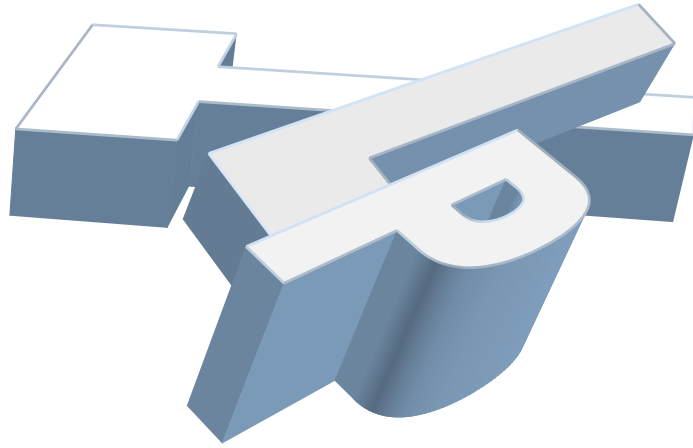


Atención
a las personas con
Trastorno Límite de la Personalidad
en Andalucía

Documento técnico



Atención
a las personas con
trastorno límite de la
personalidad
en **Andalucía**
Documento técnico

Con la financiación de Fondos de Cohesión del
Ministerio de Sanidad y Política Social y el
patrocinio de la Consejería de Salud de la Junta de
Andalucía



CONSEJERIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Elaboración Elaborado por el Grupo de trabajo sobre atención a personas con trastorno límite de la personalidad del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud.

Edita: Área de Sistemas y Servicios Sanitarios, Sociosanitarios y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Diseño: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Imprime: Copicentro

Depósito Legal: GR 2490-2012

Equipo de elaboración

Pedro Benjumea Pino

Profesor titular de Psiquiatría. Universidad de Sevilla.

Vicente Caballo Manrique.

Profesor titular de Psicopatología. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

Carlos Cuevas Yust

Psicólogo clínico. Unidad de rehabilitación de Salud mental del Hospital Virgen del Rocío.

Marcelino López Álvarez.

Psiquiatra. Fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental (FAISEM)

Amparo Martín Romera. *Psicóloga clínica.*

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil-Hospital de día. Hospital Virgen de las Nieves.

Francisca Sánchez Sánchez.

Psicóloga clínica. Hospital de día de Salud mental del Hospital Torrecárdenas

Lola Plaza del Pino.

Enfermera especialista en Salud mental. Coordinación de cuidados de la Unidad de gestión clínica del Hospital San Cecilio.

Adolfo Rendón Acosta.

Psicólogo clínico. Unidad de hospitalización de Salud Mental del Hospital de Puerto Real

Salvador Rodríguez Rus.

Médico. Centro provincial de drogodependencias de Jaén

Sara Romero González.

Psiquiatra. Hospital de día de Salud mental del Hospital Virgen del Rocío.

Mercedes Rueda Lizana (Coordinadora)

Psicóloga clínica. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica de Salud mental del Hospital San Cecilio.

Leonor Ruiz Sicilia.

Psiquiatra. Unidad de Salud mental comunitaria El Cónsul. UGC SM Virgen de la Victoria.

Nagore Sánchez Morán.

Psicóloga de la Asociación de familiares de personas con trastorno de personalidad AVANCE.

Edición del documento

Evelyn Huizing

Enfermera especialista en Salud mental. Asesora Técnica del Programa de Salud mental del Servicio Andaluz de Salud.

Antonio Olry de Labry Lima

Farmacéutico. Técnico. Escuela andaluza de Salud pública

Almudena Millán Carrasco

Psicóloga. Profesora. Escuela andaluza de Salud pública.

índice

1

introducción

posiciones de desesperanza terapéutica (que a su vez se transmiten a la motivación de la persona afectada) y, sobre todo, favorecer la superación de mitos que perjudican la correcta atención sanitaria y social a estas personas.

En segundo lugar, se plantea diseñar una serie de estrategias de atención especializada a la persona con TLP en el marco de nuestra organización asistencial según queda recogida en el decreto 77/2008 de Ordenación Administrativa y Funcional de los Servicios de Salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (BOJA nº 53, 2008) y en el marco del Proceso asistencial integrado del trastorno mental grave (en adelante PAI TMG) (Consejería de Salud, 2006).

Asimismo, la atención social especializada se enmarca, como cualquier otro trastorno mental grave, en la Fundación pública andaluza para la integración social de las personas con enfermedad mental (FAISEM)¹. Por lo tanto, el presente grupo realiza sus recomendaciones adaptadas al marco de la organización de los servicios sanitarios y de apoyo social de Andalucía.

El documento va dirigido principalmente a profesionales de la red sanitaria y de apoyo social de atención directa a las personas con TLP, es decir, Atención primaria de Salud (AP), diferentes dispositivos de la red Salud mental -Unidad de Salud mental Comunitaria (USMC), Hospital de día de Salud mental (HDSM), Unidad de rehabilitación de Salud mental (URSM), Comunidad terapéutica de Salud mental (CTSM), Unidad de hospitalización de Salud mental (UHSM), Unidad de Salud mental infanto-juvenil (USMIJ)-, personal de los distintos servicios de urgencias -dispositivo de urgencias de AP (DDCU), 061 y urgencias hospitalarias- y personal de FAISEM. De la misma manera, intenta ser un texto básico de conocimiento de esta patología a profesionales de la red de Centros de la atención a las drogodependencias, de los servicios educativos, de los servicios sociales comunitarios y del ámbito judicial.

Igualmente, se intenta llegar con este texto a la población general, para contribuir al mejor conocimiento y comprensión del sufrimiento de las personas que padecen este trastorno y de sus familiares, así como de las necesidades de atención que presentan. Pretendemos así contribuir al empoderamiento de las personas afectadas como principio básico de la atención en Salud mental.

El documento incluye, en una primera parte, un somero análisis de la situación actual de abordaje intersectorial realizado a este trastorno en Andalucía.

Organismo intersectorial creado por acuerdo unánime del Parlamento Andaluz en septiembre de 1993, para el desarrollo de recursos de apoyo social para las personas con trastorno mental grave, (<http://faisem.es>).

En una segunda parte, se realiza un análisis de las demandas, las necesidades y las expectativas de las propias personas con TLP usuarias del SSPA y de sus familiares, sobre la atención actual recibida y sobre las estrategias de mejora. Por otro lado, se ha recogido la opinión de profesionales sobre los principales problemas percibidos en la atención prestada en la red de Salud mental del SAS a las personas con este trastorno, reflejando sus aportaciones sobre las posibilidades de mejora de dicha atención sanitaria y social.

En la tercera parte, se refleja el resultado del análisis de la evidencia científica sobre el estado actual del conocimiento de este trastorno y su tratamiento, incluyendo modelos etiopatogénicos, guías clínicas específicas y modelos de atención en otros contextos asistenciales y sociales.

En la cuarta parte se ofrece, de una forma práctica y operativa, unas recomendaciones básicas en aspectos fundamentales de la atención a las personas afectadas por el TLP con el fin de reducir la variabilidad en la práctica clínica y de asegurar una calidad asistencial. Dichas recomendaciones se basan en las revisiones bibliográficas realizadas para la realización de este documento, en las guías de práctica clínicas específicas para TLP. Se ha procurado adaptar dichas recomendaciones a la metodología de trabajo del PAI TMG (Consejería de Salud, 2006).

En el último apartado del documento, se realiza una serie de recomendaciones generales a las instituciones sanitarias y de apoyo social; encaminadas a avanzar en la prevención, detección, atención y recuperación de estas personas, además de aumentar el conocimiento sobre de este trastorno a través de la investigación.

Por último, con el fin de facilitar la aplicación de las estrategias recomendadas en este documento, se incluyen anexos con distintos recursos de diagnóstico y evaluación. Asimismo, para facilitar el diseño de la atención en cada Unidad de Gestión Clínica (UGC), en el anexo 5 se incluye un modelo de estructura o programa-guía para el desarrollo de un “Programa de atención integral al TLP de la UGC”.

1.2. Análisis de situación en Andalucía

Para el análisis de la situación se han consultado el Sistema de Información de Salud mental de Andalucía (SISMA), que recoge datos históricos de atención ambulatoria y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que registra la actividad hospitalaria. De la historia clínica digital de DIRAYA no se pudieron sacar datos significativos de los años consultados (los datos de esos años estarían incompletos) porque la implantación de este sistema de información en atención especializada está siendo progresiva y muy heterogénea. El análisis ha indagado sobre cifras de pacientes y consultas relacionadas con diagnósticos asociados al trastorno límite de la personalidad (para ver en detalle qué diagnósticos se asocian a este término se puede ir al apartado 3.5. Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad).

1.2.1. Indicadores asistenciales Salud mental e ingresos hospitalarios en el SSPA

Con respecto a las USMC, según el SISMA se observa un incremento del 38% de pacientes atendidos/as por los diagnósticos de la CIE (OPS, 1995) *F.60.30. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo* y *F.60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite* en el periodo de 2004-2009. El número medio de consultas por estos diagnósticos pasó de 7,8 en el año 2004, a 9,8 en 2009 (ver gráfico 1).

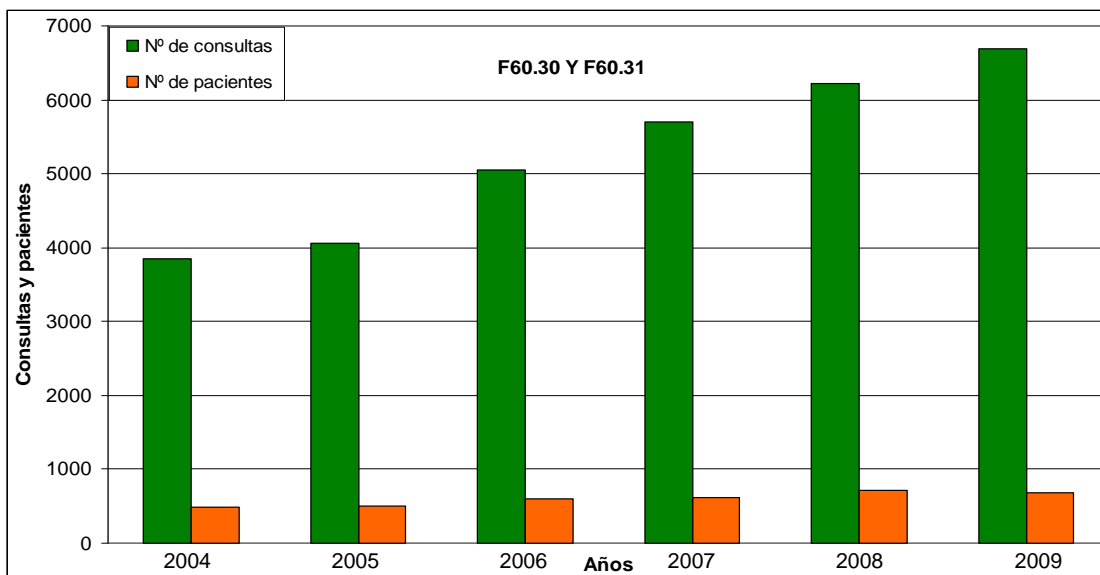


Gráfico 1. Número de consultas y pacientes con diagnósticos ligados a TLP atendidos/as en los dispositivos de Salud mental.

Fuente: Datos SISMA de F 60.30 y F 60.31 como diagnóstico principal (CIE 10)

La prevalencia esperada en poblaciones ambulatorias según la literatura científica oscila entre el 11 y el 20% (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011) y nuestros datos (ver tabla 1) nos muestran una presencia de diagnósticos en la población atendida en las USMC entorno al 0,30%. La principal hipótesis explicativa del grupo de trabajo del presente documento respecto a estos datos es que los/as pacientes con TLP reciben atención en las USMC por diagnósticos clínicos comórbidos. Apoya esta hipótesis el estudio de Rubio y Pérez (2003), realizado en población española y con una organización equivalente de red de servicios de salud mental sectorizada, que obtiene datos que confirman que las personas son diagnosticadas de TLP después de estar en tratamiento en la red especializada durante 9,5 años en el caso de los hombres y 6,5 años en el caso de las mujeres.

Consultas y pacientes con diagnóstico TLP en las USMC				
Año	Total consultas en USMC	Total pacientes atendidos en USMC	% consultas a TLP en USMC	% TLP atendidos en USMC
2007	918.328	202.045	0,62	0,30
2008	934.725	212.087	0,66	0,34
2009	1.021.944	221.843	0,65	0,30

Tabla 1. Porcentaje de pacientes y de consultas TLP del total de personas atendidas y del total de consultas realizadas en el conjunto de las USMC de Andalucía.

Fuente: Datos SISMA de F 60.30 y F 60.31 como diagnóstico principal (CIE 10)

Esta misma explicación puede aplicarse a las diferencias entre la prevalencia esperada para la hospitalización y los datos obtenidos respecto a la proporción del diagnóstico TLP en pacientes ingresados/as en las UHSM, que se resume en la tabla 2.

Pacientes con diagnóstico TLP (principal y secundario) en UHSM					
Año	Altas de pacientes TLP	% de altas de TLP del total de las altas en UHSM	Pacientes	Estancia media	Media ingresos por paciente y año
2008	731	7,1	516	11,67	1,3
2009	812	7,7	508	12,78	1,6
2010	914	8,9	598	11,48	1,5

Tabla 2. Porcentaje de pacientes TLP del total de personas atendidas en UHSM.

Fuente: Datos CMBD de trastorno explosivo (301.3) y trastorno límite (301.83) (CIE 9)

En el CMBD se registran las altas de los procedimientos de hospitalización de todos los hospitales del SSPA, mediante la codificación Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud 9 -CIE 9- (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad –MSPSI-, 2012). Así, se ha realizado una consulta

de los siguientes diagnósticos: *trastorno explosivo* (código CIE 9= 301.3) y *trastorno límite* (código CIE-9=301.83).²

El hecho de que los diagnósticos en el SISMA estén recogidos según el sistema de clasificación CIE 10 (gráfico 1) y los CMBD en CIE 9 (tabla 2) dificulta realizar un análisis comparativo entre la atención ambulatoria y la atención hospitalaria o en las urgencias hospitalarias.

Los datos disponibles de prevalencia de pacientes atendidos/as tanto en ingresos hospitalarios como en atención ambulatoria son muy heterogéneos entre distintas áreas hospitalarias. Esta variabilidad de datos no se justifica por diferencias demográficas ni epidemiológicas, sino más bien por una asistencia clínica, más determinada por la motivación y formación de los y las profesionales en esta patología, que por protocolos de consenso, programas o guías de práctica clínica.

1.2.2. El abordaje del TLP en el SSPA, inclusión en el PAI TMG

En las últimas décadas, la gestión por procesos constituye una estrategia central del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud, 2005). Así en 2006, se publicó el Proceso asistencial integrado del trastorno mental grave (PAI TMG) que incluye el TLP. Cabe destacar que al igual que la literatura, el concepto TMG incluye además del diagnóstico clínico, una duración mayor a dos años del trastorno, la afectación de una o más áreas del funcionamiento personal, social, familiar y laboral y la necesidad de un abordaje complejo (que incluye tratamientos e intervenciones sociales).

En el caso del TLP, entre las distintas intervenciones psicológicas que recoge el PAI TMG se recomienda la aplicación de la terapia dialéctica conductual (TDC), de la Dra. Marsha Linehan (Linehan y cols., 2002), como un tratamiento para el TLP con evidencia científica.

1.2.3. Estrategia de formación

Con el inicio del II PISMA (2008) se puso en marcha una estrategia de formación a nivel regional, enfocada a intervenciones terapéuticas, y dirigida a Facultativos especialistas de áreas (FEAs) de Psiquiatría y Psicología clínica. Así, hasta el año 2010 se han realizado un total de 6 cursos. En la tabla 3 se puede ver la distribución del alumnado por categoría profesional y sexo. Un pequeño porcentaje de estas

² Cabe destacar que los diagnósticos se han buscado en cualquier posición en el CMBD, lo cual significa que la causa del ingreso puede haber sido por el diagnóstico principal de trastorno explosivo o límite o por otro diagnóstico, como autolisis o cualquier otra enfermedad médica, aunque la estancia media puede dar pistas sobre el tipo de causa de ingreso.

plazas fueron ocupadas por profesionales de formación postgrado de Psicología clínica (PIR) y Psiquiatría (MIR).

En la actualidad, las acciones formativas sobre el TLP, se han ampliando a profesionales de enfermería de las UHSM y CTSM, con el objetivo de mejorar sus competencias en el manejo de las personas con TLP durante los ingresos. En la tabla 4 se muestran los datos de esta estrategia de formación.

Formación específica en intervenciones psicoterapéuticas a FEA					
Nombre Curso 2008-2012	Psiquiatría	Psicología Clínica	Nº asistentes totales		
			♀	♂	Total
Abordaje para los trastornos de personalidad (Sevilla y Granada 2009)	29	25	34	20	54
Implantación de la terapia dialéctico-conductual en los sistemas sanitarios públicos (2011)	1	13	10	4	14
Psicoterapia para los TLP (2008)	17	37	34	20	54
Terapia dialéctico-conductual. Edición Avanzada. (2009)	8	30	23	15	38
Supervisión de experiencias piloto para los TLP con psicoterapia dialéctico-conductual (2010-2011)	1	12	7	6	13
Abordaje para los trastornos de personalidad (Antequera 2012)	6	27	26	7	33
Total plazas	62	144	134	72	206

Tabla 3. Distribución del alumnado de las actividades de formación sobre psicoterapia para TLP.

Fuente: Programa de Salud mental del Servicio andaluz de salud

Formación general: comprensión y manejo del TLP					
Nº de cursos en 2011	FEAs	ENFERMERÍA	T. O.	DE FAISEM	TOTAL
2	5	38	8	4	55

Tabla 4. Distribución del alumnado de las actividades de formación general para TLP

Fuente: Programa de Salud mental del Servicio andaluz de salud

1.2.4. Experiencias/programas piloto en marcha

Como consecuencia de esta línea de formación y de los proyectos de intervención diseñados en el curso “Terapia dialéctico conductual. Edición avanzada”, los y las profesionales asistentes ofertaron distintos programas de aplicación de dicha terapia.

La puesta en marcha de los proyectos dependía de las posibilidades organizativas en los respectivos dispositivos de trabajo. De esta manera, se pusieron en marcha los proyectos ofertados en CTSM y HDSM. Sin embargo, debido a la complejidad organizativa, los proyectos multicéntricos que dependen de dispositivos vinculados a

diferentes UUGGCC, no pudieron iniciarse por las dificultades administrativas al estar implicados profesionales y pacientes de distintos hospitales de referencia.

Los programas puestos en marcha se constituyeron como experiencias piloto de la aplicación de la TDC en el SSPA. Los profesionales que participan en estas experiencias piloto iniciaron una nueva línea de formación basada en la supervisión externa de las intervenciones realizadas. Esta supervisión la han realizado profesionales referentes de la TDC en España como Azucena García Palacios, Carmen Sánchez Gil, Joaquín Soler Ribaudi y Mercedes Jorquera Rodero.

Además, con el objetivo de generar conocimiento que pueda servir de referencia a otros programas dirigidos a la población con TLP se unificaron los datos a recoger a lo largo de 2 años, en el periodo 2010-2011. Los datos recogidos son variables demográficas, datos de carga asistencial previa, escalas clínicas y de funcionamiento social y cuestionario de satisfacción con la intervención.

Las experiencias piloto se están realizando desde 2010 y en distintas etapas, en la CTSM del Hospital Reina Sofía, en el HDSM del Hospital de San Agustín, en la URSM del Complejo Hospitalario de Jaén, en el HDSM del Área de gestión sanitaria Este de Málaga y en el HDSM de Guadix, del Hospital de Baza.

1.2.5. Programas de atención integral a personal con trastorno de personalidad

En distintas Unidades de gestión clínica de Salud mental (UGCSM) se están desarrollando programas especializados de atención integral a personas con trastorno de personalidad (TP), en general, o trastorno límite de personalidad (TLP) en particular. Profesionales, con especial motivación y formación, han diseñado programas en el contexto del PAI TMG, organizando la atención y coordinando la actuación de profesionales de los distintos dispositivos.

Se ofertan distintas intervenciones psicoterapéuticas individuales, grupales y familiares, además de una estrategia de formación a los y las profesionales. Ejemplos de estos programas son los llevados a cabo en la UGCSM Hospital de Puerto Real, la UGCSM del Hospital de Jerez de la Frontera, la UGCSM Hospital Virgen del Rocío y la UGCSM del Hospital Jaén.

2

análisis de expectativas

2.1. Expectativas de las personas usuarias

Se analizaron las expectativas y percepciones de personas con diagnóstico de TLP atendidas en el SSPA, sobre los servicios prestados para la asistencia en el proceso de su trastorno. El grupo de trabajo sobre atención al trastorno de la personalidad realizó un muestreo intencional conforme a los siguientes criterios de inclusión:

- Diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Según los criterios de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) 10 (F60.3) (OPS, 1995) y/o del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) IV TR (301.83) (APA, 2001).
- Mayores de 18 años.
- Evolución del trastorno superior a 2 años.
- Sin problemas graves en la capacidad de comunicación.

Personal con formación en metodología cualitativa de la EASP llevó a cabo dos grupos focales, uno en Andalucía Oriental y otro en Andalucía Occidental, y dos entrevistas en profundidad. Las personas seleccionadas presentaban perfiles sociodemográficos diferentes y trayectorias vitales variadas, procediendo tanto del ámbito urbano como del rural y con edades comprendidas entre los 23 y 55 años. En todos los casos, la duración del trastorno de personalidad era extensa, con una media superior a 10 años. Se encontraban representados todos los dispositivos de la red asistencial.

La recogida de datos se llevó a cabo fuera de los servicios de atención sanitaria: en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en la sede de la Asociación Avance y en el domicilio de las personas entrevistadas. Tanto los grupos de trabajo como las entrevistas se grabaron y transcribieron para un posterior análisis de contenido. Por último, la información se agrupó siguiendo el modelo teórico de percepción de la calidad de los servicios SERVQUAL que recoge las siguientes dimensiones (Zeithaml, 1993):

1. **Accesibilidad:** Facilidad para contactar con el equipo de profesionales, incluyendo el acceso físico y telefónico, los tiempos de espera, el horario.
2. **Capacidad de respuesta:** Disposición para proveer ayuda y servicios con rapidez, a tiempo y con diligencia, con flexibilidad de adaptación a las demandas.
3. **Cortesía:** Atención, consideración, respeto y amabilidad por parte del equipo profesional.

4. **Comunicación:** Dar información a las personas usuarias, utilizando un lenguaje inteligible, así como escucharles, solicitar su opinión y hacerles partícipes.
5. **Competencia:** Poseer conocimientos, habilidades y actitudes precisos para una eficaz provisión de servicios. Coordinación.
6. **Tangibilidad:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. Percepción sobre los recursos que se disponen, si éstos son adecuados y suficientes.

Los resultados muestran un elevado grado de coherencia interna y externa al ser comparados con los de otros estudios como los de expectativas para el PISMA (Consejería de Salud, 2008) y del PAI (Consejería de Salud, 2006).

Las expectativas exploradas son una referencia importante de cara al establecimiento de recomendaciones profesionales y organizativas.

A continuación, se exponen los resultados del análisis de las expectativas de las personas usuarias por dimensiones SERVQUAL de calidad percibida.

2.1.1. Accesibilidad

En relación con la accesibilidad, parece existir acuerdo en la necesidad de mejorar el contacto con el equipo de profesionales de los distintos dispositivos:

- Acceso telefónico a la USMC, bien con el equipo profesional de referencia o de guardia.
- Aumentar y flexibilizar la frecuencia de citas en la USMC.
- Minimizar las listas de espera en HDSM, CTSM y URSM.
- Reducir los tiempos de espera en urgencias hospitalarias.
- Mejorar la atención en zonas rurales.

2.1.2. Capacidad de respuesta del sistema sanitario a sus demandas

Las propuestas relacionadas con la capacidad de respuesta del sistema sanitario a las demandas de las personas usuarias, se pueden agrupar en tres áreas fundamentales:

- Mejorar los instrumentos diagnósticos y la eficacia tanto de los fármacos como de las psicoterapias.
- Aumentar la percepción de respuesta a sus demandas:
 - Flexibilidad en citas.
 - Respuesta a tiempo y diligente por parte del equipo de profesionales.

- Actitud positiva del equipo profesional.
 - Atención específica del TLP, personalizada y continuada.
 - “Llenar” el vacío en la atención por las tardes y fines de semana.
 - Aumentar frecuencia y continuidad de las citas con profesionales de la psicología clínica.
- Participar activamente en los tratamientos:
- Explicación a la persona usuaria de las actuaciones a seguir, en un lenguaje comprensible.
 - Solicitar opinión a la persona usuaria sobre el proceso de tratamiento.
 - Evitar respuestas inespecíficas o ambiguas por parte del equipo de profesionales.
 - Resolver dudas de la persona usuaria sobre su diagnóstico y su proceso de tratamiento.

2.1.3. Cortesía

Las principales demandas en este aspecto están relacionadas con:

- Recibir por parte de un equipo profesional «implicado» un trato agradable, amable, respetuoso y personalizado.
- Mejorar el trato recibido en hospitalización y atención primaria, para ello se propone la realización de acciones formativas dirigidas a profesionales sanitarios.
- Percibir mayor empatía por parte del equipo profesional.
- Que el equipo de profesionales cuide el lenguaje en las comunicaciones con las personas usuarias y sus familiares.
- Proporcionar formación en pautas y estrategias de atención en crisis, evitando emplear exclusivamente sedación farmacológica.
- Aumentar el número de profesionales especializados en los distintos dispositivos de atención.

2.1.4. Comunicación

- Disminuir el tiempo de evaluación y diagnóstico del TLP.
- Que el equipo profesional o referente explique a la persona usuaria el diagnóstico:
 - asegurándose de la comprensión, solicitando retroalimentación,

- resolviendo las dudas y/o preguntas al respecto,
- evitando actitudes de indiferencia y/o dramatismo.
- Proporcionar información sobre recursos socio-sanitarios disponibles dentro y fuera de la red asistencial de Salud mental, otras entidades, etc.
- Comunicación y feedback sobre el proceso de tratamiento: objetivos a corto, medio y largo plazo, avances realizados, cuidar la relación terapéutica, etc.
- Realizar algún tipo de recordatorio para las citas mediante llamada telefónica, mensajes de texto, etc.
- Si la persona usuaria lo solicita, proporcionar información y asesoramiento a la familia.

2.1.5. Competencia profesional

- Proporcionar información y formación sobre el TLP a los equipos de profesionales de Salud mental y Atención primaria.
- Fomentar con las personas usuarias el vínculo terapéutico, la participación y el diálogo.
- Coordinación entre profesionales, trabajo en equipo, dentro y fuera del ámbito sanitario.
- Percepción de motivación por parte del equipo profesional implicados.

2.1.6. Tangibilidad

La demanda principal es la de dotar de más recursos y dispositivos a la red de Salud mental y, específicamente, contar con más recursos para tratar el TLP: más personal, más dispositivos, mayor dotación presupuestaria, más recursos materiales, etc.

a) Recursos humanos

- Aumentar el número de profesionales de Psiquiatría y Psicología clínica.
- Trabajar con equipos multidisciplinares.
- Mayor coordinación y continuidad en los tratamientos.

b) Recursos materiales

- Dotar de más recursos e infraestructuras para proporcionar una atención adaptada al TLP.
- Ofrecer alternativas más específicas para TLP que las actuales.

- Mejorar las herramientas diagnósticas, actualización y efectividad.

c) Atención a las personas demandantes de asistencia

- Tratamiento personalizado y adaptado al TLP.
- Mejorar la continuidad en la asistencia.
- Preservar la intimidad y privacidad, especialmente en urgencias.
- Crear unidades específicas de tratamiento o adecuar los recursos existentes a sus necesidades.
- Cuidar el trato en la atención ante ideas/intentos de suicidio.
- Ofertar actividades específicas para TLP en los recursos.

d) Atención a familiares

- Información sobre diagnóstico, tratamiento, pautas de actuación y, recursos existentes.
- Fomentar su participación en el tratamiento cuando sea conveniente.
- Proporcionar apoyo psicológico en caso necesario.

e) Cartera de servicios

- Crear recursos específicos o áreas específicas en los recursos existentes.
- Aumentar la capacidad de los recursos para facilitar el acceso, en particular, de los HDSM.
- Reducir listas de espera.
- Mejorar la dispersión y coordinación de los distintos dispositivos y profesionales implicados en el tratamiento.
- Mejorar la atención en urgencias.
- Extender el uso de grupos de terapia (sesiones semanales, continuidad del tratamiento).

2.1.7. Otros temas

- Más iniciativas asociativas en todas las provincias andaluzas.
- Apoyo y coordinación con el movimiento asociativo por parte de la red asistencial de Salud mental.

- Reducción de tiempos de espera para recursos de apoyo social (FAISEM).
- Mejorar la información sobre los recursos disponibles.
- Coordinación con el sistema judicial.
- Campañas de difusión/sensibilización sobre TLP, para profesionales sanitarios y la comunidad en general.

2.2. Expectativas y demandas de las familias

Las expectativas de familiares y/o personas cuidadoras de pacientes con diagnóstico de TLP, fueron recogidas por la asociación Avance, a través de los grupos de psicoeducación familiar. A continuación, se recoge un resumen de las demandas realizadas:

- Prestar una atención específica al TLP, tanto a las personas afectadas como a sus familiares y/o cuidadoras/es.
- Facilitar además de tratamientos farmacológicos, psicoterapia adecuada.
- Crear nuevos dispositivos específicos de tratamiento y rehabilitación.
- Formar a profesionales que trabajen con este colectivo en cualquier nivel de intervención.
- Realizar campañas informativas/preventivas en Atención primaria, centros educativos, etc.
- Facilitar la divulgación de las asociaciones y sus actividades en los distintos dispositivos de la red asistencial en Salud mental.
- Integrar a las asociaciones en los programas actuales y futuros del SAS como colaboradoras en programas psicoeducativos para familias, actividades de rehabilitación, etc.
- Inscribir a las asociaciones en las bases de datos del SAS, para recibir información sobre avances en investigación, fármacos, tratamientos, nuevos dispositivos, etc.

2.3. Conclusiones sobre expectativas de pacientes y familiares

Las principales demandas de pacientes y familiares las podríamos resumir así:

- Necesidad de recibir información y psicoeducación sobre el TLP, tanto de personas usuarias como de familiares.
- Dotar de más recursos (humanos, materiales, servicios, etc.) a la red asistencial en Salud mental en todos los niveles.

- Proporcionar programas específicos de tratamiento del TLP, adaptándose a las necesidades de estas personas.
- Hacer partícipe a la persona usuaria en el proceso de tratamiento, y si ésta lo solicita y fuese necesario, a sus familiares y/o cuidadoras o cuidadores.
- Cuidar al máximo la comunicación verbal y no verbal por parte del o de la profesional que atiende a personas diagnosticadas de TLP.
- Necesidad de atención multidisciplinar y coordinada entre todos los agentes implicados.
- Formar al colectivo de profesionales que atienden a estas personas, para mejorar el conocimiento y tratamiento del TLP, así como las habilidades clínicas para el manejo de la relación terapéutica.

2.4. Expectativas de los profesionales

Un aspecto clave del II PISMA es la participación de los colectivos de profesionales y de personas usuarias en el diseño de las líneas estratégicas y su posterior desarrollo. Para recoger las expectativas del colectivo de profesionales se realizó un estudio a mediante la técnica Delphi. Los criterios de segmentación fueron: 1) profesionales del sector que habían realizado alguna acción formativa en el periodo 2008-2009; 2) Personal directivo de Unidades de Gestión Clínica; 3) Personal de determinados perfiles asistenciales identificados por sus directivos.

En primer lugar, las personas participantes debían contestar a 2 preguntas abiertas, las cuales admitían un máximo de 10 posibles respuestas. Las preguntas fueron:

1. En su opinión, ¿Cuáles son los principales problemas de la atención a personas con trastorno límite de la personalidad?
2. ¿Qué propuestas organizativas a nivel de dispositivos, de tratamientos o intervenciones y de profesionales, podrían mejorar la atención las personas con trastorno límite de la personalidad?

De las respuestas al cuestionario se identificaron un gran número de problemas y se extrajeron un gran número de propuestas. Dichas respuestas fueron resumidas en una serie de ítems. Posteriormente, estos ítems se priorizaron mediante puntuación, según criterios de de importancia y viabilidad.

Para ello se remitió, a aquellas personas que habían respondido al primero, un segundo cuestionario que constaba de los grandes bloques de principales problemas

en la atención actual y propuestas para acercar la realidad de la intervención con TLP al modelo ideal de atención identificado en el primer cuestionario.

En este segundo cuestionario se les pidió:

1. Señalar el grado de importancia que, en su opinión, tenía cada uno de los problemas enunciados. Entendiendo importancia como *“el grado en que considera que una oportunidad de mejora o problema es grave, afecta al cumplimiento de objetivos del programa, a la organización o a las personas usuarias”*.
2. Valorar cada propuesta de mejora enunciadas atendiendo tanto a su importancia (*grado en que usted considera que la puesta en práctica de una propuesta o acción es prioritaria para la mejora del programa*) como a su viabilidad (*las posibilidades de implantación que tiene una propuesta/ acción de mejora en su contexto*).

Las respuestas fueron recopiladas, procediéndose posteriormente a extraer las puntuaciones medias de cada uno de los ítems y a analizar dichos resultados.

2.4.1. Resultados

Se alcanzó una tasa de respuesta de un 40% para el primer cuestionario y del 73% de los participantes que había respondido al primer cuestionario respondieron también al segundo. La tasa de respuesta fue heterogénea en los distintos grupos y fundamentalmente contestaron profesionales que habían asistido a cursos y personas con cargo directivo.

A continuación, se exponen los principales problemas de la atención a personas con trastorno límite de personalidad desde el punto de vista profesional:

- El más votado fue la «falta de oferta de psicoterapia».
- A continuación, se destacó un problema relativo a características propias de las personas diagnosticadas de TLP: «el descontrol emocional y la impulsividad-agresividad los lleva a fracasar en las relaciones terapéuticas, laborales y sociales».
- En tercer lugar e igualados mencionaron los siguientes problemas: dificultad de abordaje del trastorno por su complejidad, atención fundamentalmente en situaciones de crisis: utilización frecuente de urgencias por la evolución del cuadro en forma de crisis, etc., y el importante consumo de recursos materiales y humanos que precisa el tratamiento de estos pacientes (hiperconsumo de servicios sanitarios).

- En el cuarto puesto señalan: la coincidencia frecuente en estas patologías de problemáticas sociales graves, legales, penales, etc., el desconocimiento de tratamientos eficaces para abordar esta patología, las dificultades para el desarrollo de estrategias de psicoterapia grupal, el requerimiento de una gran formación profesional, personal y humana para manejar este trastorno en la multitud de aspectos y matices que abarca, la inadecuación de los recursos de contención de las UHSM para esta patología y la sobrecarga de las agendas o presión asistencial en las USMC impide llevar a cabo psicoterapias.

Con relación a las propuestas organizativas, las más valoradas en cuanto a importancia fueron las siguientes:

- Apoyo institucional de cara a que se faciliten las condiciones necesarias para implantar y desarrollar las estrategias y programas psicoterapéuticos y ampliar el uso de los tratamientos psicológicos y grupales.
- Coordinación entre los miembros de un mismo equipo y entre los dispositivos que llevan al paciente para efectuar actuaciones contingentes y homogéneas ante un mismo comportamiento e intervenciones a nivel individual, grupal y familiar, coexistentes, como herramientas terapéuticas complementarias e imprescindibles.

Por último, en relación a las propuestas consideradas como más viables se señalaron:

- Protocolización de abordaje y tratamiento, seguida de,
- Formación en intervenciones psicoterapéuticas familiares aplicadas a estos casos, constitución de grupos de apoyo y psicoeducación familiar, realización de Plan Individualizado de tratamiento (PIT) para casos graves y disponibilidad del mismo en los dispositivos pertinentes.
- Tratamientos combinados psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, seguimientos farmacológicos coordinados con los/as psicoterapeutas y que los objetivos deben ser individualizados, diseñados de manera interdisciplinaria, consensuados y coordinados a través de la elaboración de un PIT que debe ser reevaluado forma periódica.

3

**resumen de los
conocimientos
actuales**

3.1. Concepto de trastorno límite de personalidad

Según la American Psychiatric Association (APA), el TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos (APA, 2001). Además, el TLP se caracteriza por un diagnóstico complejo, heterogéneo y controvertido, donde la inestabilidad afectiva, la peculiaridad de las relaciones interpersonales, los sentimientos de vacío, la impulsividad y las tendencias suicidas, caracterizan un patrón de conducta de estable inestabilidad que presentan algunas personas. Las siguientes características clínicas pueden señalarse en este trastorno:

- a) La difusión de la identidad, entendida como una falta de integración del concepto de «uno mismo» y de «los demás», la falta de regulación de la afectividad y la impulsividad.
- b) La inestabilidad, que es una palabra clave en la descripción de la patología límite en los siguientes aspectos:
 - Inestabilidad en las relaciones interpersonales, en el manejo de la afectividad, en la imagen de si mismo (auto-concepto) y en el control de impulsos traducida en autolesiones y conductas suicidas.
 - Inestabilidad, asimismo, en los síntomas psicóticos, que son breves y transitorios. Coincidiendo con situaciones de estrés pueden aparecer ideas paranoides.
 - Inestabilidad en la falta de continuidad y adherencia al tratamiento, dificultando su manejo terapéutico y perturbando la comunicación del personal sanitario que, a veces puede rechazar o evitar el inicio del tratamiento por sus dificultades para tener éxito.
- c) La heterogeneidad en el grado de intensidad de los síntomas y de la tipología clínica que presentan las personas con trastornos límite hasta el punto de plantearse si es un trastorno único o hay subtipos. En este sentido, Oldham y cols. (2007) establecieron 5 subtipos según predomine una u otra sintomatología: afectivo, impulsivo, agresivo, dependiente y vacío. Por otra parte, para Gunderson (2002) no hay subtipos diferenciados en la patología límite que constituyan un diagnóstico único, sino que aparece un gradiente de gravedad muy patente que da lugar a la presentación de formas clínicas diversas. Ello no impide que se puedan establecer evidencias, mediante análisis factorial, que aportan agrupamiento de síntomas en factores como los propuestos por Clarkin y cols. (2007) quien obtuvo

tres principales: falta de regulación afectiva, dificultades interpersonales e impulsividad.

3.2. Epidemiología

Desde una perspectiva de Salud Pública, la Epidemiología debería estar en condiciones de suministrar distintos tipos de información relevante para la elaboración de un programa de intervención sobre el trastorno límite de personalidad (Coid, 2003). En este sentido, deberíamos disponer de información precisa sobre la magnitud y gravedad del problema y su evolución temporal, así como sobre los factores que determinan su aparición y evolución. Sin embargo, la información epidemiológica disponible cubre muy parcialmente algunos de estos aspectos, debido a la escasez y diversidad metodológica de los estudios realizados, dificultados además por los problemas de diagnóstico y metodología de identificación que afectan todavía a este tipo de problemas.

3.2.1. Frecuencia de trastorno en distintas poblaciones

En relación con la frecuencia del trastorno límite de personalidad no existen datos publicados sobre *incidencia*, mientras que existe una gran disparidad sobre la *prevalencia* (De Girolamo y Reich, 1996; National Institute for Health and Clinical Excellence –NICE-, 2009; Widiger y Weissman, 1991), como por otro lado sucede con muchos otros problemas de salud en general y específicamente en Salud mental.

Estas disparidades son debidas a problemas con la definición e identificación diagnóstica, con la variedad de diseños e instrumentos utilizados y con el tipo de población en la que se realizan los estudios (Widiger y Weissman, 1991).

La variación de criterios y herramientas diagnósticas a lo largo del tiempo hace también difícil la comparación entre estudios realizados en distintos periodos. Así, existe una impresión generalizada de que ha aumentado la magnitud de esta patología. Sin embargo esta afirmación puede estar sesgada por una mayor sensibilidad para detectar los casos, por errores diagnósticos debidos a la confusión con otros procesos o por las imprecisiones diagnósticas que aún persisten.

En lo que respecta a las diferentes poblaciones de referencia, las cifras de prevalencia obtenidas varían según se trate de población general, poblaciones tratadas en servicios de atención primaria o en poblaciones bajo atención especializada. Y lo hacen tanto en números absolutos como en su distribución por sexo (Widiger y Weissman, 1991; Johnson y cols., 2003).

En lo relativo a estudios en poblaciones generales, a pesar de las disparidades de cifras entre los distintos estudios que muestran las revisiones más completas sobre el tema. En la tabla siguiente se puede ver una relativa concordancia de la mayoría de los que reúnen algunas características de calidad comunes (poblaciones amplias, instrumentos actuales, ponderación de resultados según variables sociodemográficas).

Referencia	Lugar y tipo de estudio	Tamaño muestral	Instrumento/s utilizado para el diagnóstico	Prevalencia
Widiger y Weissman, 1991	Revisión		Muy diversos	0,2-1,7 % (76% mujeres)
De Girolamo y Reich, 1996	Revisión		Muy diversos	0,2-4,6 % (1,1-1,9)
Torgersen y cols., 2001	Población general en Oslo (Noruega)	2.053 adultos (18-65 años)	SIDP (DSM-IIIIR)	Global 0,7 (Hombres: 0,4 y Mujeres: 0,9)
Samuels y cols. 2002	Población general Baltimore (USA)	742 adultos (34-94 años)	IPDE (DSM-IV)	Total: 0,5 Relación hombre/mujer: Clúster B: 4,8
Coid y cols. 2006	Población general en UK, 2 fases	Fase I: 8.866 adultos (16-74 años); Fase II: 626	SCID-II (Fase II)	Global 0,7 (Hombres: 1,0y Mujeres: 0,7)
Lenzenweger y cols. 2007	Población general, dos fases en USA	Fase II: 5.692 adultos (>18 años). submuestra de 214	IPDE y reevaluación clínica en la submuestra	1,4–1,6 (submuestra)
Grant y cols., 2009	Población general en USA	43.093 adultos (>18 años)	AUDADIS-IV PD	<i>Prevalencia vida:</i> Global 5,9 (Hombres: 5,6 y Mujeres: 6,2)
Huang y cols., 2009	Población general en 13 países (incluye España)	21.162 adultos (en la mayoría de los países > 18)	IPDE	Clúster B: 0,4 (Europa Occidental) 1,5 (Todos los países).

Tabla 5. Estimaciones de prevalencia del TLP en distintos estudios.

Fuente: Elaboración propia

Como resumen podemos decir que la prevalencia parece estar ligeramente por debajo del 1% (en torno al 0,7% en la mayoría de los estudios) de la población general adulta (Torgersen, 2001; NICE, 2009; Leichsenring y cols., 2011). Hay un estudio reciente que encuentra cifras sensiblemente superiores en Estados Unidos. Sin embargo, en este caso, con una muestra de población elevada, se utiliza un instrumento específico (AUDADIS-IV PD) cuya validación comparativa con los habituales no está clara. Además sus estimaciones son de *prevalencia vida* que suelen ser sensiblemente más altas que la *prevalencia puntual* de la mayoría de los estudios, teniendo en cuenta la

evolución en el tiempo de este tipo de trastornos (Lenzenweger y cols., 2007; Ruan y cols., 2008)

En cuanto al perfil sociodemográfico de las personas con TLP, la información es escasa y poco precisa. En general (NICE, 2009, Torgersen, 2005, Torgersen y cols., 2001), el TLP se asocia preferentemente a personas jóvenes, de bajo nivel social, que viven en ciudades y no tienen pareja (Coid y cols., 2009). En cuanto a la distribución por sexo, aunque en poblaciones clínicas existe una mayor prevalencia de TLP en mujeres, los últimos estudios ponen en cuestión que sea así también en población general (NICE, 2009; Leichsenring y cols., 2011).

En cuanto a población atendida, aunque las cifras varían según la tipología de servicios en cada país, es común considerar que (NICE BPD 2009; Leichsenring y cols., 2011) la prevalencia TLP en la población atendida por atención primaria se sitúa

3.2.2. Gravedad

En este apartado entendemos «gravedad» como el grado en que el trastorno afecta al funcionamiento personal, social o laboral (discapacidad) de la persona que lo padece o supone un riesgo para su integridad física o su vida (riesgo de suicidio).

En este sentido, distintos estudios apuntan la existencia de niveles relevantes de discapacidad tanto en muestras clínicas (Skodol y cols., 2002a; Newton-Howes y cols., 2008) como en población general (Lenzenweger y cols., 2007; Coid y cols., 2009). Se refieren cifras de alteraciones funcionales importantes en más del 20% de las muestras estudiadas (Lenzenweger y cols., 2007), encontrándose dificultades en distintos ámbitos de las relaciones interpersonales y el empleo (Hennessey y McReynolds, 2001).

Hay estudios que empiezan a relacionar algunos aspectos de esa discapacidad con alteraciones neuropsicológicas propias de la personalidad límite (Hill y cols., 2008; Monarch y cols., 2004), en interacción con acontecimientos vitales relevantes (Pagano, y cols., 2004). Sin embargo, gran parte de la discapacidad encontrada en estos casos, según otros estudios, parece estar más relacionada con la comorbilidad del TLP con otros problemas de Salud mental (Coid y cols., 2009).⁴

Por último, se ha descrito que las personas diagnosticadas de TLP presentan un elevado riesgo de suicidio (Black y cols., 2004; Kolla y cols., 2008; Oldham y cols., 2007). Se estima que alrededor del 10 % de las personas con TLP han consumado suicidio y hasta el 70% ha tenido intentos de suicidio. De nuevo, el hecho de que los estudios se hayan hecho sobre poblaciones atendidas disminuye la representatividad de los datos, como ya hemos referido en el párrafo anterior. Sin embargo, los estudios sobre suicidio refuerzan estas cifras, hallando que cerca de un 30 % de las personas que comenten un suicidio padecían TLP (Oldham, 2007).

3.2.3. Evolución temporal

Empieza a haber datos que indican una evolución compleja, aunque más favorable de lo que se pensaba hace unos años. Así, dos importantes estudios prospectivos

Precisamente esa asociación con otro tipo de trastornos, tanto del Eje I como del Eje II (Critchfield y cols., 2008; Grant y cols., 2009; Zanarini y cols., 2004; Zanarini y cols., 2004b) del sistema de clasificación del DSM-IV, es una característica constante en los distintos estudios, aunque no está claro, en qué medida es resultado de una asociación real de distintos trastornos o de un artefacto más general del sistema clasificatorio y de la imprecisión diagnóstica que sigue teniendo este tipo de problemas (Aragona, 2009; Maj, 2005; Paris, 1997). Se describen así, por un lado, asociaciones entre el trastorno límite y trastornos del estado de ánimo, ansiedad y consumo de sustancias, que en el primero de los casos llevan incluso a algunos autores a incluir el trastorno límite entre los trastornos bipolares. Y, por otro, solapamientos entre distintos tipos de trastornos de personalidad especialmente relevantes en el caso, ya referido, del trastorno disocial.

(Gunderson y cols., 2002; Zanarini y cols., 2005) encontraron un elevado porcentaje de remisión sintomatológica (>90%), con un 50% de recuperación sostenida (buen funcionamiento social y laboral y ausencia de criterios diagnósticos mantenidos durante al menos 2 años) tras más de 10 años de seguimiento (Zanarini y cols., 2010a; Zanarini, y cols., 2010b). Aunque debido a las limitaciones de diseño, no puede determinarse si estos resultados son consecuencia directa de las intervenciones o de la propia evolución “natural” del trastorno o una combinación de ambos factores.

Los resultados de estos estudios son compatibles con una visión más compleja del trastorno límite. Zanarini y cols. (2007) señalan como de los 24 síntomas más comunes del TLP, 12 suelen desaparecer más rápidamente (son síntomas considerados “agudos”: relacionados con las descompensaciones y los criterios diagnósticos habituales), mientras que los otros 12 (relacionados con el “temperamento”) se muestran como rasgos más estables de la personalidad.

3.3. Factores etiopatogénicos, de riesgo, prevención y detección precoz

Ante la ausencia de un modelo etiopatogénico con suficiente soporte empírico, y que dé cuenta de la génesis de esta patología de la personalidad (NICE, 2009; Leichsenring y cols., 2011; Kendler y cols., 2008), la tendencia actual es la adopción de modelos explicativos desde un enfoque multidimensional que suelen integrar factores biológicos y experiencias tempranas del aprendizaje. Así ocurre con figuras de la relevancia como Theodore Millon⁵ (Millon, 1998) o de Marsha Linehan⁶ (Linehan, 1995). También autores psicoanalíticos de reconocido prestigio en el estudio del TLP, como Otto Kernberg (2009), hipotetizan que factores temperamentales (Ej. exceso de pulsión agresiva) interfieren en la integración de experiencias tempranas, dificultando al individuo la adquisición de un sentido de si mismo cohesionado, que sería la base para la autenticidad, compromiso, empatía e intimidad en las relaciones interpersonales (síndrome de difusión de la identidad).

Desde este modelo biopsicosocial que considere los factores etiológicos integrados en un conjunto jerarquizado e interrelacionado, los factores de riesgo presentes en el trastorno límite de la personalidad se pueden agrupar en tres categorías: factores psicológico-ambientales, biológicos-genéticos y socioculturales.

⁵ Modelo categórico que integra variables dimensionales, postulados evolucionistas e hipótesis etiopatogénicas que incluyen factores biológicos y experiencias tempranas.

⁶ Falta de regulación emocional de base temperamental y ambiente invalidante, como mecanismos etiopatogénicos y mantenedores del trastorno.

3.3.1. Factores psicológico-ambientales

- Vivencias traumáticas en la infancia. Algunos estudios han encontrado que alrededor del 84% de las personas con diagnóstico TLP, recuerdan haber sufrido experiencias traumáticas precoces, del tipo abuso físico, sexual o negligencias. (Zanarini y cols., 2000).
- Comunicación emocional y regulación emocional inadecuada en la primera infancia. Algunos estudios han señalado que las personas con diagnóstico TLP han crecido en familias con elevados niveles de conflicto, gran expresividad emocional, elevados niveles de hostilidad y dificultades comunicativas. (Zweig-Frank y cols., 1991, Bradley y cols., 2005).
- Actitudes extremas en la educación. Negligencia, sobreprotección, incoherencia o falta de acuerdo entre padre y madre, rigidez o benevolencia extremas, son actitudes características en las familias de personas con TLP. Por ejemplo, en el estudio realizado Harris y Meltzer (Rodríguez, 2005) encontraron que, tras estudiar 10.000 familias británicas, las personas con TLP mostraron una organización familiar caracterizada por la ausencia de barreras generacionales. En este sentido, las teorías psicológicas apuntan la importancia de fracasos en las relaciones y experiencias precoces de una persona menor «*pre-límite*», con sus primeros/as cuidadores/as. Cuando los progenitores se manifiestan de forma demasiado cercana, o de forma demasiado distante o indiferente, podrían inducir un desarrollo anómalo, en el sentido de dificultar la constitución de un sentido constante y predecible en el sujeto de sí mismo y del mundo exterior.
- Invalidación. Se refiere a que ante la comunicación de experiencias privadas por parte de los/as menores, su familia, o quienes asumen su cuidado, ofrecen respuestas inapropiadas o extremas, de manera que dichas experiencias son ignoradas, castigadas o minimizadas. (Linehan. 1993)
- Adopción, abandono y/o pérdida paterna a una edad temprana, desestructuración familiar, separaciones, enfermedades psiquiátricas o adicciones de su padre o madre, y en general un apego inseguro. (Levy, 2005).

3.3.2. Factores biológico-genéticos

- Vulnerabilidad genética ya que existen datos sobre un factor de heredabilidad del TLP de un 0,69. (White y cols., 2003)
- Alteración de los neurotransmisores. Se ha demostrado que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de agresión; y se

hipotetiza que la reducción de la actividad serotoninérgica puede inhibir la capacidad de la persona para modular o controlar los impulsos. Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la fenomenología del TLP son la acetilcolina, la vasopresina, el colesterol, y los ácidos grasos, así como el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011)

- Disfunción neurobiológica. Hay evidencias de déficit estructural y funcional en la amígdala, el hipocampo y las regiones orbitofrontales que afectan a la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. También se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas o rostros emocionales (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011)

3.3.3. Factores socio-culturales

En congruencia con la opinión de diferentes expertos, el grupo de trabajo considera que los estilos de vida socio-culturales que dificultan, o simplemente no facilitan, el soporte necesario para el desarrollo maduro de la identidad o de un vínculo afectivo seguro pueden entrar a formar parte de los factores de riesgo o facilitadores de patología límite en niños biológicamente vulnerables. Así, medios sociales adversos pueden contribuir a precipitar en la adolescencia la aparición de síntomas claros del TLP.

Entre los factores sociales asociados a un incremento de esta patología se encuentran:

- La crisis y la pérdida de la autoridad a nivel familiar, con un cierto desprestigio de dichas funciones.
- La idealización de determinados valores o ideologías han sido sustituidos en parte por un desarrollo tecnológico vertiginoso.
- Los cambios en la propia estructura familiar (grupos familiares más pequeños, menor tiempo familiar en común, delegación de funciones que propician un desarrollo más despersonalizado, monoparentalidad con figuras de referencia cambiantes, dilatación de la adolescencia en ambos límites de edad...).

3.4. Prevención y detección precoz

Tradicionalmente el TLP se consideraba un cuadro clínico poco tratable y por tanto su diagnóstico podría resultar estigmatizante. Pero la situación ha cambiado sustancialmente, por un lado, por el grado de discapacidad que el trastorno límite de personalidad grave puede llegar a producir (Skodol y cols., 2002a; Newton-Howes y

cols., 2008) y por lo tanto, la importancia de su diagnóstico precoz; y por otra parte, por el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas diversas con distintos grados de evidencia de eficacia. Esta nueva visión más optimista ha llevado a que en los últimos años, se estén desarrollando investigaciones con el objetivo de detectarlo en fases más iniciales de su evolución a fin de poder minimizar el deterioro en el funcionamiento y relaciones del paciente. A partir de los datos disponibles parece que es posible dirigirse a grupos que presentan signos y síntomas. En este sentido, los síntomas depresivos y los trastornos de conducta disruptiva infanto-juveniles son predictores de trastornos de la personalidad de cualquier tipo en adultos jóvenes. Asimismo, los trastornos por consumo de sustancias durante la adolescencia, concretamente por consumo de alcohol, son uno de los pocos predictores específicos del TLP en adultos jóvenes (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

Aunque la intervención precoz en el TLP parece muy prometedora también puede verse menoscabada si las expectativas no son realistas. Sus posibles objetivos podrían ser mejorar la psicopatología límite y/o general, mejorar el funcionamiento psicosocial, así como reducir el riesgo de trastornos del Eje I del DSM IV, de violencia, conductas delictivas, suicidio, autolesiones y conflictos interpersonales. Otros objetivos pueden ser reducir el uso de servicios sanitarios y las complicaciones iatrogénicas, así como evitar la gran dependencia del sistema sanitario característica de los pacientes con TLP de larga evolución. Para ello podría resultar necesario ofrecer programas de formación específicos para los profesionales, cuestionar las actitudes y las prácticas defensivas de los clínicos, así como implementar campañas públicas de conocimiento de la Salud mental (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

Evitar los factores de riesgo asociados a la aparición de un trastorno, es una importante estrategia preventiva. Aunque existen factores de riesgo, como, por ejemplo, un trauma precoz, asociados a la aparición de diversos trastornos psicopatológicos, además del TLP, la mayoría de personas expuestas a éstos no desarrollan psicopatología, ni mucho menos un TLP. Por tanto, las intervenciones encaminadas a reducir la exposición a estos factores (prevención universal) o dirigidas a quienes están expuestos a ellos (prevención selectiva) deben tener unos objetivos más amplios que la mera prevención del TLP (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

A pesar que no hay suficiente evidencia para recomendar el uso de intervenciones psicosociales específicas para la prevención del TLP, el grupo de trabajo asume la conclusión del grupo de la **Guía de Práctica Clínica sobre trastorno límite de personalidad**: «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» (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

3.5 Diagnóstico y evaluación del trastorno límite de la personalidad

El diagnóstico y evaluación del TLP es todavía complejo, ya que el concepto formal del TLP es relativamente reciente para la historia de la psicopatología. No es hasta el

coexista con otras patologías). No obstante, hay algunas características clínicas que podrían indicar al facultativo que el síndrome que se presenta podría tratarse de un TLP, y que nos deben poner en aviso para realizar una evaluación formal y en profundidad del TLP. Las características clínicas que indican un posible TLP serían, según el NICE (2009):

- Conductas autolesivas/de suicidio frecuentes.
- Inestabilidad emocional acusada.
- Aumento en la intensidad de los síntomas de otros trastornos del Eje I.
- Comorbilidades múltiples.
- Falta de respuesta a los tratamientos habituales para los síntomas de otros trastornos del Eje I.
- Alto nivel en el deterioro del funcionamiento.

La forma más extendida de realizar un diagnóstico clínico en nuestro contexto sanitario es la entrevista clínica no estructurada, pero diversas publicaciones llaman la atención sobre la falta de fiabilidad de este método diagnóstico en la patología tan compleja del TLP. Por lo tanto, se hace aconsejable completar la evaluación clínica con instrumentos estandarizados. En este sentido, se han desarrollado multitud de instrumentos con diversos formatos y enfoques. En la literatura se encuentran revisiones en inglés y en español para profundizar en las características de cada instrumento (Clark, 2001; Torrubia, 2005).

Los instrumentos más conocidos y desarrollados son las entrevistas estructuradas, basadas fundamentalmente en sistemas de clasificación categoriales como el DSM y algunas han desarrollado también adaptaciones a la CIE. Igualmente, se han desarrollado entrevistas semiestructuradas basadas en modelos dimensionales de personalidad, pero la gran desventaja es que su aplicación requiere una capacitación cualificada tras un entrenamiento y sobre todo, requiere de bastante tiempo de aplicación. Estos aspectos suponen un uso más restringido para la investigación, cuando hay dudas diagnósticas o cuando se requiere información más exhaustiva para situaciones excepcionales, como pueden ser los peritajes judiciales.

A continuación se muestran unas entrevistas semiestructuradas validadas para población española, las dos primeras son para todos los trastornos de personalidad y las dos siguientes son específicas para el TLP:

- Examen internacional de los trastornos de personalidad (*International Personality Disorder Examination*), **IPDE** (Loranger, 1995). Este instrumento cuenta con una adaptación española (López-Ibor y cols., 1996).
- Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders*), **SCID-II** (First y cols., 1997). La versión española fue publicada por la editorial Masson (First y cols., 1999).
- Entrevista diagnóstica para pacientes límite-revisada (*Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised*) **DIB-R** (Zanarini y cols., 1989). La versión española fue publicada por Barrachina y cols. (2004).
- Escala Zanarini de evaluación para el trastorno límite de la personalidad (*Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder*) **ZAN-BPD** (Zanarini, 2003)

Los dos primeros instrumentos, que evalúan todos los trastornos de personalidad (no específicamente TLP), se acompañan de un cuestionario de cribado dedicado al TLP. Por ello podrían servir también, como instrumentos de autoinforme breve, para una evaluación rápida de los síntomas del TLP.

Además de los cuestionarios mencionados en el párrafo anterior, disponemos actualmente de algunos cuestionarios dedicados a la evaluación del TLP como los siguientes:

- Impresión clínica global para el trastorno límite de la personalidad, **CGI-TLP** (Pérez, 2007).
- Inventario de la personalidad límite (*Borderline Personality Inventory*), **BPI**; (Leichsenring, 1999)
- Escala para el trastorno límite de la personalidad (*Borderline Personality Disorder Scale*) **BDP** (Perry, 1982).
- Índice del síndrome límite (*Borderline Syndrome Index*) **BSI** (Conte y cols., 1980)
- Listado de síntomas límites (*Borderline Symptom List*) **BSL-95** (Bohus y cols., 2007).
- Listado de síntomas límite (*Borderline Symptom List*) **BSL-23** (Bohus, 2008). Los datos preliminares de validación de esta escala ha sido ya presentados en el IX Congreso de trastorno de la personalidad (Feliú-Soler y cols., 2012).

- Instrumento de cribado de McLean para el trastorno límite de la personalidad (*McLean Screening Instrument for borderline personality disorder*) **MSI-BPD**; (Zanarini y cols., 2003).
- Cuestionario de la personalidad límite (*Borderline Personality Questionnaire*) **BPQ** (Poreh y cols., 2006).
- Cuestionario de autolesiones (*Self-Harm Inventory*) **SHI** (Sansone y cols., 1998).

Desde un modelo dimensional disponemos de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario exploratorio de la personalidad-III **CEPER-III** (Caballo, 2011): Es un instrumento diseñado y validado para población española. Presenta buenas propiedades psicométricas, mide estilos de personalidad (incluyendo muchos de los criterios diagnósticos del DSM-IV, pero con una perspectiva dimensional). Puede identificar distintos estilos/trastornos de personalidad, que suelen ser muy frecuente que se solapen. Su gran ventaja es que su aplicación es rápida, en concreto la parte que explora TLP tiene 12 ítems, que además se puede usar independientemente. Este cuestionario se adjunta en el anexo 3.
- Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*) **MCMI-III** (Millon, 1994). Es el cuestionario más conocido y utilizado en el ámbito en que nos encontramos, y que también evalúa todos los trastornos de personalidad. La versión informatizada y autoaplicada favorece su aplicación por la reducción del tiempo del clínico.

3.5.1. Evaluación del TLP en adolescentes

Mención aparte merece el problema de la evaluación de TLP en la adolescencia. Aunque es un tema muy controvertido, por el riesgo de patologizar procesos evolutivos algo complicados (pero normales), el DSM IV deja claro que el TLP puede diagnosticarse antes de los 18 años (APA, 1994).

En la década de los 90, en el ámbito asistencial se insistía en la prudencia a la hora de realizar un diagnóstico tan estigmatizante y con mal pronóstico en la adolescencia. Sin embargo, en los últimos años, y especialmente tras la publicación del documento sobre BPD del NICE (2009), se tiende a recomendar el diagnóstico precoz de esta patología.

Hoy se comienza a disponer de estudios sobre la estabilidad del trastorno en jóvenes (Chanen, 2008), que apoyaría la pertinencia de su diagnóstico en esta población. Y sobre todo, comienza a haber evidencia sobre la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas. Por lo tanto, el no diagnosticar el TLP, a veces incluso tras años de

tratamiento en la red de Salud mental, perjudica a la persona porque le impide el acceso a un tratamiento adecuado y contribuye a la cronificación de su patología principal, aunque haya sido tratada por la patología comórbida (Rubio y Pérez 2003).

3.5.2. Evaluación de resultados

Un aspecto importante a evaluar es el resultado de una intervención terapéutica en el TLP, y para ello se dispone en español de una prueba que ha demostrado una importante sensibilidad al cambio, la escala *Impresión Clínica Global para pacientes con TLP, ICG-TLP* (Pérez, 2007). Esta escala valora tanto la intensidad de los criterios TLP como los cambios producidos después de una intervención terapéutica. Está compuesta por 10 ítems que puntúan los nueve dominios psicopatológicos relevantes del TLP y una puntuación global adicional. La ICG-TLP consta de dos formatos, la ICGTLP- S para evaluar la severidad actual y la ICG-TLP-M para evaluar la mejoría.

Otro cuestionario que ha demostrado sensibilidad al cambio y una potente fiabilidad y validez es el BSL 23 (Bohus, 2008), que es la versión reducida del BSL 95, ambos en inglés. Es un cuestionario de uso muy recomendable, porque además de valorar la intensidad de los criterios, resulta de fácil aplicación y tiene una reducida extensión. La traducción al español del BSL 23 está arrojando actualmente sus primeros datos de validación en población española (Feliú-Soler y cols 2012). En espera de la publicación de la versión validada, se incluye una versión provisional, traducida de la versión original en inglés (Bohus, 2008), en el anexo 4 de este documento.

3.5.3. Diagnóstico diferencial

Un aspecto de gran importancia en el proceso de evaluación de una persona con TLP es realizar un buen diagnóstico diferencial. Por un lado, por la complejidad diagnóstica del TLP y la falta de especificidad sintomática de todos los trastornos de personalidad; por otro, por la necesidad de coherencia con el esfuerzo investigador realizado en las últimas décadas para definirlo como una categoría diagnóstica precisa; y en último lugar, por ética profesional. Desde que existen unos criterios en el DSM y en la CIE se puede acabar con la idea del TLP como “cajón de sastre”.

En principio, como todo trastorno mental ha de hacerse un diagnóstico diferencial con los trastornos orgánicos (tumores cerebrales frontales y temporales, epilepsia, encefalopatías víricas, etc.) porque a veces pueden cursar con alteraciones del estado del ánimo y conductas impulsivas.

El diagnóstico diferencial con otros trastornos de personalidad es necesario, pero suele ser difícil por la imprecisión de las categorías de los sistemas de clasificación actuales. Esta situación tiene como consecuencia también una alta comorbilidad entre

TLP y otros TP. En cualquier caso, cuando cumpla criterios diagnósticos para varios trastornos de personalidad, deben diagnosticarse todos los trastornos. (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011)

El diagnóstico diferencial con otros diagnósticos del Eje I es muy importante y debe hacerse siempre como mínimo con las siguientes categorías diagnósticas:

- Trastorno bipolar (TB) (F31.X, 296.X): aunque ambos comparten variaciones en el estado de ánimo, en el TLP los cambios están muy influenciados, y de forma inmediata, por acontecimientos de la vida de la persona afectada, especialmente de los conflictos interpersonales. Otro aspecto a destacar es que la duración de los diferentes estados de ánimo es más corta en el TLP que en el TB, incluso en los cicladores rápidos, porque es frecuente que en el TLP sucedan en unas horas o en minutos incluso, si hay un cambio significativo del acontecimiento precursor del cambio anterior. Existe una comorbilidad entre ambos de un 9%.
- Trastorno distímico (F34.1, 300.4): puede ser difícil el diagnóstico diferencial. La clave del diagnóstico TLP es la presencia de sentimientos de vacío, el miedo al abandono, la desesperanza, la falta de tolerancia a la frustración, las conductas autolesivas en general (conductas de riesgo, autolesiones, consumos esporádicos de tóxicos, conductas parasuicidas) y/o los intentos de suicidio reiterados. En este caso se estima una comorbilidad entre ambos trastornos de hasta un 37%.

De la misma manera, las personas con TLP sufren una comorbilidad significativa de otros cuadros clínicos como depresión (entre el 40 y el 87%), abuso de sustancias (entre 64% y 81%), trastorno por estrés postraumático (45%), anorexia (entre 44% y 72%), fobia social (46%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (entre 16 y 41 %) y trastornos disociativos (26%). (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011)

Toda esta comorbilidad indica la importancia de hacer siempre un diagnóstico en el Eje II cuando trabajamos con cuadros clínicos o del Eje I. Actualmente comienza a estudiarse el impacto de la comorbilidad de los trastornos de personalidad en la evolución de otras patologías, por ejemplo sobre la anorexia (Matsunaga y cols., 2000), o la influencia del TLP sobre esquizofrenia (Bahorik, 2010). Por lo tanto el personal clínico debería preguntarse: ¿cuántos de los fracasos terapéuticos de las patologías del Eje clínico I pueden deberse al frecuente infradiagnóstico del TLP?

La evaluación debe ser especialmente cuidadosa en pacientes con discapacidad intelectual. El NICE recomienda recurrir a expertos/as en dificultades del aprendizaje para evaluar los casos de personas con discapacidad intelectual leve que presenten síntomas de TLP. En caso de discapacidad intelectual moderada o grave se

recomienda no diagnosticar un TLP (NICE, 2009) (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

3.6. Intervenciones psicoterapéuticas

El hecho que el TLP tenga una amplia variedad de manifestaciones sintomáticas, (emocionales, conductuales, etc.), unido a la presencia de problemas sociales y familiares, hace que sea necesario que las intervenciones sean multidisciplinarias con componentes psicológicos, sociales y biológicos (Consejería de Salud, 2006).

En cuanto a los tratamientos psicológicos se aboga por un marco común, caracterizado por intervenciones estructuradas y basadas en modelos teóricos sobre el trastorno y su adaptación a la problemática de cada persona. Además, deben estar orientadas a la toma de conciencia y a la solución de problemas personales e interpersonales. Por todo ello se puede afirmar que se trata de intervenciones flexibles (Brazier, 2006).

Desde el punto de vista de una atención sanitaria basada en la evidencia, cabría realizarse las siguientes preguntas: ¿qué tratamientos psicológicos resultan eficaces para las personas con diagnóstico de TLP?; ¿cuáles cuentan con apoyo empírico? Para responder a estas preguntas se realizó una búsqueda a partir del portal del Grupo de gestión del conocimiento del Programa de Salud mental de Andalucía (<http://www.psicoevidencias.es>) y se accedió a la información proporcionada por metabuscadores (Tripdatabase), revisiones sistemáticas (Cochrane), guías de práctica clínica (NICE, 2009; Forum de Salud mental y Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut –AIAQS-, 2011) y fuentes primarias (Pubmed).

La terapia dialéctica-conductual (TDC, en inglés Dialectical behaviour therapy) de Linehan y cols. (1999), es la intervención psicológica que ha mostrado mejor nivel de evidencia en el ámbito del TLP. Viene respaldada por un amplio numero de estudios como revisiones sistemáticas (Binks y cols., 2008; Brazier y cols., 2006; Kröger y Kosfelder, 2007) y ensayos aleatorios con grupo control (Linehan y cols., 2006; Harned y cols., 2008; Linehan y cols., 2008; Van den Bosch y cols, 2005; Soler y cols., 2005; Soler y cols., 2009; McMMain y cols., 2009; Pasiieczny y Connor, 2011).

Si analizamos la evidencia de la TDC según la escala de modelo de jerarquía de evidencias científicas y recomendaciones de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network -SIGN - (Primo, 2003), la TDC tiene un elevado grado de recomendación. Así

lo reconoce tanto según la guía del NICE (2009)⁸ como la guía de práctica clínica (GCP) publicada por la AIAQS (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011)⁹.

Existen otros tratamientos psicológicos para el TLP pero cuentan con una evidencia algo más limitada de su efectividad. Así, la GPC de la AIAQS (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011) recomienda con grado C las siguientes las psicoterapias:

- Terapia centrada en esquemas (Van Asselt y cols., 2008)
- Terapia basada en la mentalización (Bateman 1991, 2001, 2009)

Esta misma guía (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011) señala que las siguientes psicoterapias no cuentan con suficiente evidencia¹⁰ para su recomendación: STEPPS: Systems training for emotional predictability and problems solving (Blum y cols., 2008); terapia cognitivo-conductual (Davidson y cols., 2006); psicoterapia focalizada en la transferencia (Clarkin y cols., 2007); terapia grupal interpersonal (Munroe-Blum, 1995); psicoterapia interpersonal (Bellino y cols., 2007); terapia cognitivo-analítica (Ryle, 2000; Chanen y cols., 2008); terapia centrada en el cliente (Turner, 2000); terapia intergrupala de regulación emocional basada en la aceptación (Gratz y cols., 2006); terapia icónica (Santiago, 2006)

A continuación resumimos muy brevemente sólo las psicoterapias con mayor grado de recomendación.

3.6.1. Terapia dialéctica-conductual

La terapia dialéctica-conductual parte de tres posiciones teóricas: la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. A diferencia de otros programas cognitivo-conductuales, no esta basada en un manual de tratamiento sino que es una intervención basada en principios terapéuticos. Este programa se basa en una jerarquía de metas terapéuticas, siendo sus fases las siguientes (Linehan y cols., 2001):

En esta guía se le concede la TDC grado A de recomendación, en concreto para mujeres con intentos de suicidio repetidos.

Esta guía afirma que la TDC tiene grado de evidencia B para el tratamiento de cualquier persona con TLP.

Estos tratamientos que cuentan con una evidencia insuficiente, pueden ser considerados tratamientos «probablemente eficaces», porque se basan en estudios aún no replicados o porque no han sido probadas por equipos de investigación diferentes. Cabe también la posibilidad de que la evidencia sea limitada porque el número de participantes de los grupos experimentales no supere el mínimo de rigor exigido. Estos tres criterios son fundamentales de cara a considerar un tratamiento como intervención basada en la evidencia (Chambless y cols., 1993; Chambless y cols., 1998; Chambless y Ollendick, 2001).

- a) Pretratamiento: orientación y compromiso; el terapeuta y la persona con diagnóstico TLP llegan a un acuerdo para trabajar juntos en la mejora de la calidad de vida.
- b) Entrenamiento en capacidades básicas, los objetivos de este estadio son la reducción de las conductas suicidas, de las que interfieran en el progreso de la terapia y de las que afectan negativamente a la calidad de vida de las personas (consumo de drogas u otras prácticas de riesgo, los trastornos de la alimentación, etc.). Además, se trabaja una serie de habilidades conductuales, tales como la eficacia interpersonal, la regulación emocional, la atención plena y la tolerancia al estrés.
- c) Reducción de la angustia postraumática, en este momento se aborda, de manera específica, la elaboración y ajuste a los acontecimientos traumáticos de la vida, mediante la exposición a los mismos y el trabajo con los sentimientos de culpa.
- d) Resolución de problemas de la vida y trabajo para aprender a respetarse, en esta etapa se supone que se ha conseguido un funcionamiento adecuado en casi todas las áreas de la vida. Es el momento de trabajar la autoestima, el respeto por sí mismo/a y la autonomía personal.
- e) Entrenamiento en la capacidad para mantener la alegría; se trataría ya de lograr una «plenitud espiritual», una mayor armonía interior.

3.6.2. Terapia centrada en esquemas

Esta terapia surgió como respuesta a las limitaciones que la terapia cognitiva de Beck presentaba ante personas con trastornos de personalidad. La base teórica de esta terapia es la existencia de lo que Young y cols. (2003) denominaron «esquemas desadaptativos tempranos». Los procesos bajo los que pueden operar son: rendición al esquema, evitación del esquema, compensación del esquema. Esta terapia aportó nuevas estrategias y orientaciones metodológicas:

- dedicando una cuidadosa atención a las primeras experiencias infantiles;
- llevando a cabo análisis causales sobre la génesis de las creencias y distorsiones cognitivas (los esquemas tempranos);
- enfatizando la relación terapéutica y las técnicas emocionales.

La terapia se dirige a la modificación de estos esquemas, planteando distintas fases: a) evaluación y educación (que finaliza con la conceptualización del caso) y, b) cambio de esquemas mediante el empleo de técnicas cognitivas, experienciales, conductuales y la propia relación terapéutica.

3.6.3. Terapia basada en la mentalización

La terapia basada en la mentalización es psicoterapia de orientación psicoanalítica, basada en la experiencia de tratamiento de pacientes con TLP en el hospital de día de Halliwick¹¹ de Londres, evaluada durante los años 1994 y 1995 (Bateman 1991, 2001, 2009).

Parte de la noción de que en el TLP, la persona tiene una alteración en el desarrollo del apego que causa incapacidad de «mentalización» (la capacidad de entender los estados mentales propios y de las demás personas). El objetivo de la intervención es aumentar la capacidad de autorreflexión de la persona diagnosticada de TLP.

Se trata de tratamiento intensivo, durante un máximo de 18 meses, que incluye las siguientes intervenciones: a) una intervención individual a la semana, b) tres sesiones grupales a la semana, c) terapia expresiva con psicodrama, d) una reunión comunitaria semanal.

3.7. Tratamientos farmacológicos

En los programas de tratamiento del TLP se hace un uso creciente de los psicofármacos, sin embargo existe en una escasa evidencia sobre su uso. Así, apenas se cuentan con 27 ensayos clínicos aleatorios con importantes limitaciones metodológicas (Lieb y cols., 2010).

Además, la diversidad psicopatológica del TLP lleva a la aplicación de un amplio abanico de fármacos que dificultan una adecuada evaluación de los resultados, con el riesgo de interacciones farmacológicas y multiplicación de efectos adversos. (Quaderns de Salut Mental 8, 2006).

La negativa por parte de muchos clínicos a reconocer las limitaciones de la medicación en este trastorno, así como la difusión de los algoritmos terapéuticos propuestos por la guía de la APA, lleva a la polifarmacia, una práctica que no está en absoluto basada en la evidencia. (APA, 2006; Paris, 2009).

Por parte de la persona diagnosticada de TLP se añaden dificultades inherentes a esta patología: el incumplimiento (70% en nuestro país), abandono o abuso del tratamiento son casi la norma (Quaderns de Salut Mental 8, 2006; González y cols 2008); especial intolerancia a efectos secundarios, aparición de efectos paradójicos, sintomatología

¹¹ Este estudio fue llevado a cabo en la Unidad psicoterapéutica de Halliwick que atiende una población de unas 300.000 personas de barrios pobres de Londres. Esta unidad ofrece, en régimen de hospitalización de día, terapias de orientación psicoanalítica a 30 pacientes de entre 16 y 65 años con TLP u otros trastornos severos de la personalidad. Los pacientes deben permanecer en el programa 18 meses.

dependiente del contexto, significado transferencial de la medicación, predilección por fármacos que les hacen empeorar a juicio de las personas de su entorno y aversión por los fármacos que el resto consideran más beneficiosos (Gunderson, 2002).

3.7.1. Multidimensionalidad del TLP y farmacología.

Actualmente, las investigaciones se están centrando en conocer la relación entre los diferentes neurotransmisores y algunas de las dimensiones de la personalidad. Se asume que los síntomas afines de los trastornos de los Ejes I y II comparten una misma etiología en la fisiología de los neurotransmisores. (Soloff, 1998; Oldham, 2007).

No obstante, la inmensa mayoría de los/as pacientes con TLP reciben al menos un fármaco de un grupo terapéutico. Conviene señalar que ninguno de los agentes empleados habitualmente en el TLP, producen la remisión clínica, ya que es un síndrome multidimensional y ninguna medicación es efectiva en todos los dominios sintomáticos. Así, aunque existen fuertes evidencias de la efectividad del tratamiento farmacológico para síntomas concretos del TLP, resulta llamativo que no existan para otros como el sentimiento crónico de vacío, la difusión de identidad y la disociación (Paris, 2009). Este aspecto puede ser debido a que los instrumentos de evaluación usados en los estudios no sean específicos o a que estos síntomas no son susceptibles de ser tratados con fármacos, sino con psicoterapia (Lieb y cols., 2010). Por tanto, su uso debe enfocarse como una intervención auxiliar de la psicoterapia, dirigida a síntomas específicos, que «no cura el carácter», ni sustituye el trabajo del terapeuta (Gunderson, 2002).

3.7.2. La farmacoterapia de los síntomas

Los síntomas que predominan en el TLP se pueden agrupar en cuatro áreas:

1. *Disregulación afectiva*: Representada por labilidad emocional, sensibilidad al rechazo, ira intensa inapropiada, estados depresivos súbitos o explosiones de rabia. La activación (arousal) emocional, la mayor reactividad y la interacción con el medio se han relacionado con el sistema noradrenérgico (Siever y Davis, 1991) y la sintomatología afectiva con alteraciones en el sistema serotoninérgico.

La guía APA (2006) aconseja los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) o venlafaxina, como tratamiento de primera elección para la disregulación afectiva. Otros fármacos, como los antidepresivos tricíclicos, muestran una utilidad cuestionable. Igualmente, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) han resultado ser eficaces, pero suponen un serio

riesgo por los efectos secundarios y las restricciones dietéticas. La mayoría de los estudios recogidos en la literatura evalúan la fluoxetina; en un estudio el tratamiento con fluvoxamina mejoró los cambios bruscos de humor, pero no la impulsividad o la agresividad (Lieb y cols., 2010). Como tratamiento de segunda línea se recomienda el uso de estabilizadores del ánimo como valproato y carbamazepina, mientras que el litio se deja en un segundo plano, debido a los riesgos derivados de la sobreingesta. Cabe destacar que en pacientes con descontrol grave de la conducta se pueden añadir dosis bajas de neurolépticos.

La última revisión Cochrane (Lieb y cols., 2010) concluye que los datos, procedentes del metanálisis, recomiendan el uso de ISRS exclusivamente para pacientes que presenten episodio depresivo mayor comórbido u otra patología que requiera tratamiento antidepressivo. En cuanto a los síntomas de disregulación emocional, el tratamiento de primera línea son los estabilizadores del ánimo (topiramato, valproato y lamotrigina). Asimismo, para estos síntomas se aconseja el uso de algunos antipsicóticos atípicos (aripiprazol, olanzapina) frente a los típicos (haloperidol y flupentixol), porque estos últimos cuentan con un menor grado de recomendación.

En dos ensayos clínicos (Zanarini y Frankenburg, 2003; Hallahan y cols., 2007) los ácidos grasos Omega-3 resultaron significativamente más eficaces que el placebo en reducir la agresividad y los síntomas depresivos (Lieb y cols., 2010).

2. *Descontrol de la impulsividad*: Frecuentemente, las personas diagnosticadas de TLP muestran impulsos agresivos, conductas autolesivas o autodestructivas (Ej. promiscuidad sexual, abuso de sustancias, gasto desmedido, atracones), los cuales se relacionan con una disfunción del sistema serotoninérgico.

Los ISRS son el tratamiento de inicio propuesto desde la mayoría de las guías consultadas (APA, 2006; Gunderson, 2002). Así, la revisión realizada por Paris (2009) muestra que los ISRS son efectivos en la reducción de la ira y los síntomas impulsivos, los cambios bruscos de humor y tienen la ventaja de seguridad en caso de sobredosis. Igualmente, Markowitz y cols. (1991) señalan que dosis altas de fluoxetina (60-80mg) pueden reducir las autolesiones, aunque son difícilmente toleradas. No obstante, cabe señalar la advertencia de Teicher y cols. (1990), que identificaron unos cuantos casos en los que el uso de fluoxetina agravaba la ideación suicida.

Si los ISRS no mejoran la impulsividad, se recomienda, con menor grado de evidencia, la adición de litio, el cambio a un IMAO, el uso de valproato o carbamazepina y el uso de neurolépticos a bajas dosis (APA, 2006).

Varios estudios han demostrado la eficacia del valproato, con la ventaja de su baja toxicidad y fácil administración (Hollander y cols., 2001; Frankenburg y Zanarini, 2002; Chávez y cols., 2006). Parece que los rasgos de impulsividad de base y los síntomas de agresión impulsiva predicen una respuesta favorable a valproato frente a placebo (Hollander y cols., 2005; González y cols., 2008; Chávez y cols., 2006).

Si no responden a la combinación ISRS y valproato, se recomienda como tercera estrategia una pauta con carbamazepina (De la Fuente y Lostra, 1994; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011), con los inconvenientes de que necesita un especial control y del sentimiento de depresión. Una alternativa prometedora es la oxcarbazepina que presenta menos efectos secundarios y que no requiere monitorización de niveles plasmáticos (Morillo y cols., 2007)

El único estudio con litio mostró que tiene un efecto limitado, así como importante riesgo de toxicidad en caso de sobredosis (Paris 2009).

En estudios más recientes con lamotrigina (Tritt y cols., 2005) y topiramato (Nickel y cols., 2004; Loew, 2006) han demostrado su eficacia sobre la impulsividad y el descontrol conductual (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011). El topiramato mostró un beneficio añadido en la disminución del peso corporal y sobre la psicopatología general, pero con importantes efectos secundarios cognitivos (Lieb y cols., 2010; Paris 2009).

Los suplementos con ácidos grasos omega-3 (Zanarini y Frankenburg, 2003; Hallahan y cols., 2007) han demostrado efectos significativos en el impulso suicida (Lieb y cols., 2010).

Evidencias preliminares sugieren que los neurolépticos atípicos pueden tener eficacia para la impulsividad y puede ser necesario añadirlas al ISRS, cuando la pérdida de control supone una seria amenaza para la seguridad del paciente. El aripiprazol ha mostrado efectos beneficiosos sobre la impulsividad y la patología psiquiátrica en general (Nickel, 2006; Lieb y cols., 2010). El efecto de olanzapina sobre la conducta suicida y automutilación es inconsistente (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011). Conviene señalar que los efectos a corto plazo de los neurolépticos sobre la impulsividad no se mantienen a los 6 meses de seguimiento (Paris, 2009).

3. *Síntomas cognitivos-perceptivos*: refiriéndose a la suspicacia, pensamiento autorreferencial, ideación paranoide, desrealización, despersonalización o pseudoalucinaciones. Estos síntomas están relacionados con la actividad dopaminérgica, por lo que se recomienda como tratamiento de elección los neurolépticos a bajas dosis (APA, 2006).

En los últimos 15 años no se ha realizado ningún ensayo clínico con antipsicóticos típicos en pacientes TLP y aunque se sigue recomendando su uso en las guías terapéuticas, parece ser una opción cada vez más cuestionada y en desuso.

Los antipsicóticos atípicos han ido imponiéndose en los últimos años por su mejor perfil de efectos secundarios, siendo especialmente útiles en pacientes resistentes al tratamiento habitual y con conductas de automutilación. En este sentido, 6 ensayos controlados (Zanarini y Frankenburg, 2001; Zanarini y cols, 2004a; Bogenschutz y George, 2004; Soler, 2005; Lilly, 2006) con placebo coinciden en la eficacia de la olanzapina en la mayoría de las áreas disfuncionales (Lieb y cols., 2010; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011). Sin embargo, son estudios con muestras pequeñas e insuficientes para poder afirmar la indicación de la olanzapina en estos pacientes. En un estudio el aripiprazol tuvo efectos beneficiosos a un nivel significativo para la depresión, ansiedad, y la ira expresada. Mientras que la risperidona se ha asociado con mejoría global y una disminución de la agresividad, aunque con menor nivel de evidencia (Rocca, 2005; Cervera y cols, 2005; Pascual y cols., 2006). Algunas publicaciones aconsejan el uso de la risperidona para los episodios micropsicóticos (Cervera y cols., 2005). Recientemente, se ha publicado, un ensayo controlado doble-ciego español con ziprasidona sin resultados significativos (Pascual y cols., 2008; Lieb y cols., 2010; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

4. *Problemas en las relaciones interpersonales*: Las personas diagnosticadas de TLP se caracterizan por tener relaciones caóticas e inestables y dificultades interpersonales. En este dominio específico los estudios resaltan los efectos beneficiosos de aripiprazol (Nickel y cols., 2006) y los estabilizadores del humor como topiramato (Loew y cols., 2006) y valproato (Frankenburg y Zanarini, 2002; Lieb y cols., 2010)

Muchos aspectos de la farmacoterapia en el tratamiento del TLP requieren investigación¹². Se necesitan más estudios controlados sobre ciertos fármacos,

Hay estudios con menor nivel de evidencia de antipsicóticos típicos y atípicos (trifluoperazina, clozapina, quetiapina, risperidona), estabilizadores del humor (valproato, oxcarbazepina, litio, gabapentina),

estudios de continuación y de interrupción, y estudios sistemáticos de secuencias y algoritmos de tratamiento (Lieb y cols., 2010).

3.8. Modalidades de intervención especializada para personas con TLP y ámbitos de aplicación de los tratamientos integrales

El TLP es un trastorno frecuente, creciente en su incidencia, complejo en sus manifestaciones clínicas, de difícil diagnóstico temprano y muy complicado manejo terapéutico¹³. Todo ello hace que la respuesta del Sistema sanitario público suela ser insuficiente. En este sentido, se ha descrito que «los servicios de Salud mental están escasamente equipados para atender a las personas con TLP» (Krawitz y Watson, 1999). Esta es una afirmación que encontramos en otras muchas guías y documentos de expertos (Lana y cols., 2006). En opinión del grupo redactor de este documento, a este hecho contribuye, no sólo que las demandas de las personas con TLP no permitan la profundización en su análisis y el compromiso en la relación terapéutica, sino también la escasa formación del colectivo profesional y una organización sanitaria con limitaciones importantes.

En cuanto a la organización sanitaria, los TLP no tienen una clara ubicación dentro de la red sanitaria. Afirmaciones como «el tratamiento debe ser principalmente ambulatorio y debe evitarse la hospitalización, y en todo caso que ésta sea breve», (Krawitz R, Watson, 1999), carecen de sentido si no se dispone de un tratamiento ambulatorio específico, intensivo, planificado y coordinado. En estos elementos coinciden todas las guías y opiniones expertas (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011; NICE, 2009).

Todo lo anterior permite vislumbrar que los TLP están adquiriendo una enorme repercusión social, siendo ineludible diseñar un abordaje terapéutico con eficacia demostrada, de cara a aumentar la calidad asistencial, mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas de TLP y de sus familiares, dando respuesta a las expectativas de pacientes y familiares.

antidepresivos (paroxetina, sertralina, reboxetina, venlafaxina, imipramina), ansiolíticos (alprazolam, naltrexona, clonidina, etc. (Lieb y cols., 2010).

¹³ El TLP se caracteriza por presentar manifestaciones clínicas muy variables, inespecíficas, perturbadoras e irregulares y que normalmente son atendidas con carácter urgente. Este contexto dificulta tanto su adecuada evaluación e identificación, como su manejo y orientación. También, se caracteriza por la inconstancia y variabilidad de sus demandas, objetivos, deseos, sentimientos y decisiones. Esta marcada inestabilidad dificulta la adecuada adherencia al tratamiento y la continuidad en la relación terapéutica.

En la práctica clínica, suelen demandar la asistencia de distintos/as profesionales, predominando la urgencia e inmediatez en las intervenciones, lo cual dificulta tener una visión global del problema y planificar un abordaje integral y efectivo. Además, la elevada comorbilidad implica la intervención, en un mismo caso, de distintos perfiles profesionales, dispositivos sanitarios e incluso ámbitos sociales.

En opinión del grupo redactor de este documento, se hace imprescindible una adecuada comprensión y conceptualización del TLP para, desde ahí, hacer un análisis de cómo y con qué recursos abordarlo, qué programas (y con qué objetivos) es necesario poner en marcha, y dónde ubicar dichos programas de intervención en la red sanitaria.

3.8.1. La intervención con personas con diagnóstico de TLP

La tarea de desarrollar programas de intervención y/o tratamiento ha sido iniciada en los últimos años, pero con resultados aún insatisfactorios (Ej. escasa evidencia de tratamientos eficaces). En este sentido, se necesita cuestionar la polimedicación, que habitualmente se emplea, o la generalizada expectativa de la distorsión¹⁴ que producen las personas con TLP en cualquier dispositivo al que acuden.

En apartados anteriores se han expuesto aquellos tratamientos psicológicos que han demostrado su efectividad en el abordaje de las personas diagnosticadas de TLP. Estos tratamientos hacen hincapié en una serie de elementos: buena estructuración, dedicación prioritaria a trabajar la adherencia, fijar objetivos muy claros, establecer un modelo compartido entre terapeuta y paciente y no descuidar la coordinación e integración de todas las intervenciones en otros dispositivos. Esto último es fundamental, ya que el recorrido asistencial de este tipo de pacientes es largo, sigue una secuencia discontinuada y en el camino participan un elevado número de profesionales, dispositivos y servicios. Otro elemento importante es la atención individualizada ya que un plan de intervención no es generalizable a cualquier persona con TLP.

La atención a la persona con TLP en el marco del trastorno mental grave

Según el Proceso asistencial integrado Trastorno mental grave -PAI TMG- (Consejería de Salud, 2006) y el II Plan Integral de Salud mental de Andalucía (Consejería de Salud, 2008), los recursos de Salud mental deben adecuarse a la atención de las personas con trastornos mentales graves y dentro de este colectivo a la personas diagnosticadas de TLP. En este sentido, el PAI TMG, establece que la intervención terapéutica requiere un análisis de las necesidades y competencias de la persona, una valoración de su entorno sociofamiliar más inmediato, la definición de unos objetivos individualizados, diseñados y consensuados de manera interdisciplinaria entre los diferentes servicios asistenciales, y que todo ello debe plasmarse en un Plan individualizado de tratamiento (PIT), temporalizado y evaluable. Todas estas

¹⁴ Explicable sólo en parte por la inestabilidad, manejo de la agresividad o incumplimientos del propio paciente. La inadecuación entre la oferta y organización del dispositivo y las necesidades de la persona diagnosticada de TLP es otro elemento clave para esa disrupción.

actividades hay que llevarlas a cabo en el caso de que la persona con TLP cumpla los requisitos (necesitar un abordaje complejo y presentar una evolución prolongada en el tiempo, con importantes necesidades de continuidad y coordinación) para ser incluida en el PAI TMG.

El PAI TMG señala la coordinación interdisciplinar, como una herramienta necesaria para consensuar y desarrollar los PIT y evitar la fragmentación asistencial. Para garantizar la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales implicados, se designa a un/a profesional con las funciones de gestión o coordinación de caso. Esta figura, denominada en el PAI TMG «referente», garantizará y velará por una adecuada continuidad asistencial, proponiendo la reevaluación del PIT en caso necesario, detectando las posibles complicaciones que puedan surgir y trabajando la vinculación entre paciente y familiares (Consejería de Salud, 2006).

3.8.2. La ubicación de los programas de intervención con TLP

En cuanto a la ubicación de los programas de intervención en TLP, por las funciones que desempeña en el organigrama de Salud mental¹⁵, la USMC es el dispositivo donde puede hacerse una primera aproximación cuidadosa al posible TLP. La dinámica de funcionamiento que ha venido siendo habitual en las USMC, con agendas muy programadas y saturadas, no favorecen el acceso y vinculación del TLP. Sin embargo, este dispositivo debe desempeñar un papel clave en la puesta en marcha y posterior coordinación de todo el proceso terapéutico, siendo el referente asistencial principal. (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011; NICE, 2009).

Existe un buen porcentaje de pacientes con un aceptable nivel funcional y relaciones familiares contenedoras. En estos casos se puede acotar el programa de intervención a la USMC, siempre que ésta disponga de un funcionamiento flexible y ágil para atender las demandas de estas personas en situaciones de crisis (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011; NICE, 2009).

Los casos más graves de TLP (nivel funcional deficitario, relaciones familiares o afectivas dañadas) desbordan rápidamente este espacio terapéutico inicial, generando una altísima carga asistencial que no suele tener traducción proporcional en la calidad de vida de paciente y familia. Estos casos, considerados TMG en el PAI, son los que van a requerir la elaboración de un PIT, haciendo imprescindible la coordinación con otro tipo de profesionales y dispositivos de la red sanitaria, y en ocasiones con otros servicios sociales.

A la USMC llega el/la paciente con una derivación desde Atención Primaria tras presentar algún tipo de malestar sintomático o generar preocupación en su entorno familiar. A esta Unidad también llega a su alta desde una UHSM tras presentar una situación de crisis.

Distintos documentos (González y cols., 2009; NICE, 2009; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011) señalan la hospitalización parcial (como la hospitalización de día en el SSPA), como el régimen más adecuado para el tratamiento intensivo de la persona afectada con un TLP grave. No obstante, en función de los recursos existentes en nuestro contexto y cómo éstos estén distribuidos en cada área geográfica, pueden contemplarse como espacios preferentes otros dispositivos especializados como las URSM o las CTSM. Los criterios comúnmente señalados para acceder a las unidades especializadas con tratamiento intensivo son: la peligrosidad derivada de una impulsividad con escaso control, la falta de adherencia al tratamiento en la USMC; la presencia de comorbilidad que requiera un seguimiento clínico más intensivo o una gravedad sintomática que interfiera, de manera importante, en su funcionamiento sociofamiliar.

Ocasionalmente, el marco terapéutico de los distintos recursos asistenciales puede verse desbordado cuando la evolución del TLP plantee tal gravedad, que pueda implicar riesgos para su propia integridad (pérdida de control de impulsos suicidas), para otras personas (impulsividad heteroagresiva), presente una afectación importante del enjuiciamiento de la realidad o cuando la gravedad de los síntomas o conductas interfieran de manera grave en su funcionamiento sociofamiliar. En estos casos, se hace necesario un breve ingreso a tiempo completo en una UHSM (aconsejable entre uno o dos días y 1-2 semanas como máximo, recomendación del grupo de trabajo).

También se contempla la posibilidad de ingresos más prolongados (entre 6 meses y 2 años, y por tanto en las CTSM) para pacientes que presentan ideación suicida persistente y severa, autoagresividad grave, nula adherencia al tratamiento, trastorno comórbido en Eje I (con malos resultados con tratamientos habituales y en riesgo vital), riesgo continuado de comportamiento violento hacia los demás y que no experimentan mejoría tras una hospitalización breve. En estos ingresos se debe contemplar, necesariamente, la potenciación de aspectos de reinserción social, laboral y familiar.

En ocasiones, cuando se presentan casos con un grave deterioro de las relaciones familiares y con desajustes sociales graves, se hace necesario el empleo de recursos sociales de rehabilitación comunitaria, tales como pisos u hogares supervisados. Evidentemente, también deben incluir intervenciones de reinserción laboral y social.

3.8.3. Tipos de programas de intervención en TLP

La patología TLP grave tiene una enorme repercusión social, con manifestaciones clínicas y comportamentales que tienen consecuencias en todos los ámbitos de la

vida, empuja a una respuesta especializada y diferenciada que no se ciñe exclusivamente al ámbito sanitario.

Haciendo una revisión de los distintos programas de intervenciones específicas para TLP recogidos y más habituales, en la heterogénea situación asistencial de España, podemos diferenciar, a grosso modo, los siguientes planteamientos:

- Programas de atención integral a TLP: llevados a cabo en la red asistencial existente pero contemplando la necesidad de redefinir espacios terapéuticos y de completar dicha red asistencial con dispositivos pendientes de creación, dotación y de profesionales con formación.
- Creación de unidades específicas de tratamiento para TLP que contempla tanto consultas externas como unidades de hospital de día y unidades de hospitalización completa.
- Unidades suprasectoriales de referencia para TLP, para aquellos casos muy graves, con elevada complejidad y especificidad.

De estos distintos planteamientos, este grupo de trabajo se inclina por la primera de las opciones por criterios de idoneidad y coherencia con el modelo comunitario (es el modelo con mayor predisposición al tratamiento integral a la persona afectada por TLP). Todo ello se desarrollará con mayor concreción en el epígrafe 4.4 Recomendaciones en modalidades de intervención especializada para TLP y ámbitos de aplicación.

3.8.4. Condiciones para una adecuada atención a personas con TLP

No tiene sentido ofertar un programa de intervención a personas con TLP, si no se facilitan a los dispositivos las herramientas para poder satisfacer la demanda. Una de las principales peticiones del colectivo profesional para poder llevar a cabo este tipo de intervenciones es la oferta de formación específica y de programas de supervisión de la atención a personas con TLP. También existen quejas acerca de ausencia de indicaciones sobre programas de evaluación e intervención específica.

Igualmente, se hacen necesarias una serie de modificaciones en los espacios terapéuticos existentes, para poder adaptarlos a las necesidades y retos que el abordaje del TLP exige, en función de los programas de intervención que se adopten.

3.9. Programas de apoyo social

La experiencia acumulada, tanto en las publicaciones como la experiencia de atención sanitaria y social a personas diagnosticadas de TLP, nos muestran que las personas diagnosticadas de TLP tienen niveles relevantes de discapacidad y demanden

atención en recursos sociosanitarios. Sin embargo, no existe información suficiente sobre sus dificultades y necesidades concretas y los recursos que pudieran ser efectivos para cubrir esas necesidades.

La literatura señala la presencia de discapacidades y alteraciones cognitivas en algunas áreas importantes de la vida de muchas personas con TLP, aunque distan de estar claros los perfiles concretos y sobre todo la magnitud de estos problemas (NICE, 2009; Skodol y cols., 2002a; Newton-Howes y cols., 2008; Lenzenweger y cols., 2007; Coid y cols., 2009). Sin embargo, la experiencia práctica indica que un porcentaje importante de las personas atendidas en servicios públicos de Salud mental, presentan alteraciones importantes en áreas como el empleo, las relaciones sociales y secundariamente el alojamiento. Cabe destacar que en la mayoría de los casos no se ven afectadas las habilidades básicas de la vida diaria, aunque si algunas de las instrumentales¹⁶.

En general, a diferencia de lo que sucede con otras patologías (por ejemplo esquizofrenia) el tipo de repercusiones sobre el funcionamiento personal y social se deben menos a las alteraciones cognitivas subyacentes y más a las alteraciones presentadas en el área de las relaciones interpersonales (Hennessey y McReynolds, 2001). Por ejemplo, muchas de las dificultades encontradas en el empleo tienen menos que ver con falta de habilidades técnicas y mucho más con conflictos interpersonales. Esto mismo sucede en el caso del alojamiento, donde no se trata de una necesidad de apoyo para el manejo doméstico o la utilización de habilidades cotidianas, sino de la dificultad de relación interpersonal que hace difícil la convivencia

de manejo en casas hogar o viviendas supervisadas y la mayor utilidad del apoyo domiciliario, si se cuenta con un espacio residencial propio. Aunque hay también alguna experiencia exitosa que muestra de nuevo la diversidad de problemas englobados bajo un único término diagnóstico.

Así, como conclusión de la experiencia teórica y práctica podría decirse que:

- Algunas personas diagnosticadas de TLP necesitan algún tipo de apoyo en áreas clásicas de los programas de apoyo social como son el alojamiento y el empleo.
- Sus dificultades en esos terrenos tienen que ver fundamentalmente con sus problemas de relación interpersonal, derivados de la sintomatología habitual que presentan.
- Esas necesidades diferenciales y las características propias del trastorno exigen, en esos casos especialmente graves, una vinculación más intensa y prolongada con los servicios de Salud mental y un abordaje de apoyo social diferenciado del que se presta a otras personas con trastorno mental grave.
- No hay evidencias claras del éxito de ningún modelo e intervención específica en estos ámbitos.

3.10. Aspectos legales en la atención a personas con TLP

Las cuestiones planteadas en este apartado se tratan desde una perspectiva general. Las precisiones que requiere un tema de esta naturaleza, adaptándose a las diferentes circunstancias que puedan plantearse en el quehacer diario de profesionales de psiquiatría y psicología clínica, requieren de un trabajo más exhaustivo que no es el propósito de este capítulo. (Para ampliar información se puede consultar Checa y cols., 2010 y Villarejo Ramos, 2003)

Para abordar los aspectos legales de la atención a personas con TLP debemos distinguir las situaciones que se pueden plantear en el orden penal y civil.

3.10.1. Orden penal

Los problemas versan sobre la posibilidad de considerar al TLP como una patología capaz de modificar la responsabilidad criminal. Al respecto, se debe indicar que:

1. En psiquiatría forense, a efectos de responsabilidad criminal, lo importante no es el diagnóstico de una «*anomalía o alteración psíquica*», sino la psicopatología que presente la persona afectada, la intensidad de los síntomas y cómo estos afectan a la capacidad para conocer y entender en el momento de la comisión del hecho delictivo.

2. Con el planteamiento anterior, hay que dejar claro que en general, para la jurisprudencia española, el TLP no es susceptible de aplicación de la exención de responsabilidad criminal. Sólo en el caso que quede demostrada una psicopatología grave o sobre todo, cuando coexista con otra patología (del Eje I o del Eje II) también grave, podrá aplicarse alguna circunstancia modificativa de la responsabilidad (normalmente, atenuación o eximente incompleta).
3. La función de perito facultativo especialista de área de psiquiatría o psicología

En estos casos, existe la posibilidad de acudir a la «incapacitación civil parcial»: sólo a efectos económicos, nombrándose un «curador» que maneje su dinero y/o sólo a efectos terapéuticos, nombrándose un tutor/a a efectos de seguimiento de tratamiento.

5. La sentencia de incapacidad se dicta estrictamente a efectos civiles, no teniendo repercusión alguna a efectos penales (imputabilidad). Por tanto, en caso que una persona afectada de TLP haya sido incapacitada y efectúe un hecho que pudiera tener repercusión penal, debe realizarse evaluación de cada caso a estos efectos pudiendo, como de hecho ocurre, ser condenada a la pena que corresponda.

B. Custodia de menores y/o régimen de visitas

El TLP per se y sin otro diagnóstico concomitante, no impide de forma genérica la custodia de los/as hijos/as, ni el derecho de visitas. Habrá que atenerse al caso concreto y por tanto, a la profundidad e intensidad de síntomas y conducta secundaria a los mismos (inestabilidad emocional, impulsividad, conductas suicidas, consumo de sustancias, etc.).

C. La voluntariedad del ingreso (internamiento)

1. El ingreso involuntario por razón psíquica está suficientemente normativizado, a nivel nacional, en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Parlamento español, 2000) y a nivel de la Comunidad Autónoma de Andalucía, por la Resolución 261/2002 del Servicio andaluz de Salud (2002). En este sentido debe quedar claro que:
2. Siempre debe efectuarse por decisión facultativa. A nivel hospitalario, será el personal facultativo de guardia quien habrá de considerar si la persona diagnosticada de TLP requiere de ingreso de acuerdo a criterios estrictamente clínicos.
3. La función del Juzgado es autorizar (no imponer u obligar) el internamiento decidido por el personal facultativo, una vez que este personal ha explorado la situación del o de la paciente y comprobado que se ajusta a la normativa vigente.
4. El alta se realiza a criterio estrictamente facultativo, debiendo ponerse en conocimiento judicial una vez efectuado.
5. El ingreso involuntario se puede reconvertir en cualquier momento a voluntario; siempre bajo criterio médico.

6. Un ingreso deja de ser involuntario debiendo reconvertirse en voluntario cuando, en un ingreso involuntario, comience a utilizarse el permiso terapéutico como elemento para el seguimiento y evolución y el/la paciente acceda al mismo volviendo del citado permiso con total normalidad .
7. El posible ingreso involuntario de una persona con diagnóstico de TLP es por «razón psíquica». Una vez que la situación psicopatológica se haya compensado y no exista criterio terapéutico para persistir en el ingreso, debe procederse al alta hospitalaria. La falta de apoyo extrahospitalario no debe condicionar la decisión médica del alta, debiendo ser los servicios sociales los que se hagan cargo

Resulta obvio, pero conveniente realizar esta matización: si la persona después de haber salido de permiso el tiempo que se haya estipulado, vuelve de forma voluntaria a su centro, no existe criterio que mantenga la involuntariedad. Por ello, debe hacerse la reconversión señalada.

4

recomendaciones

Para mejorar la calidad asistencial es necesaria, al menos, la existencia de recomendaciones que orienten las intervenciones en TLP en un contexto de escaso de conocimiento, consenso científico o guías de práctica clínica aplicables a nuestro contexto.

El grupo de elaboración del presente documento técnico, tras haber analizado la información suministrada por la literatura científica y conociendo el funcionamiento y organización del SSPA, ha consensado esa serie de **recomendaciones básicas**. Estas recomendaciones pretenden dar respuesta a las demandas y necesidades de las personas afectadas de TLP y sus familiares, teniendo en cuenta a su vez, las expectativas y necesidades de los y las profesionales.

En aquellos aspectos en los que hay un mayor grado de evidencia, el grado de recomendación se ha especificado siguiendo el sistema modificado de SIGN (Primo, 2003) o referenciando las guías más rigurosas y aplicables a nuestro contexto, esto es, la GPC TLP catalana (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011) y la Guía del NICE (2009).

Además de buscar orientaciones basadas en la evidencia, se han seleccionado recomendaciones realistas y viables en la situación actual de la asistencia sanitaria y social a personas con enfermedad mental en Andalucía.

4.1. Recomendaciones para el diagnóstico y evaluación del TLP

En Atención Primaria (AP) se aconseja prestar atención a las señales de alarma principales para sospechar de un diagnóstico de TLP:

- Conductas autolesivas y/o de suicidio frecuentes.
- Inestabilidad emocional acusada.
- Aumento en la intensidad de los síntomas de otros trastornos Eje I.
- Comorbilidades múltiples.
- Falta de respuesta a los tratamientos habituales para los síntomas de otros trastornos Eje I.
- Alto nivel en el deterioro del funcionamiento.

En el caso de presentarse dudas sobre el diagnóstico, éste se puede confirmar mediante la aplicación del cuestionario CEPER III-TLP (Caballo, 2011). Este cuestionario resulta de fácil y rápida aplicación (ver anexo 3). En caso de obtener una puntuación superior a 38 puntos, se ha de explorar el diagnóstico mediante entrevista clínica y criterios diagnósticos de la CIE 10 o DSM IV-TR. Si los resultados de esta

exploración confirman un posible diagnóstico de TLP, se derivará a la USMC para una evaluación y tratamiento especializado. Si la valoración, en el cuestionario CEPER para TLP, supera los 58 puntos se puede confirmar que hay señales de alarma suficientes como para derivar directamente a la USMC.

En una situación de crisis, esta detección también puede producirse en los servicios de urgencias hospitalarias o de los centros de salud. En este caso se pueden aplicar las recomendaciones para la atención a las crisis recogidas en el apartado 4.8 y la derivación a AP, sin olvidar trabajar la motivación para que acuda a consulta (tener en cuenta su dificultad de adherencia).

Cuando los casos se identifican en la red de drogodependencias y dada la separación de ambas redes en Andalucía, se siguen las pautas marcadas en el protocolo de actuación conjunta vigente (Consejería de Salud-Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2012). Este protocolo establece criterios de derivación desde Atención primaria y criterios de inclusión en programas de coordinación con responsables de patología dual en ambas redes de unidades.

En la USMC se realizará una evaluación clínica completa, donde se confirmará el diagnóstico a través de la entrevista clínica y de la utilización de instrumentos de evaluación como el (ver anexo 3) CEPER III-TLP (Caballo, 2011), el ICG-TLP (Pérez, 2007) y/o BSL 23 (Bohus, 2008). El cuestionario BSL-23 (ver anexo 4) es recomendable por su fiabilidad, validez, su sensibilidad al cambio y sobre todo por su buena relación entre tiempo empleado e información aportada.

En los casos complejos, con un difícil diagnóstico diferencial, en aquellos de comorbilidad importante o con significativas dudas diagnósticas o, incluso, cuando se realicen con algún fin legal, se recomienda además la utilización de una entrevista semiestructurada como por ejemplo la SCID-II con validación en población española (First y cols., 1997), la versión informatizada del cuestionario MCMI-III (Millón, 1994), y el ICG-TLP (Pérez 2007).

En cualquier caso, se recomienda evaluar de forma sistemática en este tipo de pacientes el riesgo de suicidio, los trastornos comórbidos, factores de riesgo como el consumo de tóxicos, el riesgo de agresiones y/o autolesiones (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011). Dada la complejidad de la patología y la alta comorbilidad se recomienda realizar siempre un diagnóstico diferencial apropiado.

En el caso de sospechar de confirmarse un TLP grave, el PAI TMG establece que hay que hacer una valoración multidisciplinar antes de la confirmación (Consejería de Salud, 2006). Siguiendo este requerimiento la evaluación del personal facultativo

deberá completarse con una valoración por parte de enfermería y trabajo social. Con toda esta información se decidirá si cumple criterios para su inclusión en el PAI TMG.

En el SSPA el diagnóstico ha de codificarse según la CIE 10 (OPS, 1995), pero se recomienda ayudarse con el sistema de clasificación del DSM IV TR (APA, 2001) y próximamente el DSM V, por su claridad y consenso.

4.2. Recomendaciones para intervenciones psicoterapéuticas

4.2.1. Recomendaciones generales

Con relación a las intervenciones, este grupo asume las recomendaciones generales de la guía de práctica clínica para el TLP del NICE (2009). Se recomienda el tratamiento psicológico como el tratamiento principal del TLP, al tiempo que aporta unas recomendaciones generales sobre su administración:

1. El tratamiento psicológico, sobre todo en los casos de deterioro severo, debe incluir una aproximación teórica explícita e integradora y debe ser estructurado. No se recomienda la aplicación de psicoterapia por un periodo menor a 3 meses.
2. Debe ser administrado por especialistas formados en el abordaje de este trastorno y desarrollarse en el contexto de una relación basada en la confianza y en una atmósfera positiva y optimista.
3. La intervención debe considerar las necesidades y preferencias de las personas en tratamiento, fomentar la autonomía y contar con el consentimiento informado.
4. Debe contar con objetivos de tratamiento a corto plazo, metas a largo plazo y un plan para el manejo de las crisis. También debe incluir el manejo de la finalización del tratamiento.
5. Los/as terapeutas deberían contar con espacios de supervisión.

4.2.2. Terapias psicológicas recomendadas

Terapia dialéctica conductual

Las recomendaciones derivadas de las revisiones sistemáticas (Binks y cols., 2008; Brazier y cols., 2006) y ensayos clínicos controlados sobre la terapia dialéctica conductual (por ejemplo Linehan y cols., 2006; Linehan y cols., 2008), se pueden resumir de la manera siguiente:

1. Es una terapia indicada en contextos de atención comunitaria.
2. Con relación a la variable género, si bien la terapia dialéctica conduct cols.(8;)Tontar cC y

hasta ahora que procede de estudios realizados mayoritariamente con muestras de mujeres.

3. La evidencia sugiere que la terapia es especialmente recomendada ante la presencia de:

- Tendencias suicidas y autolesivas.
- Trastornos crónicos del Eje I, de manera específica los trastornos por abuso de sustancias (factor de riesgo asociado a suicidio consumado).
- Conductas de ira, impulsividad y agresiones, situaciones en las que su combinación con olanzapina pueden incrementar los efectos terapéuticos.
- Frecuentación de servicios de urgencias y hospitalizaciones.
- Deficiencias en funcionamiento social.

Tomando como referencia los tipos de recomendación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), al fundamentarse en una evidencia de buena calidad el grado de recomendación de la TDC en pacientes con TLP es B (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011) y grado A en el caso de mujeres con autolesiones repetidas (NICE, 2009).

Además de todas las recomendaciones que la evidencia científica y las guías de práctica clínica recogen, hay que señalar que el PAI TMG (Consejería de Salud 2006) recomienda la terapia dialéctica conductual para el tratamiento del TLP

Terapia cognitiva centrada en esquemas

En la Guía de práctica clínica (GPC) sobre TLP de la Agencia catalana de evaluación de tecnologías (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011) la terapia cognitiva centrada en esquemas se recomienda con un grado C según SIGN. Se especifica que al ser una terapia manualizada y de fácil aplicabilidad con un adecuado entrenamiento, se recomienda su uso en los contextos de Salud mental. Sin embargo, como una terapia de grado de evidencia C, se añade que serían necesarios más estudios de investigación.

Terapia basada en la mentalización.

En la GPC de la Agencia catalana (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011) la terapia basada en la mentalización se recomienda con un grado C. Se especifica que debe ser desarrollada en el contexto de un hospital de día. Esta terapia abarca muchos componentes: terapia individual semanal, terapia analítica grupal tres veces por semana, terapia expresiva con psicodrama cada semana y una reunión comunitaria

semanal. Se trata de ofrecer una intervención intensiva durante un máximo de 18 meses.

4.3. Recomendaciones para tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico a corto plazo es útil en pacientes con TLP durante la crisis. Debe prescribirse el fármaco con menos efectos secundarios, a las menores dosis posibles, con mínimo potencial adictivo y relativa seguridad en caso de sobredosis. Dicha medicación no debe suspenderse antes de una semana y revisar su efectividad, efectos secundarios, mal uso y dependencia, con una frecuencia consensuada con el paciente (NICE, 2009; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011). Cabe destacar que la mayoría de los estudios señalan que la mejoría observada durante la fase aguda en pacientes en crisis no se mantiene a largo plazo (Zanarini, 2001; Nickel, 2006; Lilly, 2006).

Este grupo redactor recomienda una revisión mensual del tratamiento farmacológico. Esta pauta de revisión es la idónea para seguir las oscilaciones¹⁸ en la sintomatología que presentan este tipo de pacientes.

Hay argumentos a favor y en contra de que el tratamiento farmacológico y psicológico los asuma un/a único/a profesional. En todo caso, distintas fuentes coinciden en que siempre debe haber un referente del caso, que coordine todas las intervenciones. (APA, 2006; NICE, 2009; Gunderson, 2002; Consejería de Salud, 2006).

Es importante tener presente que las intervenciones farmacológicas deben ser un coadyuvante a otras intervenciones. Se debe evitar medicalizar la respuesta a las situaciones emocionales de la vida de la persona con diagnóstico de TLP (NICE, 2009).

Todas las guías consultadas aconsejan para el tratamiento de la inestabilidad emocional y, si existe de forma comórbida, episodio depresivo mayor, iniciar el tratamiento con ISRS (APA, 2006; NICE, 2009; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011). Se recomienda optimizar las dosis en función de la respuesta (fluoxetina 20-60 miligramos –mg-, sertralina 100-200 mg o venlafaxina 75-150 mg). Aunque los ensayos doble ciego publicados con grupo control usan fluoxetina, los estudios abiertos y la experiencia clínica sugieren que la posible utilización de otros ISRS. (Lieb y cols., 2010). Como se ha dicho, no hay ensayos de mantenimiento y por lo general

Estas oscilaciones no están reflejadas en los ensayos clínicos porque los criterios de inclusión resultan rígidos y poco representativos y porque en su mayoría los estudios no aportan datos de resultados a largo plazo.

cuando se suspenden reaparecen los síntomas. Por ello, en opinión de este grupo de trabajo, la duración debe basarse en el juicio clínico.

En caso de que un primer ISRS tenga un efecto parcial, el siguiente paso a seguir será incrementar las dosis. Si el paciente no responde a un primer ISRS es conveniente iniciar un ensayo con un segundo ISRS. (APA, 2006; NICE, 2009; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

Dado lo frecuente, en esta patología, de las sobreingestas medicamentosas el equipo redactor de este documento no recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos por su letalidad en caso de sobredosis y por su potencial para incrementar la agitación o la irritabilidad (APA, 2006; NICE, 2009; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011). Tampoco los IMAO son recomendables, por las dificultades de las personas que sufren un TLP para cumplir con las restricciones dietéticas (APA, 2006; NICE, 2009; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011). Y el tratamiento electroconvulsivo no se recomienda en el TLP per se.

Si un/a paciente TLP con problemas de inestabilidad/intensidad emocional no responde a un ISRS único, se pueden potenciar su efecto con ansiolíticos como la buspirona o benzodiazepinas de vida media larga como el clonazepam. No es aconsejable usar benzodiazepinas de vida media corta, como el alprazolam, puesto que se asocia su consumo en este tipo de pacientes con aumento de la agresividad. En todo caso los ansiolíticos deben usarse con precaución a causa del posible abuso y tolerancia con su empleo prolongado (APA, 2006; NICE, 2009; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

La potenciación del efecto de los antidepresivos con el uso de antipsicóticos debe usarse en aquellos problemas del estado de ánimo que implican sentimientos de ira, hostilidad o agresividad. Es aconsejable su uso asimismo, si estos problemas cursan con dificultades cognitivas relevantes (ansiedad flotante pseudopsicótica grave, ideación paranoide) o para conseguir sedación/tranquilización. Se aconseja utilizar dosis bajas y mantener entre 4-6 semanas (Lieb y cols., 2010).

Para la impulsividad el tratamiento de inicio recomendado hasta ahora han sido con ISRS y en caso de respuesta parcial potenciar con eutimizantes (APA, 2006; Gunderson, 2002). Los últimos estudios consultados aconsejan emplearlos como primera opción (Paris, 2009; Markowitz y cols., 1991).

En cuanto a carbamazepina y ácido valproico, sus efectos secundarios y necesarios controles hemáticos, así como la escasa adherencia complican su uso como primera opción. Lo mismo puede decirse del litio (APA, 2006).

Si existe un importante descontrol conductual se puede añadir un neuroléptico a bajas dosis (Nickel, 2006; Lieb y cols., 2010; Forum de Salud Mental y AIAQS, 2011). Desde nuestra postura, se debería optar por el uso de los atípicos, ya que se suelen tolerar mejor que los neurolépticos típicos, siendo el abandono de su consumo menor.

Sólo se recomienda iniciar el tratamiento con antipsicóticos a dosis bajas, en caso de síntomas graves en el área cognitivo-perceptiva. Actúan en días o semanas, por lo que conviene revisar el tratamiento y hacer intentos de retirada. Si la respuesta no es óptima, la dosis podría ser incrementada a un rango mayor (Lieb y cols., 2010; Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

Se necesita una vigilancia especial por la acumulación de prescripciones en situaciones de urgencia, que muy frecuentemente la persona con TLP va sumando y usando de forma inadecuada. El/la prescriptor/a principal debe marcar siempre el objetivo de revisar periódicamente las prescripciones anteriores y/o realizadas en situaciones de urgencia y evitar así la polimedicación (Consejería de Salud, 2006). En el SSPA, la receta electrónica "Receta XXI", es un instrumento facilitador de esta estrategia de vigilancia.

4.4. Recomendaciones en modalidades de intervención especializada para TLP y ámbitos de aplicación

Sería recomendable establecer una organización funcional estable de los servicios de manera que se garantice la atención integral a las personas con diagnóstico de TLP: una atención centrada en un programa más que en unidades o dispositivos determinados. El programa tendría que incluir al menos las intervenciones recomendadas de este documento y las recogidas para este trastorno en el PAI TMG (Consejería de Salud en 2006).

Así, cada UGC diseñaría su «Programa de atención integral a las personas con TLP» en función de los dispositivos de que disponga. Un programa que contemplara todas las posibles intervenciones y actividades recomendadas para este trastorno, y en el que se plasmará cuáles son las intervenciones que cada dispositivo puede ofrecer. Si es necesario, se establecerán Acuerdos de gestión clínica entre varias UGC SM, para completar el mapa de intervenciones que se deben ofertar en el programa.

Tomamos como referencia una atención vertebrada entorno a las USMC (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011; NICE, 2009). Éstas asumirían el seguimiento y tratamiento de las personas con una situación clínica y funcionamiento estable.

Cuando la gravedad y complejidad del caso hicieran precisas intervenciones de mayor intensidad, habría que confirmar si la situación cumple los criterios de un trastorno

mental grave (TMG). En caso de TMG, se ha de elaborar un plan de intervención individualizado (PIT) en el que se coordine la actividad de la USMC con dispositivos de mayor especialización (CTSM, URSM y HDSM) y con recursos sociales (Consejería de Salud, 2006).

Este grupo de trabajo considera recomendable la realización de una sesión clínica en la Comisión del trastorno mental grave, para revisar la propuesta de PIT y elaborar un plan más integrado, dando respuesta a la complejidad de la situación. Estos planes no se reducirían, necesariamente, a la determinación de estancias con duraciones limitadas en determinados dispositivos, sino que serían un instrumento de trabajo que contemplaría la atención y seguimiento, de manera indefinida y compartida, por los servicios de la UGC. El PIT incluirá también la derivación a cualquier programa de FAISEM que se considere necesaria para la atención integral de la persona con TLP.

La decisión de en qué dispositivos atender a las personas diagnosticadas de TLP, estaría relacionada, por un lado, con las necesidades que éstas presentaran y, por otro, con las intervenciones más eficaces y eficientes que cada unidad les pudiese ofrecer. De esta manera las psicoterapias en grupo, de familia e individuales, así como otras intervenciones para la recuperación, se podrían llevar a cabo en todas las unidades de Salud mental¹⁹. En caso de presentarse intentos de suicidio graves o conductas de riesgo graves para sí o para su entorno, es recomendable su ingreso en la UHSM.

Acceso al programa de atención a personas con TLP de la UGC

Cuando en Atención Primaria se detectasen personas usuarias con conductas o síntomas compatibles con este diagnóstico, (se recomienda la utilización del CEPER III como se explica en el anexo 3) se derivarían para valoración a la USMC. En este dispositivo se llevaría a cabo una evaluación multidisciplinar e integral de la persona, de su entorno familiar y de su entorno social. Una vez confirmado el diagnóstico TLP, la persona entraría en el programa y contaría con un plan de tratamiento con objetivos de tratamiento psicológico y psiquiátrico, con atención familiar, y orientación y apoyo ocupacional-laboral si lo necesitara. En aquellos casos en los que se aprecie un nivel funcional más deficitario y unas relaciones familiares y afectivas más dañadas y se prevea que pueda desbordar el espacio terapéutico de la USMC, se propondrá la revisión del caso y de la propuesta de PIT a la Comisión de TMG.

¹⁹ Si hay deterioro funcional significativo, necesidades complejas y/o carencia de apoyos sociales eficaces, si es preciso garantizar una mejor adherencia a los tratamientos, si es necesario aplicar tratamientos intensivos especializados o si es preciso hacerlo en contextos alternativos, se atendería, temporalmente, en HDSM, las URSM y las CTSM.

En opinión de este grupo de trabajo, sería deseable la existencia, en la UGC, de un grupo de profesionales con formación especializada en TLP, adscrita o no a un mismo dispositivo. Funcionaría como grupo de apoyo a todos/as los/as profesionales de la UGC que estuviesen abordando casos complejos de TLP que impliquen dudas diagnósticas o de abordaje. Sería aconsejable identificar y desarrollar las competencias profesionales requeridas en la atención a las personas con este trastorno, en su triple vertiente: conocimientos, habilidades y actitudes. Para desarrollar estas tres vertientes habría que ofertar, junto a las actividades formativas, supervisión, sesiones clínicas y estancias en servicios con experiencia y especializados en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Este grupo también recomienda estudiar en cada UGC de Salud mental la identificación o redistribución de profesionales en dispositivos para dotar este programa y poder desarrollar con cierta garantía las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas en las guías de práctica clínica sobre este trastorno como la del Forum de Salud mental y AIAQS (2011) o la de la NICE (2009), o incluso las recogidas en el PAI TMG.

En opinión del grupo redactor de este documento, de cara a la identificación de posibles casos en Atención primaria, o incluso en servicios de Urgencias, deberían establecerse mecanismos y espacios estables de coordinación, de discusión de casos y de formación que redunden en una mejor atención y derivación de un servicio a otro.

Resumiendo, la recomendación de este grupo de trabajo es el diseño de un Programa de atención a TLP de la UGC con las siguientes características:

- Funcionar como una organización funcional estable de cada UGC para que se garantice la atención integral al TLP.
- Debe permitir organizar, de forma sostenible para la UGC, las intervenciones que cada dispositivo puede proveer para prestar la atención de más calidad posible con la evidencia actual.
- Tiene que ofertar, en su conjunto, al menos las intervenciones recogidas en el PAI TMG y las recomendaciones del presente documento técnico.
- Se ha de identificar un equipo de profesionales formados en psicoterapias específicas para esta patología.
- Fomentar la detección temprana del TLP para poder ofertar una psicoterapia específica lo más precozmente posible.

- Las intervenciones con las personas que padecen TLP debe ser recogida en el PIT y, en los casos más graves, se debe asegurar un seguimiento más exhaustivo en la Comisión TMG.
- Generar un censo específico de TLP, que incluya diagnósticos más precoces y desarrollar intervenciones tempranas que puedan evitar la evolución a TMG.
- Facilitar el trabajo coordinado y conjunto de profesionales de distintos dispositivos e incluso distintas UGC.
- Potenciar acuerdos de colaboración entre UGC, cuando en una sola UGC la red de dispositivos no esté completa (por ejemplo carencia de HDSM o de USMI-J) o para la puesta en marcha de procedimientos psicoterapéuticos complejos que requieran la colaboración de profesionales dependientes de distintos hospitales de referencia.
- Incluir en los Acuerdos de gestión clínica de la UGC, intervenciones psicoterapéuticas complejas que puedan ofertarse entre distintos hospitales resolviendo la derivación de pacientes.

4.5. Trabajo en equipo

Si en algo se caracterizan a las distintas unidades de Salud mental es la multidisciplinariedad de los equipos profesionales. Puede surgir un dilema, en este ámbito multidisciplinar, cuando el terapeuta principal de la persona con TLP sigue un modelo psicoterapéutico de intervención determinado y el resto de profesionales del equipo otro. ¿Qué puede suceder entonces, con la persona con TLP, qué precisamente necesita una consistencia, unos límites claros, un mismo lenguaje, una misma forma de interpretar su trastorno para poder actuar en cada momento? En la atención a estas personas, la estrategia de manejo común del caso y la coherencia de actuaciones, de todo el equipo de trabajo implicado, según lo revisado y en opinión del grupo redactor, es un elemento clave de éxito.

Por otro lado, no hay que olvidar que de una u otra manera intervienen todos los miembros del equipo: enfermería, terapeutas ocupacionales, trabajo social (desde el cuidado, desde lo ocupacional, desde lo social,...). Cabe destacar el papel de los profesionales de enfermería, que con la planificación de cuidados (Jiménez, 2010) y la asignación de enfermería de referencia a todas las personas demandantes de asistencia, aseguran la personalización de los cuidados. En el caso de los TLP, este papel es mucho más importante, dado que estas personas establecen alianzas

terapéuticas desde el primer momento, que pueden facilitar la adherencia al tratamiento y a la terapia.

Hay que añadir que el manejo de la sintomatología de las personas con TLP y la complejidad que supone su tratamiento provocan verdaderas dificultades en el abordaje. Esto además, en numerosas ocasiones, se une a un desconocimiento real del trastorno que suele provocar que el equipo se mueva en un espacio resbaladizo y peligroso, entrando a veces a culpar al sujeto de aquellas conductas que presenta y que nos resultan incómodas, sin saber que corresponden a desajustes emocionales en situaciones que desde fuera no podemos comprender. Es por ello que se hace imprescindible la formación de cada profesional que integra el equipo.

4.6. Recomendaciones para los programas de apoyo social

En el SSPA, el apoyo social especializado se realiza desde FAISEM, y el TLP, como cualquier otro trastorno mental grave, y según queda recogido en el PAI TMG debe incluirse en sus diferentes programas, entre ellos el residencial (Consejería de Salud, 2006).

A pesar de la escasez de estudios de la atención social a personas con TLP más graves y de la falta de evidencias claras del éxito de ningún modelo e intervención específica en el ámbito residencial o ocupacional, la realidad es que un porcentaje pequeño está siendo atendido en FAISEM.

Este grupo considera que las personas con TLP deben ser atendidas en FAISEM con programas especializados a desarrollar, planteándose abordajes experimentales, con evaluaciones específicas de experiencias concretas, que ya se están dando y que arrojen información más fiable. Para ello, se realizan unas mínimas recomendaciones necesarias:

1. Garantizar un seguimiento y control sanitario, con una disponibilidad mayor en términos de flexibilidad, cobertura horaria y agilidad de respuesta. Características que se consideran básicas tanto para abordar los problemas de estas personas, como para apoyar el trabajo del personal de los programas de apoyo social.
2. Establecer un programa diferenciado en el ámbito residencial, basándose en un modelo de apoyo residencial más que en el uso de estructuras residenciales específicas.
3. Facilitar el acceso a los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) y a las estructuras de soporte diurno de manera individualizada y sin poner en riesgo el

funcionamiento general de esos programas y dispositivos en relación con otras personas con trastornos mentales graves.

4. Establecer un sistema de evaluación que permita valorar la utilidad de las intervenciones y generalizar en el futuro las que resulten razonablemente satisfactorias.

Así mismo, respecto a la integración laboral, este grupo señala las recomendaciones de la GPC del Forum de Salud mental y AIAQS (2011): «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».

4.7. Recomendaciones en problemas asociados a TLP

4.7.1. Consumo de tóxicos

Las personas diagnosticadas de TLP presentan una elevada tasa de trastorno por uso de sustancias (TUS) comórbido. La coexistencia de una adicción en un TLP complica la evolución clínica del trastorno mental y es un factor de mal pronóstico, implicando la presencia de tratamientos considerablemente más complicados (Dowson y Grounds, 1995)

Al igual que en la población española, la sustancia más frecuente de abuso entre las personas con TLP es el alcohol, siendo más específico la politoxicomanía (cannabis, anfetaminas, etc.). Aunque no siempre, su abuso tiende a ser episódico e impulsivo, y consumen cualquier droga que esté a su alcance. (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

Este consumo contribuye a aumentar el riesgo de otros comportamientos autodestructivos como los intentos de suicidio, las autolesiones, la promiscuidad sexual o los comportamientos provocadores que incitan a la agresión. El consumo de drogas tiene importantes repercusiones en el tratamiento y la evolución de este tipo de pacientes, dado que suelen tener una peor evolución y un mayor riesgo muerte o lesión. Por todo ello, es muy importante que este aspecto sea activamente explorado por parte del equipo profesional y que se informe al paciente de los riesgos que comporta el consumo de tóxicos (Forum de Salud mental y AIAQS, 2011).

La estrategia más adecuada para estos casos, es un **tratamiento integrado** basado en la conceptualización de la patología dual como un fenómeno biopsicosocial y llevado a cabo por el mismo equipo multidisciplinar. Sin embargo, en Andalucía, la existencia de dos redes separadas, la de Salud mental y la de Drogodependencias impide un tratamiento totalmente integrado. Esta situación trata de paliarse con la

búsqueda de estrategias de trabajo coordinado con la publicación de la segunda edición del “Documento de actuación conjunta entre Unidades de salud mental comunitaria y Centros de tratamiento ambulatorio de Drogodependencias (Consejería de Salud-Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2012).

En este contexto el grupo de trabajo de este documento recomienda por tanto:

- Cuando el diagnóstico principal sea claramente el TUS, primero se abordará en la red de Drogodependencias, y se considerará la coordinación y/o derivación a una USMC para el abordaje del TLP.
- Cuando el diagnóstico principal sea el TLP y el consumo de tóxico no cumpla criterios de TUS, ha de abordarse en la USMC (o en cualquier otra unidad de la red de SM donde el paciente esté ingresado temporalmente).
- Explorar siempre y de forma sistemática el consumo de tóxicos, dadas las graves consecuencias que los consumos esporádicos pueden tener en una persona con TLP.
- Formación adecuada sobre trastornos de personalidad y TUS en ambas redes.
- Compartir protocolos de actuación entre ambas redes especializadas.
- Favorecer el tratamiento psicológico a la vez que se aborda una reducción en el consumo de las sustancias.
- Observar como norma general una política de intervención basada en la reducción de daños y riesgos.
- Adaptar los recursos y programas a las necesidades que se vayan presentando e introduciendo una atención diferencial desde la perspectiva de género.

4.7.2. Trastorno de la conducta alimentaria

Dada la alta comorbilidad de TLP y trastorno de la conducta alimentaria (TCA), y la gravedad de ambas patologías, hay que evaluar de forma sistemática la presencia de ambas cuadros diagnósticos. Como recomienda la guía de práctica clínica del TLP del Forum de Salud mental y AIAQS (2011) se debe consultar siempre las guías de práctica clínica para ambas patologías.

Dadas las características y especificidad de los síntomas será siempre más fácil que pase desapercibido el TLP comórbido en un TCA, que al contrario. Este hecho supondrá siempre un factor de mal pronóstico y, muchas veces, de fracaso terapéutico. En cada caso de comorbilidad habrá que realizar un plan de actuación específico valorando si se pueden abordar ambas patologías a la vez, o es prioritario

empezar por la que más repercute en la seguridad vital o en calidad de vida de la persona afectada.

4.7.3. Suicidio

El riesgo de suicidio debe ser evaluado de forma continuada en la atención al TLP y de forma sistemática en las situaciones de crisis, dado que el riesgo de suicidio es 400 veces más alto en el TLP que la población general (Selva, 2005). Los factores que aumentan el riesgo de suicidio son (Oldham, 2007):

- Intentos de suicidio anteriores.
- Niveles elevados de desesperanza.
- No tener pareja, estar sin trabajo y estar aislado socialmente.
- Antecedentes de abusos sexuales.
- Alta impulsividad.
- Rasgos antisociales.
- Comorbilidad con trastornos por uso de sustancias.
- Comorbilidad con episodio depresivo mayor.

Según la guía del Forum de Salud mental y AIAQS (2011), la ideación suicida y las autolesiones pueden deberse a diversos motivos. Pueden representar un intento de gestionar emociones insoportables, de finalizar un estado disociativo, de llamar la atención, de expresar su ira e intentar castigar a alguien o un intento de acabar con su vida. El riesgo agudo puede darse en una situación de crisis.

Este grupo recomienda que el riesgo de suicidio se maneje con las indicaciones generales de manejo de crisis de TLP y siguiendo las indicaciones específicas de las guías de práctica clínica de suicidio. En caso de riesgo agudo, y una vez agotadas y/o descartadas otras medidas de su **plan de crisis**,²⁰ se recomienda un ingreso hospitalario de muy corta duración y con dos objetivos únicos: la seguridad vital de la persona y trabajar intensamente la evaluación de la autogestión de la crisis acorde con su plan de crisis para reducir el riesgo de repetición (todo ello en el punto siguiente).

plan de crisis: documento consensuado con el paciente donde se detallan las distintas estrategias de afrontamiento que la persona debe poner en práctica ante las distintas situaciones identificadas relacionadas con sus crisis y trabajadas previamente en el proceso psicoterapéutico.

4.7.4. Recomendaciones para el manejo de las crisis y el PLAN DE CRISIS

Este grupo asume las recomendaciones para las situaciones de crisis de la NICE (2009). A continuación se plantea una adaptación de dichas recomendaciones a la organización de la red de Salud mental del SSPA, teniendo en cuenta el Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave (Consejería de salud, 2006).

La clave para el manejo de las crisis en una persona que está afectada de un TLP, es que en su PIT se tenga planificado un **plan de crisis** que se haya consensuado y firmado entre el/la terapeuta referente y la persona afectada.

El PIT y el plan de crisis deben estar incorporados a su historia clínica en el sistema de información DIRAYA y transitoriamente a su historia clínica digital hospitalaria²¹.

La persona con TLP debe llevar siempre consigo el plan de crisis actualizado, de la forma más resumida y concreta posible. Debe estar entrenado previamente para identificar sus reacciones emocionales y en el uso de dicho plan.

El objetivo de este plan es garantizar la seguridad de la persona y de las personas de su entorno, pero con la mayor autonomía y responsabilidad posible por parte de la persona afectada.

En este sentido se establecerán una serie de estrategias ordenadas secuencialmente:

1. Identificación de la situación de crisis con sus desencadenantes y según el entrenamiento en la psicoterapia (con una escala de gravedad).
2. Puesta en marcha de mecanismos de autogestión de la crisis: estrategias de afrontamiento definidas como habilidades comportamentales y emocionales para manejar las emociones y las conductas durante las crisis. Dichas habilidades deben haber sido consensuadas con su terapeuta y previamente practicadas en consulta.
3. Hacer uso del apoyo de las personas significativas de la red social según lo establecido previamente. Deben estar claramente identificadas y registradas.
4. Hacer uso de estrategias marcadas en el plan de crisis sobre usos de peticiones de ayuda a profesionales según lo establecido previamente (escribir nota, llamada telefónica, comunicar a personal de enfermería, etc.). También han de estar identificadas y registradas previamente.

²¹ Cada hospital del SAS dispone de una historia digital diferente hasta que se generalice el módulo hospitalario de la historia digital única DIRAYA.

5. Acudir urgente a un servicio especializado (a la USMC de referencia y al servicio de urgencias tanto de a AP como hospitalario, según horarios y días de funcionamiento establecido). Las situaciones emocionales y los comportamientos que son motivo de asistencia a un servicio de urgencia deben estar perfectamente identificadas de forma particular para cada persona. Y las debe tener registradas.

Gestión de la crisis en urgencias

La gestión de la crisis por parte del/de la profesional que atiende la urgencia, debe tener como objetivo prevenir las autolesiones y el suicidio y reducir los síntomas. Para ello debe:

1. Consultar el plan de crisis de su PIT, y:
 - Mantener la calma y una actitud no amenazante.
 - Realizar comentarios de apoyo y empatía en el primer contacto.
 - Tratar de entender la crisis desde el punto de vista de la persona afectada.
 - Explorar las razones de su angustia.
 - Usar preguntas abiertas empáticas incluyendo la validación de los estados para identificar el inicio y el curso de los problemas actuales.
 - Estimular la reflexión acerca de las soluciones.
 - Evitar minimizar las razones que la persona identifica como causa de la crisis.
 - Abstenerse de ofrecer soluciones antes de esclarecer los problemas.
 - Explorar otras opciones antes de considerar el ingreso.
 - Ofrecer un nivel adecuado de seguimiento acordando plazos con el o la paciente.
2. Antes de iniciar el tratamiento farmacológico a corto plazo en una crisis:
 - Asegúrese que existe un consenso del fármaco indicado, entre el personal facultativo y el principal agente prescriptor identificado.
 - Establecer los posibles riesgos de la prescripción incluido consumo de alcohol y otros tóxicos.
 - Tener en cuenta la función psicológica de la prescripción y el impacto que pueda tener en la relación terapéutica y en el plan general del tratamiento, incluso en estrategias a largo plazo.

- Asegúrese de que el fármaco no se usa en lugar de otra intervención más apropiada.
 - Usar un solo medicamento, evitando siempre que sea posible la polifarmacia.
3. Otras recomendaciones una vez decidido que se va a poner tratamiento farmacológico tras una crisis:
- Pactar la duración del tratamiento, teniendo en cuenta que no debe superar la semana.
 - Elegir un medicamento que tenga un perfil bajo de efectos secundarios, baja propiedades adictivas, el potencial mínimo para el uso indebido y la relativa seguridad en caso de sobredosis.
 - Utilizar la dosis mínima eficaz.
 - Prescribir menos comprimidos con mayor frecuencia si existe un riesgo significativo de una sobredosis.
 - Acordar con la persona los síntomas de destino, las medidas de vigilancia y la duración prevista del tratamiento.
 - Pactar con la persona un plan para la adhesión, acordando interrumpir un medicamento después de un período de prueba si los síntomas no mejoran.
 - Considerar tratamientos alternativos, incluyendo los tratamientos psicológicos, si los síntomas no mejoran o el nivel de riesgo no disminuye.
 - Concertar una cita con su facultativo/a referente para revisar el PIT, incluyendo tratamientos farmacológicos y otros, después de que la crisis haya disminuido.

4.8. Recomendaciones generales

El grupo de redacción de este documento, tras haber revisado toda la información anterior y de acuerdo con el contexto actual de la atención a personas con TLP en Andalucía, plantea como resumen las siguientes indicaciones:

1. Potenciar la formación del personal sanitario, tanto a nivel de AP como de la red especializada de Salud mental. Asimismo, debe incluirse en los programas de formación a profesionales la red de FAISEM y de Drogodependencias.
2. Potenciar programas de detección precoz y de intervención temprana para los TLP tanto en las USMC como en las USMI-J. Intervenciones específicas para

mejorar la sintomatología subsindrómica del TLP y prevenir un deterioro del funcionamiento global del paciente.

3. Desarrollar programas de prevención, centrados en el manejo de emociones en adolescentes. Coordinación con el programa «Lo hablamos» sobre sensibilización acerca de estigma y Salud mental y el Programa Forma Joven
4. Análisis y adaptación de los criterios de valoración de la Ley de dependencia a las particularidades del TLP no recogidas en los criterios de valoración de otros TMG.
5. En la medida en que la disponibilidad presupuestaria lo permita, incrementar el número de profesionales en las unidades de Salud mental, para posibilitar una atención adecuada y, sobre todo, que permita la atención precoz y el desarrollo de acciones preventivas.
6. Identificar y desarrollar equipos de profesionales especializados en la atención a TLP, que actúen como referentes para los equipos educativos, judiciales y sociales e, incluso, como apoyo al resto de profesionales sanitarios en casos especialmente complejos. Se recomienda que haya al menos un equipo en el ámbito de cada UGC.
7. Facilitar la realización de programas especializados, en los que puedan coordinarse profesionales de distintos dispositivos asistenciales de la red de Salud mental y que permitan la actuación de profesionales de distintos hospitales para realizar una oferta de calidad.
8. Facilitar incluir en los acuerdos de gestión clínica de las distintas UUGCSM, la derivación de personas con TLP a otros hospitales para recibir intervenciones psicoterapéuticas complejas que requieran una formación muy especializada. Todo ello, hasta que se publique la cartera de Servicios de Salud mental definida por procedimientos.
9. Potenciar la investigación en TLP, especialmente de las intervenciones psicoterapéuticas.
10. Aplicar el protocolo de actuación conjunta entre USMC y Centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias en caso de patología dual (TLP y TUS)

**referencias
bibliográficas**

Akiskal HS. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 110:401-407

APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM 3ª edición. Washington DC: APA, 1980

APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM 4ª edición. Washington DC: APA, 1994

APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV TR. Barcelona: Masson, 2001.

APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM 5ª edición. Washington DC: APA. En prensa. En red: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

APA. *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Compendio 2006. Barcelona: Ars Medica, 2006.

Aragona M. The role of Comorbidity in the crisis of the current psychiatric classification system. *Philos Psychiatr Psychol.* 2009; 16: 1-11.

Bahorik AL, Eack SM. Examining the course and outcome of individuals diagnosed with schizophrenia and comorbid borderline personality disorder. *Schizophrenia Research.* 2010; 124 (1-3): 29-35

Ballús C, Vicens E, Garné M, De Angel L, Claret J, Díaz N, y cols. *Trastorno Límite de la Personalidad*. Cuadernos de Salud mental; 8. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Ed. Catsalut, 2006.

Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Álvarez E y cols. Validación de la versión española de la *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)*. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004; 32: 293-298.

Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1999; 156: 1563-1569.

Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry.* 2001; 158: 36-42.

Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization Based Treatment versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2009; 166: 1355-1364.

Beck AT. *Depression Inventory*. Philadelphia: Philadelphia Centre for Cognitive Therapy, 1978.

Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory*, 22nd ed. San Antonio: Tex, Psychological Corporation, 1996.

Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. *CNS Drugs*. 2008; 22: 671-92.

Bellino S, Zazza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined therapy of mayor depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Can J Psychiatry*. 2007; 52: 718-725.

Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams EE, Duggan C. Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline (Revisión Cochrane Traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behaviour in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *J Pers Disord*. 2004; 18: 226-239.

Blizard RA. The role of double binds, reality-testing and chronic relational trauma in the genesis and treatment of borderline personality disorder. En: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ. (Eds.). *Psychosis, Trauma and Dissociation*. New York: John Wiley & Sons, Ltd, 2008.

Blum N, John DS, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J y cols. Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2008; 165: 468-478.

Bogenschutz MP, George NH. Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(1): 104-9.

Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C y cols. Effectiveness of inpatient dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther.* 2004; 42: 487-499.

Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kuhler T, Stieglitz RD. Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology.* 2007; 40: 126-32.

Bohus M, Kleindienst N, Limberger M, Stieglitz R, Domsalla M, Chapman A y cols. The Short Version of Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology.* 2008; 42: 32-39.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 77/2008, de 4 de marzo, Ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193: 24-31.

Brazier J, Tumor I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K y cols. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2006; 10:1-138.

Caballo VE, Guillén JL, Salazar IC. Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico.* 2009; 40(3): 319-327.

Caballo VE, Guillén JL, Salazar IC, Iruña MJ. Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del Cuestionario exploratorio de personalidad-III (CEPER-III). *Behavioural Psychology.* 2011; 19(2): 277-302.

Caballo VE. Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis, 2004.

Central institute of mental health. Borderline Symptom List 23 (BSL-23). Analysis Information. En red: <http://www.zi-mannheim.de/bsl.html> . Revisado en Junio de 2007.

Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J. Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.

Chambless DL, Babich K, Crits-Christoph P, Frank E, Gilson M, Montgomery R y cols. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. American Psychological Association, 1993. En red: <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>

Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P y cols. Update on empirically validated-therapies, II. *Clin Psychol*. 1998; 51: 3-16.

Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 685-716.

Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP y cols. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008; 193: 477-484.

Chávez E, Ng B, Ontiveros MP. Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud Mental*. 2006; 29 (5): 16-24 En red: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065c.pdf>

Checa González, M. Manual práctico de psiquiatría forense, Madrid. Elsevier. 2010

Clark LA, Harrison JA. Assessment instruments. En: Livesley, WJ. (Eds.). *Handbook of personality disorders: theory, research and treatment*. New York: Guilford, 2001: pp: 227-57.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 922-928.

Coccaro EF, Harvey PD, Kupsaw E, Herbert J, Bernstein DP. Development of neuropharmacologically based behavioural assessment of impulsive aggressive behaviour. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1991; 3: S44-S51.

Coccaro EF, Kavoussi RJ. Fluoxetine and impulsive-aggressive behaviours in personality disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54: 1081-1088.

Coid J, Kahtan N, Gault S, Jarman B. Patients with personality disorder admitted to secure forensic psychiatric services. *Br J Psychiatry*. 1999; 175: 528-536.

Coid J, Yang M, Bebbington P, Moran P, Brugha T, Jenkins R y cols. Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychol Med*. 2009; 39: 1721-1731.

Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006; 188: 423-431.

Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2003; 182 (Suppl. 44): s3-s10.

Consejería de Salud. II Plan de calidad del Sistema sanitario público de Andalucía 2005-2008. Sevilla, Junta de Andalucía, 2005.

Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: Junta de Andalucía, 2006.

Consejería de Salud. II Plan integral de Salud mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla, Junta de Andalucía, 2008.

Consejería de Salud-Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Protocolo de actuación conjunta entre Unidades de salud mental comunitaria y Centros de tratamiento ambulatorio de Drogodependencias. Sevilla: Junta de Andalucía, 2012. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=14>

Conte HR, Plutchik R, Karasu TB, Jerrett I. A self-report borderline scale: discriminative validity and preliminary norms. *J Nerv Ment Dis*. 1980; 100: 428-435.

Critchfield KL, Clarkin JF, Levy KN, Kernberg OF. Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol*. 2008; 47: 185-200.

Davidson KM, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H y cols. The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: results for the borderline personality disorder study of cognitive therapy (Boscot) trial. *J Pers Disord*. 2006; 20: 450-465.

De Girolamo G, Reich JH. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Trastornos de la personalidad. Madrid: Meditor, 1996.

De la Fuente JM, Lotstra F. A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1994; 4(4): 479-86.

Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med*. 1983; 13: 595-605.

Derogatis LR. The SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual (3^a Ed.). Minneapolis: National Computer Systems, 1994.

Dimeff LA, McDavid J, Linehan MM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: a review of the literature and recommendations for treatment. *J Clin Psychol Med Settings*. 1999; 6: 113-138.

Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C y cols. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 389-395.

Dowson JH, Grounds AT. Personality disorders. Recognition and clinical management. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

Farrel JM, Shaw IA. Emotional awareness training: a prerequisite to effective-cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract*. 1994; 1: 71-91.

Farrel JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009; 40: 317-128.

Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002; 359: 545-550.

Feliu-Soler A, Soler J, Trujols J, Elices M, Pascual JC, Vega D, Soto A, Ortiz C, Álvarez E. Propiedades psicométricas de la versión española de la Borderline Symptom List. Póster. IX Congreso de trastornos de la personalidad. Zaragoza: 20-22 de junio de 2012.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Research Version (SCID-1), version 2.0. New York: State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1996.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. User's Guide for the Structured Clinical Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1999.

Forum de Salut mental y Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS).

(Coord.). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2011.

Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double blind placebo- controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 442-446

García-López MT, Martín-Pérez MF, Otín-Llop R. Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010; 30: 263-278.

Geiger TC, Crack NR. A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. En: Ingrand RE, Price JM (Eds.) *Vulnerability and psychopathology*. New York: Guilford Press, 2001; pp: 57-102.

Giesen-Bloo J, van Dick R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen T, van Asselt T y cols. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 649-658.

González MA, Abeijón JA, Bustamante S, Elizagárate E, Larrínaga M, Lasa A y cols. Proyecto Osteba. Abordajes de los Trastornos de la Personalidad en la red de Salud mental del País Vasco. Vitoria: Departamento de sanidad del Gobierno Vasco, 2008.

González R. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide, 1997.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD y cols. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2009; 69: 533-545.

Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2006; 37: 25-35.

Grillo CM, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LL, Stout RL y cols. The collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design and sample characteristics. *J Pers Disord*. 2000; 14: 300-315.

Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M y cols. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med.* 2002; 162: 53-60.

Gunderson JG. Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2002; pp: 129-158.

Gutiérrez JR. Detección precoz de psicopatología en la infancia. Aspectos generales. Ponencia. III Foro de pediatría en Atención Primaria de Extremadura. Marzo, 2003. En red: <http://www.spapex.es/3foro/pdf/deprecozpsi.pdf>

Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: Publication ADM 76-338. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976; pp: 218-222.

Hallahan B, Hibbeln HR, Davis JM, Garland MR. Omega-3 fatty acid supplementation in patients with recurrent self-harm Single-centre double-blind randomised controlled trial. *BJP.* 2007; 190: 118-122.

Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959; 32: 50-55.

Hamilton MA. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.

Harned ML, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray A, Comtois KA, Linehan M. Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behaviour therapy versus community treatment by experts. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76: 1068-1075.

Harris M, Meltzer D. Familia y comunidad. Buenos Aires: Ed. Spatia, 1990.

Hennessey M, McReinolds CJ. Borderline personality disorder: psychosocial considerations and rehabilitation implications. *Work.* 2001; 17: 97-103.

Hill J, Pilkonis P, Morse J, Feske U, Reynolds S, Hope H y cols. Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2008; 38: 135-146.

Hobson RP, Patrick MP, Hobson JA, Crandell L, Bronfman E, Lyons-Ruth K. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *Br J Psychiatry.* 2009; 195: 325-330.

Hollander E, Allen A, López RP y cols. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(3):199-203

Hollander E, Swan AC, Coccaro EF y cols. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 621-24,

Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS. Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and Clinical applications. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56: 885.892

Huang Y, Kotov R, De Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C y cols. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 46-53.

Jiménez Barbero JA, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina Garrido L, Munuera García V, Sánchez Muñoz M. El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero. *Enfermería global*. 2010; 9(3): 1-16.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300024&script=sci_arttext

Jiménez Pascual A. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Rev Esoc Esp Neurop*. 2002; 82: 115-126.

Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CH, Grilo CM, Skodol AE, Bender DS, McGlashan TH. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study *Comprehensive Psychiatry*, Volume 44, Issue 4, Pages 284-292

Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Roysamb E, Tambs K, Torgersen S y cols. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders. A multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65: 1438-1446.

Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009; 166: 505-8.

Koldosky N. Trastorno borderline de la personalidad. Un desafío clínico. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2005; pp: 385-414.

Kolla NJ, Eisenberg H, Links PS. Epidemiology, risk factors and psychopharmacological management of suicidal behaviour in borderline personality disorder. *Arch Suicide Res.* 2008, 12:1-19.

Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ y cols. Efficacy of dialectical behaviour therapy women veterans with borderline personality disorder. *Behaviour Therapy.* 2001; 32: 371-390.

Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr Psychiatry.* 2008; 49: 380-386.

Krawitz R, Watson C. Borderline personality disorder: Pathways to effective service delivery and clinical treatment options. Wellington, New Zealand: Mental Health Commission. Occasional Publications No.2, 1999. <http://www.mhc.govt.nz>

Kröger C, Kosfelder J. Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Z Klin Psychol Psychother.* 2007; 36: 11-17.

Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modelling. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78: 36-951.

Lana F, Fernández MI, Sánchez C, Bonet E. Estudio de los trastornos de personalidad y de la utilización de servicios en la población clínica atendida en la red de Salud mental de un sector sanitario. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 6:331-336.

Lana F, González MA, Mirapeix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Psiquiatria.com.* 2006; 10(1): 264-279.

Lasa Zurlita A. Los niños hiperactivos y su personalidad. Bilbao: Altxa, 2008.

Leichsenring F. Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A Self-Report Instrument for Assessing Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Assessment* 1999; 73(1): 45-63

Leichsenring F, Leibning E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2011; 377:74-84.

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007; 62: 553-564.

Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder, *Dev. Psychopatol*. 2005; 17 (4): 959-86

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004; 364: 453-461.

Lieb K, Völlm B, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 4-12.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-Behavioural Treatment of Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 1060-1064.

Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *J Consult Clin Psicol*. 1993; 51: 276-286.

Linehan MM. *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993.

Linehan MM. *Comprendiendo el Trastorno límite de la personalidad: Manual sobre el enfoque dialéctico*. New York: Guilford Press. 1995

Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. 1999; 8:279-292.

Linehan MM, Cochran BN, Kehrer CA. Dialectical Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder. En: David H. Barlow (comp). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: The Guilford Press, 2001.

Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch S, Heagarty P y cols. Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for BPD. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 67: 13-26.

Linehan MM. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Ed. Paidós, 2003.

Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL y cols. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2006; 63: 757-766.

Linehan M, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs HR, Gallop RJ. Olanzapine plus dialectical behaviour therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. J Clin Psychiatry 2008; 69:999-1005

Lilly E. Efficacy and safety of olanzapine in patients with borderline personality disorder: a randomized double-blind comparison with placebo. ClinicalTrialsgov. 2006.

Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C y cols. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychopharmacol. 2006; 26(1):61-6.

López-Ibor J, Pérez Urdaniz A y Rubio V. Examen internacional de los trastornos de la personalidad; módulo DSM-IV. Versión Española. Madrid: Organización Mundial de la Salud, 1996.

López M, Fernández L, García-Cubillana P, Moreno B, Jimeno V, Laviana M. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios de los residentes. Rehabilitación psicosocial. 2005; 2: 28-39.

Loranger AW. International Personality Disorders Examination (IPDE). Geneve: World Health Organization, 1995.

Loranger AW. Personality Disorder Examination (PDE) Manual. New York: DV Communications, 1988.

Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems? Br J Psychiatry. 2005; 186: 182-184.

Markowitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC, Meltzer HY: Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorder. Am J Psychiatry 1991, 148:1064-1067

Martins D, De Padua A. Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Sci Int.* 2008; 179: 19-22.

Matsunaga H, Kaye WH, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C and Rao R. Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27: 353–357

McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L y cols. A Randomized Trial of Dialectical Behaviour Therapy versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166: 1365-1374.

Millon T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III Manual.* Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.

Millon T. *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV.* Barcelona: Masson, 1998.

Monarch ES, Saykin AJ, Flashman LA. Neuropsychological impairment in borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2004; 27:67-82.

Morillo-Velarde C, Cáceres D, Cabrera MV. Eficacia terapéutica de oxcarbamazepina sobre la impulsividad y el craving. Comunicación presentada a las XXXIV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Valencia, 22-24 de marzo de 2007.

Munroe-Blum H, Marziali E. A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 1995; 9: 190-198.

MSPSI (Ministerio de sanidad, política social e igualdad). Clasificación estadística internacional de enfermedades. Novena revisión. Modificación Clínica. 8ª edición. Madrid: MSPSI. 2012

Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P y cols. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behav Res Ther.* 2009; 47: 961-973.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Borderline Personality Disorder: treatment and management.* London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. En red: <http://www.nice.org.uk/CG78>

New Zealand Guidelines Group. Evidence-based guideline. Assessment and management of people at risk of suicide. Mental health and behavioural. Wellington: Ministry of Health, 2003

Newhill CE, Eack SM, Mulvey EP. Violent behaviour in borderline personality. *J Pers Disord.* 2009; 23: 541-554.

Newton-Howes G, Tyrer P, Weaver T. Social functioning of patients with personality disorder in secondary care. *Psychiatr Serv.* 2008; 9:1033-1037.

Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK y cols.

Pascual JC, Pérez V, Soler J, Barrachina J, Álvarez E. Antipsicóticos en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, 2006. En red: <http://www.psiquiatria.com>.

Pascual JC, Soler J, Puigdemont D, Pérez-Egea R, Tiana T, Álvarez E y cols. Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(4): 603-608.

Pasieczny N y Connor, JP. The Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy in Routine Public Mental Health Settings: an Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2011; 49: 4-10.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995; 51:768-74.

Pedreira Massa JL. La (re)organización estructural de la adolescencia. ¿Hacia una comprensión psicopatológica de los trastornos borderline de la personalidad? *Psiquiatria.com*, 2001; 5 (3). En red: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1325/1/psiquiatriacom_2001_5_3_7.pdf.

Pérez V, Barrachina J, Soler J, Pascual JC, Campins MJ, Puigdemont D y cols. The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007; 35 (4):229-35.

Perry JC. *The Borderline Personality Disorder Scale (BPD-Scale): Semi-structured version*. Cambridge, MA: The Cambridge Hospital, 1982

Pondé M P, Freire ACC y Mendonça MSS. The Prevalence of Mental Disorders in Prisoners in the City of Salvador, Bahia, Brazil. *Journal of Forensic Sciences*, 2011. 56: 679–682.

Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C, Shelton C (). The BPQ: A scale for the assessment of Borderline Personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders*. 2006; 20: 247–260.

Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad inflamatoria intestinal al día*. 2003; 2: 39-42.

Quaders de Salut Mental 8. Trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2006.

Rendu A, Moran P, Patel A, Knapp M, Mann A. Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *Br J Psychiatry*. 2002; 181: 62-66.

Rocca P, Marchiaro L, Cocuzza E, Bogetto F. Treatment of borderline personality disorder with risperidone. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 63(3): 241-4

Rodríguez V. Personalidad fronteriza, límite o "borderline": características etiopatogénicas, diagnósticas y evolutivas. *Estados límite. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2005; 5: 95-108.

Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Smith SM, Saha TD, Pickering RP y cols. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of new psychiatric diagnostic modules and risk factors in a general population sample. *Drug Alcohol Depend*. 2008; 92:27-36.

Rubio V, Pérez A. *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier, 2003.

Ryle A, Golyunkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *Br J Med Psychol*. 2000; 73: 197-210.

Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Brown CH, Costa PT, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002; 180: 536-542.

San Román P, Pedreira JL. Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años. *Psiquiatría.com*. 2002; 6(2). En red: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/7305/.

Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a Scale for Identifying Self-Destructive Behaviours and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 1998; 54(7): 973-983.

Santiago S, Castro S, Cañamero D, Godoy A, Marcos C. Terapia icónica en inestabilidad emocional. Estudio preliminar. *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2006; 5: 151-64.

Schwecke LH. Childhood sexual abuse, PTSD, and borderline personality disorder. Understanding the connections. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2009; 47: 4-6

Selva G, Bellver F, Carabal E. Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En Cervera G, Haro G y Martínez-Raga J. Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.

Servicio andaluz de Salud. Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, sobre Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos. Sevilla: SAS, 2002. En: García Calabrés R (Director). Guía sobre atención urgente en enfermedad mental. Córdoba: Defensor de la Ciudadanía de la provincia de Córdoba, 2010. En red: <http://www.copclm.com/doc/guia-atencion-enfermedad-mental.pdf>

Shiner R, Caspi A. Personality differences in childhood and adolescence measurement, development and consequences. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003; 44: 2-32.

Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991; 148:1647-1658

Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS y cols. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2002a; 159: 276-283.

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*. 2002b; 51: 936–950.

Skodol AE, Johnson JG, Cohen P, Sneed JR, Crawford TN. Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 415-420.

Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in Mental Health care. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69: 259-265.

Soler J, Pascual JC, Campyns J, Barrachina J, Puigdemont D, Álvarez, E y cols. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behaviour therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1221-1224.

Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MF y cols. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline

personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther.* 2009; 47: 353-358.

Soloff PH. Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioural dysregulation. *Bulletin of the Menninger Clinic.* 1998; 62(2): 195-214

Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970.

Tadic A, Wagner S, Hoch J, Baskaya O, Von Cube R, Skaletz C y cols. Gender differences in Axis I and Axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology.* 2009; 42: 257-263.

Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry.* Feb 1990; 147(2); 207-210.

Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández C, García J y cols. Prevención de los trastornos de Salud mental desde la atención primaria. *Aten Primaria.* 2001; 28(Supl. 2):106-170.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58: 590-596.

Torgersen S. Epidemiology. En Oldham J, Skodol AE, Bender DS (Ed.) *Textbook of Personality Disorders.* Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2005; pp: 129-141.

Torrubia R, Caseras X, Gutiérrez F. Evaluación de la personalidad. En: Vallejo J, Leal C. (Ed.). *Tratado de Psiquiatría.* Barcelona: Ars Médica, 2005.

Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behaviour therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract.* 2000; 7: 413-419.

Tritt K, Nickel C, Lahmann C. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Psychopharmacology.* 2003; 19: 287-91.

Tyrer P, Nur U, Crawford M, Karlsson S, McLean C, Rao B y cols. Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *Int J Soc Psychiatry.* 2005; 51(3):265-75.

Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K y cols. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med.* 2003; 33: 969-976.

Valenzuela MC, Cabello F, Calderón A, García MJ, Moreno T, Fernández MA. Programa de atención a hijos de pacientes con trastorno mental grave. *Presencia* 2009; 5(9). En red: http://www.psiquiatria.com/articulos/atprimaria_y_sm/43891/

Vallejo J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría.* Barcelona: Salvat, 1989.

Van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, Sevens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD patients. *Eur Psychiatry.* 2007; 22: 354-61.

Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P y cols. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry.* 2008; 192(6): 450-7.

Van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behaviour therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav.* 2002; 27(6): 911-23.

Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2005; 43(9):1231-41.

Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12 month, randomized clinical trial in the Nederland's. *Br J Psychiatry.* 2003; 182: 135-40.

Villarejo Ramos A. El criterio de causalidad en la valoración de la imputabilidad de los Trastornos de la Personalidad. *Cuadernos de medicina forense.* 2003; 33: 25-33

White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI. Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 2003; 11(1):8-19.

Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Hosp Community Psychiatry.* 1991; 42(10):1015-21.

Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire. En: Young JE (Ed.). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota: Professional Resource Exchange, 1994.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press, 2003.

Zanarini MC, Gunderson AA, Frankenburg JL, Chauncey DL. Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 161-167.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA y cols. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*. 2000; 14: 264-73.

Zanarini MC, Frankenburg FR. Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(11):849-54.

Zanarini MC. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A Continuous Measure of DSM-IV Borderline Psychopathology. *J Personal Disord*. 2003; 17(3): 233-242.

Zanarini MC, Frankenburg FR. Omega-3 Fatty Acid Treatment of Women with Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 167-169.

Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Personal Disord*. 2003; 17(6): 568-73.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004a; 65(7): 903-7.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich B, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorders: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*. 2004a; 161: 2108-2114.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time to remission. *Acta Psychiatr Scand.* 2004b; 110: 416-420.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich B, Silk KR. The McLean Study of Adult development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord.* 2005; 19: 505-523.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich B, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2006; 163: 827-832.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich B, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2007; 164: 929-935.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 2010a; 122: 103-109.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from Borderline Personality Disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2010b; 167: 663-667.

Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. *Calidad total en la gestión de servicios.* Madrid: Diaz de Santos. 1993

Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am.* 2008; 31: 405-420.

Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1991; 148(5):648-5

listado de siglas y abreviaturas

ADS: Ansiedad, depresión y somatizaciones.

AIAQS: Agència d'Informació, avaluació i qualitat en salut. Agencia de información, evaluación y calidad en salud de la Generalitat de Cataluña.

APA: American psychiatric association: Asociación americana de psiquiatría.

CCAA: Comunidades autónomas.

CIE: Clasificación internacional de enfermedades

CMBD: Conjunto mínimo básico de datos.

CTSM: Comunidad terapéutica de Salud mental.

DIRAYA: Sistema que se utiliza en el SSPA como soporte para la historia clínica electrónica

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales editado por la APA

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública.

EPES: Empresa pública de emergencias sanitarias.

ESEMED: European study of the epidemiology of mental disorder. Estudio europeo sobre epidemiología de la enfermedad mental.

FAISEM: Fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental.

FEAFES: Federación española de agrupaciones de familiares y personas con Enfermedad Mental.

GPC: Guía de práctica clínica.

HDSM: Hospital de día de Salud mental.

ISRS: Fármacos antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina

IMAO: Fármacos inhibidores de la monoaminoxidasa.

NICE: National institute for health and clinical excellence: Instituto nacional para la excelencia en salud y clínica.

PAI: Proceso asistencial integrado.

PISMA: Plan integral de Salud mental de Andalucía.

PIT: Plan individualizado de tratamiento.

SAS: Servicio Andaluz de Salud.

SIGN: Scottish intercollegiate guidelines network.

SISMA: Sistema de información de Salud mental de Andalucía.

SSPA: Sistema sanitario público de Andalucía.

TB: Trastorno bipolar.

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria.

TDC: Terapia dialéctica-conductual (del inglés dialectical behaviour therapy).

TMG: Trastorno mental grave.

TP: Trastorno de personalidad.

TLP: Trastorno límite de personalidad.

TUS: Trastorno por uso de sustancias.

UGC: Unidad de Gestión Clínica. En plural UUGC.

UGCSM: Unidad de Gestión clínica de Salud mental. En plural UUGCSM.

UHSM: Unidad de hospitalización de Salud mental. En plural UUHSM.

URSM: Unidad de rehabilitación de Salud mental. En plural UURSM.

USMC: Unidad de Salud mental comunitaria. En plural UUSMC.

USMI-J: Unidad de Salud mental infanto-juvenil. En plural UUSMI-J.

ZNTS: Zonas con necesidad de transformación social.

Atención a las personas con Trastorno Límite de la Personalidad en Andalucía



Red Española
de Salud Mental
en Andalucía



GOBIERNO
de ANDALUCÍA

SECRETARÍA
de POLÍTICA SOCIAL,
EQUIDAD Y SERVICIOS