de tratamiento del paciente	30
5.3.2.	Selección del tratamiento	32
5.3.2.1.	Tipo	32
5.3.2.2.	Enfoque	33
5.3.2.3.	Flexibilidad	33
5.3.2.4.	Rol de la preferencia del paciente	34
5.3.2.5.	Tratamiento por un solo psiquiatra vs. Tratamiento con múltiples clínicos	34
5.3.3.	Estrategias específicas para el tratamiento de TLP	35
5.3.3.1.	Psicoterapia	36
5.3.3.2.	Tratamiento psicofarmacológico	42
5.3.3.2.1.	Tratamiento de la disregulación afectiva	43
5.3.3.2.2.	Tratamiento de los síntomas de descontrol impulsivo-conductual	50
5.3.3.2.3.	Tratamiento de los síntomas cognitivos-perceptuales	51
5.3.3.3.	Manejo de crisis	55
5.3.3.3.1.	Generalidades del manejo	57
5.3.3.3.2.	Manejo farmacológico de la crisis	58
5.3.3.3.3.	Manejo psicológico de la crisis	60
5.3.3.3.4.	Decisión de hospitalización	61
5.4.	REHABILITACIÓN FUNCIONAL E INTEGRACIÓN LABORAL	62
5.4.1.	Rehabilitación funcional	62
5.4.2.	Integración laboral	63
6.	DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN	64
6.1.	Nivel primario de atención	65
6.2.	Nivel secundario de atención	66
6.3.	Tercer nivel de atención	68
6.3.1.	Hospitalización de agudos	69
6.3.2.	Hospitalización parcial (Hospital de día)	70
7.	CONCLUSIONES	71
8.	RECOMENDACIONES	73
9.	ANEXOS	75
10.	BIBLIOGRAFÍA	92

1. INTRODUCCIÓN

La atención integral en psiquiatría y salud mental se define como el conjunto de servicios que se proporcionan a la persona con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental, lo cual implica la implementación de actividades para prevención, así como también curación, rehabilitación y reinserción de las personas con alteraciones en su salud mental. (Menjívar et al., 2017)

El Instituto de Medicina de EEUU define como asistencia médica de calidad a “aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello”.

Donabedian dice que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo, es decir, que reúnan en grado máximo las características principales de cierto tipo de cosas y pueda representarlas. También la define como " el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”.

Para su análisis, Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

- Calidad absoluta: Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
- Calidad individualizada: Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

- Calidad social: Desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.

Según la OMS, "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Dentro del campo de la Psiquiatría (así como en el resto de las especialidades médicas), se busca que la atención que se brinde a los pacientes, cumpla con las características previamente mencionadas.

Según González Dagnino, uno de los requisitos para brindar atención de calidad es que "al menos las cuatro principales patologías estén protocolizadas, según protocolos elaborados por el área, el nivel central o el propio equipo de especialistas que correspondan", y que "cada uno de estos protocolos debe ser aplicable al menos, por el 80% del personal correspondiente.

El Trastorno Límite de Personalidad consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente. En consecuencia, para los afectados suele ser difícil mantener relaciones interpersonales y desenvolverse correctamente en los distintos ámbitos sociales. Las personas con trastorno límite de personalidad pueden experimentar dificultades como: significantes cambios de humor, pérdida de la confianza, conductas impulsivas y de autodestrucción, abuso de sustancias, excesiva sensibilidad y temor al rechazo y a la crítica. (Álvarez et al., 2011; American Psychiatric Association, 1994; Organización Mundial de la Salud. OMS, 1992)

El diagnóstico de este síndrome suele utilizarse en mayores de 18 años, momento en el que se considera que la personalidad ya está establecida. Aun así, es posible usar este diagnóstico en menores de 18 años cuando la sintomatología propia de este trastorno se manifiesta de forma estable a lo largo de 1 año. (American Psychiatric Association, 1994; John F. Clarkin et al., 2007; Organización Mundial de la Salud. OMS, 1992)

Las áreas clínicas que incluye la presente guía son, en primer lugar, la prevención en sus distintos niveles (primaria, secundaria y terciaria). Además, se incluyen las intervenciones en cuanto a valoración del uso apropiado de las mismas, pero también aspectos relacionados con el inicio, duración, efectos adversos y la discontinuidad del tratamiento. Se mencionan las intervenciones psicológicas y psicosociales: intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves, terapias psicológicas individuales y grupales, programas de terapias psicológicas, intervenciones familiares, terapia combinada, rehabilitación funcional e integración laboral; así como tratamiento farmacológico dentro de los que se menciona: anticonvulsivantes, antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, y otras nuevas clases farmacológicas.

Se describe así mismo la organización de servicios y programas: servicios de atención primaria, servicios de atención comunitaria, servicios de hospitalización total, servicios de hospitalización parcial/hospital de día, servicios de rehabilitación comunitaria, programa de continuidad de cuidados e itinerario asistencial.

La presente guía está dirigida a todos aquellos profesionales de la salud que tienen contacto directo o toman decisiones con relación a las personas afectadas con dicho síndrome. En concreto, esta guía está dirigida a aquellos especialistas en salud mental que se encargan del tratamiento y la atención de personas con trastorno límite de personalidad en los que se incluyen: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadores y educadores sociales y terapeutas ocupacionales.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

2.1.1. Elaborar una guía de manejo basada en la evidencia sobre el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite, que ofrezca recomendaciones sistemáticas para los profesionales de la salud mental, en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y la selección de las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar dicho problema de salud, e integrar de manera coordinada los diferentes niveles de atención dentro del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Estandarizar los procesos de atención de salud mental para los pacientes y familias que adolezcan el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.

2.2.2 Mejorar la atención preventiva, terapéutica y de rehabilitación para las personas con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite, estableciendo pautas para psicoeducación, criterios diagnósticos y de tratamiento, y lineamientos para la reinserción de dichas personas.

2.2.3 Estratificar el manejo del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite en los diferentes niveles de atención del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en particular en los servicios especializados en salud mental.

3. GLOSARIO

3.1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Apego: Vinculación afectiva que existe entre el niño y su cuidador principal, el cual se desarrolla desde los primeros años de vida.

Comorbilidad: Presencia de varias enfermedades añadidas o asociadas.

Efectividad: Resultado de una intervención diagnóstica, preventiva o terapéutica cuando se aplica en la práctica habitual, en condiciones no experimentales.

Eficacia: Resultado de una intervención diagnóstica, preventiva o terapéutica cuando se aplica en condiciones experimentales y/o controladas, por ejemplo, en un ensayo clínico.

Ensayo clínico: Estudio experimental para valorar la eficacia y la seguridad de un tratamiento o intervención.

Factor de Riesgo (FR): Es toda circunstancia que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

Guía de Práctica Clínica (GPC): Conjunto de instrucciones, directrices, afirmaciones o recomendaciones, desarrolladas de forma sistemática, cuyo propósito es ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones, sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas.

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado. Indica la probabilidad de que un individuo, libre de enfermedad, la desarrolle en un período determinado.

Metanálisis (MA): Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohorte, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios más grandes.

Morbilidad: Enfermedad ocasionada por un factor o situación determinada.

Personalidad: Clásicamente es definida como la suma de las características que le otorgan a la persona su individualidad propia, estable e inconfundible.

Placebo: Es una sustancia o intervención inerte que se utiliza como control en la investigación clínica. Sirve para descartar las curaciones debidas a causas desconocidas que no serían atribuibles a la terapia que se investiga.

Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan una enfermedad o una característica en un momento, o período de tiempo determinado. Indica la probabilidad de que un individuo de una determinada población tenga una enfermedad en un momento, o período de tiempo determinado.

Serie clínica: También denominada serie de casos, es un tipo de estudio donde se describe la experiencia con un grupo de pacientes con un diagnóstico similar, sin grupo de comparación.

Sesgo: Es un error que aparece en los resultados de un estudio debido a factores que dependen de la recolección, análisis, interpretación, publicación o revisión de los datos, y que pueden conducir a conclusiones que son sistemáticamente diferentes de la verdad o incorrectas acerca de los objetivos de una investigación.

Trastorno: Desde el punto de vista psiquiátrico, hace referencia a un desequilibrio del estado mental de una persona.

3.2. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria

APA: American Psychiatric Association

APS: Atención Primaria de salud

ATC: Antidepresivos Tricíclicos

AVD: Actividades de la Vida Diaria

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

BDI: Beck Depression Inventory

BPI: Borderline Personality Inventory

BPQ: Borderline Personality Questionary (Cuestionario de TLP)

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

BSI: Borderline Syndrome Index

BSIS: Beck Suicidal Ideation Scale

CC: Clínica Comunal

CGI-I: Clinical Global Impressions-Improvement Scale

CGI-S: Clinical Global Impression-Severity

CIE/CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades/Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión

DBT: Dialectical behaviour therapy (Terapia Dialéctico-Conductual, TDC)

DSH: Deliberate Self-Harm (Episodios Autolesivos Deliberados, EAD)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

DSM-III-R/DSM-IV/DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III Revised-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Revised (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Revisado; Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales V)

EAD: Episodios Autolesivos Deliberados (Deliberate Self-Harm, DSH)

FDA: Food and Drug Administration

FR: Función Reflexiva

GAF: Global Assesment Functionning (Escala Global de Funcionamiento)

GAS: Global Assessment Scale

GPC: Guía de Práctica Clínica

HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale (Escala de Hamilton para la Ansiedad)

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Hamilton para la Depresión)

HPA: Hospital Policlínico Arce

HS: Hopelessness Scale, Escala de desesperanza de Beck

IMAO: Inhibidor de la monoaminoxidasa

IPDE: International Personality Disorder Examination (Examen Internacional para Trastornos de Personalidad)

IPT: Interpersonal Psychodynamic Therapy

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina

MACT: Manual-Assisted Cognitive Therapy (Terapia cognitiva asistida por manual, TCAM)

MBT: Mentalization-Based Therapy (Terapia Basada en la Mentalización, TBM)

MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III)

MIPS: Millon Index of Personality Styles (Inventario Millon de Estilos de Personalidad)

MMPI 2-PD: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Escala de Trastorno de la Personalidad del MMPI 2)

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS: Organización mundial de la salud

PFT: Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

RSEC: Revisión sistemática de la evidencia científica

SASII: Suicide Attempt Self-Injury Interview

SBQ: Suicidal Behaviors Questionnaire

SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV-Eje II)

SRQ: Self Report Questionnaire (Cuestionario de Síntomas Auto-reportado)

TBM: Terapia Basada en la Mentalización (Mentalization-Based Therapy, MBT)

TCA: Terapia Cognitiva Analítica.

TC: Terapia Cognitiva.

TCAM: Terapia Cognitiva Asistida por Manual (Manual-Assisted Cognitive Therapy, MACT))

TCC: Terapia cognitivo-conductual

TCE: Terapia centrada en esquemas/terapia cognitiva centrada en esquemas

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TDC: Terapia Dialéctico-Conductual

TDS: Trastornos por Dependencia de Sustancias

TGE: Terapia de Grupo Estándar

TGI: Terapia Grupal Interpersonal

TI: Terapia Interpersonal

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

UM: Unidad Médica

4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

La definición de personalidad varía de acuerdo con las diferentes escuelas psicológicas y las corrientes del pensamiento. Clásicamente es definida como la suma de las características que le otorgan a la persona su individualidad propia, estable e inconfundible.

El concepto presupone el reconocimiento del individuo por los otros y por sí mismo en el tiempo, que en palabras de Wolff (1734) es “lo que mantiene la memoria de sí mismo y lo que recuerda haber sido ayer y ser hoy uno y lo mismo”.

La personalidad constituye la síntesis de todos los elementos que intervienen en la formación mental del individuo y le dan identidad propia. Es el resultado de las interacciones genéticas, de la constitución psicofisiológica, de los componentes instintivo-afectivos alimentados por las aferencias sensitivo-sensoriales y sus formas de reacción y adaptación a las nuevas experiencias, de la historia del individuo. (Vélez A. et al., 2010)

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Tan solo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad.

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de

la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

El trastorno de la personalidad emocionalmente inestable se caracteriza por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento inestable, manipulador y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el **impulsivo**, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el **límitrofe**, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2012). Este último subtipo, es el objeto de la presente guía.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de funcionamiento del individuo a largo plazo, y las características particulares de la personalidad deben ser evidentes en la edad adulta temprana. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también se deben distinguir de las características que surgen en respuesta a los factores de estrés situacionales específicos o a los estados mentales transitorios (p. ej., el trastorno bipolar, la depresión o los trastornos de ansiedad, la intoxicación por sustancias).

El clínico debe valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Aunque a veces es suficiente una sola sesión con el individuo para realizar el diagnóstico, a menudo es necesario llevar a cabo más de una entrevista y dejar pasar un tiempo entre las exploraciones. La evaluación también puede ser complicada por el hecho de que el individuo no considera problemáticas las características que definen un trastorno de la personalidad (los rasgos son a menudo

egosintónicos). Para ayudar a superar esta dificultad, puede ser útil obtener una información complementaria de otros informantes.

4.1. HISTORIA

El **trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite (TLP)**, consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con un pobre control de impulsos. A menudo estos pacientes se encuentran en una frontera entre la neurosis y la psicosis.(Álvarez et al., 2011; Leichsenring et al., 2011)

En la actualidad existe un desacuerdo muy importante en las características clínicas de dicha condición, debido a la heterogeneidad de la presentación clínica del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad. (Oldham, 2006).

En el año 1938, Stern fue el primero en utilizar el término *borderline* en una publicación psicoanalítica para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las categorías neuróticas o psicóticas denominándolos “grupo límite de la neurosis”. (Stern, 1938).

En los años siguientes diferentes autores utilizaron distintos términos para referirse a estos pacientes: “*esquizofrenia ambulatoria*” (Zilboorg, 1941), “*esquizofrenia pseudoneurótica*” (Hoch & Polatin, 1949), “*carácter psicótico*” (Frosch, 1964) u “*organización borderline de la personalidad*” (Kernberg, 1967).

Actualmente, el concepto “*borderline*” o “*límite*” puede sintetizarse en función de las distintas concepciones sobre el trastorno. Se lo ha considerado, dentro del espectro del síndrome esquizofrénico, también como una forma grave de una organización estructural de la personalidad, otros autores como una forma específica de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos, o dentro de los trastornos afectivos, así como un trastorno de los impulsos; y, en los últimos años, como una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático por la

elevada frecuencia de antecedentes traumáticos. (Bader, 2020; John F. Clarkin et al., 2007; Khoury et al., 2019; Lieb et al., 2004; Molina-Ruiz et al., 2019; Zimmerman et al., 2020)

En 1980 se incorpora por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” como un cuadro definido en el DSM-III. (American Psychiatric Association, 1980). Aunque ha tenido mucha controversia, este término se ha mantenido en posteriores revisiones incluido el actual DSM-IV-TR. (American Psychiatric Association, 1994). Cabe mencionar, que a partir del DSM-IV, los trastornos de personalidad se agrupan en “clusters”, para facilitar la clasificación y el entendimiento del comportamiento de los diversos trastornos.

En la CIE-10 se definió como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo. (Organización Mundial de la Salud. OMS, 1992).

4.2. EPIDEMIOLOGÍA, CURSO CLÍNICO Y PRONÓSTICO

Realizar una investigación epidemiológica sobre los trastornos de personalidad es particularmente difícil, ya que existen infinidad de instrumentos diagnósticos, cada uno de ellos evalúa criterios distintos. Además, en la mayoría de los casos, encontramos una alta prevalencia de otros trastornos comórbidos.

Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que el 11% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, y el 19% de los pacientes ingresados en un servicio de hospitalización, tienen dicho diagnóstico.(Álvarez et al., 2011; Helle et al., 2019). Otros estudios muestran que el TLP afecta a aproximadamente el 1-2% de la población general. (Gunderson & Links, 2008; Lewis Herman et al., 1989).

Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1. Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio.(Streit et al., 2019; Zimmerman et al., 2020).

Hay muy pocos estudios sobre la prevalencia del TLP en personas jóvenes. Afecta entre el 0,9-3% de la población comunitaria menor de 18 años.(Donegan et al., 2003; Streit et

al., 2019) Si se aplican umbrales más bajos de presencia de síntomas, el porcentaje aumenta hasta entre el 10,8-14%. Chanen et al., citan datos que sugieren una tasa de prevalencia del 11% en pacientes ambulatorios adolescentes. En un estudio más reciente del mismo grupo se sugiere una tasa del 22% en pacientes ambulatorios. (Chanen et al., 2004; Chanen, Jovev, et al., 2008).

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo. (Daros et al., 2020; Khoury et al., 2019)

En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral. (Helle et al., 2019; Molina-Ruiz et al., 2019). Zanarini et al llevaron a cabo un estudio que incluía el seguimiento a 6 años de 362 pacientes ingresados con trastorno de la personalidad con el objetivo de realizar un estudio longitudinal de la fenomenología sindrómica y subsindrómica del TLP. De los 362 pacientes evaluados, 290 cumplieron criterios diagnósticos de TLP. De los pacientes con TLP, 34,5% cumplían criterios de remisión a los 2 años, 49,4% a los 4 años, 68,6% a los 6 años y el 73,5% a lo largo de todo el seguimiento. Sólo el 5,9% de estos pacientes mostraron recaídas. Los síntomas impulsivos tuvieron la evolución más favorable, en especial las autolesiones, el abuso de tóxicos y la promiscuidad sexual. En segundo lugar, los síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales. Finalmente, los síntomas afectivos fueron los que menos remitieron ya que la mayoría seguían presentando un afecto disfórico. (Lieb et al., 2004; Mary C. Zanarini et al., 1997, 1998)

Los diferentes estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares. Todos mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas, pero dentro del rango de la normalidad. Paris et al encontraron que sólo el 25% seguían cumpliendo criterios para el TLP, pero con mejoría en todas las áreas. Aunque con mejor

funcionamiento global, continúan presentando cierto grado de disfunción en distintas áreas y entre el 8 y el 10% fallecen por suicidio consumado, siendo la mayor tasa en los primeros 5 años. (J. Paris et al., 1987)

En un estudio de seguimiento a 27 años, el mismo autor señala que la mayoría de pacientes funcionaban aún mejor que la valoración a los 15 años, sólo un 8% de los pacientes cumplía criterios para TLP y un 22% cumplía criterios para trastorno distímico.(J. Paris et al., 1987).

Aunque las características del trastorno pueden estar presentes a lo largo de la vida de las personas con TLP, la intensidad sintomatológica puede variar.

4.2.1. Poblaciones especiales

Los clínicos han sido conscientes de las asociaciones entre la enfermedad mental y la criminalidad. Según diversos autores, el 90 por ciento de los reclusos tienen al menos un trastorno mental diagnosticable (Black et al., 2007; Jordan et al., 1996). Si bien varios trastornos del Eje I, como el trastorno bipolar, están claramente representados en las poblaciones carcelarias, también hay varios trastornos del Eje II entre los encarcelados. Es importante destacar que estos trastornos del Eje II se extienden más allá del trastorno de personalidad antisocial: la tradicional "personalidad" de la prisión.

En un estudio basado en entrevistas, Jordan et al (Jordan et al., 1996) examinaron delincuentes femeninos (N = 805) que ingresaron recientemente en una prisión de Carolina del Norte. Descubrieron que el 28% de estos reclusos cumplían los criterios para TLP. En un estudio español de Riesco et al. (Riesco et al., 1998), investigadores examinaron a 56 presos varones con una evaluación estructurada del trastorno de personalidad y determinaron que el 41% sufría de TLP. En un estudio que comparó la eficacia diagnóstica de dos medidas de trastornos de la personalidad, Davison, Leese y Taylor (Davison et al., 2001) examinaron a prisioneros varones en dos prisiones del Reino Unido. En una medida, la prevalencia de TLP en estas poblaciones fue del 45.7% y en la segunda, del 47.4%.

Mediante una entrevista estructurada para el diagnóstico, Black et al (Black et al., 2007) examinaron la tasa de TLP en los reclusos recién ingresados en el Departamento de Correcciones de Iowa. En esta muestra, el 29.5% cumplió con los criterios para TLP; la

tasa entre las mujeres fue el doble que la encontrada en los hombres. En conjunto, estos estudios, todos con medidas específicas para la evaluación del trastorno de la personalidad, sugieren que aproximadamente del 25 al 50% de los presos sufren de TLP.

Podemos sacar varias conclusiones generales de los datos anteriores. Primero, una mayoría sustancial de estudios en esta área respalda la impresión de tasas más altas de TLP en poblaciones carcelarias que en muestras comunitarias, con tasas que generalmente oscilan entre el 25 y el 50 por ciento. Segundo, en estudios que compararon simultáneamente a hombres y mujeres, las tasas entre las mujeres parecen ser consistentemente más altas que en los hombres.

4.3. ETIOLOGÍA

A la fecha, no se conocen con exactitud las causas del TLP, ya que pueden llegar a ser complejas e indefinidas, y no se cuenta con un modelo etiopatogénico que pueda explicar de forma holística esta condición clínica. NICE, en el año 2009 elaboró una Guía de Práctica Clínica (GPC) en la que describía distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego. (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

4.3.1. Vulnerabilidad genética

Se han realizado diversos estudios en gemelos, que sugieren que la influencia genética en el TLP es de aprox. 69%. Sin embargo, dicha heredabilidad es principalmente para la agresión impulsiva y desregulación emocional. (Streit et al., 2019)

4.3.2. Factores neuroquímicos

Los neurotransmisores son los encargados de la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto. La serotonina ha sido el que más se ha estudiado, y se ha demostrado que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de

agresión. Aunque no está clara cuál es la vía causal, la reducción de la actividad serotoninérgica puede inhibir la capacidad de la persona de modular o controlar los impulsos destructivos. (Gunderson & Links, 2008; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009) Existe poca evidencia sobre la influencia de las catecolaminas (los neurotransmisores noradrenalina y dopamina) en la desregulación del afecto. (Álvarez et al., 2011; Gunderson & Links, 2008)

4.3.3. Alteración de la función neurobiológica

Existe evidencia que en el TLP los pacientes padecen de una alteración estructural y funcional de la amígdala, hipocampo y regiones orbitofrontales, encargadas de la regulación afectiva, atención, funciones ejecutivas y autocontrol. (Tebartz van Elst et al., 2003)

Los pacientes que tienen TLP regularmente presentan más actividad en corteza prefrontal y menos actividad en cuerpo calloso, así como mayor activación amigdalina durante actividades con un componente afectivo significativo. (Donegan et al., 2003; Herpertz et al., 2001)

4.3.4. Factores psicosociales

La bibliografía de estudios familiares demuestra una variedad de factores relevantes para el desarrollo del TLP, como antecedentes familiares de trastornos afectivos y uso de sustancias, así como negligencia y falta de implicación emocional por parte de los padres o cuidadores. (Johnson et al., 2002)

Es frecuente que, en una misma situación familiar, se produzcan maltratos físicos, sexuales y emocionales; todos ellos aumentan de manera drástica la aparición de TLP. Aproximadamente el 84% de quienes sufren un TLP describen de forma retrospectiva una experiencia de malos tratos psíquicos y negligencia por parte de ambos progenitores antes de cumplir los 18 años. La negación emocional de sus experiencias por parte de quienes cuidaban de ellos es un predictor de TLP. (Johnson et al., 2013; M. C. Zanarini et al., 2000)

Los malos tratos, por sí solos, no son ni necesarios ni suficientes para que una persona sufra TLP, y es probable que los factores predisponentes y las características de la relación progenitor-hijo sean factores que influyen en su aparición.

Se ha investigado la relación de trastornos de inicio en la infancia, tales como piromanía (Coid et al., 1999), maltrato animal (Gleyzer et al., 2002), y trastornos oposicionistas-desafiantes (Stepp et al., 2012), y su relación con TLP. La literatura al respecto sugiere una estrecha relación entre patologías de tipo afectivas que tienen inicio en la infancia (antes de los 18 años), como comórbidos de TLP, y en muchos casos como condiciones precursoras de dicho trastorno.

4.3.5. Apego

Pese a que no existe una relación evidente entre el diagnóstico de TLP y una categoría de apego concreta, el trastorno está muy asociado a un apego inseguro (sólo en el 6-8% de los pacientes con TLP se codifica el apego como “seguro”). Hamilton et al sugieren que los efectos adversos derivados de relaciones de apego inseguro y/o desorganizado se deben a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización. (Hamilton, 2000; Levy, 2005; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2000)

La persona que sufre TLP describe tensión y malestar familiar, y ansiedad y problemas psicológicos propios. También, refiere problemas relacionados con la cognición social, concretamente con la capacidad de identificar y diferenciar las emociones que siente la propia persona y las que sienten los demás. Junto con otros aspectos que contribuyen a la compleja interacción descrita como invalidante, existe por parte del entorno familiar un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene la persona en su propia mente.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

5.1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

La literatura reciente sobre ensayos controlados de TLP indican que se han obtenido resultados favorecedores como, por ejemplo, menos conductas suicidas y menos

hospitalizaciones, gracias a la implementación de intervenciones preventivas especializadas.

Aunque existen factores que pueden representar un riesgo (trauma precoz) para la aparición de otros trastornos psicopatológicos, incluido TLP, la mayoría de las personas expuestas a este riesgo no desarrollan ningún cuadro clínico. Por tanto, las intervenciones deben tener objetivos más amplios que la mera prevención de TLP.

Chanen elaboró un estudio que tenía como objetivo comparar la eficacia de 24 sesiones de Terapia Cognitiva Analítica (TCA) en la reducción de psicopatología, conducta parasuicida y funcionamiento global. Los participantes fueron adolescentes en tratamiento ambulatorio que cumplían entre dos y nueve criterios de DSM-IV para el diagnóstico del TLP. De los 86 pacientes aleatorizados, 78 fueron evaluados al seguimiento. El 63% de la muestra presentaba trastornos afectivos, el 40% trastornos de ansiedad, el 4% trastornos de la alimentación, el 33% abuso de sustancias y el 26% trastornos de conducta. A los dos años de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre intervenciones en las variables estudiadas. Sin embargo, hubo alguna evidencia de que los pacientes que recibieron TCA mejoraron más rápidamente. (Chanen, Jackson, et al., 2008)

El autor concluye afirmando que la TCA es efectiva en la reducción de la psicopatología externalizante en adolescentes con TLP subclínico o clínico. Estableció recomendaciones para intervenciones psicosociales preventivas (**ver tabla 1**).

Tabla 1. Recomendaciones generales sobre las intervenciones psicosociales preventivas para la población con riesgo de TLP o TLP incipiente (Chanen, Jackson, et al., 2008)

1	Se recomiendan intervenciones preventivas que incluyan a jóvenes y adolescentes con riesgo de TLP, dirigidas a reducir los síntomas presentes y no limitarse a las manifestaciones del TLP ya consolidado
2	Se recomiendan intervenciones específicas de atención temprana para mejorar la sintomatología subsindrómica del TLP y prevenir un declive en el funcionamiento global del paciente.
3	Se recomienda educación sanitaria dirigida a los profesionales de la salud,

	profesionales en contacto con la población de riesgo y población general, para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población, sobre todo en jóvenes.
4	Se recomienda realizar una aproximación cuidadosa a la sintomatología y sufrimiento presente, tanto con el paciente como con la familia, con una actitud empática y esperanzadora.

5.2. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

5.2.1. Criterios diagnósticos

Dentro de las patologías psiquiátricas, los trastornos de personalidad se encuentran dentro de las entidades más difíciles de evaluar y diagnosticar. Esto es debido a que se necesita por parte del clínico, una mayor capacidad para la detección de síntomas, conductas y rasgos que son más amplios y heterogéneos que el resto de trastornos.

Exige, además, la valoración adicional de la duración de esos criterios diagnósticos, de su inflexibilidad e invasividad, de su independencia de estados psicopatológicos del eje I, y del grado en que producen malestar emocional y deterioro funcional en los distintos ámbitos de la vida. A esto se añade que los pacientes que sufren algún tipo de trastorno de personalidad, no son una fuente confiable de información. Los criterios diagnósticos para un trastorno general de personalidad se resumen en la **tabla 2**.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de Trastorno general de la personalidad.
(American Psychiatric Association, 2013)

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:
1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
 2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional).
 3. Funcionamiento interpersonal.
 4. Control de los impulsos.

B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.
D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta a la adolescencia o edad adulta temprana.
E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o medicamento) o a otra afección médica (por ejemplo, trauma craneoencefálico)

Una vez se ha realizado un diagnóstico de un trastorno general de personalidad, es posible que se identifique el tipo específico de dicho trastorno. Para esto podemos ocupar tanto la CIE-10 (**ver tabla 3**), como el DSM-V (**ver tabla 4**).

Tabla 3. Clasificación y criterios en base a la CIE-10 (Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad) (Organización Mundial de la Salud. OMS, 1992)

F 60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

F 60.30 Tipo Impulsivo	F 60.31 Tipo limítrofe (borderline)
A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).	Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).
B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número: 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial	Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes: 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales). 2) Facilidad para verse implicados en

cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.	relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.
3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.	3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.	4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
5) Humor inestable y caprichoso.	5) Sentimientos crónicos de vacío.

El TLP normalmente, presenta los primeros síntomas durante la adolescencia. Sin embargo, a menudo no se detecta en etapas tempranas ya que es una edad de cambios y fluctuaciones afectivas.

Sin embargo, la evidencia indica que los criterios diagnósticos de TLP son tan fiables, válidos y estables antes de los 18 años de edad como también en la edad adulta.

Tabla 4. Clasificación y criterios en base a la DSM-V (Trastorno Límite de la Personalidad. (American Psychiatric Association, 2013)

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

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

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de

automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

En la práctica clínica habitual, el diagnóstico de TLP no suele hacerse antes de los 13 años sino más bien después de los 16 y siempre y cuando el diagnóstico se haya manifestado a lo largo de 1 año. El DSM-V permite el diagnóstico de los trastornos de la personalidad para los menores de 18 años, con excepción del trastorno antisocial de la personalidad. (American Psychiatric Association, 2013)

5.2.2. Instrumentos de evaluación para diagnóstico de TLP

Ante la complejidad que supone realizar un diagnóstico de un trastorno de la personalidad, es necesario utilizar herramientas o instrumentos estandarizados para el complemento de la evaluación clínica. En efecto, la entrevista clínica no estructurada, que se basa en la experiencia del profesional y es el método más extendido de diagnóstico, carece de exhaustividad y de fiabilidad. Esa complejidad explica también la existencia de una amplia variedad de instrumentos con diferentes enfoques y formatos, y el hecho de que ninguno de ellos sea totalmente satisfactorio.

Existen muchas clasificaciones de los instrumentos clínicos que pueden utilizarse para TLP, entre ellos los basados en la clasificación DSM, los que son basados en la valoración de suicidio y autolesiones y los instrumentos basados en la gravedad del TLP. Esta guía únicamente presenta los más relevantes.

5.2.2.1. Instrumentos basados en el DSM

Son entrevistas semiestructuradas, basadas en la clasificación psiquiátrica presentada por la APA en el DSM-V. Al momento, son el *gold standard* para realizar diagnósticos de trastorno de la personalidad. Entre los más utilizados tenemos:

- Inventario de Trastornos de Personalidad (PID-5) (Torres-Soto et al., 2019)
- Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE) (Loranger et al., 1994)

A los cuales habría que agregar un instrumento diseñado específicamente para TLP:

- Zanarini Rating Scale for BPD (ZAN-BPD) (Mary C. Zanarini et al., 1990)

Estas entrevistas semiestructuradas son ventajosas frente a los cuestionarios autoinformados en el sentido que permiten obtener información más compleja, reconocer síntomas ambiguos o inconsistentes; además que permiten diferenciar de mejor manera entre patologías del eje I y trastornos de personalidad. (Widiger & Samuel, 2005; Widiger & Weissman, 1991)

Sin embargo, tienen la desventaja que tienen un alto costo en términos del tiempo del clínico, algunas de ellas requiriendo entre 1 y 4 horas, por lo que su uso se ha limitado a la investigación, y no tienen utilidad clínica. (Zimmerman, 2003)

Por su lado, los cuestionarios autoinformados evalúan la presencia de patología de la personalidad desde la taxonomía del DSM. Algunos de los más conocidos y utilizados son:

- Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCM-III) (Millon et al., 1994)
- Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI2 (MMPI2-PD) (Colligan et al., 1994)
- Wisconsin Personality Inventory (WISPI) (Klein et al., 1993; Smith et al., 2003)

Estos cuestionarios autoinformados son más útiles en el área clínica, ya que ahorran tiempo del profesional, permiten una utilización más amplia, y debido a que son más estandarizadas, presentan propiedades psicométricas mayores.

Sin embargo, no están libres de desventajas, ya que los cuestionarios y entrevistas basados en DSM presentan desventajas comunes que se derivan, no del formato del instrumento, sino del modelo subyacente. La taxonomía oficial del DSM no es exhaustiva, abarca sólo el 40% de los problemas de la personalidad más frecuentes en la clínica. (Westen & Arkowitz-Westen, 1998)

Otro de los cuestionarios autoinformados que tiene mucha utilidad y amplia distribución en nuestro medio es el Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad, sin embargo, no presenta la sensibilidad y especificidad de los previamente descritos. A pesar de esto, puede ser aplicado por profesionales de la salud que no estén involucrados directamente en la Psiquiatría, lo cual brinda ventajas en la APS. (Giner Zaragoza et al., 2015)

5.2.2.2. Instrumentos de valoración de riesgo de suicidio y autolesiones

Los síntomas depresivos, ansiosos, fóbicos, psicóticos (pseudopsicóticos) y disociativos son parte de los criterios diagnósticos de TLP, por lo que han sido excluido de las escalas que evalúan este apartado.

Las autolesiones y conductas suicidas son los aspectos más alarmantes para los familiares y el profesional en contacto con pacientes con TLP, a pesar que ellos presentan ideación suicida desde una edad muy temprana y utilizan las autolesiones para regular sus estados emocionales aversivos. (Klonsky, 2007) La ideación y las conductas suicidas y autolesivas deben explorarse en estos pacientes directa y exhaustivamente.

Los instrumentos con mayor validez y utilidad clínica para evaluar dicho apartado son la Escala de Intencionalidad suicida (SIS) (Beck et al., 1979) o la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck et al., 1988) tienen una amplia utilización y un sólido apoyo empírico, pero no registran autolesiones.

5.2.2.3. Recomendación sobre utilización de escalas diagnósticas para detección de TLP.

Muchas de las herramientas descritas previamente para la evaluación de trastornos de la personalidad han sido traducidos, adaptados y validados al idioma español. La recomendación de esta guía es que, en el apartado de los instrumentos basados en DSM, se utilicen, dependiendo del nivel de atención (**ver Apartado de Actividades por Niveles de Atención**):

- Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)
- Cuestionario de Síntomas de Autoreporte (SRQ)
- Cuestionario Salamanca para Tamizaje de Trastornos de Personalidad (CSTTP)
- Inventario de Trastornos de Personalidad (PID-5)
- Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)
- Zanarini Rating Scale for BPD (ZAN-BPD)

Dichos instrumentos deben ser complementados con aquellos creados para la detección de conductas suicidas y autolesiones (ya que estas por sí solas, no pueden hacer diagnóstico de ningún tipo de trastorno de personalidad, mucho menos de TLP).

5.2.2.4. Diagnóstico diferencial

Durante muchos años se ha intentado definir el TLP dentro de una categoría precisa, sin embargo, la realidad es que se diagnostica dicha entidad en una población totalmente heterogénea; por lo que es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial con aquellas patologías presentes en el eje I, como con aquellos síntomas presentes en el contexto del uso y abuso de sustancias.

Muchos de los síntomas predominantes del TLP son compartidos con los trastornos afectos, aquellos como inestabilidad emocional o pobre control de impulsos se encuentran tanto en TLP como en Trastorno Bipolar. Son especialmente característicos en este trastorno los síntomas depresivos que comportan sentimientos de vacío, autorreproches, miedo al abandono, desesperanza, conductas autodestructivas y suicidas reiteradas. La similitud sintomatológica entre diferentes trastornos, así como la coexistencia con otros hace que el diagnóstico diferencial de los pacientes con TLP sea particularmente

complejo. Si se cumplen criterios para más de una patología, se han de hacer constar los diagnósticos pertinentes. (American Psychiatric Association, 2013)

Para el diagnóstico diferencial respecto a patologías de origen orgánico debería tomarse en cuenta las neoplasias cerebrales (frontales, temporales); epilepsia; encefalopatías virales o autoinmunes; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; trastorno psicótico debido a delirium y demencia. (Herpertz et al., 2001; Tebartz van Elst et al., 2003)

5.3. TRATAMIENTO

5.3.1. Establecimiento del plan de tratamiento

Para poder crear un plan de tratamiento adecuado para el TLP, se necesita evaluar y considerar aspectos tan básicos como la creación de una alianza terapéutica, para sobre esta base crear la línea de acción. Estas recomendaciones son tomadas de otras guías clínicas, las cuales serán citadas. (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Generalitat de Catalunya, 2006; Oldham et al., 2001; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Las líneas generales de manejo deben contemplar una serie de requisitos básicos, los cuales son descritos a continuación.

5.3.1.1. Respuesta ante la crisis y monitoreo de seguridad

Una crisis es la reacción conductual, emocional, cognitiva y biológica de una persona ante un evento precipitante, que se constituye en un estado temporal de trastorno, desorganización y de necesidad de ayuda, caracterizado principalmente por la disrupción en la homeostasis psicológica del individuo y que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales. (Universidad Industrial de Santander, 2014)

Los profesionales de la salud mental deben asumir que ocurrirán crisis, como las crisis interpersonales o el comportamiento autodestructivo. Los psiquiatras pueden desear

establecer una comprensión explícita sobre lo que esperan que haga un paciente durante las crisis y pueden querer ser explícitos sobre lo que el paciente puede esperar de ellos.

A menudo existe una tensión entre el papel del psiquiatra para ayudar a los pacientes a comprender su comportamiento y el papel del psiquiatra para garantizar la seguridad de los pacientes y manejar los comportamientos problemáticos. Esta tensión puede ser particularmente prominente cuando el psiquiatra está utilizando un enfoque psicodinámico que depende en gran medida de la interpretación y la exploración. (Linehan et al., 1993)

Sin embargo, independientemente de la estrategia psicoterapéutica, el psiquiatra tiene la responsabilidad fundamental de controlar esta tensión como parte del proceso de tratamiento.

Los pacientes con TLP comúnmente experimentan ideas suicidas y son propensos a realizar intentos de suicidio o participar en conductas autolesivas. Monitorear la seguridad de los pacientes es una tarea sumamente importante. Es importante que los psiquiatras siempre evalúen los indicadores de ideas autolesivas o suicidas y reformulen el plan de tratamiento según corresponda (**ver apartado de Instrumentos para valorar ideación suicida y autolesiva**).

Se pueden producir autolesiones graves si se ignora o minimiza el peligro potencial. Antes de intervenir para evitar comportamientos que se pongan en peligro, el psiquiatra primero debe evaluar el peligro potencial, las motivaciones del paciente y hasta qué punto el paciente puede manejar su seguridad sin intervenciones externas (Kjelsberg et al., 1991).

Cuando se considera que la seguridad del paciente está en grave riesgo, puede estar indicada la hospitalización. Incluso en el contexto de un tratamiento adecuado, algunos pacientes con TLP se suicidan.

5.3.1.2. Establecer y mantener una alianza y marco terapéutico

Los pacientes con TLP tienen dificultades para desarrollar y mantener relaciones de confianza. Este problema puede ser un foco de tratamiento, así como una barrera

importante para el desarrollo de la alianza de tratamiento necesaria para llevar a cabo el plan de tratamiento.

Por lo tanto, el psiquiatra debe prestar especial atención a asegurarse de que el paciente esté de acuerdo y acepte el plan de tratamiento; no se puede suponer adhesión o acuerdo. Los acuerdos deben ser explícitos.

El primer aspecto de la construcción de alianzas, referido anteriormente como "establecimiento de contrato", es establecer un acuerdo sobre los roles, responsabilidades y objetivos de tratamiento respectivos. (Álvarez et al., 2011)

El siguiente aspecto de la construcción de alianzas es alentar a los pacientes a participar activamente en el tratamiento, tanto en sus tareas (por ejemplo, monitorear los efectos de los medicamentos u observar y reflexionar sobre sus sentimientos) como en la relación (por ejemplo, revelar reacciones o deseos al psiquiatra). Esto se puede lograr enfocando la atención en si el paciente 1) **comprende y acepta lo que dice el psiquiatra** y 2) **parece sentirse comprendido y aceptado por el psiquiatra**. (Álvarez et al., 2011)

Las técnicas como la confrontación o la interpretación pueden ser apropiadas a largo plazo después de que se haya establecido una "alianza de trabajo" (colaboración sobre una tarea). Los enfoques psicoterapéuticos a menudo son útiles para desarrollar una alianza de trabajo para un componente de farmacoterapia del plan de tratamiento. Recíprocamente, la experiencia de ser ayudado por la medicación prescrita por el psiquiatra puede ayudar al paciente a desarrollar confianza en sus intervenciones psicoterapéuticas.

5.3.1.3. Proporcionar educación sobre el trastorno y su tratamiento.

Los métodos psicoeducativos a menudo son útiles y generalmente son bienvenidos por los pacientes y, cuando corresponde, sus familias. En un punto apropiado del tratamiento, los pacientes deben familiarizarse con el diagnóstico, incluido el curso esperado, la capacidad de respuesta al tratamiento y, cuando sea apropiado, los factores patogénicos. Muchos pacientes con TLP se benefician de la educación continua sobre el autocuidado (por ejemplo, sexo seguro, posibles problemas legales, dieta equilibrada). (Gunderson & Links, 2008)

Los enfoques psicoeducativos formales pueden incluir que el paciente lea el texto del DSM-V o los libros sobre el TLP escritos para no profesionales. Algunos clínicos prefieren enmarcar las discusiones psicoeducativas en términos cotidianos y usar el propio lenguaje del paciente para negociar una comprensión compartida de las principales áreas de dificultad sin recurrir a un texto o manual. Una intervención psicoeducativa más extensa, que consiste en talleres, conferencias o seminarios, también puede ser útil. (Álvarez et al., 2011)

Las familias u otros, especialmente aquellos que son más jóvenes, que viven con personas con TLP también a menudo se beneficiarán de la psicoeducación sobre el trastorno, su curso y su tratamiento. Es aconsejable introducir información sobre problemas patógenos que pueden involucrar a miembros de la familia con sensibilidad a los posibles efectos de la información (por ejemplo, puede provocar reacciones indeseables de culpa, ira o actitud defensiva). La psicoeducación para las familias debe distinguirse de la terapia familiar, que a veces es una parte deseable del plan de tratamiento y otras no, según el historial del paciente y el estado de las relaciones actuales. (Waters et al., 2000)

5.3.1.4. Coordinación del esfuerzo del tratamiento

Proporcionar un tratamiento óptimo para pacientes con TLP que pueden ser peligrosamente autodestructivos con frecuencia requiere un equipo de tratamiento que involucre a varios clínicos. Si los miembros del equipo trabajan en colaboración, el tratamiento general generalmente se mejorará al ayudar mejor a los pacientes a contener su actuación (a través de la lucha o la huida) y sus proyecciones sobre los demás.

Es esencial que la coordinación continua del plan de tratamiento general esté asegurada por definiciones claras de roles, planes para el manejo de crisis y comunicación regular entre los clínicos. (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Los miembros del equipo también deben tener un acuerdo claro sobre qué profesional está asumiendo la responsabilidad general primaria por la seguridad y el tratamiento del

paciente. Este individuo sirve como guardián del nivel adecuado de atención (ya sea hospitalización, tratamiento residencial u hospitalización diurna), supervisa la participación familiar, toma decisiones sobre qué modalidades de tratamiento potenciales son útiles o deberían discontinuarse, ayuda a evaluar el impacto de medicamentos y monitorea la seguridad del paciente. Debido a la diversidad de conocimiento y experiencia requerida para esta función de supervisión, un psiquiatra suele ser óptimo para este papel. (Gunderson & Links, 2008)

5.3.1.5. Monitorear y reevaluar el estado clínico y el plan de tratamiento del paciente

Con todas las formas de tratamiento, es importante controlar la efectividad del tratamiento de manera continua. A menudo, el curso del tratamiento es desigual, con retrocesos periódicos (por ejemplo, en momentos de estrés). Tales contratiempos no indican necesariamente que el tratamiento sea ineficaz. No obstante, la mejora final debe ser un resultado razonablemente esperado.

a) Reconocer la regresión funcional

Los pacientes con TLP a veces realizan regresiones de forma temprana en el tratamiento a medida que comienzan a participar en el proceso de tratamiento, empeorando un poco antes de mejorar. Sin embargo, el deterioro sostenido es un problema que requiere atención. Los ejemplos de tales fenómenos regresivos incluyen el comportamiento disfuncional (por ejemplo, la interrupción del trabajo, el aumento de las tendencias suicidas, la aparición de comer en exceso compulsivamente) o el comportamiento inmaduro. (Chanen et al., 2004)

Esto puede ocurrir cuando los pacientes creen que ya no necesitan ser tan responsables de cuidarse a sí mismos, pensando que sus necesidades pueden y ahora serán satisfechas por aquellos que brindan tratamiento. Los clínicos deben estar preparados para reconocer este efecto y luego explorar con los pacientes si su esperanza de tal atención es realista y, de ser así, si es bueno para su bienestar a largo plazo.

Cuando se mantiene la disminución del funcionamiento, puede significar que el enfoque del tratamiento debe pasar de la exploración a otras estrategias (por ejemplo, modificación del comportamiento, orientación vocacional, educación familiar o establecimiento de límites).

b) Tratamiento de los síntomas que reaparecen a pesar de la farmacoterapia continua

Un problema que con frecuencia requiere evaluación y respuesta por parte de los psiquiatras es el retorno sostenido de los síntomas, cuya remisión previa se atribuyó, al menos en parte, a los medicamentos (aunque los efectos del placebo también pueden haber estado involucrados).

La evaluación de tales "avances" de síntomas requiere el conocimiento de la presentación de síntomas del paciente antes del uso de medicamentos. Los medicamentos pueden modular la intensidad de los síntomas afectivos, cognitivos e impulsivos, pero no se debe esperar que apaguen los sentimientos de ira, tristeza y dolor en respuesta a separaciones, rechazos u otros factores estresantes de la vida.

Cuando se identifican los precipitantes situacionales, el enfoque primario del clínico debe ser facilitar una mejor adaptación. Los cambios frecuentes de medicación en busca de mejorar los estados de ánimo transitorios son innecesarios y generalmente ineficaces. No se le debe dar al paciente el mensaje erróneo de que las respuestas emocionales a los eventos de la vida son meramente síntomas biológicos que deben ser regulados por medicamentos.

c) Supervisión de casos

Los clínicos con responsabilidades generales o primarias para los pacientes con TLP deben tener un umbral bajo para buscar supervisión debido a 1) la alta frecuencia de reacciones de contratransferencia y complicaciones de responsabilidad medicolegal; 2) la alta frecuencia de tratamientos complicados y multimodales; y 3) el nivel particularmente

alto de inferencia, subjetividad y significado de vida / muerte que implican los juicios clínicos. (Gunderson & Links, 2008)

El principio que debería guiar si se obtiene una consulta es que se espera una mejora (por ejemplo, menos angustia, más conductas adaptativas, mayor confianza) durante el tratamiento. Por lo tanto, no mostrar una mejoría en las metas específicas en 6 a 12 meses debería plantear consideraciones sobre la introducción de cambios en el tratamiento, sin embargo, cuando un consultor cree que el tratamiento existente no puede mejorarse, esto ofrece apoyo para continuar este tratamiento.

5.3.2. Selección del tratamiento

Antes de poder seleccionar el tipo de tratamiento que utilizaremos con un paciente con TLP, debemos considerar algunos aspectos esenciales y propios de la patología:

5.3.2.1. Tipo

Ciertos tipos de psicoterapia (así como otras modalidades psicosociales) y ciertos medicamentos psicotrópicos son efectivos para el tratamiento del TLP.

Aunque no se ha establecido empíricamente que un enfoque sea más efectivo que otro, la experiencia clínica sugiere que la mayoría de los pacientes con TLP necesitará alguna forma de psicoterapia extendida para resolver problemas interpersonales y lograr y mantener mejoras duraderas en su personalidad y en general marcha.

La farmacoterapia a menudo tiene un papel complementario importante, especialmente para la disminución de los síntomas específicos, como la inestabilidad afectiva, la impulsividad, los síntomas psicóticos y el comportamiento autodestructivo. Sin embargo, es poco probable que la farmacoterapia tenga efectos sustanciales sobre algunos problemas interpersonales y algunas de las otras características principales del trastorno.

Aunque ningún estudio ha comparado una combinación de psicoterapia y farmacoterapia con ninguno de los dos tratamientos, la experiencia clínica indica que muchos pacientes se beneficiarán más de una combinación de psicoterapia y farmacoterapia.

5.3.2.2. Enfoque

Los pacientes con TLP con frecuencia tienen condiciones comórbidas del eje I y otras del eje II. La naturaleza de ciertas características límite a menudo complica el tratamiento proporcionado, incluso cuando el tratamiento se centra en una condición comórbida del eje I.

La planificación del tratamiento debe abordar los trastornos comórbidos del eje I y del eje II, así como el TLP, con prioridad establecida según el riesgo o los síntomas predominantes. La presencia coexistente del TLP con los trastornos del eje I se asocia con un peor resultado de una serie de afecciones del eje I.

El tratamiento generalmente debe centrarse en los trastornos del eje I y del eje II para facilitar el tratamiento de las afecciones del eje I, así como para abordar las características de personalidad problemáticas que interfieren con el tratamiento de dicho cuadro.

Para los pacientes con afecciones del eje I y rasgos limítrofes coexistentes que no cumplen con los criterios completos para el trastorno de la personalidad limítrofe, puede ser suficiente enfocar el tratamiento solo en las afecciones del eje I, aunque la terapia debe monitorearse y cambiar el enfoque para incluir los rasgos limítrofes si es necesario para asegurar el éxito del tratamiento. (Álvarez et al., 2011; Gunderson & Links, 2008; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

5.3.2.3. Flexibilidad

Las características del TLP son de naturaleza heterogénea. Algunos pacientes, por ejemplo, muestran una inestabilidad afectiva prominente, mientras que otros exhiben marcada impulsividad o rasgos antisociales.

Las muchas combinaciones posibles de trastornos comórbidos del eje I y del eje II contribuyen aún más a la heterogeneidad del cuadro clínico. Debido a esta

heterogeneidad y a la historia única de cada paciente, el plan de tratamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de cada paciente.

También se necesita flexibilidad para responder a las características cambiantes de los pacientes a lo largo del tiempo (por ejemplo, en un punto, el enfoque del tratamiento puede estar en la seguridad, mientras que en otro, puede estar en mejorar las relaciones y el funcionamiento en el trabajo).

Del mismo modo, el psiquiatra puede necesitar usar diferentes modalidades de tratamiento o derivar al paciente para tratamientos complementarios (por ejemplo, psicoterapia conductual, de apoyo o psicodinámica) en diferentes momentos durante el tratamiento.

5.3.2.4. Rol de la preferencia del paciente

El tratamiento exitoso es un proceso de colaboración entre el paciente y el clínico. La preferencia del paciente es un factor importante a tener en cuenta al desarrollar un plan de tratamiento individual.

El psiquiatra debe explicar y analizar la gama de tratamientos disponibles para la condición del paciente, las modalidades que recomienda y la razón por la cual los seleccionó. Debe tomarse el tiempo para obtener las opiniones del paciente sobre este plan de tratamiento provisional y modificarlo en la medida de lo posible para tener en cuenta las opiniones y preferencias del paciente.

El peligro de no adherencia hace que valga la pena dedicar el tiempo que sea necesario para obtener el consentimiento del paciente a un plan de tratamiento viable y su acuerdo de colaborar con el (los) clínico (s) antes de instituir cualquier terapia.

5.3.2.5. Tratamiento por un solo psiquiatra vs. Tratamiento con múltiples clínicos

El tratamiento puede ser proporcionado por más de un clínico, cada uno realizando tareas de tratamiento separadas, o por un solo clínico realizando múltiples tareas; ambos son enfoques viables para tratar el TLP.

Cuando hay varios clínicos en el equipo de tratamiento, pueden estar involucrados en una serie de tareas, que incluyen psicoterapia individual, farmacoterapia, terapia grupal, terapia familiar o terapia de pareja o participar como administradores en una unidad de hospitalización, hospitalización parcial, a mitad de camino casa u otra situación de vida. Tal tratamiento tiene una serie de ventajas potenciales. Por ejemplo, aporta más tipos de experiencia al tratamiento del paciente, y múltiples clínicos pueden contener mejor las tendencias autodestructivas del paciente.

Sin embargo, debido a la propensión de los pacientes a participar en la "escisión" (es decir, ver a un clínico como "bueno" y otro como "malo"), así como a las dificultades del mundo real de mantener una buena colaboración con todos los demás clínicos, el tratamiento tiene el potencial de fragmentarse.

Para que este tipo de tratamiento sea exitoso, es esencial la buena colaboración de todo el equipo de tratamiento y la claridad de los roles. Independientemente de si el tratamiento involucra a múltiples clínicos o un solo terapeuta, su efectividad debe controlarse con el tiempo, y debe cambiarse si el paciente no mejora. (Sederer et al., 1998)

5.3.3. Estrategias específicas para el tratamiento de TLP

Aunque existe una larga tradición clínica de tratar el trastorno límite de la personalidad, no existen estudios bien diseñados que comparen la farmacoterapia con la psicoterapia. Tampoco hay investigaciones sistemáticas de los efectos de la medicación combinada y la psicoterapia en cualquiera de las dos modalidades.

Por lo tanto, en esta sección consideraremos la psicoterapia y la farmacoterapia por separado, sabiendo que en la práctica clínica los dos tratamientos se combinan con frecuencia. De hecho, muchos de los estudios de farmacoterapia incluyeron pacientes con

TLP que también estaban en psicoterapia, y muchos pacientes en estudios de psicoterapia también estaban tomando medicamentos.

Una gran cantidad de sabiduría clínica respalda la noción de que la farmacoterapia cuidadosamente enfocada puede mejorar la capacidad del paciente para participar en psicoterapia.

5.3.3.1. Psicoterapia

Se ha demostrado que dos enfoques psicoterapéuticos tienen eficacia en ensayos controlados aleatorios: la terapia psicoanalítica/psicodinámica y la terapia dialéctica conductual. Hacemos hincapié en que estos son enfoques psicoterapéuticos porque los ensayos que han demostrado eficacia han involucrado programas terapéuticos sofisticados en lugar de simplemente la provisión de psicoterapia individual. (A. Bateman & Fonagy, 2001; Anthony Bateman & Fonagy, 1999; Linehan et al., 1991) (**ver tabla 5**).

Ambos enfoques tienen tres características clave: 1) **reuniones semanales con un terapeuta individual**, 2) **una o más sesiones grupales semanales** y 3) **reuniones entre terapeutas para consulta/supervisión**. No hay resultados disponibles de las comparaciones directas de los dos enfoques para sugerir qué pacientes pueden responder mejor a qué modalidad. (Oldham et al., 2001)

De este modo, la agrupación de las terapias se ha organizado de la siguiente manera:

- a) Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves**, de baja intensidad y durante períodos inferiores a 6 meses.
- b) Terapias psicológicas individuales y grupales**, con una mayor duración, con frecuencia de 1-2 sesiones semanales en un entorno ambulatorio.
- c) Programas de terapias psicológicas combinadas.**
- d) Intervenciones familiares.**
- e) Terapia combinada**, en la que las intervenciones psicológicas sean sumadas a un tratamiento psicofarmacológico.

f) Rehabilitación funcional e integración laboral.

Los tratamientos psicoterapéuticos comparten como característica común el hecho de ser basados en técnicas específicas de naturaleza psicológica, con el aval de la comunidad científica y profesional.

Las intervenciones psicológicas y psicosociales para las personas con TLP las realizan psicólogos, psiquiatras, personal de enfermería y otros profesionales de la salud mental que cuentan con formación avanzada sobre el método implementado y son supervisados con regularidad por especialistas. (Boa et al., 2020; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Una característica de la terapia conductual dialéctica y la terapia psicoanalítica/psicodinámica implica la duración del tratamiento. Aunque la terapia breve no se ha probado sistemáticamente para pacientes con TLP, los estudios de tratamiento extendido sugieren que la mejoría sustancial puede no ocurrir hasta después de aproximadamente 1 año de intervención psicoterapéutica y que muchos pacientes requieren un tratamiento aún más prolongado.

Tabla 5. Recomendaciones en la selección de psicoterapias para el manejo de TLP. (Oldham et al., 2001; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Tipo de psicoterapia	Aspectos a tratar	Nivel de evidencia	Observaciones
Intervenciones psicológicas breves	Ansiedad, depresión, conductas suicidas o autolesivas.	C	Existe alguna evidencia de que una intervención de baja intensidad tiene algún efecto en la reducción de la autolesión y los actos suicidas. Ambos resultados se informaron en un solo estudio, por lo tanto, es difícil sacar conclusiones firmes sin más investigación. No hubo evidencia de otros efectos sobre los síntomas de TLP.
Terapia cognitivo-conductual (terapia dialéctica-conductual)	Ansiedad, depresión, impulsividad, estrés mental, sintomatología de TLP, calidad de vida, funcionamiento global.	A	Los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) en muestras de pacientes con TLP, mostraron una disminución significativa en síntomas demostrables con escalas clínicas, sin embargo no todos los tipos de TCC mostraron igual efectividad.
Terapia psicodinámica/psicoanalítica	Número y severidad de conductas autolesivas y suicidas, psicoticismo, funcionamiento global.	B	Tiene respaldo en la disminución de síntomas generales, sin embargo, 3 ECA muestran que la duración del tratamiento tiene un efecto negativo en la adherencia al tratamiento.
Terapia interpersonal	Depresión, funcionamiento global, ansiedad.	C	Mejoría parcial de los pacientes en la sintomatología, sin embargo, no hay mejoría en el nivel de funcionamiento global.

Además, la experiencia clínica sugiere que hay una serie de "características comunes" que ayudan a guiar al psicoterapeuta que está tratando a un paciente con TLP, independientemente del tipo específico de terapia utilizada. El psicoterapeuta debe enfatizar la construcción de una fuerte alianza terapéutica con el paciente para resistir las frecuentes tormentas afectivas dentro del tratamiento (Gabbard et al., 1994; Oldham et al., 2001).

Este proceso de construcción de una relación laboral positiva se ve reforzado en gran medida por la atención cuidadosa a los objetivos específicos para el tratamiento que tanto el paciente como el terapeuta consideran razonable y alcanzable.

La consolidación de una alianza terapéutica también se ve facilitada por el establecimiento de límites claros dentro y alrededor del tratamiento. Los clínicos pueden considerar útil tener en cuenta que a menudo los pacientes intentarán redefinir, cruzar o incluso violar los límites como una prueba para ver si la situación del tratamiento es lo suficientemente segura como para revelar sus sentimientos al terapeuta.

Los horarios regulares de reunión con una firme expectativa de asistencia y participación son importantes, así como la comprensión de las contribuciones relativas del paciente y el terapeuta al proceso de tratamiento (Gunderson & Links, 2008; Oldham et al., 2001). Los terapeutas deben ser activos, interactivos y receptivos con el paciente. Las conductas autodestructivas y suicidas deben ser monitoreadas activamente.

Por ejemplo, los profesionales de la terapia dialéctica conductual (Linehan et al., 1993) podrían considerar primero las conductas suicidas, seguidas de las que interfieren con la terapia y luego las que interfieren con la calidad de vida. Los practicantes de la terapia psicoanalítica o psicodinámica (J. F. Clarkin et al., 1999; Kernberg, 1967) podrían construir una jerarquía similar (**ver figura 1**).

Muchos pacientes con TLP han experimentado un considerable abandono y abuso infantil, por lo que una validación empática de la realidad de ese maltrato y el sufrimiento que ha causado es una intervención valiosa (Gunderson & Links, 2008). Este proceso de empatía con la experiencia del paciente también es valioso para construir una alianza

terapéutica más fuerte (Gabbard et al., 1994; Oldham et al., 2001) y allanar el camino para comentarios interpretativos.

Al validar el sufrimiento de los pacientes, los terapeutas también deben ayudarlos a asumir la responsabilidad adecuada de sus acciones. Muchos pacientes con TLP que han experimentado traumas en el pasado se culpan a sí mismos. La terapia eficaz ayuda a los pacientes a darse cuenta de que si bien no fueron responsables del abandono y el abuso que experimentaron en la infancia, actualmente son responsables de controlar y prevenir patrones autodestructivos en el presente (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009).

La psicoterapia puede descarrilarse si se presta demasiada atención al trauma pasado en lugar de prestar atención al funcionamiento actual y los problemas relacionados con los demás. La mayoría de los terapeutas creen que las intervenciones como la interpretación, la confrontación y la aclaración deberían centrarse más en las situaciones aquí y ahora que en el pasado distante (Waldinger, 1987).

Debido a que los pacientes con TLP poseen una amplia gama de fortalezas y debilidades, la flexibilidad es un aspecto crucial de una terapia efectiva. A veces, los terapeutas pueden ofrecer interpretaciones de patrones inconscientes que ayudan al paciente a desarrollar su comprensión. En otras ocasiones, el apoyo y la empatía pueden ser más terapéuticos.

Gran parte de la acción de la terapia se centra en la relación terapéutica, y los terapeutas deben abordar directamente las percepciones negativas poco realistas y, en ocasiones, positivas poco realistas que los pacientes tienen sobre el terapeuta para evitar que estas percepciones interrumpan el tratamiento.

El manejo adecuado de los sentimientos intensos tanto en el paciente como en el terapeuta es la piedra angular de una buena psicoterapia (Gabbard & Wilkinson, 1994).

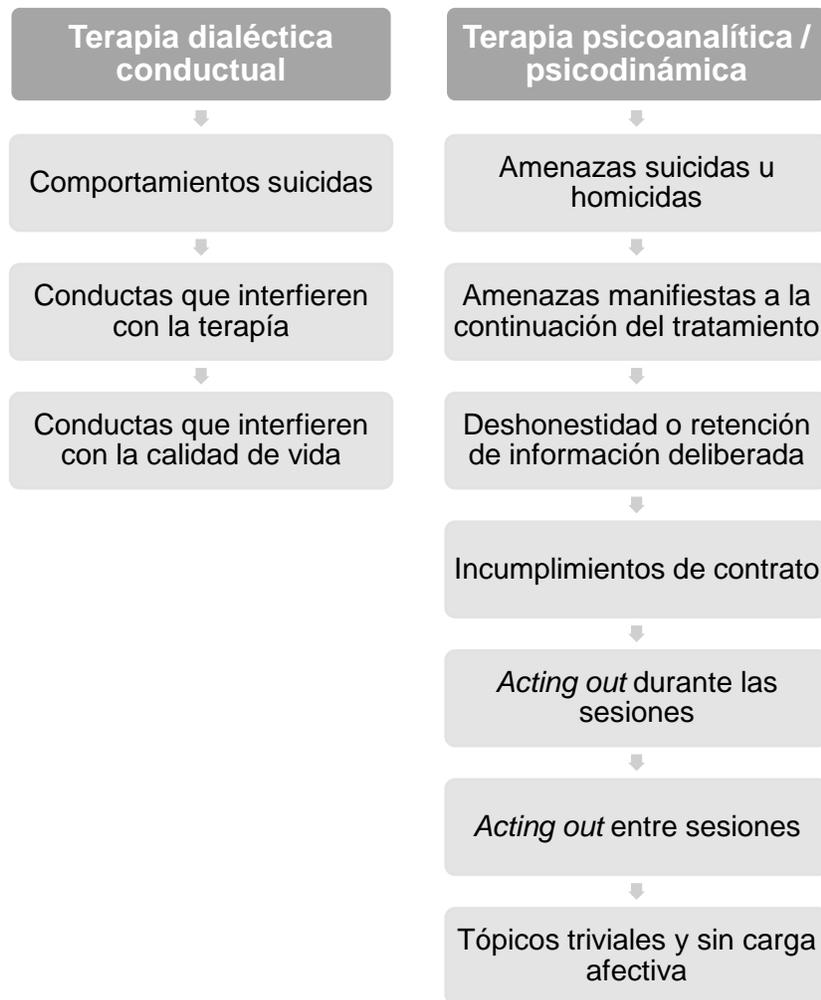


Figura 1. Prioridades de tratamiento de dos enfoques psicoterapéuticos para pacientes con TLP. (Gunderson & Links, 2008; Oldham et al., 2001)

Como se señaló anteriormente, la escisión es un importante mecanismo de defensa de los pacientes con TLP. El yo y los demás a menudo son considerados como "todos buenos" o "todos malos". Este fenómeno está estrechamente relacionado con lo que Beck y Freeman (Beck et al., 2015) llaman "pensamiento dicotómico" y con lo que Linehan se refiere como "pensamiento de todo o nada" (Linehan, 1993).

La psicoterapia debe estar orientada a ayudar al paciente a comenzar a experimentar los tonos de gris entre los extremos e integrar los aspectos positivos y negativos de uno mismo y de los demás. Uno de los principales objetivos de la psicoterapia es ayudar a los pacientes a reconocer que su percepción de los demás, incluido el terapeuta, es una representación más bien de lo que realmente son.

La terapia psicodinámica individual sin terapia grupal concomitante u otras modalidades de hospitalización parcial tiene cierto apoyo empírico. Estos estudios, que utilizaron condiciones de control de listas de espera no aleatorias y comparaciones "pre-post", sugirieron que la terapia psicodinámica dos veces por semana durante 1 año puede ser útil para muchos pacientes con TLP. (Meares et al., 1999; Stevenson & Meares, 1992)

Existe una gran literatura clínica que describe la terapia individual psicoanalítica/psicodinámica para pacientes con TLP (Gabbard & Wilkinson, 1994; Gunderson & Links, 2008; Waldinger, 1987). La mayoría de estos informes clínicos documentan los aspectos difíciles de transferencia y contratransferencia del tratamiento, pero también proporcionan un estímulo considerable con respecto a la tratabilidad final del trastorno límite de la personalidad. Algunos de estos clínicos expertos han reportado éxito con el uso del psicoanálisis cuatro o cinco veces por semana.

La literatura limitada sobre terapia grupal para pacientes con TLP indica que el tratamiento grupal no es dañino y puede ser útil, pero no proporciona evidencia de ninguna ventaja clara sobre la psicoterapia individual. Los estudios de terapia dinámica individual combinada más terapia grupal sugieren que los componentes no especificados de las intervenciones combinadas pueden tener el mayor poder terapéutico. (McGlashan, 1986)

La experiencia clínica sugiere que generalmente se recomienda un grupo relativamente homogéneo de pacientes para la terapia grupal, aunque los pacientes con trastornos de personalidad dependientes, esquizoides y narcisistas o depresión crónica también se mezclan bien con los pacientes con TLP (Gunderson & Links, 2008).

En general, se recomienda que los pacientes con trastorno de personalidad antisocial, abuso de sustancias no tratadas o psicosis no se incluyan en grupos diseñados para pacientes TLP.

Solo hay un estudio publicado de terapia familiar para pacientes con TLP (Gunderson & Links, 2008), que encontró que un enfoque psicoeducativo podría mejorar en gran medida la comunicación y disminuir el conflicto sobre la independencia. Los informes clínicos publicados difieren en sus recomendaciones sobre la idoneidad de la terapia familiar y la

participación familiar en el tratamiento. Mientras que algunos clínicos recomiendan retirar el tratamiento del paciente del entorno familiar y no intentar la terapia familiar (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009), otros recomiendan trabajar juntos con el paciente y la familia. (Shapiro, 1992)

La decisión sobre si trabajar con la familia debe depender del grado de patología dentro de la familia y las fortalezas y debilidades de los miembros de la familia. La experiencia clínica sugiere que un enfoque psicoeducativo puede sentar las bases para el pequeño subconjunto de familias para quienes la terapia familiar dinámica posterior puede ser efectiva. La terapia familiar no se recomienda como la única forma de tratamiento para pacientes con este cuadro.

5.3.3.2. Tratamiento psicofarmacológico

Un enfoque farmacológico para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad se basa en la evidencia de que algunas dimensiones de la personalidad de los pacientes parecen estar mediadas por la desregulación de la fisiología del neurotransmisor y responden a la medicación (Joel Paris, 2020; Siever & Trestman, 1993)

La farmacoterapia se usa para tratar los síntomas del estado durante los períodos de descompensación aguda, así como las vulnerabilidades de los rasgos.

Aunque los medicamentos se usan ampliamente para tratar a pacientes que tienen un TLP, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no ha aprobado ningún medicamento específicamente para el tratamiento de este trastorno. La farmacoterapia puede guiarse por un conjunto de supuestos básicos que brindan los fundamentos teóricos y la base empírica para elegir tratamientos específicos.

Primero, el TLP es un trastorno crónico. La farmacoterapia ha demostrado una eficacia significativa en muchos estudios para disminuir la gravedad de los síntomas y optimizar el funcionamiento. Sin embargo, la cura no es un objetivo realista: los medicamentos no curan el carácter.

Segundo, el TLP se caracteriza por una serie de dimensiones; el tratamiento es específico de los síntomas, dirigido a dimensiones conductuales particulares, más que al trastorno en su conjunto.

Tercero, la desregulación afectiva y la agresión impulsiva son dimensiones que requieren atención particular porque son factores de riesgo para el comportamiento suicida, las autolesiones y la agresión y, por lo tanto, se les da alta prioridad en la selección de agentes farmacológicos.

Cuarto, la farmacoterapia se dirige a la base neurotransmisora de las dimensiones conductuales, afectando tanto la expresión sintomática aguda (por ejemplo, ira tratada con agentes bloqueadores de dopamina) como la vulnerabilidad crónica (por ejemplo, impulsividad temperamental tratada con agentes serotoninérgicos).

Por último, los síntomas comunes a los trastornos de los ejes I y II pueden responder de manera similar al mismo medicamento. Los síntomas exhibidos dentro de las tres dimensiones conductuales observadas en pacientes con trastorno límite de la personalidad están dirigidos a la farmacoterapia: desregulación afectiva, descontrol impulsivo-conductual y dificultades cognitivo-perceptivas.

5.3.3.2.1. Tratamiento de la desregulación afectiva

La desregulación afectiva en pacientes con TLP se manifiesta por síntomas tales como labilidad del estado de ánimo, sensibilidad al rechazo, ira intensa inapropiada y arrebatos de mal genio. Como se observa en la **Tabla 6**, los pacientes que muestran estas características deben ser tratados inicialmente con uno de los ISRS, ya que esta recomendación tiene un fuerte respaldo empírico (Stoffers-Winterling et al., 2020; J. Stoffers et al., 2010; J. M. Stoffers & Lieb, 2014). Los ISRS tienen un amplio espectro de efectos terapéuticos, son relativamente seguros en caso de sobredosis (en comparación con los antidepresivos tricíclicos o IMAO) y tienen un perfil de efectos secundarios favorable, que respalda la adherencia al tratamiento.

Por ejemplo, se ha descubierto que la fluoxetina mejora el estado de ánimo deprimido, la labilidad del estado de ánimo, la sensibilidad al rechazo, el comportamiento impulsivo, la automutilación, la hostilidad e incluso las características psicóticas. Los ensayos de investigación de ISRS para el tratamiento del TLP han variado en duración de 6 a 14 semanas para estudios de tratamiento agudo, con estudios de continuación que duran hasta 12 meses. Algunos pacientes han conservado la mejora con el tratamiento de mantenimiento de 1 a 3 años. Se han informado estudios con fluoxetina (en dosis de 20–80 mg / día), sertralina (en dosis de 100–200 mg / día) y el bloqueador mixto de norepinefrina / serotonina venlafaxina (en dosis de hasta 400 mg / día) (Markovitz, 1995). Una prueba razonable de un ISRS para el tratamiento estos pacientes, es de al menos 12 semanas.

Los ensayos empíricos de antidepresivos tricíclicos han producido resultados inconsistentes (Soloff, 1986; Soloff et al., 1989). Los pacientes con depresión mayor comórbida y TLP han mostrado mejoría después del tratamiento con antidepresivos tricíclicos. Sin embargo, en un estudio controlado con placebo, la amitriptilina tuvo un efecto paradójico en pacientes con TLP, aumentando la ideación suicida, el pensamiento paranoico y la agresión. (Soloff, 1986)

Dado que la desregulación afectiva es una dimensión del temperamento en pacientes con TLP y no una enfermedad aguda, actualmente no se puede definir la duración de las fases de continuación y mantenimiento de la farmacoterapia. Es posible que se requiera una mejora significativa en la calidad de las habilidades de afrontamiento y las relaciones interpersonales del paciente antes de que se pueda suspender la medicación. La experiencia clínica sugiere precaución al suspender un ensayo antidepresivo exitoso, especialmente si los ensayos previos con medicamentos han fallado.

En el caso de una respuesta subóptima a un ISRS, se debe considerar cambiar a un segundo ISRS o antidepresivo relacionado. En un estudio de pacientes con TLP (Markovitz, 1995), la mitad de los pacientes que no respondieron a la fluoxetina respondieron posteriormente a la sertralina. Cuando la desregulación afectiva aparece como ansiedad, un ISRS puede ser insuficiente. En este punto, debe considerarse el uso de benzodiazepinas, aunque hay poca investigación sistemática sobre el uso de estos medicamentos en pacientes con trastorno límite de la personalidad (**ver figura 2**).

El uso de benzodiazepinas puede ser problemático, dado el riesgo de abuso, tolerancia e incluso toxicidad conductual. A pesar del uso clínico de las benzodiazepinas (Faltus, 1984), la benzodiazepina alprazolam de acción corta se asoció en un estudio con un grave control del comportamiento (Gardner & Cowdry, 1985). Los informes de casos demuestran cierta utilidad para la larga vida media de benzodiazepina clonazepam (Freinhar & Alvarez, 1985). La experiencia clínica sugiere que este medicamento, si se usa a largo plazo, se usa mejor junto con un ISRS.

En teoría, la buspirona puede tratar la ansiedad o la agresión impulsiva sin el riesgo de abuso o tolerancia. Sin embargo, la ausencia de un efecto inmediato generalmente hace que este medicamento sea menos aceptable para los pacientes con TLP. Actualmente, no hay datos publicados sobre el uso de buspirona para el tratamiento de los síntomas de desregulación afectiva en estos pacientes.

Cuando la desregulación afectiva aparece como ira desinhibida que coexiste con otros síntomas afectivos, los ISRS son el tratamiento de primera elección. Se ha demostrado que la fluoxetina es efectiva para la ira en pacientes con trastorno límite de la personalidad, independientemente de sus efectos sobre el estado de ánimo deprimido (Markovitz, 1995). Los efectos de la fluoxetina sobre la ira y la impulsividad pueden aparecer en cuestión de días, mucho antes que los efectos antidepresivos. La experiencia clínica sugiere que, en pacientes con un descontrol conductual severo, se pueden agregar antipsicóticos a baja dosis al régimen para una respuesta rápida; También pueden mejorar los síntomas afectivos (Soloff, 1986). Se debe considerar el aumento con antipsicóticos, que requiere una mayor cooperación y adherencia del paciente.

Los estabilizadores del estado de ánimo son otro tratamiento de segunda línea (o complementario) para los síntomas de desregulación afectiva en pacientes con TLP. El carbonato de litio, la carbamazepina y el valproato se han utilizado para el tratamiento de la inestabilidad del estado de ánimo en pacientes con un trastorno del eje II, pero existe una sorprendente escasez de apoyo empírico para su uso en el trastorno límite de la personalidad, aunque actualmente se están realizando estudios.

Tabla 6. Recomendaciones de tratamiento psicofarmacológico para los síntomas de desregulación afectiva en pacientes con TLP. (Oldham et al., 2001; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Clase farmacológica	Fármacos específicos	Síntomas a tratar	Nivel de evidencia	Observaciones
ISRS y antidepresivos relacionados	Fluoxetina, sertralina, venlafaxina	Ánimo deprimido, labilidad afectiva, ansiedad, impulsividad, autolesiones, agresividad, psicosis, funcionamiento global pobre	A	Relativamente seguros en caso de sobredosis, perfil de efectos secundarios favorable, evidencia para manejo agudo (6-14 semanas) y de mantenimiento (1-3 años); el segundo ensayo con ISRS aún puede ser efectivo si no hay eficacia con el primero (nivel de evidencia C)
Estabilizadores del estado de ánimo	Carbonato de litio	Labilidad afectiva, cambios bruscos de ánimo, rabia, conductas suicidas, impulsividad, funcionamiento global pobre.	C	Puede ser utilizado como tratamiento primario o adyuvante; margen estrecho de seguridad en caso de sobredosis; es necesario un monitoreo de los niveles plasmáticos; riesgo de hipotiroidismo; a la fecha es el eutimizante más estudiado para los trastornos de personalidad, pero la literatura más antigua se enfoca en la reducción de impulsividad.
	Carbamazepina	Conductas suicidas, ansiedad, rabia, impulsividad.	C	Tiene eficacia en pacientes que muestran conductas dramáticas; puede precipitar episodios de depresión melancólica; riesgo de agranulocitosis; se requieren leucogramas control.
	Ácido valproico	↓ severidad de síntomas globales, ánimo deprimido, rabia, impulsividad, irritabilidad, agitación,	C	No hay suficiente evidencia que respalde esta indicación a pesar del uso generalizado; se requiere control

	Lamotrigina	ansiedad. Agresividad, estado de ánimo deprimido.	C	de función hepática. La evidencia científica es insuficiente para respaldar su uso, empíricamente es poco usada.
	Topiramato	Ansiedad, rabia, hostilidad, estado de ánimo deprimido	N/A	La evidencia sugiere que no es bien tolerado por su perfil de efectos adversos, y no tiene eficacia clínica comprobada.
Benzodiacepinas	Clonazepam, lorazepam	Ansiedad refractaria, impulsividad, agitación	C	Riesgo de abuso y/o tolerancia.
Antipsicóticos	Olanzapina	Descontrol conductual, rabia/hostilidad, ataques de violencia, autolesiones, suicidabilidad.	B	A pesar que ha tenido buena eficacia en ensayos clínicos, existen muy pocos que respalden su uso. La ganancia de peso debe tomarse en cuenta.
	Haloperidol	Estado de ánimo deprimido, hostilidad, impulsividad.	A	Existe cierta evidencia de su efectividad cuando se administra en dosis más bajas que para los trastornos psicóticos. Se debe vigilar la aparición de síntomas extrapiramidales y cardíacos.
	Aripiprazol	Ansiedad, estado de ánimo deprimido, impulsividad	C	No existen suficientes ensayos clínicos que respalden su uso.

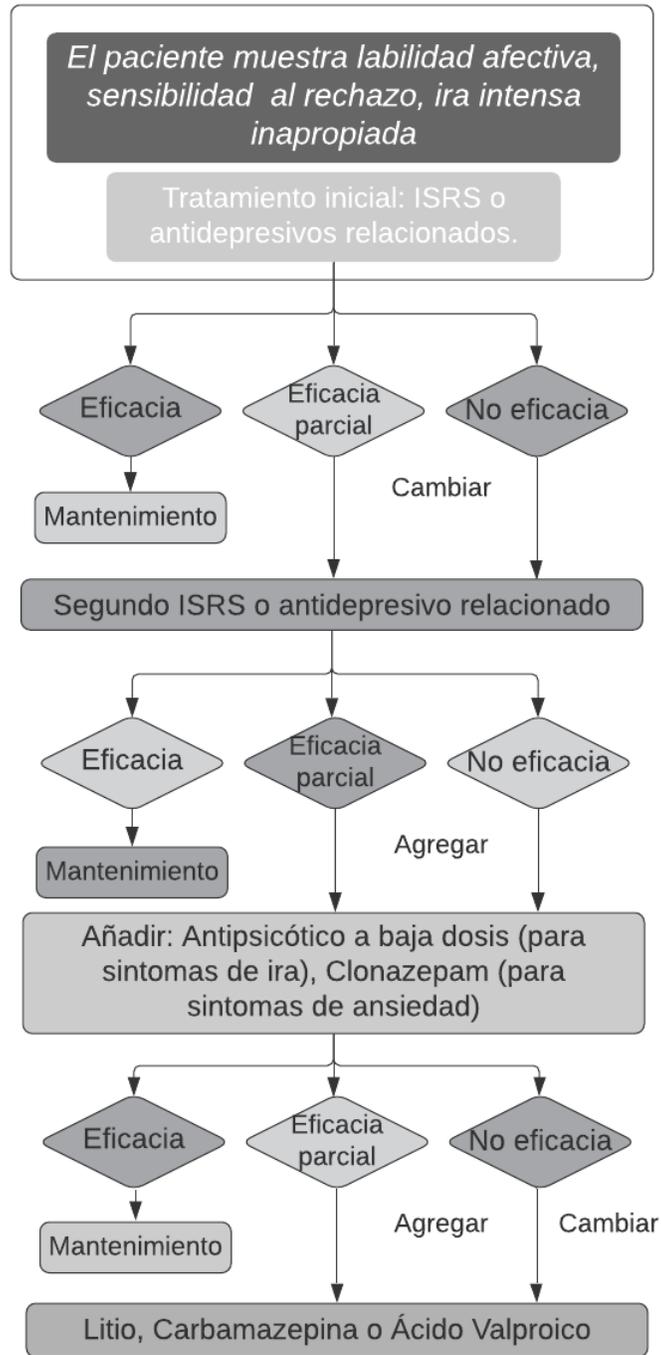


Figura 2. Flujograma de tratamiento de los síntomas de desregulación afectiva. (Gunderson & Links, 2008; Oldham et al., 2001)

El carbonato de litio tiene el mayor apoyo de investigación en ensayos controlados aleatorios que estudian pacientes con trastornos de personalidad (aunque no específicamente TLP). Sin embargo, estos estudios se centraron principalmente en la impulsividad y la agresión en lugar de la regulación del estado de ánimo (M. H. Sheard et al., 1976; Michael H. Sheard, 1975). No obstante, el litio puede ser útil para la labilidad del estado de ánimo como presentación primaria en pacientes con un trastorno de personalidad (Belli et al., 2012; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009). El litio tiene la desventaja de un estrecho margen de seguridad en caso de sobredosis y riesgo de hipotiroidismo con el uso a largo plazo.

La carbamazepina ha demostrado eficacia para la impulsividad, la ira, el suicidio y la ansiedad en pacientes con TLP y disforia histeroide. Se ha informado que la carbamazepina precipita la depresión melancólica en pacientes que tienen antecedentes de este trastorno, y tiene el potencial de causar supresión de la médula ósea. (De la Fuente & Lotstra, 1994)

El valproato demostró una eficacia moderada para el estado de ánimo deprimido en pacientes con TLP en un ensayo pequeño, aleatorizado y controlado (Bridler et al., 2015). Los informes de casos abiertos sugieren que este medicamento también puede disminuir la agitación, la agresión, la ansiedad, la impulsividad, la sensibilidad al rechazo, la ira y la irritabilidad en estos pacientes. (Bellino et al., 2008)

Aunque hay una escasez de datos sobre la eficacia de la TEC para pacientes con TLP, gran parte de los datos disponibles sugieren que los pacientes deprimidos con un trastorno de personalidad generalmente tienen un peor resultado con TEC que los pacientes deprimidos sin un trastorno de personalidad. La experiencia clínica sugiere que, si bien la TEC puede estar indicada en ocasiones para pacientes con TLP y depresión severa del eje I que ha sido resistente a la farmacoterapia, es poco probable que las características afectivas del diagnóstico límite respondan a la TEC. (Feske et al., 2004; Gescher et al., 2011; Lee et al., 2019)

5.3.3.2.2. Tratamiento de los síntomas de descontrol impulsivo-conductual

Como se ve en la **Tabla 7**, los ISRS son el tratamiento de elección para el comportamiento impulsivo y desinhibido en pacientes con TLP. Los ensayos controlados aleatorios y los estudios abiertos con fluoxetina y sertralina han demostrado que su efecto sobre el comportamiento impulsivo es independiente de su efecto sobre la depresión y la ansiedad (Coccaro & Kavoussi, 1994). El efecto de los ISRS sobre la impulsividad puede aparecer antes que el efecto sobre la depresión, con el inicio de la acción en cuestión de días en algunos informes. Del mismo modo, la interrupción de un ISRS después de un tratamiento exitoso puede resultar en la reaparición de la agresión impulsiva en cuestión de días. La experiencia clínica sugiere que la duración del tratamiento después de la mejora de la agresión impulsiva debe determinarse por el estado clínico del paciente, incluido su riesgo de exposición a factores estresantes de la vida y el progreso en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. Cuando el objetivo del tratamiento es una vulnerabilidad de rasgo, no se puede establecer un límite predeterminado en la duración del tratamiento.

Cuando el descontrol del comportamiento plantea una seria amenaza para la seguridad del paciente, puede ser necesario agregar un antipsicótico a baja dosis al ISRS. Aunque esta combinación no se ha estudiado, los ensayos controlados aleatorios de antipsicóticos solos han demostrado su eficacia para la impulsividad en pacientes con trastorno límite de la personalidad. El efecto es de inicio rápido, a menudo en cuestión de horas con el uso oral (y más rápidamente cuando se administra por vía intramuscular), lo que proporciona un control inmediato de la conducta impulsiva agresiva en aumento.

La evidencia preliminar sugiere que los antipsicóticos atípicos pueden tener cierta eficacia para la impulsividad en pacientes con TLP, especialmente la automutilación severa y otros comportamientos impulsivos que surgen del pensamiento psicótico.

Existen diversos estudios que respaldan el uso de clozapina en TLP (Rohde et al., 2018; Vohra, 2010). Las dificultades y los riesgos involucrados en el uso de clozapina (por ejemplo, neutropenia) generalmente justifican su uso solo después de que otros tratamientos hayan fallado. Los antipsicóticos atípicos más nuevos tienen menos riesgos,

pero hay pocos datos publicados sobre su eficacia. Se justifica una mayor investigación para su uso como tratamiento para la agresión impulsiva refractaria en pacientes con TLP.

Los antagonistas opioides (por ejemplo, naltrexona) a veces se usan en un intento de disminuir el comportamiento autolesivo en pacientes con TLP. Sin embargo, el apoyo empírico para este enfoque es muy preliminar, ya que su eficacia se ha demostrado solo en informes de casos y pequeñas series de casos. (Schmahl et al., 2012) (**ver figura 3**).

5.3.3.2.3. Tratamiento de los síntomas cognitivos-perceptuales

Como se observa en la **Tabla 8**, los antipsicóticos en dosis bajas son el tratamiento de elección para estos síntomas. Esta recomendación está fuertemente respaldada por estudios controlados aleatorios, doble ciego y ensayos abiertos que involucran una variedad de neurolépticos en entornos de pacientes hospitalizados y ambulatorios y en poblaciones de adultos y adolescente. (Cowdry & Gardner, 1988; Limandri, 2018; Soloff, 1986; Soloff et al., 1989)

Los neurolépticos en dosis bajas parecen tener un amplio espectro de eficacia en el uso agudo, mejorando no solo los síntomas psicóticos, sino también el estado de ánimo deprimido, la impulsividad y la ira/hostilidad. Los efectos del tratamiento aparecen dentro de días a varias semanas. Los pacientes con síntomas cognitivos como queja primaria responden mejor al uso de antipsicóticos a baja dosis.

Los pacientes con TLP con desregulación afectiva prominente y estados de ánimo lábiles y depresivos, en los que las distorsiones cognitivo-perceptuales son características secundarias congruentes con el estado de ánimo, pueden tener menos resultados solo con antipsicóticos. En este caso, se deben considerar los tratamientos más efectivos para la desregulación afectiva. La duración del tratamiento puede estar guiada por la duración de los ensayos de tratamiento en la literatura, que generalmente son de hasta 12 semanas.

Tabla 7. Recomendaciones de tratamiento psicofarmacológico para los síntomas de descontrol impulsivo-conductual en TLP. (Oldham et al., 2001; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Clase farmacológica	Fármacos específicos	Síntomas a tratar	Nivel de evidencia	Observaciones
ISRS y antidepresivos relacionados	Fluoxetina, sertralina.	Impulsividad, autolesiones, agresividad, funcionamiento global pobre.	A	Los efectos sobre la ira y la agresión impulsiva pueden aparecer antes e independientemente de los efectos sobre el estado de ánimo deprimido y la ansiedad; no hay literatura publicada sobre los segundos ensayos de "rescate" si el primer ensayo no logra reducir el comportamiento impulsivo.
Estabilizadores del estado de ánimo	Carbonato de litio	Rabia, conductas suicidas, impulsividad, funcionamiento global pobre.	A	Puede ser utilizado como tratamiento primario o adyuvante; margen estrecho de seguridad en caso de sobredosis; es necesario un monitoreo de los niveles plasmáticos; riesgo de hipotiroidismo.
	Carbamazepina	Conductas suicidas, rabia, impulsividad.	C	Puede precipitar episodios de depresión melancólica; riesgo de agranulocitosis; se requieren leucogramas control.
	Ácido valproico	↓ severidad de síntomas globales, rabia, impulsividad, irritabilidad.	C	No hay suficiente evidencia que respalde esta indicación a pesar del uso generalizado; se requiere control de función hepática.
Antipsicóticos atípicos	Clozapina	Autolesiones severas	B	El riesgo de agranulocitosis hace que el tratamiento con clozapina sea el último recurso para esta indicación; se requiere monitoreo sanguíneo.
Antipsicóticos típicos	Haloperidol	Rabia aguda, hostilidad, agresividad, autolesiones.	A	Efectos inespecíficos sobre la impulsividad como agente adyuvante; efectos más específicos sobre la ira; el rápido inicio del efecto proporciona un control inmediato de los síntomas impulsivos crecientes.

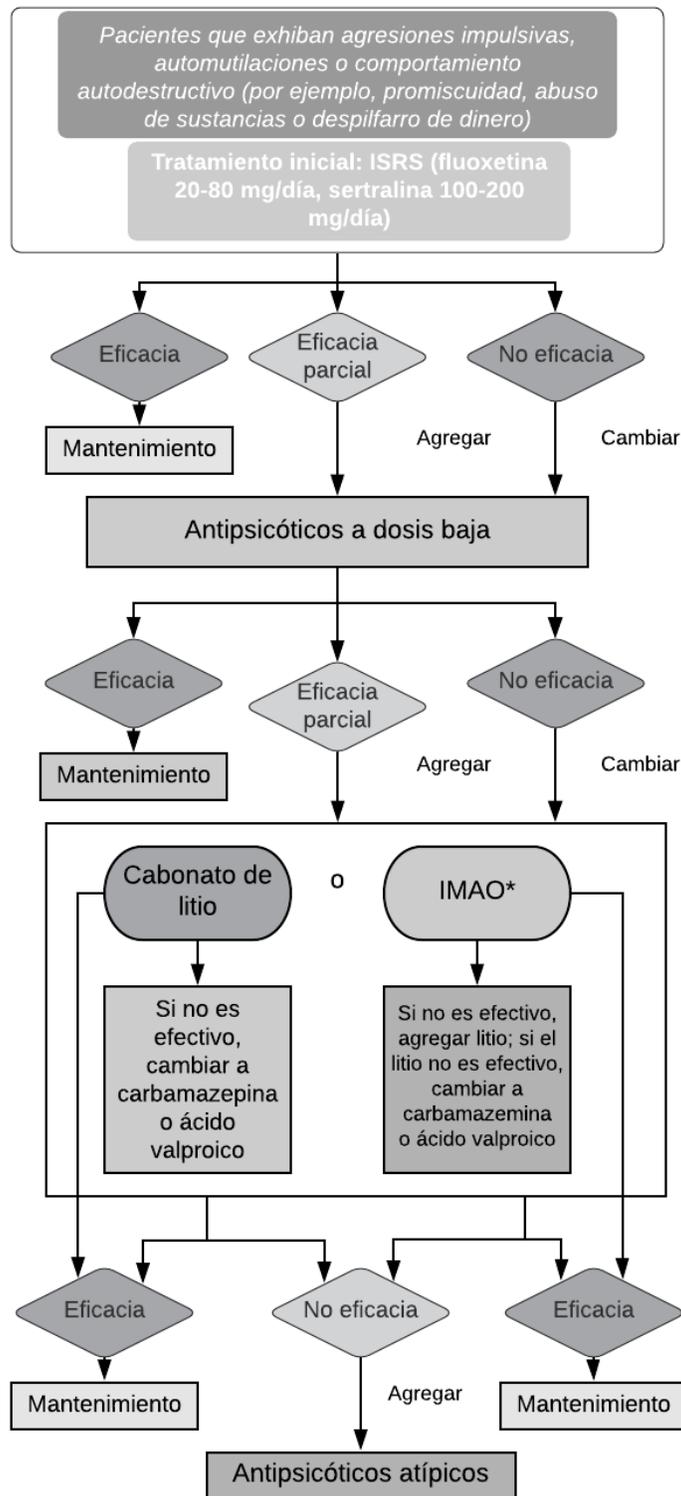


Figura 4. Flujograma de tratamiento de los síntomas de descontrol impulsivo-conductual. (Gunderson & Links, 2008; Oldham et al., 2001)

El uso prolongado de medicación antipsicótica sola en pacientes con TLP (es decir, hasta 22 semanas en un estudio) se ha asociado con la falta de adherencia progresiva y el abandono del tratamiento (Álvarez et al., 2011; Cornelius et al., 1993)

Un estudio a más largo plazo (Montgomery & Montgomery, 1982) encontró que un antipsicótico de depósito fue efectivo para los comportamientos parasuicidas recurrentes en pacientes con TLP. El riesgo de discinesia tardía debe sopesarse cuidadosamente frente al beneficio profiláctico percibido si se consideran las estrategias de mantenimiento (aunque este riesgo puede disminuir con el uso de antipsicóticos atípicos).

Si la respuesta al tratamiento con antipsicóticos de baja dosis es subóptima después de 4 a 6 semanas, la dosis debe aumentarse en un rango adecuado para tratar los trastornos del eje I y continuar durante un segundo período de prueba de 4 a 6 semanas. Una respuesta subóptima en este punto debería provocar una revisión de la etiología de los síntomas cognitivo-perceptuales. Si la presentación de los síntomas es realmente parte de una presentación no efectiva, se pueden considerar los antipsicóticos atípicos.

Aunque no hay ensayos controlados aleatorios publicados de antipsicóticos atípicos en pacientes con TLP, los ensayos abiertos y los estudios de casos respaldan el uso de clozapina en pacientes con síntomas psicóticos graves y refractarios "de naturaleza atípica" o para la automutilación severa. (Rohde et al., 2018; Vohra, 2010)

Sin embargo, la clozapina se usa mejor en pacientes con TLP refractario, dado el riesgo de agranulocitosis. Los perfiles de efectos secundarios generalmente favorables de la risperidona y la olanzapina, en comparación con los de los antipsicóticos tradicionales, indican que estos medicamentos justifican ensayos empíricos cuidadosos. Hasta el momento, la quetiapina ha mostrado efectividad a dosis de 300mg/día, para el manejo de TLP. (Stoffers-Winterling et al., 2020)

Los antipsicóticos a menudo son efectivos para la ira y la hostilidad, independientemente de si estos síntomas ocurren en el contexto de los síntomas cognitivo-perceptuales u otros tipos de síntomas. Es importante tener en cuenta que ISRS también han demostrado en ensayos controlados aleatorios que son efectivos para la irritabilidad y la

ira en algunos pacientes con trastorno límite de la personalidad con síntomas cognitivo-perceptuales. (**ver figura 4**).

5.3.3.3. Manejo de crisis

Las personas que padecen TLP a menudo presentan crisis, de hecho, es una de las características principales de dicha patología. Estas crisis se presentan con una gran variedad de síntomas y conductas, entre ellas autolesiones, episodios impulsivos de agresividad, micro-psicosis transitorias, así como ansiedad, depresión e ira intensos. Como resultado de estas crisis, pueden necesitar regularmente el acceso a servicios de emergencia en hospitales.

La elevada frecuencia de las crisis puede inducir complacencia en el clínico, y se puede fallar al dar una estimación precisa del riesgo de cada paciente; el reto consiste en evaluar y gestionar la crisis sin actuar de forma invalidante para el paciente ni minimizar sus alteraciones y, al mismo tiempo, fomentar su autonomía.

Por ejemplo, ingresar al paciente en el hospital demasiado pronto puede aumentar su dependencia del entorno e impedir que desarrolle las habilidades que le permitan gestionar las crisis emocionales futuras. Por otro lado, no ingresarlo puede ponerle en peligro, especialmente si presenta conductas autolesivas o suicidas. Habitualmente el desbordamiento emocional en el TLP se puede explicar por su inestabilidad afectiva. Sin embargo, se debe considerar la existencia de un trastorno depresivo comórbido como explicación del cuadro, ya que en este supuesto sería necesario un abordaje terapéutico específico.

A pesar que no existe evidencia para el uso de un fármaco específico o combinación de ellos en el manejo de crisis, a menudo se inicia farmacoterapia en el contexto de una crisis. Pero es importante que el clínico, cuando utilice psicofármacos para una crisis, los considere en el contexto de un tratamiento a largo plazo, que incluya también tratamiento psicológico y/o intervenciones sociales. El aspecto más importante a considerar es la capacidad del paciente para consentir el tratamiento en el momento de la crisis. (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Tabla 8. Recomendaciones de tratamiento psicofarmacológico para los síntomas de cognitivo-perceptuales en TLP.

(Oldham et al., 2001; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Clase farmacológica	Fármacos específicos	Síntomas a tratar	Nivel de evidencia	Observaciones
Antipsicóticos típicos	Haloperidol	Ideas de referencia, ilusiones e ideas paranoicas (y la ira / hostilidad asociada); severidad global de los síntomas, estado de ánimo deprimido, ansiedad, impulsividad, comportamiento suicida recurrente.	A	Efectos demostrados en estudios a corto plazo (5–16 semanas); poca tolerancia sobre ensayos más largos (por ejemplo, 22 semanas) con acinesia aumentada, depresión; ↓ conductas parasuicidas recurrentes informados en un estudio a largo plazo (6 meses); riesgo de discinesia tardía con tratamiento de mantenimiento.
Antipsicóticos atípicos	Clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina	En teoría, lo mismo que para los antipsicóticos típicos, así como para la automutilación y el psicoticismo severo resistente a los antipsicóticos.	C	No se publicaron ensayos aleatorios, controlados con placebo, doble ciego en apoyo de esta indicación a pesar del uso generalizado; el riesgo de agranulocitosis hace que el tratamiento con clozapina sea el último recurso para esta indicación.
ISRS	Fluoxetina, sertralina	Impulsividad, irritabilidad, hostilidad.	A	Especialmente efectivos si hay síntomas afectivos; se superpone con el tratamiento de la desregulación afectiva y los dominios de descontrol impulsivo-conductual.

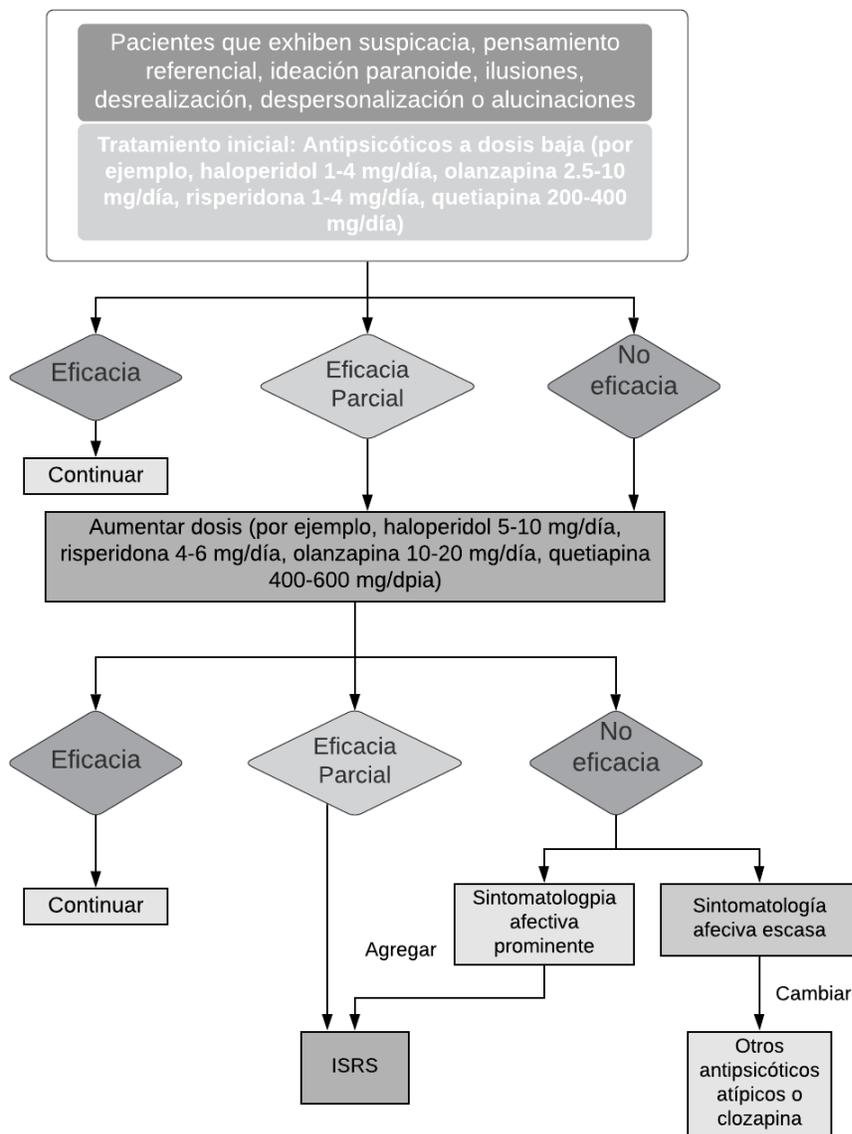


Figura 4. Flujograma de tratamiento de los síntomas cognitivos-perceptuales. (Gunderson & Links, 2008; Oldham et al., 2001)

5.3.3.3.1. Generalidades del manejo

El objetivo general durante el manejo de una crisis es ayudar a la persona a regresar a un nivel más estable de funcionamiento mental lo más rápido posible sin inducir ningún efecto dañino que pueda prolongar los problemas. La autonomía de la persona debe mantenerse en la medida de lo posible, su seguridad y la de los demás asegurada, y sus emociones, impulsos y comportamientos deben reducirse a un nivel manejable.

Los comentarios de apoyo y empatía son necesarios en primera instancia y pueden ser particularmente beneficiosos si el contacto inicial en la crisis es por teléfono. El uso de medicamentos debe ser limitado, siguiendo las instrucciones generales a continuación, y debe ser solo para uso a corto plazo. Se deben establecer objetivos específicos de tratamiento.

Cuando una persona con TLP se presenta durante una crisis, se debe: (Álvarez et al., 2011; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

- Mantener una actitud tranquila y no amenazante.
- Tratar de entender la crisis desde el punto de vista de la persona.
- Explorar los motivos de angustia de la persona
- Utilizar preguntas abiertas empáticas, incluidas declaraciones de validación, para identificar el inicio y el curso de los problemas actuales.
- Buscar estimular la reflexión sobre soluciones.
- Evitar minimizar los motivos de la crisis de la persona.
- Abstenerse de ofrecer soluciones antes de recibir una aclaración completa de los problemas.
- Explorar otras opciones antes de considerar la admisión a una unidad de crisis o la internación
- Ofrecer un seguimiento adecuado dentro de un plazo acordado con la persona.

5.3.3.3.2. Manejo farmacológico de la crisis

Se reconoce que los tratamientos farmacológicos a menudo se consideran parte del manejo de emergencia de las crisis, a veces incluyendo autolesiones y violencia, sin embargo, no se recomiendan tratamientos específicos para el TLP o para grupos de síntomas particulares.

Además, ningún medicamento tiene autorización de comercialización para el tratamiento de TLP, por lo que la prescripción continua de medicamentos en personas con dicho trastorno debe realizarse con precaución y se debe tener en cuenta la práctica normal de prescripción para pacientes con riesgo de autolesión. La prescripción debe, siempre que

sea posible, limitarse al manejo a corto plazo de las crisis utilizando sedantes (o al tratamiento de afecciones comórbidas). No hay evidencia de que las personas con TLP u otros trastornos de la personalidad necesiten dosis más altas de medicamentos que otros pacientes. La dosis debe mantenerse dentro del rango terapéutico normal.

Los medicamentos recetados durante una crisis pueden continuar inadvertidamente después de que los síntomas que se presentaron durante la crisis hayan disminuido. Esto puede llevar a los usuarios del servicio a tomar más de un medicamento durante un período prolongado de tiempo: hay evidencia de que a las personas con trastorno límite de la personalidad se les prescriben combinaciones inapropiadas y una cantidad excesiva de medicamentos psicotrópicos en cualquier momento (Sansone et al., 2003; Zanarini et al., 2004a).

Cualquier paciente, sea cual sea su diagnóstico actual, que describa un historial de tratamiento de polifarmacia con respuesta beneficiosa limitada, debe revisarse su diagnóstico teniendo en cuenta la posibilidad de TLP.

Antes de comenzar un tratamiento farmacológico a corto plazo para personas con TLP durante una crisis, es necesario:

- Asegurarse que haya consenso entre los prescriptores y otros profesionales involucrados sobre el medicamento utilizado y que se identifique al prescriptor principal.
- Establecer riesgos probables de prescripción, incluido el uso de alcohol y drogas ilícitas
- Tener en cuenta el papel psicológico de la prescripción (tanto para el individuo como para el prescriptor) y el impacto que las decisiones de prescripción pueden tener en la relación terapéutica y el plan de atención general, incluidas las estrategias de tratamiento a largo plazo.
- Asegurarse de que no se use un medicamento en lugar de otras intervenciones más apropiadas
- Usar un solo fármaco, siempre que sea posible.
- Evitar la polifarmacia, siempre que sea posible.

El uso a corto plazo de medicamentos sedantes puede considerarse con precaución como parte del plan de tratamiento general para las personas con trastorno límite de la personalidad en una crisis. La duración del tratamiento debe acordarse con ellos, pero no debe ser superior a 1 semana. (Gunderson & Links, 2008; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009)

Al prescribir un tratamiento farmacológico a corto plazo para personas con trastorno límite de la personalidad en una crisis:

- Elija un medicamento (como un antihistamínico sedante) que tenga un perfil bajo de efectos secundarios, propiedades adictivas bajas, potencial mínimo de uso indebido y seguridad relativa en caso de sobredosis.
- Use la dosis mínima efectiva.
- Recete menos tabletas con mayor frecuencia si existe un riesgo significativo de sobredosis.
- Acuerde con la persona los síntomas objetivo, los arreglos de monitoreo y la duración anticipada del tratamiento.
- Acuerde con la persona un plan de adhesión.
- Suspenda un medicamento después de un período de prueba si los síntomas objetivo no mejoran.
- Considere tratamientos alternativos, incluidos tratamientos psicológicos, si los síntomas objetivo no mejoran o el nivel de riesgo no disminuye.
- Concierte una cita para revisar el plan de atención general, incluidos los tratamientos farmacológicos y de otro tipo, después de que la crisis haya disminuido.

5.3.3.3. Manejo psicológico de la crisis

Las terapias psicológicas y psicosociales forman parte del manejo general del TLP. En las fases de crisis la psicoeducación es la intervención más recomendada, aunque también se deben tener en cuenta aquellas terapias que han mostrado ser eficaces en las situaciones de conducta suicida y autolesiones. La terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctico-conductual y la intervención grupal de regulación emocional basada en la

aceptación son las terapias más utilizadas con el objetivo de disminuir la ideación y conducta suicida y los comportamientos autolesivos.

Sin embargo, además de las intervenciones psicológicas y psicosociales estructuradas, deberán considerarse las condiciones psicológicas propias del abordaje específico de una crisis y que deberán contemplar una actitud de calma, un intento de comprensión de la situación de la persona en situación crítica, y de sus causas, y una interacción basada en preguntas abiertas, estímulos a la reflexión y análisis de las alternativas de intervención más adecuadas.

5.3.3.3.4. Decisión de hospitalización

La GPC de la APA recomendaba la hospitalización para la atención de pacientes con TLP, especialmente ante el riesgo suicida (Oldham et al., 2001). Sin embargo, numerosos estudios han cuestionado la hospitalización de pacientes con TLP, sobre todo como respuesta a conductas autoagresivas y/o amenazas suicidas, por considerar que pueden potenciar estas conductas y disminuir la capacidad del paciente de gestionar sus emociones. (Gunderson & Links, 2008; Joel Paris, 2020)

Aunque evitar el ingreso parece ser el criterio general, se valora que la presencia de episodios psicóticos o de intentos graves de suicidio puede requerir hospitalizaciones breves que permitan contener la situación y reorganizar el plan de tratamiento.

Las recomendaciones al respecto de la decisión de hospitalizar a un paciente son las siguientes (Álvarez et al., 2011; Oldham et al., 2001; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009):

- Se recomienda hospitalizar a un paciente de acuerdo al criterio del clínico, posterior a un intento de suicidio grave o, cuando hay un importante riesgo de suicidio, debido a pobreza de recursos intrapersonales o a un riesgo social, particularmente cuando hay antecedentes de intentos suicidas previos, consumo de sustancias o comorbilidad con otros trastornos afectivos.
- Se recomienda mantener el ingreso hasta que el riesgo haya disminuido.

5.4. REHABILITACIÓN FUNCIONAL E INTEGRACIÓN LABORAL

5.4.1. Rehabilitación funcional

La rehabilitación funcional en personas con TLP tiene como objetivo mejorar su funcionalidad y calidad de vida. Se enfoca en tres áreas: las actividades de la vida diaria (AVD), la ocupación del tiempo libre y la rehabilitación cognitiva.

Las actividades de la vida diaria (AVD) abarcan aquellas actividades que con más frecuencia realiza una persona en su vida cotidiana. Éstas están relacionadas con el ámbito familiar y cotidiano, con las necesidades humanas básicas, con la autonomía funcional y con el uso del tiempo y se han establecido dos niveles:

- a) Actividades básicas**
- b) Actividades instrumentales de la vida diaria.**

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, finalistas, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo. Habitualmente se incluyen en este grupo actividades como la alimentación, la higiene, el vestido, la movilidad.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están ligadas al entorno y suelen ser instrumentales, constituyen un medio para alcanzar o realizar otra acción. Suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el entorno en acciones como comunicación, movilidad comunitaria, mantenimiento de su propia salud, capacidad de manejo de recursos económicos, cuidado de otras personas y respuesta ante emergencias.

Otro aspecto importante en la funcionalidad de las personas con TLP es la ocupación y el uso del tiempo libre. La intervención en esta área va dirigida a fomentar la comunicación y

la relación entre las personas, desarrollar de forma creativa el tiempo libre y potenciar el intercambio con el entorno comunitario.

La intervención de rehabilitación cognitiva se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas que tiene como objetivo mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas, aumentar la autonomía personal y mejorar el funcionamiento psicosocial. Existen diferentes tipos de intervenciones para la rehabilitación cognitiva, que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal. Es una intervención que se ha utilizado en pacientes con trastornos mentales graves, en especial en pacientes con esquizofrenia; aun así, se está iniciando su utilización en personas con TLP de larga evolución y deterioro funcional. (Arza et al., 2009; Pascual et al., 2015)

Se recomienda ofrecer programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria a aquellas personas con TLP que presentan deterioro funcional con objeto de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida así como también ofrecer programas de apoyo a la ocupación del tiempo libre para las personas con diagnóstico de TLP que lo requieran y ofrecer intervenciones de rehabilitación cognitiva a las personas con TLP y alteración cognitiva, integradas en programas más amplios de rehabilitación psicosocial e incorporadas al plan de tratamiento.

5.4.2. Integración laboral

Según la GPC del NICE (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009), los programas de rehabilitación laboral están dirigidos a pacientes que poseen un nivel suficiente de estabilidad psicopatológica, para darles apoyo en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral.

Es preciso valorar la necesidad de trabajar de forma paralela con las familias, a nivel individual y grupal, para que puedan comprender y apoyar el proceso de rehabilitación laboral.

Los elementos comunes de los programas de rehabilitación laboral son la obtención de un empleo normalizado y estable, el aprendizaje de las habilidades necesarias para un

proceso de selección de trabajo, un apoyo ilimitado en el tiempo y la consideración de las preferencias del paciente en la elección y consecución del puesto de trabajo.

El apoyo a la inserción laboral tiene dos modalidades básicas en función de las capacidades de partida del paciente:

- **Entrenamiento prelaboral:** consiste en la rehabilitación de capacidades y competencias generales básicas previas a la inserción, así como el desarrollo de la motivación y la orientación en la búsqueda de trabajo.
- **Empleo con apoyo:** es un modelo de integración laboral pensado para facilitar la incorporación al mercado laboral ordinario de personas con discapacidad y con especiales dificultades.

Se basa en tres puntos fundamentales:

- a) Trabajo integrado en empresas normalizadas en condiciones lo más similares posibles a las del resto de la plantilla profesional que lleva a cabo trabajos parecidos.
- b) Entrenamientos dentro del lugar del trabajo (importancia de la figura profesional del preparador laboral), de manera que primero se ubica a la persona en un lugar y es en este momento y en este contexto donde se le proporciona el entrenamiento para llevarlo a cabo. Remuneración desde el primer momento como cualquier otro trabajador
- c) Apoyo a lo largo de la vida laboral de la persona para posibilitar el mantenimiento del lugar y del rendimiento requerido. Este apoyo fluctúa a lo largo del tiempo en función de la situación, y se reducirá a medida que la persona lo requiera.

Se recomienda ofrecer programas de inserción laboral para personas con TLP carentes de actividad laboral con objeto de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida. (Elliott & Weissenborn, 2010)

6. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

A continuación, se presenta una propuesta de manejo para TLP de acuerdo a los niveles de atención presentes en el ISSS (**ver tabla 9**). Se toma como referencia, ante la falta de evidencia, lo recomendado en otras guías (Álvarez et al., 2011; Oldham et al., 2001; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2009) y por autores de reconocido prestigio como Gunderson (Gunderson & Links, 2008), que proponen un modelo de continuidad de cuidados en la atención a los pacientes con trastornos de larga evolución, como el TLP, en el que el elemento fundamental es la integración y coherencia de la atención entre los distintos niveles asistenciales.

Concretamente, Gunderson describe cuatro niveles de atención que van desde el nivel IV, que corresponde a la hospitalización total y en el que plantea la necesidad de desarrollar unidades especializadas de tratamiento para pacientes con TLP, pasando por la hospitalización parcial y/o la necesidad de recursos residenciales que corresponden al nivel III y el tratamiento ambulatorio intensivo que corresponde al nivel II hasta llegar al nivel I que corresponde al tratamiento ambulatorio.

La red de recursos sanitarios (equipos de salud mental, hospitalización y servicios de rehabilitación), son el lugar adecuado para atender a este tipo de pacientes.

Hay pacientes que de una manera secuencial y progresiva requieren, en su evolución, rotar por diferentes niveles asistenciales hasta conseguir alcanzar su estabilización en un ámbito ambulatorio de atención. En otros pacientes, con más recursos personales y que dispongan de apoyo en su entorno, la utilización de recursos de internamiento puede ser más esporádica o inexistente.

6.1. Nivel primario de atención

La atención primaria se realiza dentro del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en las Clínicas Comunitarias, y la consulta de medicina general y otras especialidades ajenas a Psiquiatría dentro de las Unidades Médicas cuya actuación en relación a la población con TLP es:

- a) Identificación de la población con riesgo de padecer TLP, estableciendo un diagnóstico general y refiriendo al nivel secundario de atención (equipos de Salud Mental).
- b) Identificación de la población que ya padece TLP pero que no está en tratamiento, estableciendo un diagnóstico general y refiriendo al nivel secundario de atención (equipos de Salud Mental).

Se considera que la prevalencia del TLP en el primer nivel de atención es alta, alrededor de cuatro veces más que en la población general. Este nivel de atención no cuenta con los recursos para poder dar manejo a pacientes con dicho diagnóstico (farmacológicos o psicológicos), por lo que su prioridad debe ser la identificación temprana y la referencia al segundo nivel de atención.

Para poder realizar una identificación adecuada de una persona con riesgo o ya padeciendo TLP, el clínico general puede valerse de dos escalas clínicas muy útiles para dicho nivel:

- a) Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) (Willmott et al., 2004)
- b) Cuestionario de Síntomas Autoaplicado (SRQ) (Renneberg et al., 2005)

Ambos cuestionarios tienen evidencia que respalda su uso para la detección de un problema general de salud mental, tanto afectivo como de ansiedad, o de uso perjudicial de sustancias (características a tomar en cuenta para poder realizar diagnóstico de TLP), por lo que se recomienda su uso en medicina general, ante una persona en la que se sospeche riesgo de padecer TLP, o en la que se tenga una sospecha clínica.

6.2. Nivel secundario de atención

En el ISSS, el segundo nivel de atención en el área de Psiquiatría y Salud Mental, está representado por los equipos de Salud Mental, ubicados en las Unidades Médicas de dicho instituto.

Una vez el paciente es identificado y referido por el primer nivel de atención, los equipos de Salud Mental, liderados por el Psiquiatra, son los encargados de la evaluación, diagnóstico específico, tratamiento y continuidad asistencial de las personas con TLP.

Se recomienda que al evaluar a una persona con sospecha de TLP, además de la entrevista psiquiátrica tradicional (con la historia longitudinal respectiva), se utilicen escalas clínicas más específicas para la identificación de un trastorno de personalidad, por ejemplo:

- a) Cuestionario Salamanca para Tamizaje de Trastornos de Personalidad (CSTTP)
- b) Inventario de Trastornos de Personalidad (PID-5)
- c) Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)

Dichas escalas clínicas, deben ser complementadas por otras que evalúen riesgo de suicidio en personas con sospecha de TLP, como:

- a) Escala de desesperanza de Beck (BHS)
- b) Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS)
- c) Escala de ideación suicida (SSI)

Si es necesario, puede complementarse la evaluación con instrumentos psicométricos, como el Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCM-III) (Millon et al., 1994)(Millon et al., 1994)(Millon et al., 1994) o las Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI2 (MMPI2-PD), por parte del personal de psicología.

Una vez se ha realizado un diagnóstico correcto de un TLP, es necesario evaluar qué tipo de tratamiento necesitará un paciente, lo cual dependerá de la sintomatología predominante, para lo que se debe utilizar los flujogramas de tratamiento (**ver apartado 5.3.2**).

Si un paciente con TLP, posterior a una evaluación, diagnóstico y tratamiento adecuado, presenta un control adecuado de síntomas, debe ser manejado de forma ambulatoria, y durante los controles subsecuentes, deben realizarse estrategias psicoeducativas, en adición a las psicoterapéuticas y psicofarmacológicas.

Es recomendable realizar un plan de atención integral, que se adapte a las necesidades y recursos del paciente, que incorpore ámbitos de atención a las comorbilidades físicas y psíquicas, gestión de riesgo principalmente al riesgo de autolesiones y tentativas de suicidio, y es vital que se tenga un plan de atención a las crisis.

La psicoterapia está indicada en aquellos pacientes que reconozcan su implicación en los eventos que le ocurren (introspección) y, sobre todo, que tengan disposición al cambio. Todo esto dependerá de los recursos del equipo de Salud Mental.

6.3. Tercer nivel de atención

En el marco del tratamiento general del paciente con TLP, los hospitales pueden ser el lugar adecuado para iniciar o cambiar de terapia, o para manejar las crisis, especialmente en aquellos pacientes en que se valora un riesgo grave de daño contra sí mismos o contra otras personas y se considera que la situación no puede ser contenida ambulatoriamente.

Debe intentarse la hospitalización voluntaria de estos pacientes. Si se niegan a ello, pueden ser hospitalizados de manera no voluntaria, si su estado cumple los criterios establecidos para un ingreso involuntario, según las normas legales vigentes. En función de la evaluación clínica, del riesgo detectable y del plan terapéutico, se deberá optar por la fórmula de hospitalización que resulte más adecuada.

Los pacientes con TLP son usuarios frecuentes de los servicios de urgencias y de los servicios de hospitalización. No obstante, y a pesar del uso reiterado de ingresos para el control y tratamiento de estos pacientes, la efectividad del ingreso hospitalario como intervención global sigue siendo incierta, principalmente por la ausencia de evidencias de calidad que valoren el impacto de la asistencia hospitalaria en la evolución del TLP.

En la literatura existe un consenso general de que es poco probable que los ingresos prolongados en unidades de ingreso psiquiátrico estándar sean útiles para TLP y que, si se necesitan ingresos en hospitalización, debería ser durante un período breve (entre 1 y 2 semanas) y centrándose en el manejo de las crisis.

Según varios autores, la prolongación de estancias en el hospital no suele producirse tanto por su valor terapéutico, como por la falta de servicios más apropiados del nivel de atención inferior (hospitalización de día o servicios ambulatorios con programas especializados).

La importancia de tener un plan de alta hospitalaria gradual y cuidadoso se debe, entre otras razones, al hecho de que muchos suicidios se cometen inmediatamente después del alta o justo antes de un alta involuntaria.

En situaciones excepcionales, de larga evolución, extrema gravedad y severidad (elevada comorbilidad diagnóstica, tanto con trastornos mentales, como con otros trastornos de la personalidad), elevado deterioro cognitivo y de funcionamiento psicosocial, pueden ser necesarios lugares de vida (residencias, pisos asistidos) con apoyo sociosanitario.

6.3.1. Hospitalización de agudos

Es un dispositivo de internamiento breve, con preferencia de uso voluntario, al que se suele acceder por derivación de los servicios de emergencia o de los equipos de Salud Mental. Si el paciente no acepta el ingreso y se da una situación de riesgo para sí mismo o para los demás, se puede proceder a un ingreso involuntario garantizando, como ya se ha dicho, el respeto a los derechos del paciente y favoreciendo la reconversión del ingreso en voluntario.

El tratamiento en la unidad de agudos está focalizado en la contención de la situación de crisis, cuando ésta no es abordable ambulatoriamente, en la mejoría de la exacerbación sintomática característica de la misma y en favorecer un ágil regreso al entorno habitual una vez el paciente se ha estabilizado.

Las funciones de este tipo de hospitalización son:

- a) Realización de visitas diagnósticas y de valoración.
- b) Realización de diagnóstico de TLP y otros diagnósticos comórbidos.
- c) Valoración del grado de severidad y alteración en el funcionamiento psicosocial.
- d) Realización del tratamiento.

- e) Referencia al momento del alta, al nivel de atención correspondiente, de acuerdo al plan terapéutico (consulta externa del tercer nivel o a equipos de Salud Mental).

6.3.2. Hospitalización parcial (Hospital de día)

Son modalidades de tratamiento a tiempo parcial, que permiten una continuidad en el tratamiento de pacientes con TLP, al que pueden acceder posterior a un ingreso hospitalario, o como estrategia para evitar ingresos. El ISSS, posee dicha modalidad de tratamiento en el Hospital Policlínico Arce.

El tratamiento se organiza de modo intensivo, colaborando con y en el entorno del paciente. Proporciona evaluación diagnóstica y tratamiento específico intensivo a las personas con TLP, de abordaje multifactorial, con componentes terapéuticos diversos, que permiten tratar al paciente en función de sus necesidades, grado de motivación y síntomas característicos en aquel momento. El tratamiento es intensivo y la intervención terapéutica debe estar alrededor de las 20 horas semanales. Con el tratamiento se pretende conseguir una estabilización sintomática de consistencia suficiente como para continuar el tratamiento en el equipo de Salud Mental de referencia, mediante la rehabilitación básica, pre-laboral, formativa y/o acompañamiento a la inserción laboral o estudios.

Tabla 9. Guía para la intervención de TLP de acuerdo al nivel de atención.

Intervenciones	Nivel de atención		
	1º CC-UM	2º ESM	3º HPA
Anamnesis	X	X	X
Exploración física y mental	X	X	X
Diagnóstico			
Criterios diagnósticos	X	X	X
Pruebas psicométricas		X	X
Diagnóstico diferencial		X	X
Tratamiento			
Tratamiento farmacológico		X	X

Abordaje psicosocial	X	X	X
Rehabilitación			X

7. CONCLUSIONES

- El TLP es un problema de salud pública de relevancia dada su prevalencia, ya que se estima que afecta al 1-2% de la población general, y al 11-19% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios.
- El perfil sociodemográfico del paciente con TLP es una persona de sexo femenino, entre los 19 y 34 años de edad, que pertenece a un estrato socioeconómico medio.
- Es una patología con un pronóstico negativo, ya que un importante porcentaje de los pacientes que la sufren, terminan falleciendo por suicidio consumado (10%) o en cárceles (18%).
- La etiología del TLP es multicausal, y no se cuenta con un modelo etiopatogénico que pueda explicarlo de forma holística, sin embargo, se conocen de diversos factores involucrados, como vulnerabilidad genética, disfunción neurobiológica, factores psicosociales, etc.
- La literatura reciente sobre ECA de TLP recomienda la implementación de intervenciones preventivas tempranas como educación sanitaria dirigida a profesionales de la salud, para la identificación temprana de sintomatología relacionada a dicho trastorno.
- En pacientes en los que se identifica de forma precoz alguna sintomatología relacionada al TLP, la evidencia científica recomienda el uso de intervenciones

psicoterapéuticas breves, las cuales disminuyen la progresión del trastorno a futuro.

- Para la detección del TLP, es necesario un esfuerzo conjunto que va desde el médico general, en el primer nivel de atención, que identifique de forma temprana la patología y refiera al siguiente nivel, de acuerdo al caso.
- El diagnóstico de TLP debe realizarse utilizando los criterios diagnósticos del CIE-10 o DSM-V, sin embargo, deben ser complementados con escalas clínicas validadas para el trastorno.
- El tratamiento del TLP es multidisciplinario, y es necesario un equipo de salud mental para asegurar una mayor tasa de éxito, sin embargo, es sabido por la evidencia científica que únicamente un porcentaje pequeño de los pacientes que sufren esta patología, responden adecuadamente al tratamiento.
- Es necesaria la ideación de un plan de tratamiento que incluya aspectos como la alianza terapéutica, educación sobre el trastorno, manejo de crisis, coordinación del tratamiento con otras áreas fuera de la psiquiatría, y monitoreo constante del mismo, para asegurar un mayor éxito.
- Existe abundante evidencia científica sobre el tratamiento psicoterapéutico del TLP, sin embargo, las técnicas recomendadas en base a dicha evidencia son la Terapia Dialéctica-Conductual (dentro de la técnica cognitiva), y la Terapia Psicodinámica (Psicoanalítica).
- Para obtener mejores resultados dentro del tratamiento psicofarmacológico del TLP, se recomienda dividir los objetivos terapéuticos en base a los síntomas predominantes: desregulación afectiva, descontrol impulsivo-conductual y cognitivos-perceptuales.
- No existen psicofármacos que tengan aprobación por FDA o por otra agencia reguladora para el tratamiento específico con TLP, sin embargo, de acuerdo a múltiples ensayos clínicos aleatorizados, se recomienda el uso de ISRS,

antipsicóticos y moduladores del afecto, dependiendo del tipo de sintomatología predominante.

- El TLP presenta a lo largo de su curso clínico, múltiples crisis, las cuales deben ser evaluadas y manejadas adecuadamente por el clínico, sabiendo que cuenta con múltiples recursos para el tratamiento de las mismas, y que en la mayoría de los casos (exceptuando conductas suicidas evidentes), el ingreso no es la mejor alternativa.
- El TLP es una patología que produce disminución de la funcionalidad global de los pacientes que la padecen, por lo tanto, son necesarias estrategias de rehabilitación, tomando en cuenta que el objetivo es mejorar la calidad de vida de los mismos, así como la reintegración laboral de estos pacientes.
- La estratificación de la atención del TLP en distintos niveles de atención, ha demostrado tener utilidad dentro de la salud pública, así como en calidad de atención hacia dichos pacientes, ya que permite una mejor coordinación de las actividades de cada nivel, y no satura al tercer nivel.

8. RECOMENDACIONES

- Es necesaria la revisión de la presente guía al menos cada 5 años, para la actualización de la evidencia científica existente sobre el TLP.
- Los organismos y ministerios a cargo de la salud mental deben desarrollar equipos y/o servicios especializados multidisciplinarios para personas con trastornos de la personalidad. Estos equipos deben tener experiencia específica en el diagnóstico y manejo del TLP y deben:
 - Proporcionar servicios de evaluación y tratamiento para personas con TLP que tienen necesidades particularmente complejas y/o altos niveles de riesgo.
 - Proporcionar consultas y asesoramiento a los servicios de atención primaria y secundaria.

- Ofrecer un servicio de diagnóstico cuando los servicios psiquiátricos generales tengan dudas sobre el diagnóstico y/o manejo del TLP.
 - Asegurar que se establezcan y mantengan líneas claras de comunicación entre la atención primaria y secundaria.
 - Apoyar, liderar y participar en el desarrollo local y nacional de tratamientos para personas con TLP, incluida la investigación multicéntrica.
 - Supervisar la implementación de esta guía.
 - Desarrollar y proporcionar programas de capacitación sobre el diagnóstico y manejo del TLP y la implementación de esta guía.
-
- Los equipos de especialistas deben desarrollar y proporcionar programas de capacitación que cubran el diagnóstico y el manejo del TLP y la implementación de esta guía para profesionales generales de salud mental, atención social, atención forense y primaria y otros profesionales que tienen contacto con personas con TLP. Los programas también deben abordar los problemas relacionados con el estigma y la discriminación, ya que se aplican a estos pacientes.

 - Los servicios especializados de trastornos de la personalidad deben involucrar a las personas con dicho diagnóstico y a sus familias o cuidadores en la planificación de la atención, para que, de esta forma, ellos mismos puedan proveer servicios de psicoeducación para otros pacientes, y facilitar grupos de apoyo entre pares.

 - Se recomienda una reestructuración de los programas académicos de formación de especialistas en Psiquiatría y Salud Mental, para la inclusión de módulos específicos sobre trastornos de la personalidad, especialmente el TLP, debido a la alta prevalencia de esta patología.

9. ANEXOS

9.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg

TABLA I
General Health Questionnaire (GHQ-28)

Por favor lea cuidadosamente:

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a **TODAS** las respuestas.

Muchas gracias por su colaboración.

Últimamente:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

TABLA I (Continuación)
General Health Questionnaire (GHQ-28)

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				
Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo		Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual	
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
Más satisfecho	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos satisfecho	
5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?				
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	
D. 1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?				
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado	
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha pasado por la mente	Claramente lo he pensado	

9.2. Cuestionario de Síntomas Autorreportado (SRQ)



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCION DE SALUD
DIVISION TECNICA NORMATIVA
PROCESO DE PROGRAMACION E IMPLANTACION
COMPONENTE DE SALUD MENTAL

NOMBRE: _____	EDAD: _____	SEXO: M ___ F ___
LUGAR DE TRABAJO: _____	FECHA: _____	

EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL:

Marque la palabra SI, únicamente si lo que se le pregunta lo ha sentido durante los últimos 30 días (1 mes).

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Ha tenido frecuentes dolores de cabeza? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido mal apetito? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha dormido mal? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se asusta con facilidad? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Sufre de temblor de manos? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Sufre de mala digestión? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿No puede pensar con claridad? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Se siente triste? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Llora con mucha frecuencia? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 13. Tiene dificultad en hacer su trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Ha perdido interés en las cosas? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Siente que usted es una persona inútil? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido sensaciones desagradables en su estómago? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Se cansa con facilidad? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Sume únicamente las respuestas afirmativas.

21. ¿Siente que alguien quiere dañarlo o hacerle un mal? SI NO
22. ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? SI NO
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? SI NO
24. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? SI NO
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimiento de brazos y piernas, con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?

Sume únicamente las respuestas afirmativas.

26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos o a su médico que usted estaba bebiendo mucho licor? SI NO
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? SI NO
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida (como en el trabajo o escuela o faltar a ellos)? SI NO
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho? SI NO
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? SI NO

Sume únicamente las respuestas afirmativas.

31. ¿Se considera una persona sin fé? SI NO
32. ¿Se considera una persona impulsiva? SI NO
33. ¿Tiene dificultades con su familia, en la escuela o en trabajo? SI NO
34. ¿Tiene una imagen negativa de si mismo? SI NO
35. ¿Ha consumido licor a una edad muy temprana? SI NO
36. ¿Se siente deprimido? SI NO
37. ¿Ha realizado conductas que han desaprobado los demás? SI NO
38. ¿Tiene malas relaciones con sus padres o esposa(o)? SI NO
39. ¿Tiene amigos cercanos que usan droga? SI NO

Sume únicamente las respuestas afirmativas.

40. ¿Fuma 6 o más cigarrillos al día? SI NO
41. ¿Toma 3 o más tazas de café al día? SI NO
42. ¿Realiza ejercicios físicos menos de 3 veces por semana? SI NO

Form.:510401-04-01-04

9.3. Cuestionario Salamanca para el Tamizaje de Trastornos de la Personalidad

CUESTIONARIO SALAMANCA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M. Esperanza Gómez Gazol

Este es un cuestionario para la valoración de algunos de sus rasgos de personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.

Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: 1, A veces; 2, Con frecuencia, y 3, Siempre.

Nombre: Fecha:

1. Más vale no confiar en los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
2. Me gustaría dar a la gente su merecido	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
4. Prefiero estar conmigo mismo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
5. ¿Piensa la gente que es usted raro, excéntrico...?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
6. ¿Cree que está más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
7. Soy demasiado emocional	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
8. Cuido mucho mi apariencia	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
9. Hago cosas que están fuera de la ley	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
11. Creo que soy especial y merezco que me lo reconozcan	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
12. ¿Cree que la gente le envidia por su valía?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
13. ¿Sus emociones son como una montaña rusa?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
14. ¿Es usted impulsivo?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
15. ¿Se pregunta con frecuencia cuál es su papel en la vida?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
16. ¿Se siente aburrido y vacío con facilidad?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado, rígido...?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
21. Soy nervioso	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F

Nombre y apellidos:			
Fecha:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad:	Diagnóstico:
Estado civil:			
Profesión:			
Tratamiento:			

Corrección del cuestionario

Suma el total de los puntos obtenidos en las respuestas verdaderas para cada trastorno y refléjelas en la gráfica. Los ítems correspondientes a cada subescala son:

<i>Grupo A</i>	PAR	Paranoide (ítems 1 y 2)
	ESQ	Esquizoide (ítems 3 y 4)
	EQT	Esquizotípico (ítems 5 y 6)
<i>Grupo B</i>	HIST	Histriónico (ítems 7 y 8)
	ANT	Antisocial (ítems 9 y 10)
	NAR	Narcisista (ítem 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: subtipo impulsivo (ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: subtipo límite (ítems 15 y 16)
<i>Grupo C</i>	ANAN	Anancástico (ítems 17 y 18)
	DEP	Dependiente (ítems 19 y 20)
	ANS	Ansioso (ítems 21 y 22)

Según la nomenclatura del DSM-IV TR: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista y dependiente.
Según la nomenclatura de la CIE-10: trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, anancástico y ansioso.

Refleje la puntuación en el siguiente gráfico:

Puntuación	<i>Grupo A</i>			<i>Grupo B</i>				<i>Grupo C</i>			
	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											
0											

9.4. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE)

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE (MÓDULO CIE-10)		
<i>Directrices:</i>		
1. La intención de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted durante los últimos 5 años.		
2. Por favor no omita ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señale la respuesta (verdadero o falso) que le parezca <i>más correcta</i> . No hay límite de tiempo, pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.		
3. Cuando la respuesta sea verdadero, señale con un <i>círculo</i> la letra V. Cuando la respuesta sea falso, señale con un <i>círculo</i> la letra F.		
1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. No reacciono bien cuando alguien me ofende	V	F
3. No soy minucioso con los pequeños detalles	V	F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7. Habitualmente me siento tenso o nervioso	V	F
8. Casi nunca me enfado con nada	V	F
9. Hago lo que sea necesario para que la gente no me abandone	V	F
10. Soy una persona muy precavida	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me meto en relaciones muy intensas, pero poco duraderas	V	F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. Me cuesta discrepar de las personas de quienes dependo mucho	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o trato mal a alguien	V	F
19. Discuto o me peleo con la gente cuando tratan de impedirme que haga lo que quiero	V	F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso si estaba esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican, no manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22. No he perdonado los agravios de otros durante años	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo la gente se ríe de mí a mis espaldas	V	F
25. Nunca me he autolesionado a propósito, ni he amenazado con suicidarme	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo: siempre están cambiando	V	F
27. Luchó por mis derechos aunque moleste a la gente	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. No mantengo un plan si no obtengo resultados inmediatamente	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F

32. La gente cree que soy demasiado estricto con las normas y reglas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con la gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. A veces me enfado tanto que rompo o tiro cosas	V	F
38. He tenido amistades íntimas que duraron mucho tiempo	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento «vacio» por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43. Muchas cosas me parecen peligrosas, y no a la mayoría de la gente	V	F
44. Tengo fama de que me gusta «flirtear»	V	F
45. No pido favores a la gente de la que dependo mucho	V	F
46. Prefiero las actividades que puedo hacer por mí mismo	V	F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy demasiado inflexible o formal	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Me guardo las cosas para mí, incluso cuando estoy con gente	V	F
51. Para mí es difícil estar sin problemas	V	F
52. Estoy convencido de que existe una conspiración tras muchas cosas que pasan en el mundo	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. La mayoría de la gente piensa que soy una persona extraña	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Estoy más interesado en mis pensamientos que en lo que pasa fuera	V	F
59. Normalmente trato que la gente haga las cosas a mi manera	V	F

9.5. Inventario de Personalidad del DSM-V, forma breve (PID-5-BF)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Fecha: _____

Instrucciones: Esta es una lista de cosas que diferentes personas podrían decir sobre sí mismas. Estamos interesados en cómo te describirías a ti mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Para que pueda describirse lo más honestamente posible, mantendremos sus respuestas confidenciales. Nos gustaría que se tome su tiempo y lea cada declaración cuidadosamente, seleccionando la respuesta que mejor lo describa.					Uso médico	
		Muy falso	Algunas veces falso	Algunas veces cierto	Muy cierto	
1	La gente me describiría como imprudente.	0	1	2	3	
2	Siento que actúo impulsivamente.	0	1	2	3	
3	Aunque sé que no es lo mejor, no puedo dejar de tomar decisiones precipitadas.	0	1	2	3	
4	A menudo siento que nada de lo que hago realmente importa.	0	1	2	3	
5	Otros me ven como irresponsable.	0	1	2	3	
6	No soy bueno planificando con anticipación.	0	1	2	3	
7	Mis pensamientos a menudo no tienen sentido para los demás.	0	1	2	3	
8	Me preocupo por casi todo.	0	1	2	3	
9	Me emociono fácilmente, a menudo por muy poca razón.	0	1	2	3	
10	Temo estar solo en la vida más que cualquier otra cosa.	0	1	2	3	
11	Me fijo en una forma de hacer las cosas, incluso cuando está claro que no funcionará.	0	1	2	3	
12	He visto cosas que realmente no estaban allí.	0	1	2	3	
13	Me mantengo alejado de las relaciones románticas.	0	1	2	3	
14	No me interesa hacer amigos.	0	1	2	3	
15	Me irrito fácilmente por todo tipo de cosas.	0	1	2	3	
16	No me gusta acercarme demasiado a la gente.	0	1	2	3	
17	No es gran cosa si hiero los sentimientos de otras personas.	0	1	2	3	
18	Raramente me entusiasmo por algo.	0	1	2	3	
19	Anheo atención.	0	1	2	3	
20	A menudo tengo que tratar con personas que son menos importantes que yo.	0	1	2	3	
21	A menudo tengo pensamientos que tienen sentido para mí pero que otras personas dicen que son extraños.	0	1	2	3	
22	Uso a las personas para obtener lo que quiero.	0	1	2	3	
23	A menudo me "pierdo" y de repente me doy cuenta de que ha pasado mucho tiempo.	0	1	2	3	
24	Las cosas a mi alrededor a menudo se sienten irreales o más reales de lo habitual.	0	1	2	3	
25	Para mí es fácil aprovecharse de los demás.	0	1	2	3	
Puntaje bruto total/parcial						
Puntaje total prorrateado: (si 1-6 elementos quedan sin respuesta)						
Puntaje total promedio						

Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE.
Copyright © 2013 American Psychiatric Association. All Rights Reserved.

Puntuación de los dominios de rasgos de personalidad

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO	Dominio del rasgo de personalidad	Ítem	Puntaje bruto de dominio	Puntaje prorrateado de dominio	Puntaje promedio de dominio
	Afecto negativo	8, 9, 10, 11, 15			
	Desapego	4, 13, 14, 16, 18			
	Antagonismo	17, 19, 20, 22, 25			
	Desinhibición	1, 2, 3, 5, 6			
	Psicoticismo	7, 12, 21, 23, 24			

Instrucciones para los clínicos

Este Inventario de personalidad para DSM-5 — Forma breve (PID-5-BF) —Adult es una escala de evaluación de rasgos de personalidad autocalificada de 25 ítems para adultos mayores de 18 años. Evalúa 5 dominios de rasgos de personalidad que incluyen afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo, y cada dominio de rasgo consta de 5 elementos. La medida la completa el individuo antes de una visita al médico. Si la persona que recibe la atención es un adulto de 18 años o más con capacidad limitada y no puede completar el formulario, un informante capacitado puede completar la versión informante de la medida (el PID-5-IRF). Cada artículo en el PID-5-BF le pide a la persona que recibe la atención que califique qué tan bien el artículo lo describe en general.

Puntuación e interpretación

Cada elemento de la medida se clasifica en una escala de 4 puntos (es decir, 0 = muy falso o, a menudo, falso; 1 = a veces o algo falso; 2 = a veces o algo cierto; 3 = muy verdadero o a menudo cierto). La medida general tiene un rango de puntajes de 0 a 75, con puntajes más altos que indican una mayor disfunción general de la personalidad. Cada dominio de rasgo varía en puntaje de 0 a 15, con puntajes más altos que indican una mayor disfunción en el dominio de rasgo de personalidad específico. Se le pide al clínico que revise el puntaje de cada ítem en la medida durante la entrevista clínica e indique el puntaje bruto de cada ítem en la sección provista para "Uso del clínico". Los puntajes brutos de los 25 elementos deben sumarse para obtener un puntaje bruto total. Los puntajes de los elementos dentro de cada dominio de rasgos deben sumarse e ingresarse en el cuadro de puntaje de dominio sin procesar apropiado. Además, se le pide al médico que calcule y use **puntajes promedio para cada dominio y para la medida general**. Los puntajes promedio reducen el puntaje general, así como los puntajes para cada dominio a una escala de 4 puntos, lo que permite al clínico pensar en la disfunción de la personalidad del paciente en relación con las normas observadas. El **puntaje promedio del dominio** se calcula dividiendo el dominio bruto puntuación por el número de elementos en el dominio (por ejemplo, si todos los elementos dentro del dominio de "afecto negativo" se clasifican como "a veces o algo cierto", entonces la puntuación promedio del dominio sería 10/5 = 2, lo que indica un afecto negativo moderado). El **puntaje total promedio** se calcula dividiendo el puntaje general bruto por el número total de elementos en la medida (es decir, 25). Se encontró que el dominio promedio y las puntuaciones generales de disfunción de la personalidad eran confiables, fáciles de usar y clínicamente útiles para los médicos en los ensayos de campo del DSM-5.

Nota: Si quedan 7 o más elementos sin respuesta en la medida (es decir, falta más del 25% del total de elementos), no se deben calcular los puntajes. Del mismo modo, si 2 o más elementos quedan sin respuesta en cualquier dominio, no se debe calcular la puntuación del dominio. Por lo tanto, se debe alentar al individuo a completar todos los elementos de la medida. Sin embargo, si 7 o más de los ítems totales en la medida quedan sin respuesta, pero se completan 4 o 5 ítems para algunos de los dominios, las puntuaciones de dominio sin procesar o promedio pueden usarse para esos dominios. Si para la medida general de 1 a 6 ítems quedan sin respuesta, o para cualquier dominio solo queda un ítem sin respuesta, puede prorratear el puntaje bruto total o el puntaje de dominio sumando primero el número de ítems que fueron respondidos para obtener un puntaje bruto parcial. Luego, multiplique el puntaje bruto parcial por el número total de elementos en la medida (es decir, 25) o en el dominio (es decir, 5). Finalmente, divida el valor por el número de ítems que realmente fueron respondidos para obtener el puntaje bruto total o de dominio prorrateado.

$$\text{Puntaje prorrateado} = \frac{\text{Puntaje bruto parcial} \times \text{número de elementos en el PID-5 BF}}{\text{Número de ítems que fueron respondidos realmente}}$$

Si el resultado es una fracción, redondea al número entero más cercano.

Frecuencia de uso

Para realizar un seguimiento del cambio en la gravedad de la disfunción de la personalidad del individuo a lo largo del tiempo, se recomienda completar la medida a intervalos regulares según esté clínicamente indicado, dependiendo de la estabilidad de los síntomas del individuo y el estado del tratamiento. Los puntajes consistentemente altos en un dominio particular pueden indicar áreas significativas y problemáticas para la persona que recibe atención que podrían justificar una evaluación, tratamiento y seguimiento adicionales. Su juicio clínico debe guiar su decisión.

9.6. Escala de Desesperanza de Beck (HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

9.7. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)

I. Circunstancias objetivas
1. <i>Aislamiento</i> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i> 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i> 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene sentido») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «voy a tomar pastillas»)
II. Autoinforme
9. <i>Propósito supuesto del intento</i> 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i> 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i> 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro de si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i> 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

- 0. No quería morir
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- 1. No estaba seguro de si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*

- 0. Ninguno; impulsivo
- 1. Suicidio contemplado durante 3 horas antes del intento
- 2. Suicidio contemplado durante más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

- 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
- 2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

- 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2. No concepciones o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*

- 0. Ninguno
- 1. 1 o 2
- 2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento suicida*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, etc., cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

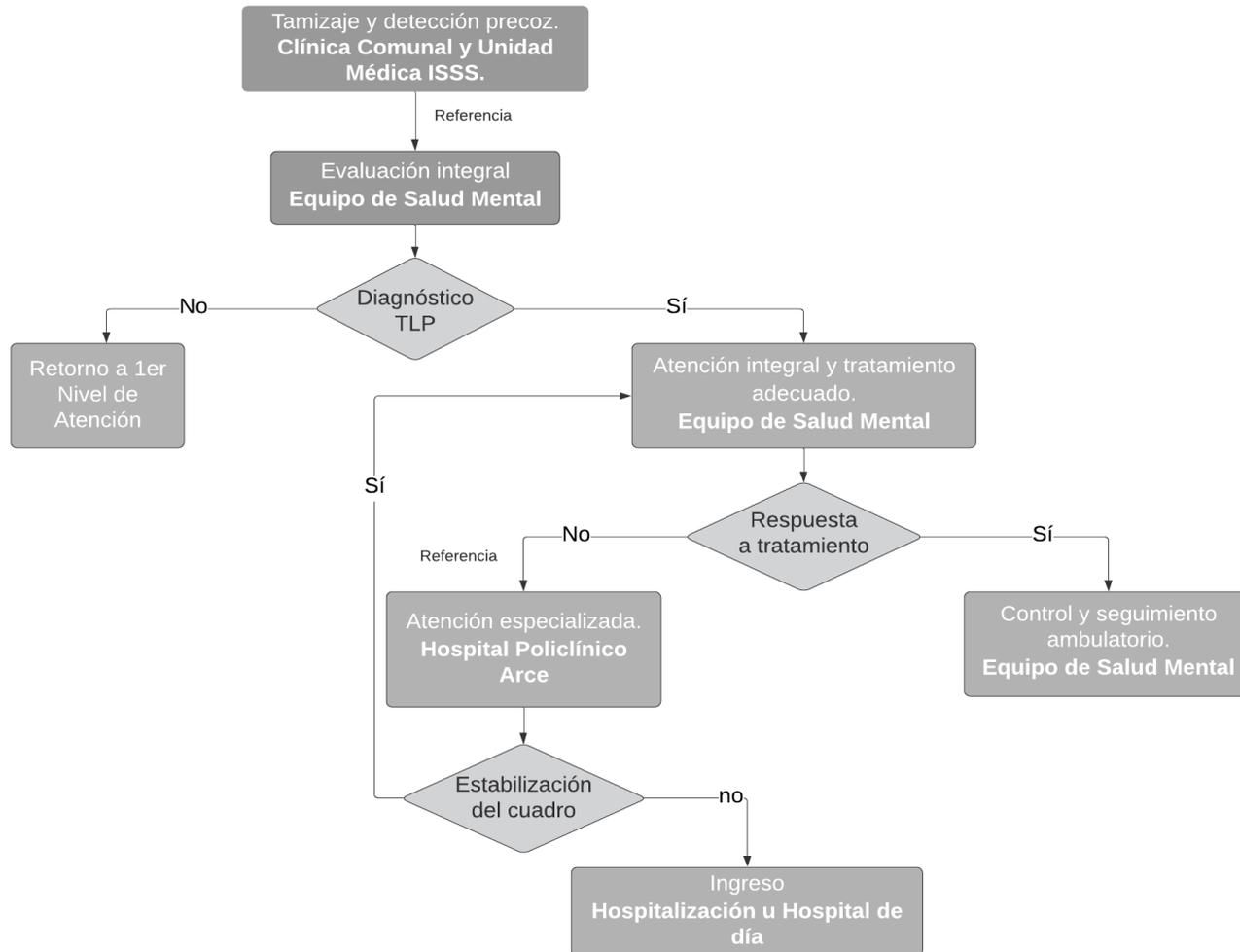
- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento; lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

9.8. Escala de Ideación Suicida (SSI)

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
1. Inseguridad sobre su valor
2. Seguro de su valor, capacidad
-
15. *Expectativas/espera del intento actual*
0. No
1. Incierto
2. Sí
-
16. *Preparación actual para el intento contemplado*
0. Ninguna
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
-
17. *Nota suicida*
0. Ninguna
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
2. Nota terminada
-
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
0. Ninguno
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
-
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
0. Reveló las ideas abiertamente
1. Frenó lo que estaba expresando
2. Intentó engañar, ocultar, mentir

9.9. Flujograma de atención para TLP



10. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, I., Andión, O., Barral, C., Calvo, N., Casadella, C., Casañas, R., & Ferrer, M. (2011). Guía De Práctica Clínica Sobre Trastorno Límite De La Personalidad. In *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut*. http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tlp_2011_completa.pdf
2. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.). American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. (4th ed.).
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (Fifth).
5. Arza, R., Díaz-Marsá, M., López-Micó, C., De Fernández Pablo, N., López-Ibor, J. J., & Carrasco, J. L. (2009). Neuropsychological rehabilitation in patients with borderline personality disorder: A case series. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 37(4), 236–239.
6. Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2012). *GLADP-VR Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico Versión Revisada*.
7. Bader, O. (2020). The human extended socio-attentional field and its impairment in borderline personality disorder and in social anxiety disorder. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19(1), 169–189. <https://doi.org/10.1007/s11097-019-09621-w>
8. Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.36>
9. Bateman, Anthony, & 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. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
10. Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (Guilford (ed.)).
11. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
12. Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for Suicide Ideation: Psychometric Properties of a Self-Report Version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499–505.
13. Belli, H., Ural, C., & Akbudak, M. (2012). Borderline Personality Disorder: Bipolarity, Mood Stabilizers and Atypical Antipsychotics in Treatment. *Journal of Clinical Medicine Research*, 4(5), 301–308. <https://doi.org/10.4021/jocmr1042w>
14. Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2008). Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. *CNS Drugs*, 22(8), 671–692. <https://doi.org/10.2165/00023210-200822080-00005>
15. Black, D. W., Gunter, T., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G., & Sieleni, B. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 400–405. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.006>
16. Boa, S., Vilmarb, J. W., Jensenb, S. L., Jørgensena, M. S., Kongersleva, M., Lindd, M., & Fonagyf, P. (2020). What works for adolescents with borderline personality

- disorder: Towards a developmentally informed understanding and structured treatment model. *Current Opinion in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.addma.2020.101070>
17. Bridler, R., Häberle, A., Müller, S. T., Cattapan, K., Grohmann, R., Toto, S., Kasper, S., & Greil, W. (2015). Psychopharmacological treatment of 2195 inpatients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 25(6), 763–772. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.03.017>
 18. Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Hok, P. Y., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., & McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), 477–484. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>
 19. Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Hok, P. Y. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 526–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>
 20. Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., & Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 353–364. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.353>
 21. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. John Wiley & Sons, Inc.
 22. Clarkin, John F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
 23. Coccaro, E. F., & Kavoussi, R. J. (1994). Fluoxetine and Impulsive Aggressive Behavior in Personality-Disordered Subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54(12), 1081–1088.
 24. Coid, J., Wilkins, J., & Coid, B. (1999). Fire-setting, pyromania and self-mutilation in female remanded prisoners. *Journal of Forensic Psychiatry*, 10(1), 119–130. <https://doi.org/10.1080/09585189908402143>
 25. Colligan, R. C., Morey, L. C., & Offord, K. P. (1994). The MMPI/MMPI-2 personality disorder scales: Contemporary norms for adults and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 168–200. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199403\)50:2<168::AID-JCLP2270500207>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199403)50:2<168::AID-JCLP2270500207>3.0.CO;2-E)
 26. Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Generalitat de Catalunya. (2006). *Trastorno límite de la personalidad (TLP)*.
 27. Cornelius, J. R., Perel, J. M., & Ulrich, F. (1993). *Continuation Pharmacotherapy With Haloperidol. December*.
 28. Cowdry, R. W., & Gardner, D. L. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45(2), 111–119. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627733>
 29. Daros, A. R., Norouzzian, N., Darboh, B. S., McRae, K., & Ruocco, A. C. (2020). Cognitive reappraisal of negative emotional images in borderline personality disorder: Content analysis, perceived effectiveness, and diagnostic specificity. *Journal of Personality Disorders*, 34(2), 199–215. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_390
 30. Davison, S., Leese, M., & Taylor, P. J. (2001). Examination of the screening

- properties of the personality diagnostic questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 180–194. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.2.180.19212>
31. De la Fuente, J. M., & Lotstra, F. (1994). A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 4(4), 479–486. [https://doi.org/10.1016/0924-977X\(94\)90296-8](https://doi.org/10.1016/0924-977X(94)90296-8)
 32. Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54(11), 1284–1293. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00636-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00636-X)
 33. Elliott, B., & Weissenborn, O. (2010). Employment for persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 61(4), 417. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.4.416>
 34. Faltus, F. J. (1984). The Positive Effect of Alprazolam in the Treatment of Three Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141(June), 802–803.
 35. Feske, U., Mulsant, B. H., Pilkonis, P. A., Soloff, P., Dolata, D., Sackeim, H. A., & Haskett, R. F. (2004). Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2073–2080. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2073>
 36. Freinhar, J. P., & Alvarez, W. A. (1985). Clonazepam: A novel therapeutic adjunct. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15(4), 321–328. <https://doi.org/10.2190/6dk0-tpwy-mcdj-ddf9>
 37. Frosch, J. (1964). The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *The Psychiatric Quarterly*, 38(1–4), 81–96. <https://doi.org/10.1007/BF01573368>
 38. Gabbard, G. O., Horwitz, L., Allen, J. G., Frieswyk, S., Newsom, G., Colson, D. B., & Coyne, L. (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon. *Harvard Review of Psychiatry*, 2(2), 59–69. <https://doi.org/10.3109/10673229409017119>
 39. Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. American Psychiatric Press.
 40. Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1985). Alprazolam-Induced Dyscontrol in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142(January), 98–100.
 41. Gescher, D. M., Cohen, S., Ruttman, A., & Malevani, J. (2011). ECT revisited: Impact on major depression in borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 1003–1004. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.617723>
 42. Giner Zaragoza, F., Lera Calatayud, G., Vidal Sánchez, M. L., Puchades Muñoz, M. P., Rodenas Pérez, A., Císcar Pons, S., Chiclana Actis, C., Martín Vivar, M., Garulo Ibáñez, T., Tapia Alcañiz, J., Díaz Esteban, E., & Ferrer Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789–799. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000400007>
 43. Gleyzer, R., Felthous, A. R., & Holzer III, C. E. (2002). Animal Cruelty and Psychiatric Disorders. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 257–265. <https://doi.org/10.1111/avj.149>
 44. Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). Borderline personality disorder. A Clinical Guide. In *American Psychiatry Publishing* (Second).

- <https://doi.org/10.1177/070674378703200527>
45. Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71(3), 690–694. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00177>
 46. Helle, A. C., Watts, A. L., Trull, T. J., & Sher, K. J. (2019). Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Research : Current Reviews*, 40(1), 1–16. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.05>
 47. Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K., Thron, A., & Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50(4), 292–298. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01075-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01075-7)
 48. Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, 23(2), 248–276. <https://doi.org/10.1007/BF01563119>
 49. Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (2013). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *The Science of Mental Health: Volume 7: Personality and Personality Disorder*, 186–192.
 50. Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741–749. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.741>
 51. Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., & Caddell, J. M. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated Women. *Arc*, 53(1), 513–519. <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1367-6>
 52. Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. In *Journal of the American Psychoanalytic Association* (Vol. 15, Issue 3). <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
 53. Khoury, J. E., Zona, K., Bertha, E., Choi-Kain, L., Hennighausen, K., & Lyons-Ruth, K. (2019). Disorganized Attachment Interactions Among Young Adults With Borderline Personality Disorder, Other Diagnoses, and No Diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 1–21. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_408
 54. Kjelsberg, E., Eikeseth, P. H., & Dahl, A. A. (1991). Suicide in borderline patients — predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 283–287. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03145.x>
 55. Klein, M. H., Benjamin, L. S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J., & Greist, J. H. (1993). The Wisconsin personality disorders inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Personality Disorders*, 7(4), 285–303. <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.4.285>
 56. Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
 57. Lee, J. H., Kung, S., Rasmussen, K. G., & Palmer, B. A. (2019). Effectiveness of Electroconvulsive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder and Comorbid Borderline Personality Disorder. *Journal of ECT*, 35(1), 44–47. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000533>
 58. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
 59. Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959–986. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050455>

60. Lewis Herman, J., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490–495.
61. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 77–87. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70539-2_8
62. Limandri, B. J. (2018). Psychopharmacology for Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing*, 56(4), 8–11.
63. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. (Guilford (ed.)).
64. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
65. Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971–974.
66. Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchleim, P., Channabasavanna, S. M., Cold, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. W., & Ferguson, B. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215–224.
67. Markovitz, P. (1995). Pharmacotherapy of impulsivity, aggression and related disorders. In E. Hollander & D. J. Stein (Eds.), *Impulsivity and Aggression* (pp. 263–287). John Wiley & Sons, Inc.
68. McGlashan, T. H. (1986). The Chestnut Lodge Follow-Up Study. III. Long-term Outcome of Borderline Personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43(1), 20–30.
69. Meares, R., Stevenson, J., & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 467–472. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00594.x>
70. Menjívar, E., Robles, J., & Espinoza, E. (2017). Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría. *Ministerio de Salud*, 1–94. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_atencion_salud_mental_y_psiquiatría_v1.pdf
71. Millon, T., Millon, C., & Davis, R. (1994). *MCM-III Manual*. National Computer Systems.
72. Molina-Ruiz, R., Alberdi-Páramo, Í., Castro Oller, M. de, Gutiérrez Fernández, N., Carrasco Perera, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2019). Personality in patients with eating disorders depending on the presence/absence of comorbidity with borderline personality disorder. *Rev. Mex. Trastor. Aliment*, 10(1), 109–120. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.494>
73. Montgomery, S. A., & Montgomery, D. (1982). Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 4(4), 291–298. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(82\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0165-0327(82)90026-X)
74. Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20–26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>
75. Oldham, J. M., Gabbard, G. O., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., Phillips, K. a, & Consultant, M. D. (2001). Practice Guideline fo Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. In *American Psychiatric Association: Vol. October* (Issue March).
76. Organización Mundial de la Salud. OMS. (1992). *Clasificación Internacional de*

- Enfermedades: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento* (10th ed.).
77. Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, *28*(6), 530–535. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(87\)90019-8](https://doi.org/10.1016/0010-440X(87)90019-8)
 78. Paris, Joel. (2020). *Treatment of Borderline Personality Disorder, a guide to evidence-base practice* (Second Edi). Guilford.
 79. Pascual, J. C., Palomares, N., Ibáñez, Á., Portella, M. J., Arza, R., Reyes, R., Feliu-Soler, A., Díaz-Marsá, M., Saiz-Ruiz, J., Soler, J., & Carrasco, J. L. (2015). Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0640-5>
 80. Renneberg, B., Schmidt-Rathjens, C., Hippin, R., Backenstrass, M., & Fydrich, T. (2005). Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: Development and validation of a self-report inventory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*(3), 173–182. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.001>
 81. Riesco, Y., Perez-Urdaniz, A., & Rubio, V. (1998). The evaluation of personality disorders among inmates by IPDE and MMPI. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, *26*, 151–154.
 82. Rohde, C., Polcwiartek, C., Correll, C. U., & Nielsen, J. (2018). Real-world effectiveness of clozapine for borderline personality disorder: Results from a 2-year mirror-image study. *Journal of Personality Disorders*, *32*(6), 823–837. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_328
 83. Schmahl, C., Kleindienst, N., Limberger, M., Ludäscher, P., Mauchnik, J., Deibler, P., Brünen, S., Hiemke, C., Lieb, K., Herpertz, S., Reicherzer, M., Berger, M., & Bohus, M. (2012). Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *27*(1), 61–68. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32834d0e50>
 84. Sederer, L. I., Ellison, J., & Keyes, C. (1998). Guidelines for prescribing psychiatrists in consultative, collaborative, and supervisory relationships. *Psychiatric Services*, *49*(9), 1197–1202. <https://doi.org/10.1176/ps.49.9.1197>
 85. Shapiro, E. R. (1992). Family dynamics and borderline personality disorder. In *Handbook of borderline disorders* (pp. 471–493). International Universities Press, Inc.
 86. Sheard, M. H., Marini, J. L., Bridges, C. I., & Wagner, E. (1976). The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *American Journal of Psychiatry*, *133*(12), 1409–1413. <https://doi.org/10.1176/ajp.133.12.1409>
 87. Sheard, Michael H. (1975). Lithium in the Treatment of Aggression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *160*(2), 108–118.
 88. Siever, L., & Trestman, R. L. (1993). The serotonin system and aggressive personality disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *8*, 33–39. <https://doi.org/10.1097/00004850-199311002-00005>
 89. Smith, T. L., Klein, M. H., & Benjamin, L. S. (2003). Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID-II. *Journal of Personality Disorders*, *17*(3), 173–187. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.173.22150>
 90. Soloff, P. H. (1986). Progress in Pharmacotherapy of Borderline Disorders. A Double-blind Study of Amitriptyline, Haloperidol, and Placebo. *Archives of General Psychiatry*, *43*(7), 691–697. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800070081010>
 91. Soloff, P. H., George, A., Nathan, S., Schulz, P. M., Cornelius, J. R., Herring, J., & Perel, J. M. (1989). Amitriptyline versus Haloperidol in Borderlines: Final Outcomes

- and Predictors of Response. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9(4), 238–246.
92. Stepp, S. D., Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2012). Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 7–20. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9530-6>
 93. Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467–489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
 94. Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An Outcome Study of Psychotherapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149(3), 358–362.
 95. Stoffers-Winterling, J., Storebø, O. J., & Lieb, K. (2020). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Current Psychiatry Reports*, 22(8), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>
 96. Stoffers, J. M., & Lieb, K. (2014). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends. *Current Psychiatry Reports*, 17(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0534-0>
 97. Stoffers, J., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005653.pub2>
 98. Streit, F., Colodro-Conde, L., Hall, A. S. M., & Witt, S. H. (2019). Genomics of borderline personality disorder. *Personalized Psychiatry*, 227–237. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813176-3.00019-5>
 99. Tebartz van Elst, L., Hesslinger, B., Thorsten, T., Geiger, E., Haegele, K., Lemieux, L., Lieb, K., Bohus, M., Hennig, J., & Ebert, D. (2003). Frontolimbic Brain Abnormalities in Patients with BPD: A Volumetric MRI Study. *Society of Biological Psychiatry*, 54(LI), 163–171. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)01743-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)01743-2)
 100. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. (2009). Borderline Personality Disorder. The NICE Guideline on Treatment and Management. In *Nice, Guidelines National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) Staff., & National Library of Medicine*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55403>.
 101. Torres-Soto, J. F., Moya-Faz, F. J., & Oliveras-Valenzuela, C. A. G.-A. M. A. (2019). Inventario PID-5 , perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de Psicología*, 35(Apa 2014), 47–57.
 102. Universidad Industrial de Santander. (2014). Guía de atención paciente en crisis emocional – Primeros auxilios psicológicos. In *PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL. SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD*.
 103. Vélez A., H., Rojas M., W., Borrero R., J., & Restrepo M., J. (2010). La personalidad y sus trastornos. In *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría* (5th ed., Issue 1, pp. 355–356). <https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004>
 104. Vohra, A. K. (2010). Treatment of severe borderline personality disorder with clozapine. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(3), 267–269. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.70989>
 105. Waldinger, R. J. (1987). Intensive Psychodynamic Therapy With Borderline

- Patients: An Overview. *The American Journal of Psychiatry*, 144(3), 267–274.
106. Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development*, 71(3), 684–689. <https://doi.org/10.1215/9781478003335-078>
 107. Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). *Attachment - infancy to early adulthood.pdf*. 71(3), 695–702.
 108. Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1767–1771. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1767>
 109. Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment*, 17(3), 278–287. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.278>
 110. Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1015–1021. <https://doi.org/10.1176/ps.42.10.1015>
 111. Willmott, S. A., Boardman, J. A. P., Henshaw, C. A., & Jones, P. W. (2004). Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 613–617. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0801-1>
 112. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., & Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 264–273. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.3.264>
 113. Zanarini, Mary C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733–1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
 114. Zanarini, Mary C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 161–167. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.161>
 115. Zanarini, Mary C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Bradford Reich, R., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101–1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>
 116. Zilboorg, G. (1941). Ambulatory Schizophrenia. *Psychiatry*, 4(2), 149–155. <https://doi.org/10.1080/00332747.1941.11022329>
 117. Zimmerman, M. (2003). What should the standard of care for psychiatric diagnostic evaluations be? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(5), 281–286. <https://doi.org/10.1097/00005053-200305000-00002>
 118. Zimmerman, M., Balling, C., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2020). Patients with borderline personality disorder and bipolar disorder: A descriptive and comparative study. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000215>