

GPC

Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad

Versión resumida

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut

La Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) es una empresa pública, sin ánimo de lucro, del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y adscrita al CatSalut, que fue creada en junio de 2010. Su misión es generar conocimiento relevante para contribuir a la mejora de la calidad, seguridad y sostenibilidad del sistema de salud, facilitando la toma de decisiones a los ciudadanos, profesionales, gestores y planificadores, a través de los ámbitos de actuación y organización de la integración de los sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, y la evaluación de las tecnologías, la investigación y la calidad en el ámbito de la salud. La AIAQS es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud en evaluación de tecnologías sanitarias, miembro fundador de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), miembro corporativo de la Health Technology Assessment International (HTAI), miembro de la Guidelines International Network (G-I-N), miembro del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) y grupo de Investigación en Evaluación de Servicios y Resultados de Salud reconocido por la Generalitat de Catalunya.

“Esta guía de práctica clínica (GPC) es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario”

Se recomienda que esta guía sea citada de la siguiente manera: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Versión resumida]. 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.

Las personas interesadas en este documento pueden dirigirse a:
Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Roc Boronat, 81-95 (segunda planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | direccio@aatrm.catsalut.cat | www.aatrm.net

Edita: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. 1ª edición, octubre 2011, Barcelona
Corrección: Víctor Igual
Diseño: Isabel Parada (AIAQS)
Depósito legal: B. 41781-2011

© Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut
La Agencia tiene la propiedad intelectual de este documento, que podrá ser reproducido, distribuido y comunicado públicamente, total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que no se realice un uso comercial y se cite explícitamente su autoría y procedencia.

Autoría y colaboraciones

Grupo de trabajo de la GPC sobre trastorno límite de la personalidad

Irene Álvarez Tomás, psicóloga. Centro de Salud Mental de Adultos, Sarrià-Sant Gervasi. Centre Higiene Mental (CHM) Les Corts (Barcelona). Coordinadora subgrupo de trabajo sobre área Psicosocial.

Óscar Andión Pérez, psicólogo. Departamento Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona).

Carmen Barral Picado, psiquiatra. Departamento Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona). Coordinadora subgrupo de trabajo sobre área biológica.

Natalia Calvo Piñero, psicóloga. Departamento Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona).

M^a Carmen Casadella Ventura, psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos, Sarrià-Sant Gervasi. CHM Les Corts (Barcelona).

Rocío Casañas Sánchez, psicóloga y enfermera. Departamento de Formación, Docencia, Investigación y Publicaciones. CHM Les Corts (Barcelona).

Maria-Dolors Estrada Sabadell, medicina preventiva y salud pública. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) (Barcelona).

Marc Ferrer Vinardell, psiquiatra. Departamento Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona). Coordinador subgrupo de trabajo sobre área biológica.

Beatriz Gancedo Villegas, psicóloga. Departamento Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona).

Fernando Gutiérrez Ponce de León, psicólogo. Hospital Clínic (Barcelona). Coordinador Área Psicosocial.

Lluís Lalucat Jo, psiquiatra. CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona).

Yolanda Lozano Echevarría, trabajadora social. Centro de Salud Mental de Adultos. CHM Les Corts (Barcelona).

Ana Martín Blanco, psiquiatra. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

María Martínez de Cheshire, psiquiatra. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil. CHM Les Corts (Barcelona).

Laia Mas Expósito, psicóloga. Departamento de Formación, Docencia, Investigación y Publicaciones. CHM Les Corts (Barcelona).

Josep M^a Otin Grasa, psiquiatra. Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) (Barcelona). Coordinador subgrupo de trabajo sobre área programas asistenciales y dispositivos.

Juan Carlos Pascual Mateos, psiquiatra. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). Coordinador subgrupo de trabajo sobre área biológica.

Núria Puigdel·lívola Morta, psicóloga. Servicios de Rehabilitación Comunitaria. CHM Les Corts (Barcelona).

Àngels Pujol Pujol, psicóloga. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil. CHM Les Corts (Barcelona).

M^a Jesús Rufat Sabio, psicóloga. Hospital de Día, Centro Psicoterapia Barcelona (CPB) (Barcelona). Coordinadora subgrupo de trabajo sobre área programas asistenciales y dispositivos.

Elena Sánchez Gómez, psicóloga. Centro de Salud Mental de Adultos, Les Corts. CHM Les Corts (Barcelona).

Mercè Teixidó Casas, psiquiatra y psicóloga. Centro de Salud Mental de Adultos, Sarrià-Sant Gervasi. CHM Les Corts (Barcelona).

Ester Verdaguer Rosas, psicóloga. Hospital de Día, Centro Psicoterapia Barcelona (CPB) (Barcelona).

Coordinación

Lluís Lalucat Jo, psiquiatra (coordinador clínico). CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona).

Rocío Casañas Sánchez, psicóloga y enfermera (coordinadora técnica). Departamento de Formación, Docencia, Investigación y Publicaciones. CHM Les Corts (Barcelona).

Maria-Dolors Estrada Sabadell, medicina preventiva y salud pública (asesoría metodológica). AIAQS (Barcelona).

Laia Mas Expósito, psicóloga (coordinadora técnica). Departamento de Formación, Docencia, Investigación y Publicaciones. CHM Les Corts (Barcelona).

Mercè Teixidó Casas, psiquiatra y psicóloga (coordinadora técnica). Centro de Salud Mental de Adultos, Sarrià-Sant Gervasi. CHM Les Corts (Barcelona).

Colaboración

Marta Millaret Senpau, técnica de apoyo a la documentación, AIAQS (Barcelona).

Antoni Parada Martínez, documentalista, AIAQS (Barcelona).

Revisión externa

Julio Bobes García, psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo (Oviedo).

José Luis Carrasco Perera, psiquiatra. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Jordi Cid Colom, psicólogo. Institut Assistència Sanitària (Girona).

Enrique García Bernardo, psiquiatra. Hospital Gregorio Marañón (Madrid).

Carlos Mirapeix Costas, psiquiatra. Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad (Santander).

Dolores Mosquera Barral, psicóloga. Logpsic Psicología y Logopedia (A Coruña).

Víctor Pérez Solá, psiquiatra. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

Vicente Rubio Larrosa, psiquiatra. Hospital Provincial (Zaragoza).

Carmen Sánchez Gil, psicóloga. Parc de Salut Mar. Centres Dr. Emili Mira (Barcelona).

Enric Vicens Pons, psiquiatra. Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) (Barcelona).

Entidades colaboradoras

Esta GPC ha sido revisada externamente por las siguientes entidades:

Carmen Bayon Pérez, Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Mercedes Rueda Lizana, Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

José Juan Uriarte Uriarte, Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP).

Agradecimientos

El grupo de trabajo agradece su participación en la guía a las siguientes personas: Alejandro Allepuz Palau, Dolors Benítez Solís, Silvina Berra, Anna Folch Espada, Margarita García Romo, Eva Leno Macarrilla, Isabel Parada Martínez, Berta Sunyer Carreras-Candi, M^a Graciela Rodríguez Garavano, Cristian Tebé Cordero y Laura Vivó Vivancos.

Declaración de intereses: Todos los miembros del grupo de trabajo así como las personas que han participado en la colaboración y en la revisión externa de la guía (a título individual o como representantes de entidades), han realizado la declaración de intereses cumplimentando un formulario estándar elaborado por la AIAQS específicamente para este fin (ver Anexo 1 de la versión completa). Esta guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.

Índice

Presentación	11
1. Introducción	13
2. Alcance y objetivos	15
3. Metodología	17
Niveles de evidencia y grados de recomendación	19
4. Consideraciones generales acerca del trastorno límite de la personalidad (TLP)	21
4.1. Definición y evolución del concepto	21
4.2. Epidemiología, curso clínico y pronóstico	22
4.3. Etiología	23
4.3.1. Vulnerabilidad genética	23
4.3.2. Alteración de los neurotransmisores	23
4.3.3. Disfunción neurobiológica	24
4.3.4. Factores psicosociales	24
4.3.5. Proceso de apego	24
4.4. Diagnóstico e instrumentos de evaluación	25
4.4.1. Instrumentos de evaluación para el diagnóstico de TLP o para valorar cambios en sus manifestaciones clínicas	27
4.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad	34
4.5. Líneas generales y manejo del TLP	36
4.5.1. Aspectos generales del manejo y sus componentes	36
4.5.2. Valoración del paciente	38
4.5.3. Plan de tratamiento para el paciente con TLP	40
4.6. Consideraciones acerca de la prevención del TLP	41
4.6.1. Introducción	41
4.6.2. Intervenciones psicosociales preventivas	41
5. Intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento del TLP	45
5.1. Introducción	45
5.2. Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves	46
5.2.1. Terapia cognitiva asistida por manual	47
5.2.2. Psicoeducación	48
5.3. Terapias psicológicas individuales y grupales	49
5.3.1. Terapia cognitivo-conductual	49
5.3.2. <i>Systems training for emotional predictability and problem solving</i>	51
5.3.3. Terapia cognitiva centrada en esquemas	52
5.3.4. Terapia cognitivo-analítica	55
5.3.5. Terapia grupal interpersonal	56
5.3.6. Terapia centrada en el cliente	57
5.3.7. Psicoterapia focalizada en la transferencia	58
5.4. Programas de terapias psicológicas	60
5.4.1. Terapia dialéctico-conductual	60
5.4.2. Terapia basada en la mentalización	67
5.4.3. Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación	69
5.4.4. Terapia icónica	70

5.5. Intervenciones familiares	71
5.5.1. Introducción	71
5.5.2. Psicoeducación.....	72
5.5.3. Terapia dialéctico-conductual adaptada para adolescentes suicidas	72
5.5.4. Terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP	73
5.6. Terapias combinadas	74
5.6.1. Terapia interpersonal y terapia cognitiva combinada con fluoxetina	74
5.7. Rehabilitación funcional e integración laboral	75
5.7.1. Rehabilitación funcional.....	75
5.7.2. Integración laboral	77
5.8. Recomendaciones generales de práctica clínica	79
6. Tratamiento farmacológico	81
6.1. Introducción	81
6.2. Anticonvulsivantes	82
6.2.1. Introducción	82
6.2.2. Comentario general sobre los estudios de anticonvulsivantes	87
6.2.3. Eficacia de los anticonvulsivantes según variables de resultado.....	88
6.3. Antidepresivos	94
6.3.1. Introducción	94
6.3.2. Comentario general sobre los fármacos antidepresivos	97
6.3.3. Eficacia de los antidepresivos según variables de resultado	98
6.4. Antipsicóticos.....	104
6.4.1. Introducción	104
6.4.2. Comentario general sobre los fármacos antipsicóticos.....	110
6.4.3. Eficacia de los antipsicóticos según variables de resultado	111
6.5. Otros	119
6.5.1. Ansiolíticos.....	119
6.5.2. Ácidos grasos	120
6.5.3. Naloxona.....	123
6.6. Recomendaciones generales de práctica clínica	124
7. Gestión de la crisis	125
7.1. Introducción	125
7.1.1. La fase de crisis en personas con TLP	125
7.1.2. Prevalencia de la conducta suicida en personas con TLP	125
7.2. Revisión de la evidencia científica.....	126
7.2.1. Revisión de la evidencia científica en las situaciones de crisis	126
7.2.2. Revisión de la evidencia científica en las situaciones de suicidio.....	126
7.3. Manejo general	127
7.3.1. Manejo farmacológico	128
7.3.2. Manejo psicológico	129
7.3.3. Manejo familiar	130
7.3.4. Decisión de hospitalización	131
7.3.5. Plan asistencial general después de una situación de crisis	131
8. Organización de servicios y programas	133
8.1. Introducción	133

8.2. Dispositivos, ámbitos de intervención e itinerario asistencial	134
8.2.1. Servicios de atención primaria	135
8.2.2. Servicios de atención secundaria: atención ambulatoria especializada: CSMA/CSMIJ	137
8.2.3. Servicios de hospitalización total	139
8.2.4. Servicios de hospitalización parcial: hospitales de día	145
8.2.5. Servicios de rehabilitación comunitaria y de inserción laboral	148
8.2.6. Itinerario asistencial.....	150
8.3. Programas especializados de continuidad de cuidados en la red	154
8.4. Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios	155
9. Difusión e implementación.....	159
Glosario metodológico	161
Abreviaciones	165
Bibliografía.....	171

Presentación

La atención a las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) es una prioridad para el Plan Director de Salud Mental y Adicciones, que es el instrumento de información, estudio y propuesta a través del cual el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya determina las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las acciones en el ámbito de la salud mental y las adicciones. Por este motivo, y con el fin de mejorar la calidad de la atención y disminuir la variabilidad de la práctica clínica se ha elaborado la guía de práctica clínica (GPC) sobre el TLP, financiada con fondos de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS). La Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña, con la colaboración del Fórum de Salud Mental, se encargaron de su realización, y contó con la participación de profesionales expertos de la red de salud mental y adicciones de Cataluña. Para ello, se siguieron las directrices del manual metodológico “Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el SNS” editado en 2007 por el Plan de Calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad y Política Social y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

El TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Constituye un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente. La variabilidad de las presentaciones clínicas del TLP conlleva que sea un trastorno infradiagnosticado y que presente demora en su diagnóstico.

Actualmente, hay respuestas asistenciales diferentes y no consensuadas que comportan una gran variabilidad en la práctica clínica de los profesionales y servicios. Por esta razón, tanto a nivel estatal como internacional, se han creado grupos para promover la investigación y la atención al paciente con TLP de los que han surgido publicaciones, protocolos y recomendaciones de práctica clínica.

Esta GPC, resultado del trabajo de un grupo de profesionales vinculados a la atención de los pacientes con TLP y de expertos en metodología de elaboración de GPC, pretende dar a la población y a los profesionales sanitarios una herramienta útil que aporte recomendaciones basadas en la evidencia científica y en el mayor consenso posible sobre la atención a las personas afectadas de TLP: consideraciones generales (diagnóstico, manejo general y prevención), intervenciones psicosociales, tratamiento farmacológico, gestión de la crisis y organización de servicios y programas. Asimismo, pretende disminuir la incertidumbre y la variabilidad en la práctica clínica y facilitar unos criterios comunes que hagan posible una actuación coordinada entre profesionales de distintos ámbitos clínicos y niveles asistenciales de la

red sanitaria. Con seguridad, que la aplicación adecuada de la GPC sobre TLP, contribuirá a mejorar la calidad y la efectividad de la atención que se presta a estos pacientes desde los servicios de salud.

Joaquim Esperalba Iglesias

Director

Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios

Departamento de Salud

Generalitat de Catalunya

1. Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos.

Es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente. La variabilidad de las presentaciones clínicas del TLP conlleva que sea un trastorno infradiagnosticado con una demora en su diagnóstico de 9,5 años en mujeres y de 6,5 años en hombres¹. En consecuencia, para los afectados suele ser difícil mantener relaciones interpersonales y desenvolverse correctamente en los distintos ámbitos sociales. Las personas con TLP pueden experimentar dificultades como: significantes cambios de humor, pérdida de la confianza, conductas impulsivas y de autodestrucción, abuso de sustancias, excesiva sensibilidad y temor al rechazo y a la crítica. Cabe señalar que el suicidio es un riesgo particular del TLP, con un 8-10% de los intentos de suicidio consumados².

Teniendo en cuenta lo mencionado, no es de extrañar que la población con TLP haga un gran consumo de recursos sanitarios. Concretamente, el paciente con TLP usa los servicios de salud mental más que los otros grupos de pacientes de salud mental, a excepción de los esquizofrénicos, y representa el 10% de las consultas en centros ambulatorios de salud mental y en torno al 15-20% de los pacientes ingresados².

Actualmente, hay respuestas asistenciales diferentes y no consensuadas que comportan una gran variabilidad en la práctica clínica de los profesionales y servicios y, por ello, a nivel estatal e internacional, se han formado grupos para la investigación o la atención al paciente con TLP de los que han surgido publicaciones, protocolos, recomendaciones, etc. Por ejemplo, a nivel estatal destacan los cuadernos de salud mental sobre el TLP³ o las monografías de Rubio Larrosa y Pérez Urdániz¹; a nivel internacional destacan las guías de práctica clínica (GPC) de la American Psychiatric Association (APA, 2001)² y la del National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE, 2009)⁴. Como se puede observar, la mayor parte de estos trabajos son poco recientes, publicados antes del año 2005, y el documento más actual, la GPC del NICE (2009)⁴, no se ha llevado a cabo en nuestro contexto sanitario. Se hace así patente la necesidad de elaborar una guía a nivel nacional realizada con la mejor metodología posible y basada en la mejor evidencia científica disponible para su aplicación en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

2. Alcance y objetivos

El alcance y objetivos de la guía se describen brevemente a continuación. En la versión completa de la guía se describen con mayor detalle (véase páginas 34-37)⁵.

2.1. Alcance de la GPC

La presente guía pretende dar respuesta al diagnóstico e intervenciones realizadas en la población con diagnósticos de TLP así como aquellas poblaciones en las que existe una presunción de dicho diagnóstico. Esta guía se centrará en el tratamiento específico del TLP.

Esta GPC incorporará recomendaciones para la atención proporcionada a la persona afectada de TLP desde los dispositivos asistenciales del SNS, particularmente los servicios especializados de salud mental.

Las áreas clínicas que la GPC incluirá son la de prevención, diagnóstico e intervenciones. Quedan excluidos ámbitos e intervenciones no incluidos en el SNS, intervenciones exclusivas para las condiciones comórbidas al TLP e intervenciones específicas para poblaciones especiales.

Como resultados se incluyen medidas de eficacia/efectividad y seguridad según el tipo de intervención.

2.2. Objetivos

Elaborar una GPC basada en la evidencia sobre el TLP con un alcance de ámbito nacional que ofrezca “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica” e integrar de manera coordinada los diferentes dispositivos sanitarios del SNS implicados.

2.3. Principales usuarios

Esta guía está dirigida a aquellos especialistas en salud mental que se encargan del tratamiento y la atención de personas con TLP.

3. Metodología

La metodología empleada en la presente guía se recoge de forma detallada en el Manual metodológico para la elaboración de GPC en el SNS⁶. Incluye la constitución de un grupo de trabajo, la formulación de preguntas clínicas, la elaboración de una estrategia de búsqueda bibliográfica y selección, evaluación y síntesis de la literatura biomédica, la elaboración de recomendaciones, la revisión externa de la guía y, finalmente, la planificación de su actualización.

El grupo de trabajo de la GPC lo han compuesto un grupo coordinador y tres subgrupos según el área de intervención. El grupo coordinador se ha encargado de la organización y de la ejecución del proceso de elaboración de la GPC, de los aspectos metodológicos, de la redacción y supervisión de la estructura y contenidos de la guía, y de su edición. Los tres subgrupos de trabajo participaron también en el desarrollo del alcance y objetivo de la guía, las preguntas clínicas, la selección de la evidencia científica así como su lectura crítica y síntesis y en la elaboración de recomendaciones. Además, la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña (AIAQS, de la sigla en catalán) ha participado durante todo el proceso de elaboración de la guía en tareas como la asesoría metodológica, búsqueda bibliográfica y gestión documental, entre otras.

A partir del grupo coordinador y los tres subgrupos se propusieron diferentes preguntas clínicas de carácter general. Posteriormente, a partir de las preguntas clínicas generales se desarrollaron las preguntas específicas siguiendo el formato PICO.

Se llevaron a cabo búsquedas bibliográficas de GPC y revisiones sistemáticas de la evidencia científica (RSEC) además de búsquedas específicas de ensayos controlados aleatorizados (ECA) y sus correspondientes actualizaciones. En aquellos casos en que no se localizaron ECA sobre una determinada intervención de la cual se tenía conocimiento que se estaba aplicando en nuestro contexto sanitario, se ampliaron las búsquedas incluyendo estudios de menor calidad metodológica.

Se asumió como punto de partida toda aquella literatura biomédica seleccionada y analizada en la GPC del NICE (2009)⁴.

Para valorar la calidad metodológica de las GPC identificadas se utilizó el instrumento AGREE⁷; mientras que para las RSEC y los ECA se utilizaron las plantillas de lectura crítica del software informático Osteba (FL crítica versión 1.0.7 Osteba)⁸. Se estableció el nivel de evidencia correspondiente siguiendo la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) modificado⁹.

Para la formulación de las recomendaciones se procedió a elaborar un juicio razonado. En ausencia de evidencia científica suficiente, el grupo de trabajo de la guía decidió recomendar actuaciones prácticas que consideró que debían formar

parte del buen quehacer de los profesionales. Estas recomendaciones se recogen acompañadas del símbolo (√). En aquellas situaciones en las que no se ha detectado evidencia científica se ha optado por sombrear en color gris la casilla que corresponde a la gradación de las recomendaciones.

Una vez obtenida la versión completa del borrador de la guía elaborada por el grupo de trabajo de la guía se procedió a su revisión externa por parte de sociedades científicas del ámbito de la salud mental a las que se hizo llegar la solicitud de revisión de la guía y expertos seleccionados por el grupo de trabajo. El grupo de trabajo de la guía revisó los comentarios y sugerencias aportadas por los revisores externos y la adopción o no de dichos comentarios fue responsabilidad del grupo de trabajo de la guía. Una vez finalizada la guía se volvió a enviar de nuevo a los revisores externos para que confirmaran su acuerdo con la versión final de la misma y dieran su consentimiento a aparecer como revisores externos.

Se prevé que esta GPC se actualice cada tres años o en un período de tiempo inferior en caso de que aparezca nueva evidencia científica que aconseje modificar las recomendaciones.

Para más detalles sobre la metodología de la guía consultar su versión completa (ver páginas 37-43)⁵.

Niveles de evidencia y grados de recomendación

Elaboración de las recomendaciones con el sistema modificado de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)^a.

Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.

Buena práctica clínica

✓*	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
----	--

* En ocasiones el grupo de trabajo se percató de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo sustente. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

^a <http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/apartado07/formulacion.html>

4. Consideraciones generales acerca del trastorno límite de la personalidad (TLP)

Preguntas para responder

- ¿En qué condiciones debe ser utilizado el diagnóstico del TLP?
- ¿Existen instrumentos de evaluación que permitan confirmar el diagnóstico del TLP o valorar cambios en sus manifestaciones clínicas?
- ¿Existen pruebas diagnósticas específicas validadas en España para el diagnóstico del TLP y sus manifestaciones clínicas?
- ¿Qué pruebas diagnósticas tienen mejor sensibilidad al cambio en la sintomatología para población diagnosticada de TLP?
- ¿Debe realizarse un diagnóstico diferencial y valorar la comorbilidad en TLP?
- ¿Cuáles deben ser los aspectos generales del manejo del paciente con TLP?
- ¿Qué elementos se deben considerar en la valoración del paciente con TLP?
- ¿Qué elementos debe incluir el plan de tratamiento del paciente con TLP?
- ¿Existen intervenciones psicosociales preventivas eficaces para población con riesgo de TLP o TLP incipiente?
 - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia cognitiva analítica (TCA) en población con riesgo de TLP o TLP incipiente?

4.1. Definición y evolución del concepto

El TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos^{2,10}.

La heterogeneidad de la presentación clínica del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad han derivado en una gran cantidad de términos y en un desacuerdo entre los distintos autores en cuanto a los atributos esenciales que caracterizan esta entidad¹¹. Stern en 1938 fue el primero en utilizar el término *borderline* en una publicación psicoanalítica para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las categorías neuróticas o psicóticas denominándolos “grupo límite de la neurosis”¹². En los años posteriores diferentes autores utilizaron distintos términos para referirse a estos pacientes: “esquizofrenia ambulatoria”¹³, “esquizofrenia pseudoneurótica”¹⁴, “carácter psicótico”¹⁵ u “organización *borderline* de la personalidad”¹⁶. El estado actual del concepto *borderline* puede sintetizarse en función de las distintas concepciones sobre el trastorno. Se lo ha considerado,

dentro del espectro del desorden esquizofrénico, como una forma grave de una organización estructural de la personalidad¹⁶, como una forma específica de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos¹⁷, dentro de los trastornos afectivos¹⁸, como un trastorno de los impulsos¹⁹; y, en los últimos años, como una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático por la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos²⁰.

En 1980 se incorpora por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” como entidad definida en el DSM-III²¹. A pesar de las numerosas críticas y propuestas alternativas, este término se ha mantenido en posteriores revisiones incluido el actual DSM-IV-TR¹⁰. En la CIE-10 finalmente se incorporó como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo²².

4.2. Epidemiología, curso clínico y pronóstico

Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP²³. En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas¹⁰ y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1²⁴. Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio²⁵.

Hay muy pocos estudios sobre la prevalencia del TLP en personas jóvenes. Afecta entre el 0,9-3% de la población comunitaria menor de 18 años^{26,27}. Si se aplican umbrales más bajos de presencia de síntomas, el porcentaje aumenta hasta entre el 10,8-14%^{27,28}. Chanen et al. citan²⁹ datos que sugieren una tasa de prevalencia del 11% en pacientes ambulatorios adolescentes. En un estudio más reciente del mismo grupo se sugiere una tasa del 22% en pacientes ambulatorios³⁰. Grilo et al.³¹ publican una tasa de prevalencia del 49% en adolescentes hospitalizados. Estas cifras, obtenidas de un número de estudios limitado, deberán confirmarse con posteriores estudios.

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias (ver Apartado 7). Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo.

Con relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la

cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral³²⁻³⁴.

Los diferentes estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares³⁵⁻³⁷. Todos mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas pero dentro del rango de la normalidad. Aunque las características del trastorno pueden estar presentes a lo largo de la vida de las personas con TLP, la intensidad sintomatológica puede variar. Por lo tanto, estos estudios ponen en entredicho la estabilidad en el tiempo del diagnóstico de TLP dado que, si los pacientes mejoran, ya no cumplen criterios diagnósticos.

4.3. Etiología

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. La GPC del NICE (2009)⁴ describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego.

4.3.1. Vulnerabilidad genética

Estudios en gemelos sugieren que el factor de heredabilidad del TLP es de 0,69³⁸, es decir, que la influencia genética en el TLP es del 69%. Aun así, es probable que los rasgos asociados a la agresión impulsiva y a la disregulación del estado de ánimo, y no tanto el propio trastorno límite de la personalidad, sean hereditarios. La evidencia actual sugiere que la influencia genética en los trastornos de la personalidad en general, no concretamente en el TLP, actúa a nivel tanto individual como en asociación a factores ambientales anómalos^{39,40}.

4.3.2. Alteración de los neurotransmisores

Los neurotransmisores están implicados en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto. La serotonina ha sido el que más se ha estudiado, y se ha demostrado que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de agresión. Aunque no está clara cuál es la vía causal, la reducción de la actividad serotoninérgica puede inhibir la capacidad de la persona de modular o controlar los impulsos destructivos.

Existe poca evidencia sobre la influencia de las catecolaminas (los neurotransmisores noradrenalina y dopamina) en la disregulación del afecto^{41,42}.

Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la fenomenología del TLP son la acetilcolina⁴³, la vasopresina⁴⁴, el colesterol⁴⁵, y los ácidos grasos⁴⁶, así como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal⁴⁷.

4.3.3. Disfunción neurobiológica

En el TLP se han descrito evidencias de un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. Estas áreas son la amígdala⁴⁸, el hipocampo⁴⁹ y las regiones orbitofrontales⁵⁰⁻⁵². Las personas con TLP muestran una mayor actividad en la corteza prefrontal, dorsolateral y en la cuña, y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo caloso⁵³. Asimismo, también se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas⁵⁴ o rostros emocionales⁵⁵.

4.3.4. Factores psicosociales

En estudios de familias se han identificado varios factores que pueden ser importantes en la aparición del TLP como, por ejemplo, la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares. La evidencia reciente también sugiere que la negligencia así como la falta de implicación emocional⁵⁶ por parte de los cuidadores, tienen repercusiones y pueden contribuir a las dificultades de socialización del niño y, tal vez, al riesgo de suicidio.

En un mismo contexto familiar pueden producirse abusos físicos, sexuales y emocionales de forma concurrente. La incidencia de estos malos tratos es muy alta en las personas con TLP⁵⁷. Zannarini et al.⁵⁸ publicaron que el 84% de quienes sufren un TLP describen de forma retrospectiva una experiencia de malos tratos psíquicos y negligencia por parte de ambos progenitores antes de cumplir los 18 años. La negación emocional de sus experiencias por parte de quienes cuidaban de ellos es un predictor de TLP. Los malos tratos, por sí solos, no son ni necesarios ni suficientes para que una persona sufra TLP, y es probable que los factores predisponentes y las características contextuales de la relación progenitor-hijo sean factores que influyen en su aparición. Los estudios que han analizado el contexto familiar del trauma infantil en el TLP tienden a considerar que el principal facilitador de los malos tratos y la disfunción de la personalidad es un entorno familiar inestable y poco favorable para el desarrollo de la persona⁵⁹⁻⁶².

4.3.5. Proceso de apego

Son muchas y muy diversas las referencias bibliográficas sobre la relación entre los procesos de apego y la aparición del TLP⁶³⁻⁶⁷. Pese a que no existe una relación evidente entre el diagnóstico de TLP y una categoría de apego concreta, el trastorno está muy asociado a un apego inseguro (sólo en el 6-8% de los pacientes con TLP se codifica el apego como "seguro")⁶⁴. Fonagy et al.⁶⁸ sugieren que los efectos adversos derivados de relaciones de apego inseguro y/o desorganizado se deben a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización.

Esta formulación del apego concuerda con la importancia del entorno familiar invalidante descrito por Linehan⁶⁹ que incluye las experiencias emocionales negativas, la simplificación de la resolución de problemas, la negligencia, el apego

inseguro, el abuso físico, sexual y emocional así como el trauma. Linehan⁶⁹ sitúa este factor en la génesis del TLP, idea que desarrollaron posteriormente Fruzzetti et al.^{70,71}. La persona que sufre TLP describe tensión y malestar familiar, y ansiedad y problemas psicológicos propios. También, refiere problemas relacionados con la cognición social, concretamente con la capacidad de identificar y diferenciar las emociones que siente la propia persona y las que sienten los demás. Junto con otros aspectos que contribuyen a la compleja interacción descrita como invalidante, existe por parte del entorno familiar un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene la persona en su propia mente.

4.4. Diagnóstico e instrumentos de evaluación

En nuestro medio, se utilizan para el diagnóstico de los trastornos mentales tanto la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud, adaptación española del *International statistical classification of diseases and related health problems* en su versión CIE-10⁷², como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, adaptación española del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* en su versión DSM-IV-TR⁷³. Por ello, se incluyen las tablas con los criterios pertenecientes a ambas clasificaciones (ver Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación y criterios en base a la CIE-10⁷² (trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad) y el DSM-IV-TR⁷⁴ (trastorno límite de la personalidad)

CIE-10	DSM-IV-TR
<p>F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</p> <p>F60.30 Tipo impulsivo</p> <p>A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).</p> <p>B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata. 5) Humor inestable y caprichoso. <p>F60.31 Tipo limítrofe (borderline)</p> <p>Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60). Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales). 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales. 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados. 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión. 5) Sentimientos crónicos de vacío. 	<p>Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)</p> <p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). 7) Sentimientos crónicos de vacío. 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

El TLP suele iniciar sus manifestaciones durante la adolescencia. Los adolescentes con TLP, a diferencia de otros, suelen pedir ayuda. De todos modos, a menudo no se detecta debido a los grandes cambios y fluctuaciones que se dan en esta edad y a la controversia que rodea al diagnóstico de trastorno de la personalidad en menores. Sin embargo, la evidencia indica que los criterios diagnósticos de TLP (y de otros trastornos de la personalidad) son tan fiables, válidos y estables antes de los 18 años de edad como en la edad adulta.

Recomendaciones



Se recomienda utilizar el diagnóstico del TLP con prudencia y hacer un uso restrictivo en menores, utilizándolo preferentemente a partir de los 16 años, siempre y cuando el trastorno se haya manifestado a lo largo de 1 año.

4.4.1. Instrumentos de evaluación para el diagnóstico de TLP o para valorar cambios en sus manifestaciones clínicas

La complejidad del diagnóstico hace aconsejable el uso de instrumentos estandarizados que complementen la evaluación clínica. En efecto, la entrevista clínica no estructurada, que se basa en la experiencia del profesional y es el método más extendido de diagnóstico, carece de exhaustividad y de fiabilidad⁷⁵⁻⁷⁷. Esa complejidad explica también la existencia de una amplia variedad de instrumentos con diferentes enfoques y formatos, y el hecho de que ninguno de ellos sea totalmente satisfactorio. Revisiones más completas, que profundizan en las características de cada instrumento, pueden encontrarse en Clark⁷⁸, McDermut⁷⁹ o Torrubia⁸⁰. En este apartado se recogen algunos de los instrumentos más utilizados para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad según los siguientes criterios:

- Instrumentos basados en la clasificación DSM
- Instrumentos basados en modelos dimensionales
- Instrumentos de valoración del riesgo de suicidio y autolesiones
- Instrumentos de valoración de gravedad y cambios

En el Anexo 3 de la versión completa de la guía⁵ se encuentra una descripción más detallada de los instrumentos que se citan en este apartado.

4.4.1.1. Instrumentos basados en la clasificación DSM

Las **entrevistas semiestructuradas** basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM son actualmente el estándar de referencia para realizar diagnósticos de trastorno de la personalidad. Las cinco más utilizadas son:

- Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV⁸¹ (DIPD-IV)
- Examen internacional de los trastornos de la personalidad⁸² (IPDE)
- *Personality disorder interview-IV*⁸³ (PDI-IV)
- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-eje II⁸⁴ (SCID-II)
- *Structured interview for DSM-IV personality*⁸⁵ (SIDP-IV)

A éstas habría que añadir dos entrevistas específicas para el TLP:

- Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada⁸⁶ (DIB-R)
- *Zanarini rating scale for borderline personality disorder*⁸⁷ (ZAN-BPD)

Las entrevistas semiestructuradas presentan algunas ventajas sobre los cuestionarios autoinformados. Permiten recoger respuestas más complejas, interpretar síntomas vagos o inconsistentes, y reducir al mínimo las respuestas incompletas. Son por ello particularmente útiles si la credibilidad y la validez del diagnóstico pueden ser cuestionadas, como en los peritajes forenses. También parecen discriminar mejor entre rasgos de personalidad y trastornos del eje I^{88,89}, aunque no son totalmente inmunes a distorsiones causadas por estados psicopatológicos transitorios. No parece haber por otra parte ventajas apreciables de unas entrevistas sobre otras en cuanto a su calidad, ya que todas ellas presentan propiedades psicométricas aceptables⁹⁰. Las entrevistas Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV – eje II (SCID-II)^{84,91}, Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE)^{82,92,93} y *Structured interview for DSM-IV personality* (SIDP-IV)⁸⁵ han sido las más utilizadas, y por tanto sus propiedades psicométricas son mejor conocidas.

Se han publicado también **cuestionarios autoinformados** que evalúan la presencia de patología de la personalidad desde el modelo taxonómico del DSM. Entre los más ampliamente utilizados están:

- Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III⁹⁴ (MCMI-III; Millon)
- Cuestionario diagnóstico de la personalidad-4+⁹⁵ (PDQ-4+)
- Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2⁹⁶ (MMPI 2-PD)

Como en el caso de las entrevistas, algunos autoinformes son específicos para el TLP, cuyas propiedades psicométricas y utilidad clínica son menos conocidas:

- *Borderline symptom list*⁹⁷ (BSL-95)
- *McLean screening instrument for borderline personality disorder*⁹⁸ (MSI-BPD)

Los cuestionarios autoinformados tienen una mayor utilidad en la práctica clínica que las entrevistas semiestructuradas. Ahorran tiempo del profesional, permiten una amplia utilización, reducen la defensividad en las respuestas y, debido a su mayor estandarización, suelen presentar propiedades psicométricas superiores. Igualmente, mientras las entrevistas carecen de datos normativos, es decir, no permiten valorar en qué medida un sujeto se aleja de la población general en cuanto a la intensidad de sus rasgos, sí los tienen la mayor parte de los cuestionarios: *Coolidge axis II inventory* (CATI)⁹⁹⁻¹⁰¹, Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III)⁹⁴, Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2 (MMPI 2)^{96,102}, OMNI¹⁰³, *Personality assessment inventory* (PAI)¹⁰⁴⁻¹⁰⁶ o *Wisconsin personality inventory* (WISPI)^{107,108}.

Los cuestionarios no están libres de desventajas. La principal es que no permiten asegurar, en el mismo grado que la entrevista, que los resultados reflejan realmente el funcionamiento a lo largo de la vida sin contaminación del estado psicopatológico actual.

Por otra parte, los cuestionarios y entrevistas basados en DSM presentan desventajas comunes que se derivan, no del formato del instrumento, sino del modelo subyacente¹⁰⁹. La taxonomía oficial del DSM no es exhaustiva, abarca sólo el 40% de los problemas de la personalidad más frecuentes en la clínica¹¹⁰.

En el caso de la evaluación de la población joven, la utilización de escalas y cuestionarios puede ser de utilidad en muchos casos. Entre ellas tenemos el Instrumento de cribado de Mc Lean para TLP (*McLean screening instrument for borderline personality disorder*, MSI-BPD)⁹⁸, el Cuestionario de personalidad borderline (*Borderline personality questionnaire*, BPQ)^{111,112}, la Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV – eje II (*Structured clinical interview for DSM-IV axis II, SCID-II*)^{84,91} y el Procedimiento de valoración de Shedler y Westen para adolescentes (*Shedler-Westen assessment procedure for adolescents*, SWAP-A)¹¹³, que han mostrado buena sensibilidad en el diagnóstico del TLP en jóvenes¹¹⁴.

4.4.1.2. Instrumentos basados en modelos dimensionales

Estos instrumentos no se inspiran en el modelo médico, que clasifica enfermedades en categorías diagnósticas, sino que parten de la medición dimensional de rasgos de la personalidad y los organizan a partir de propuestas teóricas o procedimientos estadísticos para formar estructuras taxonómicas multifactoriales. En general, los modelos dimensionales tratan de abarcar la estructura general de la personalidad y no sólo sus extremos más desadaptativos.

La evaluación dimensional de la personalidad se ha apoyado casi exclusivamente en el formato de **cuestionario autoinformado**. Los instrumentos más utilizados son:

- Cuestionario para los cinco grandes factores NEO-PI-R¹¹⁵
- Cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman¹¹⁶ (ZKPQ)
- Inventario de temperamento y carácter¹¹⁷ (TCI y TCI-R)
- Cuestionario básico para la evaluación dimensional de la patología de la personalidad¹¹⁸ (DAPP-BQ)

Aunque con orígenes muy diversos, estos instrumentos muestran mayor congruencia entre sí, y de hecho coinciden en medir un número limitado de dimensiones básicas de la personalidad que parecen ser universales: neuroticismo o emocionalidad negativa, extraversión o emocionalidad positiva, afiliación frente a dureza, y responsabilidad-control^{119,120}.

Los modelos dimensionales presentan claras ventajas respecto a la taxonomía oficial. Reflejan de forma más fiel la naturaleza continua de los rasgos de la

personalidad, que se distribuyen en la población siguiendo una curva normal. Su estructura multifactorial no produce dilemas diagnósticos. La normalidad y la patología se entienden como puntos en un continuo más que como fenómenos cualitativamente distintos, considerándose los trastornos de la personalidad variaciones extremas de rasgos de la personalidad normales¹²¹. Su mayor validez externa permite también que instrumentos como el Inventario de temperamento y carácter (TCI)^{117,122-125} o el Cuestionario para los cinco grandes factores (NEO PI-R)^{115,126,127} puedan ser utilizados para guiar decisiones sobre el tratamiento más allá de lo que proporciona un diagnóstico de trastorno de la personalidad⁹⁰. Por último, son modelos de mayor calidad científica, y sus instrumentos suelen presentar propiedades psicométricas más adecuadas que los categóricos (ver Widiger y Trull¹²⁸, para una revisión).

4.4.1.3. Instrumentos de valoración del riesgo de suicidio y autolesiones

La sintomatología depresiva o ansiosa, las fobias, los síntomas psicóticos o pseudopsicóticos, y la sintomatología disociativa están muy frecuentemente asociadas al constructo TLP o incluso forman parte de sus criterios. Sin embargo, para acotar el alcance del apartado se han excluido escalas que evalúan dichas sintomatologías. Se ha hecho una única excepción con las escalas de autolesión y suicidio por su relevancia sanitaria y por considerarse tradicionalmente la “especialidad conductual” del TLP.

Una completa revisión de instrumentos de evaluación de suicidio y autolesiones puede encontrarse en Nock et al.¹²⁹.

4.4.1.4. Instrumentos de valoración de gravedad y cambio

Tanto el DSM como los modelos dimensionales asimilan la existencia de un rasgo extremo a la presencia de trastorno. Sin embargo, hay un amplio acuerdo en que la extremidad no es criterio suficiente para el diagnóstico: es la estabilidad del rasgo, su inflexibilidad, y por encima de todo el grado en que produce malestar y deterioro funcional lo que realmente determina la presencia de patología de la personalidad. Aunque el DSM utiliza explícitamente esta aproximación en sus criterios diagnósticos generales para los trastornos de la personalidad, éstos se han utilizado poco debido a su falta de operatividad.

Los instrumentos dirigidos a evaluar los criterios generales y la desadaptación en los trastornos de la personalidad son escasos y de publicación reciente. La *Multidimensional personality disorder rating scale*¹³⁰ (MPDRS) es una entrevista estructurada que recoge los mencionados criterios generales del DSM. Desde otra perspectiva, el *Severity index of personality problems*¹³¹ (SIPP-118) es un autoinforme que valora la presencia y la gravedad de un trastorno de la personalidad mediante la medida de algunos componentes nucleares del funcionamiento desadaptativo, como la capacidad de ejercer control sobre impulsos y emociones, de desarrollar un sentido de identidad o de mantener relaciones gratificantes y duraderas.

Otros instrumentos como la entrevista *Objective behavioral index*¹³² (OBI) y el autoinforme *Borderline evaluation of severity over time*¹³³ (BEST) evalúan la presencia de indicadores de mal funcionamiento como suicidio, pérdidas de control, o uso de servicios sanitarios, que sean útiles para registrar tanto la gravedad como el cambio a lo largo del tiempo o secundario al tratamiento. A este respecto también el *Severity index of personality problems*¹³¹ (SIPP-118) ha mostrado sensibilidad a los cambios adaptativos de personalidad después del tratamiento a medio y largo plazo.

Por último, se han llevado a cabo intentos de registrar cambios no tanto en el grado de disfunción como en los propios rasgos de la personalidad. El acento de la mayor parte de instrumentos en evaluar rasgos estables a lo largo de la vida los hacen en general poco adecuados para evaluar el cambio. Una excepción es la escala heteroaplicada *Clinical global impression scale for borderline personality disorder*¹³⁴ (CGI-BPD) que registra tanto la presencia como los cambios en los criterios de TLP y recoge la impresión clínica general. La *Diagnostic interview for DSM-IV personality disorders*^{135,136} (DIPD) dispone también de una versión modificada para obtener una evaluación a lo largo del seguimiento del funcionamiento de la personalidad¹³⁷, y algunos instrumentos como la *Borderline symptom list* (BSL)⁹⁷, el *Questionnaire of thoughts and feeling*¹³⁸ (QTF) y la *Zanarini rating scale for borderline personality disorder*⁸⁷ (ZAN-BPD) han mostrado sensibilidad al cambio, aunque en estudios con muestras reducidas.

Se ha señalado, por otra parte, que el cambio, cuando se produce, suele incumbir a componentes específicos del trastorno como la suicidalidad o la inestabilidad, más que al constructo global¹³⁹. Se ha sugerido, por tanto, que serán de mayor utilidad los instrumentos capaces de medir esos componentes, tal como hacen la *Dimensional assessment of personality pathology – basic questionnaire*¹⁴⁰⁻¹⁴² (DAPP-BQ) y la *Schedule for nonadaptive and adaptive personality*¹⁴³⁻¹⁴⁵ (SNAP).

En el Anexo 3 de la versión completa de la guía⁵ se recogen algunos de los instrumentos más utilizados en nuestro país tanto a nivel de diagnóstico del TLP como de algunos síntomas específicos: suicidio y autolesiones.

4.4.1.5. Pruebas diagnósticas validadas en España para el diagnóstico de TLP

Muchos de los instrumentos utilizados en la evaluación de los trastornos de la personalidad han sido traducidos, adaptados y validados en nuestro medio. En el caso de la clasificación DSM, tres de las cinco entrevistas semiestructuradas y multitrastorno descritas en el Apartado 4.1 y recogidas en el Anexo 3 de la versión completa de la guía⁵ tienen versión castellana, así como una entrevista semiestructurada específica para el TLP:

- Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV¹³⁶ (DIPD-IV)
- Examen internacional de los trastornos de la personalidad⁹³ (IPDE)

- Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad⁹¹ (SCID-II)
- Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada¹⁴⁶ (DIB-R)

Asimismo, están disponibles en castellano cuatro cuestionarios de autoinforme basados en el modelo DSM:

- Cuestionario diagnóstico de la personalidad¹⁴⁷ (PDQ-4+)
- Inventario clínico multiaxial de Millon-III¹⁴⁸ (MCMI-III)
- Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2¹⁰² (MMPI 2-PD)
- Inventario de trastornos de la personalidad de Wisconsin¹⁴⁹ (WISPI-IV)

Algunos autoinformes más han sido adaptados en Latinoamérica o su validación está en curso en nuestro medio (ver Anexo 3 de la versión completa de la guía⁵). En cambio ninguno de los seis autoinformes que evalúan específicamente la sintomatología del TLP ha sido validado en castellano.

En el caso de los instrumentos dimensionales más ampliamente utilizados para la evaluación de la estructura de la personalidad normal, todos ellos disponen de versión castellana:

- Inventario de personalidad NEO – revisado¹¹⁵ (NEO PI-R)
- Inventario de temperamento y carácter-revisado¹²⁵ (TCI-R)
- Escala de susceptibilidad al castigo y susceptibilidad a la recompensa¹⁵⁰ (SCSR)
- *Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire*¹⁵¹ (ZKPQ)
- Cuestionario de personalidad de Eysenck-revisado¹⁵² (EPQ-R)

Algunos instrumentos de patología dimensional tienen igualmente validación castellana:

- Evaluación dimensional de la patología de la personalidad-cuestionario básico¹⁴² (DAPP-BQ)
- *Personality psychopathology five*¹²⁴ (PSY-5)
- Lista de adjetivos de la personalidad¹⁵³ (PACL)

Cabe señalar en cambio la ausencia de algunos autoinformes que han recibido gran atención en otros medios, como la *Schedule for nonadaptive and adaptive personality*¹⁴⁴ (SNAP) y el *Inventory of interpersonal problems – personality disorder*¹⁵⁴ (IIP-PD). No cuentan tampoco con validación española ninguno de los instrumentos basados en la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad: *Questionnaire of thoughts and feelings*¹³⁸ (QTF), *Personality disorder beliefs*

*questionnaire*¹⁵⁵ (PDBQ), y el *Personality belief questionnaire*¹⁵⁶ (PBQ). El Cuestionario de esquemas de Young¹⁵⁷ (YSQ) ha sido traducido, pero no se ha publicado estudio de validación.

Se cuenta también con adaptaciones en nuestro medio de cuestionarios que evalúan un solo rasgo de personalidad y que se han utilizado con frecuencia en estudios con trastornos de la personalidad:

- Escala de impulsividad de Barratt¹⁵⁸ (BIS-11)
- Escala de búsqueda de sensaciones¹⁵⁹ (SSS-V)
- Inventario de hostilidad de Buss-Durkee¹⁶⁰ (BDHI).

En cambio, la única entrevista con validación española es el Listado de psicopatía-revisado¹⁵⁰ (PCL-R), que evalúa el constructo de psicopatía de Hare R.D¹⁶¹.

No se han encontrado adaptaciones a nuestro medio de las pruebas que evalúan conducta suicida y autolesiva, sean entrevistas o cuestionarios: la *Self-Injurious thoughts and behaviors interview*¹⁶² (SITBI), la *Suicide attempt self-Injury interview*¹⁶³ (SASII), la *Functional assessment of self-mutilation*¹⁶⁴ (FASM) o el *Suicidal behaviors questionnaire*¹⁶⁵ (SBQ). La excepción son las escalas de ideación suicida de Beck en formato de entrevista¹⁶⁶ (SSI) y el autoinforme *Beck suicidal ideation scale*¹⁶⁷ (BSIS). Sin embargo, para ninguna de las dos se ha encontrado publicada la validación.

4.4.1.6. Pruebas diagnósticas para valorar el cambio en la sintomatología

No se ha encontrado adaptación castellana para instrumentos como el *Objective behavioral index*¹³² (OBI), la *Borderline evaluation of severity over time*¹³³ (BEST) o el *Severity index of personality problems*¹³¹ (SIPP-118), específicamente diseñados para evaluar la gravedad y el cambio en el TLP. Lo mismo podemos decir de la versión modificada de la Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad de DSM-IV¹³⁷ (DIPD-IV), la *Borderline symptom list*⁹⁷ (BSL), el *Questionnaire of thoughts and feeling*¹³⁸ (QTF) o la *Zanarini rating scale for borderline personality disorder*⁸⁷ (ZAN-BPD), que en su versión original han mostrado sensibilidad al cambio, al menos de manera preliminar.

Sí contamos con la Impresión clínica global para pacientes con TLP¹³⁴ (ICG-TLP), desarrollada en nuestro medio. Esta entrevista valora tanto la intensidad de los criterios del TLP como los eventuales cambios producidos tras el tratamiento, y permite al clínico dar una impresión general de la gravedad del cuadro. Hay también versión castellana de la Evaluación dimensional de la patología de la personalidad¹⁴² (DAPP-BQ), que se ha recomendado por ofrecer una valoración más específica de los subcomponentes de los trastornos de la personalidad.

Recomendaciones generales para el diagnóstico y la evaluación

√	Se recomienda utilizar instrumentos de medida a fin de conseguir el diagnóstico fiable de los trastornos de la personalidad, dado que se dispone de entrevistas y cuestionarios con buenas propiedades psicométricas y utilidad clínica.
√	Se recomienda utilizar entrevistas semiestructuradas, basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM, para realizar el diagnóstico de los trastornos de la personalidad dado que, actualmente, son el estándar de referencia. No parece haber ventajas apreciables de unas entrevistas sobre otras en cuanto a su calidad.
√	Se recomienda, para agilizar el tiempo destinado a la exploración diagnóstica, administrar en primer lugar un inventario autoadministrado para identificar qué aspectos deben ser explorados más exhaustivamente en la entrevista.

4.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

4.4.2.1. Diagnóstico diferencial

A pesar del esfuerzo por definir el TLP como una categoría precisa, la realidad es que frecuentemente se aplica el diagnóstico a una población relativamente heterogénea. Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial con otros trastornos tanto del eje I como con otros trastornos de la personalidad. También se tiene que diferenciar de los síntomas que pueden aparecer en el contexto de consumo de sustancias, pero que desaparecen en épocas de abstinencia.

Algunas características del TLP coinciden con las de los trastornos del estado de ánimo. Síntomas como la inestabilidad afectiva y la impulsividad pueden estar presentes en el TLP y en el trastorno bipolar II, aunque en el trastorno límite las variaciones en el estado de ánimo están muy influenciadas por incidencias en las relaciones interpersonales y la duración del estado de ánimo es menor que en el trastorno bipolar². Asimismo puede ser difícil diferenciar el trastorno distímico del TLP, porque la disforia crónica es muy frecuente en los pacientes con este trastorno. Son especialmente característicos en este trastorno los síntomas depresivos que comportan sentimientos de vacío, autorreproches, miedo al abandono, desesperanza, autodestructividad y conductas suicidas reiteradas. La similitud sintomatológica entre diferentes trastornos así como la coexistencia con otros hace que el diagnóstico diferencial de los pacientes con TLP sea particularmente complejo. Si se cumplen criterios para más de una patología, se han de hacer constar los diagnósticos pertinentes.

El diagnóstico diferencial referido a cuadros orgánicos debería llevarse a cabo con tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del lóbulo temporal; epilepsia; encefalopatía vírica-encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente; y trastorno psicótico debido a delirium, demencia.

4.4.2.2. Comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos

Dada la amplia variedad de síntomas clínicos, hay que señalar la elevada probabilidad de presentar trastornos comórbidos. Respecto a los trastornos afectivos, las tasas de trastornos depresivos en pacientes con TLP oscilarían entre el 40 y el 87%, siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico de eje I más común¹⁶⁸. En diferentes trabajos se muestra una tasa menor de comorbilidad con trastornos de ansiedad o psicóticos. También se ha descrito que los varones diagnosticados de TLP tienen tasas mayores de comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, sobre todo alcohol, y las mujeres con TLP con trastornos de la conducta alimentaria, en especial con la bulimia¹⁶⁸. Asimismo, se ha descrito que el trastorno por estrés postraumático también es un trastorno comórbido frecuente en los pacientes con TLP¹⁶⁹, así como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDAH^{170,171}. En concreto, la prevalencia del TDAH en pacientes con TLP se ha considerado alta situándose en el 41,5% en la infancia y en el 16,1% en la edad adulta¹⁷⁰.

La presencia de comorbilidad entre los diferentes trastornos de personalidad es muy frecuente. En el caso del TLP, destaca la comorbilidad con el trastorno por dependencia con tasas del 50%, el evitativo con el 40%, el paranoide con el 30%, el antisocial con el 20-25% (principalmente en hombres) y el histriónico con tasas que oscilan entre el 25 y el 63%^{172,173}.

Los pacientes con discapacidad psíquica moderada o grave no deberían ser diagnosticados de TLP⁴.

4.4.2.3. Comorbilidad con trastornos por uso de sustancias y de alcohol

Los trastornos por consumo de sustancias son frecuentes en los pacientes con TLP. Al igual que ocurre en la población general, la sustancia de abuso más común para los pacientes límite es el alcohol, pero lo más específico de estos pacientes es que son politoxicómanos (cannabis, anfetaminas, etc.). Su abuso tiende a ser episódico e impulsivo, aunque no siempre, y consumen cualquier droga que esté a su alcance^{174,175}.

Los pacientes con TLP que abusan de sustancias tienden a minimizar sus consumos, especialmente en las fases iniciales del tratamiento. Por ello es muy importante que este aspecto sea activamente explorado por parte del profesional y que se informe al paciente de los riesgos que comporta el consumo de tóxicos.

Dependiendo de la gravedad del consumo, el paciente puede requerir la intervención de servicios especializados en la atención a pacientes consumidores e incluso ingreso para desintoxicación.

4.4.2.4. Comorbilidad con otras enfermedades y antecedentes médicos

Como en la mayor parte de los trastornos mentales de larga evolución, los estilos de vida, y los deficientes controles médicos pueden ocasionar la aparición de

numerosos problemas de salud. Por lo tanto, en función de las circunstancias particulares de cada caso, hay que considerar la evaluación de complicaciones médicas, como diabetes, problemas cardiovasculares, enfermedades infecciosas, etc. Si es necesario, deberá favorecerse el contacto del paciente con su médico de cabecera para garantizar la continuidad de la atención de las patologías médicas concomitantes.

Recomendaciones

√

Se recomienda realizar un correcto diagnóstico diferencial con otros trastornos tanto del Eje I, como con otros trastornos de la personalidad y con trastornos por consumo de sustancias y patologías médicas.

√

Se recomienda valorar la presencia de trastornos psicopatológicos comórbidos, el uso de sustancias o la presencia de enfermedades médicas.

4.5. Líneas generales y manejo del TLP

Debido a la escasa evidencia científica que respalda las recomendaciones del manejo psiquiátrico del TLP, este apartado se ha elaborado a partir del consenso del propio grupo de trabajo de la guía que ha tomado como referencia la opinión de expertos clínicos¹⁷⁴⁻¹⁷⁶ así como el contenido de otras GPC^{2,4}.

4.5.1. Aspectos generales del manejo y sus componentes

- **Establecer y mantener una alianza terapéutica.** Constituye la base sobre la que se sustenta el tratamiento. Es importante que el profesional que trata al paciente establezca una alianza terapéutica de apoyo tanto para obtener información fundamental respecto al paciente, como para desarrollar un vínculo de confianza y un deseo de colaborar en el tratamiento. Con los pacientes con TLP el mantenimiento del vínculo terapéutico suele ser complejo debido a la desconfianza, idealización y desvalorización con la que el paciente suele relacionarse con el equipo terapéutico, principalmente en las etapas iniciales del tratamiento. La construcción de esta alianza se facilita con el establecimiento de un “contrato terapéutico”, a menudo formalizado en un documento escrito, en el que constan los objetivos del tratamiento y las responsabilidades y compromisos adquiridos por el paciente y el equipo terapéutico².
- **Introducir un enfoque favorecedor de la autonomía y participación del paciente** en la elección de las opciones asistenciales y en la resolución de sus problemas.
- **Evaluar el estado psicopatológico del paciente.** Se debe prestar atención a los cambios que puedan producirse en el estado psicopatológico y a la aparición de situaciones que han propiciado crisis con anterioridad. La colaboración con la familia y personas cercanas al paciente es importante.
- **Promover la participación activa de los familiares y cuidadores** en el proceso asistencial previo consentimiento explicativo del paciente.

- **Proveer al paciente y a la familia de psicoeducación respecto al trastorno y su tratamiento.** Los pacientes y las familias obtienen a menudo un beneficio de la educación sanitaria y de la información respecto a los síntomas y conductas asociadas al diagnóstico, la vulnerabilidad del paciente al estrés y la forma de abordar las conductas alteradas y alteradoras.
- **Incrementar la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales del trastorno.** Con frecuencia los efectos psicosociales del TLP ocasionan a muchos pacientes problemas emocionales, sociales, familiares, académicos, laborales y económicos, que pueden requerir de una ayuda terapéutica. Se ha de ayudar al paciente a hacer frente a su entorno, incluyendo las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo y de vida, y otras necesidades médicas o relacionadas con la salud. Acordar con el paciente unos objetivos realistas y alcanzables a corto y largo plazo ayuda a aumentar su autoestima.
- **Apoyar al paciente en el ejercicio de sus funciones parentales.** En los pacientes con hijos menores puede ser necesario ayudar a evaluar y colaborar en atender las necesidades de los mismos.
- **Identificar los factores que precipitan o exacerban las crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas.** Los pacientes con TLP suelen tener dificultad para tolerar frustraciones y para gestionar adecuadamente sus emociones. Esto hace que el TLP sea un trastorno muy inestable en su evolución debido a la gran recurrencia de situaciones de crisis. Para mayor información sobre la gestión de la propia crisis, se aconseja consultar el Apartado 7.
- **Proporcionar ayuda para acceder a los servicios necesarios y coordinar los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios.** Los pacientes con TLP necesitan a menudo toda una gama de servicios psiquiátricos, médicos generales, de rehabilitación y sociales. Hay que asegurar una buena articulación y coordinación de los profesionales y servicios que respondan a las necesidades del paciente. Para mayor información sobre los servicios/dispositivos en los que se puede atender a los pacientes con TLP, se aconseja consultar el Apartado 8.

Recomendaciones

✓	Se recomienda establecer una alianza terapéutica con el paciente, para obtener información, desarrollar un vínculo y facilitar su colaboración e implicación en el tratamiento.
✓	Se recomienda favorecer la autonomía y participación del paciente en la elección de las opciones asistenciales y en la resolución de sus problemas.
✓	Se recomienda evaluar periódicamente el estado psicopatológico así como factores desestabilizadores o de riesgo de precipitar crisis.
✓	Se recomienda promover la participación activa de familiares y cuidadores previo consentimiento explícito del paciente.

√	Se recomienda proveer al paciente y a su familia de psicoeducación respecto al trastorno y su tratamiento, de forma continuada a lo largo del proceso, para facilitar que el paciente y la familia intervengan de forma activa en el tratamiento.
√	Se recomienda facilitar la comprensión y la adaptación del paciente a los efectos psicosociales del trastorno: relaciones interpersonales, condiciones de trabajo y de vida, y otras necesidades médicas relacionadas con la salud.
√	Se recomienda apoyar al paciente en el ejercicio de sus funciones parentales.
√	Se recomienda identificar los factores que precipitan o exacerban las crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas.
√	Se recomienda proporcionar ayuda al paciente para acceder a los servicios necesarios y coordinar los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios implicados en la atención.

4.5.2. Valoración del paciente

En todo paciente con presunción o diagnóstico de TLP debe realizarse una **valoración inicial completa**. Para proceder a la valoración, se informará al paciente de la finalidad y alcance de la misma y de los procedimientos a seguir en términos comprensibles y se clarificarán aquellos aspectos que requieran ser elucidados.

La valoración inicial completa incluirá:

- **Antecedentes psiquiátricos personales y familiares.** Se debe recoger si ha habido consultas o ingresos anteriores por parte del paciente o algún miembro de la familia tanto para detectar situaciones de vulnerabilidad, como para valorar la funcionalidad o no de tratamientos anteriores.
- **Historia psicosocial.** Es importante recoger la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida, así como las relaciones significativas en el momento actual. La evaluación de la estructura familiar y el patrón relacional es importante para establecer un plan terapéutico y poder detectar en el entorno familiar y social del paciente factores que pueden actuar como elementos de estrés o vulnerabilidad así como los que pueden actuar como factores de protección. En este ámbito y por su gran prevalencia, se debe explorar específicamente la existencia de posibles situaciones de abuso (físico, sexual o emocional), maltrato o negligencia por parte del entorno familiar. También se ha de recabar información sobre el funcionamiento premórbido que incluya el historial académico y laboral, el máximo alcanzado, el funcionamiento en el empleo, las relaciones significativas en el trabajo, y las dificultades específicas en cada ámbito. Los adolescentes con TLP presentan mayor deterioro funcional que los adolescentes con otros trastornos de la personalidad en relación al deterioro social, problemas escolares o laborales, síntomas psiquiátricos y comportamiento antisocial⁶².

- **Exploración psicopatológica.** Es preciso realizar una exploración psicopatológica que permita detectar la sintomatología más relevante y valorar la presencia o no de patología comórbida en el eje I o en el eje II.
- **Exploración neuropsicológica.** Las funciones cognitivas, especialmente la atención, y las funciones ejecutivas a veces pueden estar alteradas en pacientes con TLP. Si la presencia del trastorno coincide con consumo de sustancias, autolesiones persistentes o intentos de suicidio puede ser necesario realizar una exploración de las funciones cognitivas para ver el impacto de éstas en su capacidad de organización y planificación de la vida cotidiana^{177,178}.
- **Valoración de factores de riesgo.** El consumo de alcohol o de otras drogas, y el riesgo de autolesiones o heteroagresiones debe evaluarse de forma específica y tomar las precauciones adecuadas para la protección del paciente o de otras personas. El riesgo suicida, que puede presentarse de forma aguda o crónica, debe evaluarse de forma cuidadosa y sistemática especialmente si hay presencia de trastornos afectivos o consumo de tóxicos. De este modo, se tratará de elaborar las estrategias de contención adecuadas (ver Apartado 4.4.1.3 sobre los instrumentos de valoración del riesgo suicidio; ver Apartado 7 en el que se trata la atención a la conducta de riesgo suicida). Aun así, a menudo es difícil de prever dado que es un comportamiento que suele producirse de manera impulsiva.
- **Evaluación médica general y exploración física.** Debe incluir el historial médico personal y familiar así como una exploración física que incluya medición de la talla, el peso y la presión sanguínea, un hemograma completo con valoración de la presencia de tóxicos, y una exploración neurológica. En función de las circunstancias de cada paciente pueden ser necesarias otras pruebas más específicas. Esta evaluación permitirá valorar el estado físico del paciente, la presencia o no de patologías médicas comórbidas y la compatibilidad o no de determinados tratamientos farmacológicos si se requieren.

Recomendaciones

✓	Se recomienda informar al paciente del alcance y finalidad del proceso de valoración en términos comprensibles y clarificar sus dudas.
✓	Se recomienda realizar una valoración inicial completa que incluya la historia psiquiátrica y médica general, tanto a nivel personal como familiar, la historia psicosocial que incluya la exploración de abusos, posibles maltratos o negligencias, exploración psicopatológica, neuropsicológica, si se requiere, y valoración de factores de riesgo, así como las exploraciones complementarias pertinentes.
✓	Se recomienda explorar específicamente la presencia de comorbilidad con otros trastornos del eje I, muy frecuente en los pacientes con TLP, y que puede confundirse con los rasgos estables de la personalidad.
✓	Se recomienda evaluar de forma sistemática en estos pacientes factores de riesgo como el consumo de tóxicos, el riesgo de agresiones y/o autolesiones.

- | | |
|---|---|
| √ | Se recomienda evaluar el riesgo de suicidio y atender a la comorbilidad de trastornos afectivos, abusos de sustancias y a la presencia de intentos previos de suicidios. |
| √ | Se recomienda informar al paciente de los resultados de la valoración y ofrecerle apoyo para su aceptación o para la elaboración de contenidos dificultosos o traumáticos aparecidos. |

4.5.3. Plan de tratamiento para el paciente con TLP

Para la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con TLP se han de tener en cuenta cuestiones transversales como, por ejemplo, el estado clínico actual, y cuestiones longitudinales como el curso clínico y la frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios de desestabilización anteriores².

Siempre que sea posible se ha de intentar involucrar activamente al paciente y a la familia en el plan de tratamiento. Los objetivos generales son la mejora del estado del paciente, así como la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios de desestabilización. Por otra parte, se tratará de optimizar el funcionamiento psicosocial mejorando las habilidades sociales, la capacidad de adaptación y la tolerancia a la frustración.

Los profesionales que participan en la atención al paciente han de trabajar para desarrollar un **plan de tratamiento integral y coordinado** dado que con frecuencia intervienen en la atención varios profesionales y servicios, tanto de forma simultánea como sucesiva.

Asimismo, debe realizarse un seguimiento del estado médico general del paciente. Es importante la coordinación con el médico de atención primaria (AP) en las revisiones ya que su papel es clave en la detección y derivación del paciente en situación de crisis, así como en el seguimiento de su estado general de salud.

Dada la frecuencia con que se presentan episodios de desestabilización en pacientes con TLP, el plan de tratamiento deberá recoger un plan específico para el manejo de los factores de riesgo y el abordaje de las crisis.

Recomendaciones

- | | |
|---|---|
| √ | Se recomienda elaborar un plan de tratamiento integral, coordinado y consensuado con el paciente y su familia que incluya como objetivos la mejora del estado del paciente, la reducción de la frecuencia, la gravedad y las consecuencias psicosociales de los episodios de desestabilización y posibilite la optimización del funcionamiento psicosocial. |
| √ | Se recomienda reevaluar periódicamente el plan de tratamiento en función de la evolución clínica del paciente y, como mínimo, una vez al año. |
| √ | Se recomienda elaborar un plan específico de manejo de los factores de riesgo y las crisis. |

4.6. Consideraciones acerca de la prevención del TLP

4.6.1. Introducción

Históricamente, los clínicos han aceptado que el TLP no tiene tratamiento y que su desenlace no es ni mucho menos óptimo. Sin embargo, la literatura reciente del TLP¹⁷⁹⁻¹⁸¹ ha empezado a contradecir estas creencias.

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.

Los síntomas depresivos y los trastornos de conducta disruptiva infantojuveniles 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 jóvenes¹⁸¹.

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, 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”⁶².

Los posibles beneficios de estas intervenciones se deben analizar siempre a la luz de los riesgos potenciales.

4.6.2. Intervenciones psicosociales preventivas

La búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía no identifica ningún ensayo controlado y aleatorizado sobre el tema pero sí se localizó en búsqueda manual un estudio cuasi-experimental¹⁸² que amplía el trabajo del artículo¹¹⁴ identificado por el NICE (2009)⁴. En la Tabla 2 de la versión completa de la guía se describen los trabajos identificados (véase página 67)⁵.

4.6.2.1. Terapia cognitiva analítica

La terapia cognitiva analítica (TCA) es una psicoterapia integral de tiempo limitado desarrollada en el Reino Unido. Esta terapia surge de una integración teórica y práctica de elementos de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales y de la psicología cognitiva. Se concibe como un modelo integral del desarrollo y la psicopatología.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica únicamente un estudio sobre este tema. Concretamente, identifica el ensayo controlado y aleatorizado de Chanen¹¹⁴, ya mencionado, al que asigna un nivel de evidencia de 1++.

El estudio de Chanen¹¹⁴ tiene como objetivo comparar la eficacia de 24 sesiones de TCA frente a una intervención manualizada de buena práctica clínica en la reducción de psicopatología, conducta parasuicida y funcionamiento global. A los dos años de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre intervenciones en las variables estudiadas. Sin embargo, hubo alguna evidencia de que los pacientes que recibieron TCA mejoraron más rápidamente.

El grupo de trabajo de la guía localiza un estudio cuasi-experimental que amplía el estudio precedente de Chanen¹¹⁴ considerando un nuevo grupo de comparación Chanen¹⁸² y al que otorga un nivel de evidencia de 2++.

El objetivo de este estudio es comparar la efectividad de un servicio de intervención temprana especializado en TLP con el TAU. Después de este período, se observó que: 1) los pacientes en TCA tuvieron niveles más bajos y mejoras más rápidas en psicopatología internalizada y externalizada en comparación con el TAU; 2) los pacientes en intervención manualizada de buena práctica clínica mostraron niveles más bajos de psicopatología internalizada y una mejoría más rápida en funcionamiento global en comparación con el TAU; 3) los pacientes en TCA mostraron los más altos niveles de mejora en las cuatro variables de resultado consideradas a lo largo de los 24 meses de seguimiento; y 4) no se observaron efectos adversos con ninguno de los tratamientos. Los autores concluyen afirmando que la intervención temprana especializada para el TLP subsindrómico o síndrómico es más efectivo que el TAU, y que la TCA es la intervención más efectiva. Según los autores, la reforma de los servicios utilizando este modelo de intervención temprana especializada para el TLP podría suponer mejoras sustanciales en los pacientes.

Resumen de la descripción evidencia

1++	La TCA al igual que la intervención manualizada de buena práctica clínica reduce la psicopatología y la patología parasuicida en la población subsindrómica y síndrómica de TLP, si bien los pacientes en TCA mejoran con mayor celeridad ¹¹⁴ .
2++	La TCA es superior que el TAU en el tratamiento de la psicopatología internalizada y externalizada en la población subsindrómica y síndrómica de TLP ¹⁸² .

2++

La TCA es superior que la intervención manualizada de buena práctica clínica y el TAU en el tratamiento de la psicopatología externalizada e internalizada, la conducta parasuicida y el funcionamiento global en la población subsindrómica y síndrómica de TLP¹⁸².

La evidencia sobre la eficacia de la TCA frente a la intervención manualizada de buena práctica clínica o el TAU se sustenta en un ensayo controlado y aleatorizado y en un estudio cuasi-experimental. Cabe señalar que ambos estudios comparten la mayor parte de la muestra (78 pacientes) la cual incluye un total de 110 pacientes y está compuesta mayoritariamente por mujeres (alrededor del 75%). Por ello y pese a observar cierta evidencia a favor del uso de la TCA en la población con riesgo de TLP o TLP incipiente, no hay suficiente evidencia para sustentar la elaboración de una recomendación.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de la TCA como intervención psicosocial preventiva para la población con riesgo de TLP o TLP incipiente.

Recomendaciones generales sobre las intervenciones psicosociales preventivas para la población con riesgo de TLP o TLP incipiente

- ✓ 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.
- ✓ Se recomiendan intervenciones específicas de atención temprana para mejorar la sintomatología subsindrómica del TLP y prevenir un declive en el funcionamiento global del paciente.
- ✓ Se recomienda educación sanitaria dirigida a los profesionales de la salud, profesionales en contacto con la población de riesgo y población general, para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población, sobre todo en jóvenes.
- ✓ Se recomienda realizar una aproximación cuidadosa a la sintomatología y sufrimiento presente, tanto con el paciente como con la familia, con una actitud empática y esperanzadora.

5. Intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento del TLP

Preguntas para responder

- ¿Qué tipo de intervención psicosocial muestra una mayor eficacia y efectividad en la población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?
- ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la intervención familiar psicoeducativa en familiares de población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?
- ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia interpersonal (TI) y la terapia cognitiva (TC) combinada con fluoxetina en población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?
- ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la rehabilitación funcional en población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?
- ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la integración laboral en población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?

5.1. Introducción

En este apartado se describen las intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento del TLP dirigidas a prevenir el establecimiento de la sintomatología completa del TLP, o a mejorar las perspectivas de funcionamiento y control de síntomas cuando el paciente lo padece.

Estas intervenciones pretenden reforzar su adaptación ante situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, y el funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa, e incidir en áreas como el manejo de momentos de crisis y la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades para afrontar el trastorno, y el funcionamiento social y laboral.

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

- Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves
- Terapias psicológicas individuales y grupales
- Programas de terapias psicológicas
- Intervenciones familiares

- Terapia combinada
- Rehabilitación funcional e integración laboral

Se distinguen cuatro tipos de terapias psicológicas: en primer lugar, las intervenciones psicológicas breves, que se definen como intervenciones de baja intensidad administradas en períodos inferiores a 6 meses; en segundo lugar, las terapias psicológicas individuales y grupales, de mayor duración, que se ofrecen una o dos veces por semana en un entorno ambulatorio, y que no se llevan a cabo dentro de un programa de tratamiento combinado; en tercer lugar, los programas de terapia psicológica que combinan más de una modalidad de tratamiento (por ejemplo, terapia individual más terapia de grupo)¹⁸³ ofrecidos por más de un terapeuta como, por ejemplo, un equipo⁴; y en cuarto lugar, las intervenciones familiares.

Las intervenciones complementarias incluyen la terapia combinada, en la que el tratamiento psicoterapéutico se lleva a cabo en combinación con psicofármacos, y la rehabilitación funcional e integración laboral.

En la Tabla 3 de la versión completa de la guía⁵, se presentan los ECA utilizados en la RSEC, diferenciando su origen según procedan de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)⁴ o el grupo de trabajo de la guía (véase página 73).

En la Tabla 4 de la versión completa de la guía⁵, se presentan las características principales de las tres revisiones sistemáticas identificadas y los ECA que incluyen (véase página 74).

5.2. Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves

Las intervenciones psicológicas breves se definen como intervenciones psicológicas de baja intensidad administradas en períodos inferiores a 6 meses⁴.

En este apartado se han considerado dos modalidades de intervención psicológica breve: terapia cognitiva asistida por manual (TCAM) y psicoeducación.

En la Tabla 5 de la versión completa de la guía⁵, se presentan los ECA identificados y utilizados para cada una de las intervenciones psicológicas, diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)⁴ o el grupo de trabajo de la guía. También se describen las características principales de cada una de ellas (ver página 76).

5.2.1. Terapia cognitiva asistida por manual

La GPC del NICE (2009)⁴ refiere que la terapia cognitiva asistida por manual (TCAM, *Manual-assisted cognitive therapy*, MACT)¹⁸⁴ se desarrolló como una intervención para personas con repetidos intentos de suicidio y no tanto para el TLP como tal. Sin embargo, un porcentaje elevado de esta población cumple los criterios del TLP. La intervención consiste en una terapia breve, de orientación cognitiva y focalizada en los problemas, que incluye hasta cinco sesiones a los 3 meses de un episodio autolesivo, con la opción de añadir dos sesiones de refuerzo al cabo de 6 meses. La biblioterapia con un formato consistente en un folleto de 70 páginas¹⁸⁵, se utiliza para estructurar las sesiones del tratamiento y actúa a modo de recordatorio entre las sesiones. El manual cubre una evaluación del intento de autolesión, habilidades para tratar las crisis, técnicas cognitivas básicas de resolución de problemas para controlar las emociones y el pensamiento, y estrategias de prevención de recaídas⁴.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica dos ECA, Tyrer¹⁸⁶ y Weinberg¹⁸⁷.

En el estudio de Tyrer¹⁸⁶ se examinó una muestra de 70 pacientes con TLP en un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, con una edad media de 31 años, que fueron atendidos en un servicio específico de intervención frente a intentos autolíticos recurrentes. Se comparó la TCAM (n=34) con el TAU (n=36) con una duración de 3 meses.

El estudio de Weinberg¹⁸⁷ compara la TCAM con el TAU en una muestra de 30 mujeres diagnosticadas de TLP, con edades comprendidas entre los 18 y los 40 años, en un contexto comunitario y de atención ambulatoria. El tratamiento duró 8 semanas y se realizó una evaluación de seguimiento a los 6 meses posteriores al tratamiento (TCAM n=15; TAU n=15). En este ensayo, la TCAM fue modificada para centrarse en la autoagresión deliberada en pacientes con TLP.

Resumen de la descripción de la evidencia

1++	La mediana de tiempo desde el primer episodio parasuicida fue de 6 años. Las puntuaciones medias evaluadas por el observador o autoevaluadas de la depresión (media de MADRS: 23,9; media de HADS-D: 11,2) y la ansiedad (media de BAS: 17,3; media de HADS-A: 14,1) fueron relativamente altas, siempre por encima del umbral de la patología significativa, lo que indica que la mayoría de la población atendida habría satisfecho los criterios diagnósticos de ansiedad y depresión ¹⁸⁶ .
1+	La TCAM se asoció a un descenso significativamente mayor de la frecuencia de episodios autolesivos deliberados (EAD) después del tratamiento. La mejoría lograda por el tratamiento se mantuvo en el seguimiento a 6 meses respecto a la frecuencia e intensidad de los EAD. El número de tratamientos concurrentes se asoció al descenso de la frecuencia de EAD en la evaluación post-TCAM ($z = -2,49$; $p < 0,05$) y durante el período de seguimiento de 6 meses ($z = -3,32$; $p < 0,001$) ¹⁸⁷ .
1+	La TCAM no afectó al nivel de ideación suicida ni al tiempo hasta la repetición del EAD ¹⁸⁷ .

La evidencia científica de esta terapia se basa en dos ECA, con un nivel de evidencia 1+¹⁸⁷ y 1++¹⁸⁶, y una muestra total de 100 pacientes con un diagnóstico de TLP. La muestra de ambos estudios está formada por un 68 y un 100% de mujeres, respectivamente.

La aplicabilidad de esta intervención para el tratamiento del TLP se restringe a aquellos pacientes en que predominen las conductas autolesivas e intentos de suicidio repetidos respecto a otras manifestaciones sintomatológicas del trastorno. No obstante, es una intervención breve y de fácil aplicación, que permitiría su uso en nuestro contexto sanitario.

Sin embargo, la TCAM dispone de escasa evidencia científica, y por este motivo se recomienda más investigación de la misma.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TCAM en pacientes con TLP.

5.2.2. Psicoeducación

La psicoeducación¹⁸⁸ hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que padecen un trastorno mental con el objetivo de que el paciente entienda y sea capaz de manejar su enfermedad. Se refuerzan los puntos fuertes, los recursos y las habilidades propias de los pacientes para hacer frente a su situación, para evitar recaídas y contribuir a su propia salud y bienestar. También posee la función de evitar la estigmatización de los trastornos psiquiátricos y de reducir las barreras para acceder a su tratamiento. La psicoeducación se basa en la intervención activa del paciente en el manejo de su enfermedad¹⁸⁹ y se puede realizar de manera individual o grupal.

En la búsqueda de la AIAQS se detectó un ECA sobre psicoeducación¹⁸⁸. Este estudio compara un taller psicoeducativo frente a un grupo en lista de espera en una muestra de 50 mujeres con diagnóstico de TLP, con una edad media de 19,3 años. De la muestra total de 50 mujeres, 30 participaron en un taller psicoeducativo con una duración de 12 semanas, que consistía en información sobre los aspectos siguientes: etiología, fenomenología, trastornos comórbidos, opciones de tratamiento y evolución de la enfermedad. El taller estaba conducido por dos asistentes de investigación, que utilizaron una presentación Power-Point de 63 diapositivas diseñadas especialmente para este taller. Las 20 mujeres restantes formaron parte del grupo control de lista de espera.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+

Se constató una diferencia significativa en la reducción de la impulsividad general (excluidas las automutilaciones y los intentos de suicidio) y las relaciones interpersonales tormentosas para el grupo en tratamiento en comparación con el grupo en lista de espera, valorado a través de la *Zanarini rating scale for DSM-IV borderline personality disorder*¹⁸⁸.

1+	No hubo una diferencia significativa intergrupar en el funcionamiento profesional [puntuación z del grupo = 0,288; p del grupo = 0,773] ni social [puntuación z del grupo = -1,034; p del grupo = 0,301] con el paso del tiempo ¹⁸⁸ .
1+	En cuanto al conocimiento sobre el TLP, la media de la puntuación antes del taller fue de 2,8 (DE = 1,8), y después del taller, de 7,0 (DE = 1,5) ¹⁸⁸ .

Aunque sólo se disponga de un estudio¹⁸⁸ con un nivel de evidencia de 1+, con una muestra de 50 pacientes, todas ellas mujeres, se puede sugerir que informar al paciente sobre el TLP tan pronto como sea diagnosticado puede ayudar a aliviar la severidad de dos de los principales elementos de la psicopatología límite: la impulsividad general y la inestabilidad relacional. A pesar que la muestra del estudio esté formada únicamente por mujeres, se valora que la psicoeducación puede resultar un instrumento útil, de uso habitual, eficiente y de fácil aplicación, ya que intervenciones similares menos estructuradas forman parte de las prácticas asistenciales ya existentes.

Dado que los resultados fueron positivos y se considera que el uso de esta modalidad de intervención puede ser adecuado como intervención inicial, convendría proseguir su estudio para confirmar y ampliar dichos resultados.

Recomendaciones

✓	Se recomienda la psicoeducación como una intervención inicial para mejorar la información de los pacientes acerca de su trastorno.
---	--

5.3. Terapias psicológicas individuales y grupales

Se ha considerado en el apartado de terapias psicológicas individuales y grupales las siguientes intervenciones psicológicas: a) terapia cognitivo-conductual (TCC); b) *systems training for emotional predictability and problem solving* (STEPPS); c) terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE); d) terapia cognitiva-analítica (TCA); e) terapia grupal interpersonal (TGI); f) terapia centrada en el cliente; y g) terapia focalizada en la transferencia (PFT).

En la Tabla 6 de la versión completa de la guía⁵ se presentan los ECA identificados y utilizados para cada una de las terapias psicológicas, diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)⁴ o el grupo de trabajo de la guía. También se describen las características principales de cada uno de ellos (véase página 82).

5.3.1. Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento psicológico estructurado que se centra en ayudar a la persona a establecer conexiones entre sus pensamientos, sentimientos y conducta. La TCC, que en principio se desarrolló para el tratamiento de la depresión, se ha modificado para el tratamiento de personas con

trastornos de la personalidad y con TLP. Si bien la TCC para los trastornos del eje I se suele centrar en el “aquí y ahora”, la TCC para quienes sufren trastornos de la personalidad tiene en cuenta experiencias previas en el desarrollo de creencias nucleares, a las que también se denomina “esquemas”. La terapia cognitiva centrada en el cambio de las creencias nucleares ha aplicado la obra de Beck a las necesidades de las personas con trastornos límite y antisocial de la personalidad. Está adaptada para personas con TLP y considera la estructura de la terapia y los problemas que pueden alterar la relación terapéutica como, por ejemplo, la no implicación en el tratamiento, la desviación de problemas y objetivos, dejar de centrarse en los objetivos de la terapia, la pérdida de estructura y el incumplimiento de las tareas asignadas¹⁹⁰.

La TCC para personas con TLP se suele prestar en sesiones que duran entre 30 y 90 minutos y tiene lugar cada semana durante un período de entre 9 y 36 meses. A los pacientes se les pide que hagan unas tareas en casa entre las sesiones. Algunos modelos de servicio también proporcionan acceso telefónico a los terapeutas fuera de las sesiones individuales¹⁹⁰.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica un ECA¹⁹¹ en relación a la TCC. En este estudio se reclutó una muestra de 106 pacientes con diagnóstico de TLP, el 82% eran mujeres y con una media de edad de 32 años. Se comparó la TCC (n=54) de 1 año de duración con el TAU (n=52).

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	La razón de posibilidades (OR) global de que un participante del grupo de TCC más TAU en comparación con el grupo de TAU solo tenga cualquiera de los resultados de acto suicida, hospitalización o accidente y contacto con el servicio de urgencias, a los 24 meses de la aleatorización, fue de 0,86 (intervalo de confianza [IC] al 95%: 0,45-1,66; p = 0,66) ¹⁹¹ .
1+	En cuanto al número de actos suicidas, se observó una reducción significativa al cabo de 2 años a favor de la TCC más TAU respecto al TAU, con una diferencia media de -0,91 (IC al 95%: -1,67 a -0,15; p = 0,020) ¹⁹¹ .
1+	Entre ambos grupos de tratamiento se produjo una mejoría gradual y mantenida de los criterios de valoración primarios y secundarios, con indicios de un efecto favorable de la adición de la TCC en el índice de síntomas positivos de distrés a 1 año, y en el nivel de ansiedad, creencias disfuncionales y cantidad de actos suicidas a los 2 años de seguimiento ¹⁹¹ .

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único ECA con un nivel de evidencia 1+, y una muestra total de 106 pacientes, de la que el 82% eran mujeres con un diagnóstico de TLP. Los resultados del estudio ponen de manifiesto que existe cierta evidencia de un efecto de la TCC en el nivel de ansiedad, distrés y creencias disfuncionales, y en la cantidad de actos suicidas a los 2 años de seguimiento, aunque no hay otros estudios que confirmen estos resultados. A pesar de que podría ser una terapia de fácil aplicación en nuestro entorno, actualmente no se dispone de suficiente evidencia científica para determinar la efectividad de la TCC en la población con TLP y para poder realizar recomendaciones aplicables y

generalizables. La GPC del NICE (2009)⁴ concluye que hay poca evidencia sobre la eficacia de la TCC en el tratamiento de las personas con TLP.

Por estas razones, se recomienda realizar más estudios sobre la eficacia de la TCC para poder considerar su utilización.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TCC en pacientes con TLP.

5.3.2. *Systems training for emotional predictability and problem solving*

La GPC del NICE (2009)⁴ describe el *Systems training for emotional predictability and problem solving* (STEPPS) como un paquete para el desarrollo de habilidades basado en la TCC que se presenta en sesiones de 2 horas durante un período de 20 semanas. Incluye una sesión de 2 horas para los familiares y allegados con los miembros del equipo de tratamiento, para presentarles los conceptos y las habilidades que les permitirán dar apoyo y refuerzo a las habilidades de los participantes. Consta de tres fases en las que 1) se anima a los pacientes a “sustituir las ideas erróneas acerca del TLP por una conciencia de las conductas y los sentimientos que definen el trastorno”; 2) los pacientes reciben entrenamiento en habilidades con el objetivo de ayudarles a mejorar su regulación emocional; y 3) reciben entrenamiento en habilidades conductuales. Se ha diseñado para que se utilice de forma complementaria a otros tratamientos⁴.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica un ECA¹⁹² en relación a la STEPPS. En este estudio¹⁹² se compara la STEPPS con el TAU en un entorno ambulatorio. La muestra se componía de 165 personas con TLP, el 81% mujeres con una media de edad de 32 años.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Los criterios de valoración primarios y secundarios mejoraron con respecto al valor basal hasta la semana 20 en los sujetos que recibieron STEPPS más TAU ¹⁹² .
1+	Los sujetos asignados de forma aleatoria al grupo de STEPPS más TAU lograron un cambio mayor en las puntuaciones de gravedad y mejoría de la <i>Clinical global impression</i> (CGI) respecto a los asignados aleatoriamente al grupo de TAU solo ¹⁹² .
1+	El uso de fármacos psicotrópicos se redujo significativamente durante el período de tratamiento de 20 semanas en ambos grupos (de 2,9 a 1,3 medicamentos por sujeto), pero sin diferencias entre grupos en el nivel de cambio (prueba de Mann-Whitney: $\chi^2 = 0,1$; gl = 1; p = 0,782) ¹⁹² .

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único ECA, con un nivel de evidencia de 1+ y una muestra total de 165 pacientes, de los que el 81% eran mujeres, con un diagnóstico de TLP.

Esta terapia podría ser aplicada en un entorno ambulatorio, y como forma complementaria de otros tratamientos.

Aunque este estudio ofrece cierta evidencia de que la STEPPS mejora la afectividad, la impulsividad y el funcionamiento general en el TLP, se requieren otros estudios que lo confirmen. Por su parte, la GPC del NICE (2009)⁴ concluye que existe poca evidencia de que la STEPPS ayude a reducir las autolesiones y los suicidios.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la STEPPS en pacientes con TLP.

5.3.3. Terapia cognitiva centrada en esquemas

La GPC del NICE (2009)⁴ describe la terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE)^{193,194} y resalta la importancia de los esquemas cognitivos disfuncionales que se aprenden en la juventud (esquemas inadaptados precoces) y los procesos que hacen que sean inflexibles y que impiden un nuevo aprendizaje: mantenimiento, evitación y compensación de los esquemas. Se anima a la persona a que analice hasta qué punto estas creencias nucleares le han ayudado a adaptarse a circunstancias adversas anteriores, y que se pregunte si son apropiadas para ayudarlo a adaptarse a su situación actual. El tratamiento trata de facilitar la conexión afectiva y el reaprendizaje, reaprendizaje que en ocasiones puede implicar componentes de reparentalización⁴.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica un ECA¹⁹⁵ en relación con la TCE. En este estudio se comparó la TCE (n= 44) con la PFT(n= 42), realizadas a nivel ambulatorio a lo largo de 3 años. La muestra estaba compuesta por 86 pacientes con TLP, con una edad media de 31 años, y el 91% eran mujeres.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un ECA¹⁹⁶ en relación a la TCE y la PFT. Este estudio es la continuación del estudio de Giesen-Bloo¹⁹⁵ comentado anteriormente, y por tanto, está basado en la misma muestra de pacientes. Dicho estudio investigó la calidad y el desarrollo de la alianza terapéutica como mediador del cambio en la TCE y la PFT para el TLP. Se aleatorizó a 88 pacientes procedentes de instituciones de salud mental en TCE (n=45) o PFT (n=43) dos veces por semana. Se realizó un seguimiento de estos pacientes cada 3 meses durante los 3 años de seguimiento.

Mediante una búsqueda manual, realizada en junio de 2009, se localizaron tres ECA¹⁹⁷⁻¹⁹⁹ en relación con la TCE y la PFT.

En el estudio de Nadort²⁰⁶ se compara la TCE con apoyo telefónico con la TCE sin apoyo telefónico, que se realiza en un contexto comunitario con la participación de ocho instituciones de salud mental de Holanda, donde participaron 31 terapeutas y 62 pacientes, y que tiene como objetivo: a) observar los resultados de la TCE en la práctica clínica real y b) saber cómo afecta el apoyo telefónico fuera de horas de

oficina al resultado de la terapia. La duración del tratamiento fue de 2 años, con sesiones de 45 minutos 2 días a la semana durante el primer año, y una vez a la semana en el segundo año. Cada profesional tenía asignados dos casos. El protocolo de tratamiento seguía los cinco modos de esquemas definidos por el TP Límite²⁰⁰ que aplica técnicas cognitivas, conductuales y experiencial que se centran en la relación terapéutica, en los cambios en el día a día fuera de la terapia, y en las experiencias traumáticas del pasado.

En el estudio de Farrell¹⁹⁸, sobre la aplicación en formato grupal de la TCE en una muestra de 32 pacientes, se compara la TCE grupal (n=16) más sesiones individuales de terapia (no TCE) con un grupo control, TAU (n=16). El grupo a nivel de contenido no es específicamente un grupo de TCE, puesto que tiene los cuatro componentes que se han encontrado efectivos en el tratamiento del TLP: Entrenamiento en conciencia emocional, educación y malestar emocional y trabajo de cambio de esquemas. El tratamiento tuvo una duración de 14 meses.

El estudio de Van Asselt¹⁹⁹ valora el coste-efectividad de la TCE frente a la PFT en el tratamiento del TLP. La muestra del estudio eran 86 pacientes que formaban parte de cuatro estudios localizados en Dinamarca. Este estudio utiliza la misma muestra de pacientes que el de Giesen-Bloo¹⁹⁵, que fueron aleatorizados en TCE (n=44) y PFT (n=42). Se realizó un seguimiento de estos pacientes durante 4 años. Ambas intervenciones eran terapias individuales que consistían en 50 minutos por sesión, dos veces a la semana durante 3 años. Para las medidas de eficacia se tuvieron en cuenta dos variables, los pacientes recuperados y la calidad de vida.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Se apreciaron mejorías significativas con ambos tratamientos (TCE y PFT) en todas las medidas al cabo de 1, 2 y 3 años de tratamiento ¹⁹⁵ .
1+	Después de 3 años de tratamiento, el análisis de supervivencia demostró que significativamente más pacientes del grupo de TCE se habían recuperado (RR = 2,18; p = 0,04) o mostraban una mejoría clínica fiable (RR = 2,33; p = 0,009) en el Borderline personality disorder severity index ¹⁹⁵ .
1+	En el grupo de TCE también se demostraron mejorías de la disfunción psicopatológica general y las medidas de los conceptos de personalidad de TCE/PFT (p <0,001) ¹⁹⁵ .
1+	En los pacientes del grupo de TCE se demostró un mayor incremento de la calidad de vida que en los del grupo de PFT (ANCOVA robusta, p = 0,03 y p <0,001) ¹⁹⁵ .
1+	La relación terapéutica y las técnicas concretas interactúan entre sí e influyen las unas en las otras y pueden servir para facilitar los procesos de cambio subyacentes a la mejoría clínica ¹⁹⁶ .
1+	Los pacientes de ambos grupos mejoraron significativamente en todos los criterios de TLP del DSM-IV (p < 0,001 para abandono, relaciones inestables, alteraciones de la identidad, inestabilidad afectiva, vacío interior e ira, para parasuicidabilidad p = 0,027, impulsividad p = 0,011 e ideación paranoide y disociativa p = 0,002) ¹⁹⁷ .

1+	Hubo una mejora en la calidad de vida en la escala EuroQoL-5D en la puntuación de utilidad (M = 0,12; SE = 0,05; t (61) = 2,51; p = 0,02; d = 0,35) y en la escala WHOQOL puntuación total (M = -1,07; SE = 0,19; t (61) = 5,56; p <0,001; d = 0,58), no hubo efecto significativo en la escala de calidad de vida EuroQoL-5D medida por el termómetro analógico (M = 4,53; SE = 2,47; t (59) = 1,84; p = 0,07; d = 0,23) ¹⁹⁷ .
1+	No hay diferencias significativas entre grupos respecto a la adherencia y adecuación del uso de los métodos y técnicas [t (56) = 1,41; p = 0,16] ¹⁹⁷ .
1+	Respecto a las medidas de cambio, se observan diferencias entre ambos grupos postest/seguimiento a los 6 meses favorables a la TCE en los indicadores de TLP (BSI de Cuento p <.001/ p <.001 y Entrevista DIB-R de Zanarini p <.001/ p <.001), en el funcionalismo (GAF p <.001/ p <.001) y en los síntomas (SCL-90 p = 0,004/ p <.001) ¹⁹⁸ .
1+	La proporción de pacientes recuperados después de 4 años fue de un 54% en el grupo que recibió la TCE, y de un 29% en el grupo que recibió PFT, más significativa a favor del grupo de TCE (Wald test 4,45; p = 0,035; OR =2,64; 95% CI 1,07-6.49) ¹⁹⁹ .

La evidencia científica de esta terapia se basa en tres ECA, uno de ellos desarrollado en tres artículos^{195,196,199}. El primer artículo con un nivel de evidencia científica 1+, el segundo estudio¹⁹⁷ con un nivel de evidencia científica 1+ y el tercer estudio¹⁹⁸ con un nivel de evidencia científica 1-.

Los estudios Giesen-Bloo¹⁹⁵, Spinhoven¹⁹⁶ y Van Asselt¹⁹⁹ se basan en la misma muestra de 88 pacientes con un diagnóstico de TLP en tratamiento en formato individual. El segundo estudio¹⁹⁷ se basa en una muestra de 62 pacientes en tratamiento en formato individual y el estudio de Farrell¹⁹⁸ en una muestra de 16 pacientes en formato grupal.

Todos los pacientes incluidos en los estudios llevan más de 2 años de tratamiento activo, con alto nivel de retención al tratamiento > 80% en todos los estudios, con un nivel de cambio en síntomas de TP Límite, y psicopatología general que se mantiene a los 3 años de intervención. Existe cierta evidencia de un efecto de la TCE en reducir el riesgo de abandono y en mejorar la recuperación clínica y la calidad de vida.

Hay que delimitar y especificar que es una terapia manualizada y de fácil aplicabilidad en contextos de salud mental pública con un adecuado entrenamiento. Debido a que sólo disponemos de una muestra de 150 pacientes para la terapia en formato individual, y 12 para el formato grupal, serían necesarios más estudios de investigación para evaluar su eficacia.

Recomendaciones

- | | |
|---|--|
| C | Se recomienda la TCE para mejorar la sintomatología del TLP, la recuperación clínica y la calidad de vida. |
|---|--|

5.3.4. Terapia cognitivo-analítica

La GPC del NICE (2009)⁴ describe la terapia cognitivo-analítica (TCA)^{201,202} como una estrategia integradora y relacional que combina métodos de la TCC con la atención al trastorno antisocial de la personalidad.

El modelo de la TCA considera que el TLP es una forma de daño más grave y generalizado para el yo, que se debe en gran parte a experiencias prolongadas de privación y un trauma del desarrollo complejo en personas posiblemente vulnerables. Esto causa una tendencia a una disociación en distintos “estados personales”, con un deterioro muy angustiante de la capacidad de autorreflexión y el sentido de la identidad, un deterioro de la función ejecutiva y una alteración de las relaciones interpersonales. La terapia trata de ofrecer una experiencia relacional reparadora y proporcionar la motivación, las habilidades y las oportunidades para aprender nuevos patrones de relaciones con uno mismo y con los demás. La TCA se utiliza tanto como método terapéutico como marco de interconsulta y formación para ayudar a los profesionales de salud mental a que eviten patrones relacionales perjudiciales^{4,203}.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica un ECA¹¹⁴ en relación con la TCA. Este estudio compara la TCA con una intervención manualizada de buena práctica clínica, que se llevó a cabo en contexto ambulatorio durante 1 año. La muestra estudiada estaba compuesta por 78 adolescentes, 76% mujeres de una edad media de 16 años con rasgos de TLP, que cumplían de dos a nueve criterios diagnósticos del DSM-IV, y un 43% con diagnóstico de TLP. El 63% de la muestra presentaba trastornos afectivos, el 40% trastornos de ansiedad, el 4% trastornos de la alimentación, el 33% abuso de sustancias y el 26% trastornos de conducta.

Mediante una búsqueda manual, realizada en junio de 2009, se identificó un estudio cuasi-experimental¹⁸². El objetivo de este estudio es comparar la efectividad de un servicio de intervención temprana especializado en TLP con el TAU. Para ello, los autores utilizan un diseño cuasi-experimental y comparan 32 pacientes en TAU con los 78 pacientes ya incluidos en el ECA de Chanen¹¹⁴. Todos los participantes eran pacientes ambulatorios de entre 15 y 18 años de edad que cumplían de dos a nueve de los criterios diagnósticos del DSM-IV de TLP.

Resumen de la descripción de la evidencia

1++	No se apreciaron diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos de tratamiento a los 24 meses en los criterios de evaluación preestablecidos, pero se detectaron algunos indicios de que los pacientes asignados al grupo de TCA mejoraron con mayor rapidez ¹¹⁴ .
2++	Los tres grupos de tratamiento mostraron mejoras durante el período de 2 años desde el inicio hasta el final del seguimiento. En el grupo TCA se evidencia una mejora media en términos absolutos en todas las medidas de resultado continuas de 1,07DE, seguido por el PGC (0,84 DE) y H-TAU (0,64 DE). Por otra parte, los grupos de tratamiento mostraron una reducción sustancial en el tiempo en las probabilidades de una mayor frecuencia de episodios de conductas de intentos de parasuicidio (OR = 0,11 veces para TCA, 0,09 veces para PGC, y 0,23 para H-TAU) ¹⁸² .

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único ECA, con un nivel de evidencia 1++, y una muestra total de 78 pacientes adolescentes, de los cuales el 76% eran mujeres, con rasgos de TLP, y un 43% con diagnóstico de TLP. Esta terapia sería aplicable en contexto ambulatorio, aunque no demuestra ser más efectiva que una intervención manualizada de buena práctica clínica. Se trata de una terapia que está orientada a la población adolescente y es de relevancia poder dedicar esfuerzos a desarrollar métodos eficaces de intervención en la población menor de 18 años. Se recomienda realizar nuevas investigaciones sobre la eficacia de la TCA para aconsejar su utilización.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TCA en pacientes con TLP.

5.3.5. Terapia grupal interpersonal

La GPC del NICE (2009)⁴ describe la terapia grupal interpersonal (TGI) como una terapia de apoyo estructurada y limitada en el tiempo que en un principio se desarrolló para tratar a pacientes ambulatorios con depresión mayor. En la TGI para la depresión, el terapeuta presta atención sistemática a una de las cuatro áreas principales: la sensibilidad interpersonal, las transiciones de rol, las disputas interpersonales y los déficits interpersonales, y las relaciona con los cambios en el estado de ánimo. Diversos estudios controlados aleatorizados han demostrado que es efectiva en la depresión y otros trastornos. Se ha desarrollado para el tratamiento de pacientes con TLP⁴.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica un ECA²⁰⁴ en relación a la TGI. En este artículo se comparó la TGI y la terapia psicodinámica breve con una duración de 1 año en una muestra de 110 pacientes con TLP, el 81% eran mujeres y con edades comprendidas entre los 18 y los 52 años. Se realizó una evaluación al inicio del tratamiento y un seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses. Se reclutaron 110 pacientes elegibles en las unidades de pacientes ingresados y ambulatorios de hospitales docentes; 79 aceptaron la asignación del tratamiento.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó una RSEC²⁰⁵ que incluye la terapia interpersonal (TI). Esta RSEC contiene 24 ECA, de los cuales sólo hay un ECA que valora la eficacia de la TGI²⁰⁴, ya mencionado anteriormente.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+

La TGI es tan efectiva como la terapia psicodinámica breve aunque no hay otros estudios que confirmen estos resultados²⁰⁴.

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único ECA, con un nivel de evidencia de 1+, y una muestra total de 110 pacientes, el 81% eran mujeres, con diagnóstico de TLP según la Entrevista diagnóstica para el trastorno límite (DIB).

Hay muy poca evidencia sobre la eficacia de la TGI. Los resultados del estudio de Munroe-Blum²⁰⁴ sugieren que es tan efectiva como la terapia psicodinámica breve aunque no hay otros estudios que confirmen estos resultados.

Se recomienda realizar nuevas investigaciones sobre la eficacia de la TGI en personas con TLP.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TGI en pacientes con TLP.

5.3.6. Terapia centrada en el cliente

Este tipo de intervención psicoterapéutica desarrollado por Rogers se fundamenta en la premisa de que toda persona posee una tendencia actualizante, una orientación hacia el crecimiento personal, la salud y el ajuste psicosocial, y un valor único y personal que está bloqueado o distorsionado por condicionantes y criterios de aceptación externa. La terapia intenta desbloquear ese proceso mediante la aplicación de tres estrategias o técnicas fundamentales: la empatía, la consideración positiva incondicional y la congruencia.

En la GPC del NICE (2009)⁴ se identifica un ECA²⁰⁶. Este estudio compara la terapia centrada en el cliente con la TDC en una muestra de 24 personas, el 79% eran mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 27 años.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Las personas que recibieron la terapia centrada en el cliente presentaron más intentos suicidas y autolesivos y mayor ideación suicida que aquellas asignadas a la TDC, en el seguimiento a 6 y 12 meses ²⁰⁶ .
1+	Las personas que recibieron la terapia centrada en el cliente obtuvieron una mejoría menor que el grupo TDC en las medidas de impulsividad, ira, depresión y psicopatología general en el seguimiento a 12 meses ²⁰⁶ .
1+	El grupo de terapia centrada en el cliente requirió de más días de hospitalización en el seguimiento a 6 y 12 meses ²⁰⁶ .

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único ECA, con un nivel de evidencia de 1+, y una muestra total de 24 pacientes, el 79% eran mujeres, con diagnóstico de TLP según la DIB. Aunque el estudio muestra evidencia de una menor eficacia de la terapia centrada en el cliente en comparación con la TDC, debido al pequeño tamaño muestral se recomienda realizar nuevas investigaciones sobre la eficacia de la terapia centrada en el cliente en personas con TLP.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia centrada en el cliente en pacientes con TLP.

5.3.7. Psicoterapia focalizada en la transferencia

La GPC del NICE (2009)⁴ comenta que las psicoterapias psicodinámicas destacan la importancia del conflicto inconsciente entre los deseos que provocan ansiedad, y los mecanismos de defensa que se oponen a estos deseos. Estos métodos se han adaptado para las personas con TLP, de tal forma que el terapeuta aporta más estructura y es más activo. La psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)²⁰⁷ es una forma estructurada y manualizada de terapia psicodinámica que trata de activar los patrones disfuncionales de la relación interpersonal dentro de la relación terapéutica (transferencia) para que éstos puedan entenderse a través de su interpretación. La prioridad es reducir la difusión de la identidad y facilitar el funcionamiento reflexivo. Existe un objetivo adicional que es mejorar las dificultades del funcionamiento laboral y social cotidiano. La PFT es una terapia individual que se presta dos veces por semana, si bien a algunas personas se les puede aplicar un tratamiento complementario para un problema específico (por ejemplo, un programa de 12 pasos para una persona con abuso de sustancias)⁴.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica dos ECA^{195,208} en relación a la PFT.

El estudio de Clarkin²⁰⁸ se llevó a cabo en una muestra de 90 pacientes con diagnóstico de TLP. De la muestra total, el 93% eran mujeres y tenían una edad media de 31 años. Se comparó la PFT con la TDC y la psicoterapia de apoyo psicodinámica con una duración del tratamiento de 1 año. En este artículo se describe el método de investigación y las características demográficas de la muestra. Los resultados finales se informaron en otro estudio posterior de Clarkin²⁰⁹ que se incluye en este mismo apartado.

El estudio de Giesen-Bloo¹⁹⁵ realiza una comparación entre la TCE y la PFT, efectuada a nivel ambulatorio a lo largo de 3 años. La muestra estaba compuesta por 88 pacientes con TLP, con una edad media de 31 años, y el 91% eran mujeres.

En la búsqueda de la AIAQS se identificaron tres ECA^{196,209,210} en relación a la PFT.

El estudio de Levy²¹⁰ compara la efectividad de la PFT frente a la TDC o la psicoterapia de soporte psicodinámico para pacientes con TLP. Se aleatorizó a 90 pacientes con diagnóstico de TLP a PFT (n=31), a TDC (n=29), o a una psicoterapia de apoyo psicodinámica modificada (n=30), de 1 año de duración.

El estudio de Clarkin²⁰⁹ compara la efectividad de la PFT, la TDC o tratamiento de apoyo psicodinámico para pacientes con TLP. En la muestra antes descrita de 90 pacientes con diagnóstico TLP, siete hombres y 83 mujeres, distribuidos aleatoriamente a las tres condiciones de tratamiento comentadas y del que se pudieron analizar al final del estudio, 23 quedaron enmarcados con una PFT, 17 con una TDC, y 22 con una terapia de apoyo psicodinámico. Se realizó una evaluación pretratamiento y a intervalos de 4 meses durante un período de 1 año de la conducta suicida, agresiva, de impulsividad, ansiedad, depresión y ajuste social.

El estudio de Spinhoven¹⁹⁶ comparó la PFT con la TCE es la continuación del estudio de Giensen-Bloo¹⁹⁵ comentado anteriormente, y por tanto, está basado en la misma muestra de pacientes. Investigó la calidad y el desarrollo de la alianza terapéutica como mediador del cambio en la TCE y la PFT para el TLP. Se aleatorizó a 88 pacientes procedentes de instituciones de salud mental en TCE (n=45) o PFT (n=43) dos veces por semana. Se realizó un seguimiento de estos pacientes cada 3 meses durante 3 años.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Se observaron mejorías significativas con ambos tratamientos (TCE y PFT) en todas las medidas después de 1, 2 y 3 años de tratamiento ¹⁹⁵ .
1+	Después de 3 años de tratamiento, el análisis de supervivencia demostró que se recuperaron significativamente más pacientes del grupo de TCE (RR = 2,18; p = 0,04) o mostraron una mejoría clínica fiable (RR = 2,33; p = 0,009) en el <i>Borderline personality disorder severity index</i> ¹⁹⁵ .
1+	En el grupo de TCE también se detectó una mejoría mayor de la disfunción psicopatológica general y de las medidas de los conceptos de personalidad en TCE/PFT (p < 0,001) ¹⁹⁵ .
1+	Los pacientes del grupo de TCE mostraron un mayor incremento de la calidad de vida que los del grupo de PFT (ANCOVA robusta, p = 0,03 y p < 0,01) ¹⁹⁵ .
1+	La relación terapéutica y las técnicas concretas interactúan entre sí e influyen las unas en las otras y pueden servir para facilitar los procesos de cambio subyacentes a la mejoría clínica ¹⁹⁶ .
1+	Un año de PFT intensiva puede incrementar la coherencia narrativa y la FR de los pacientes. No obstante, se desconoce la relación entre estos dos constructos y la psicopatología característica del TLP ²¹⁰ .
1+	La PFT se asocia a un cambio de múltiples constructos en seis dominios aunque son necesarios más estudios ²⁰⁹ .
.1+	En los pacientes de los tres grupos se observó un cambio positivo significativo de la depresión, la ansiedad, el funcionamiento global y el ajuste social durante el año de tratamiento ²⁰⁹ .
1+	Tanto la PFT como la TDC estuvieron significativamente asociadas a una mejoría de la suicidalidad ²⁰⁹ .
1+	Sólo la PFT y el tratamiento de apoyo se asociaron a una mejoría de la ira ²⁰⁹ .
1+	La PFT y el tratamiento de apoyo se asociaron a una mejoría de las facetas de la impulsividad ²⁰⁹ .
1+	Sólo la PFT fue significativamente predictiva de un cambio de la irritabilidad y del ataque verbal y directo ²⁰⁹ .

La evidencia científica de esta terapia se basa en cinco ECA, con un nivel de evidencia 1+^{195,196,208} y 1++²¹⁰. La muestra total es de 178 pacientes, ya que Levy²¹⁰ y Clarkin²⁰⁹ utilizan la muestra del estudio de Clarkin²⁰⁸, y Spinhoven¹⁹⁶ se basa en la de Giesen-Bloo¹⁹⁵.

A pesar de que la PFT podría ayudar a mejorar la coherencia narrativa, la FR y la suicidalidad, sería necesario realizar nuevos estudios sobre su eficacia.

En este último campo, la suicidalidad, sólo está sustentada por el estudio de Clarkin²⁰⁹ de 2007; que es un estudio con una población de 90 individuos de los que sólo 23 de ellos siguieron la PFT y hubo otras terapias con resultados similares.

Sobre la coherencia narrativa y la mejoría en la FR, se debería primero evaluar su relación con la psicopatología característica del TLP y luego examinar mediante nuevos estudios la eficacia real de esta terapia en estas variables, debido a que la evidencia expuesta es el resultado del estudio realizado por Levy²¹⁰ en 2006, con una población de 90 pacientes de los que sólo 31 de ellos realizaron la PFT.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la PFT en pacientes con TLP.

5.4. Programas de terapias psicológicas

Los programas de terapia psicológica son el resultado de combinar más de una modalidad de tratamiento (por ejemplo, terapia individual más terapia de grupo)¹⁸³ y acostumbra a ser ofrecidos por más de un terapeuta o un equipo terapéutico⁴.

En este apartado, los programas que se evalúan son los siguientes: a) terapia dialéctico-conductual (TDC); b) terapia basada en la mentalización (TBM); c) intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación; y d) terapia icónica.

En la Tabla 7 de la versión completa de la guía⁵ se presentan los ECA identificados y utilizados para cada uno de los tres programas de terapias psicológicas, diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)⁴ o el grupo de trabajo de la guía. También se describen las características principales de cada uno de ellos (véase página 102).

5.4.1. Terapia dialéctico-conductual

Según la GPC del NICE (2009)⁴ la terapia dialéctico-conductual (TDC)⁶⁹ es un programa de tratamiento multimodal, originalmente desarrollado para mujeres con conductas parasuicidas, que posteriormente se ha aplicado a otras poblaciones. Se describen cinco etapas del tratamiento: pretratamiento, obtención del control conductual, procesamiento emocional del pasado, resolución de los problemas ordinarios de la vida y capacidad de experimentar una alegría sostenida. No obstante, en la práctica clínica habitual, es poco probable que los usuarios de servicios sanitarios obtengan este tratamiento en sus dos últimas etapas. La investigación en la TDC se ha centrado en las dos primeras etapas con el objetivo de obtener el control conductual, ayudar a la persona a que desarrolle y mantenga la

motivación para seguir el tratamiento, y reducir al mismo tiempo las conductas suicidas, las autolesiones no suicidas y otras conductas impulsivas como, por ejemplo, el abuso de sustancias y los atracones.

La TDC incorpora nuevas estrategias terapéuticas basadas en la dialéctica. La “dialéctica” hace referencia a un diálogo entre diferentes puntos de vista, basado en la aceptación de distintas posiciones, para acercarse a una realidad integrada. El terapeuta utiliza este enfoque dialéctico para favorecer el compromiso del paciente en la terapia y manejar la relación terapéutica.

En el formato estándar de este programa de tratamiento⁶⁹ se ofrece, simultáneamente, un tratamiento individual semanal y un grupo de entrenamiento en habilidades semanal durante un período acordado, normalmente de 1 año. Los principios fundamentales del tratamiento individual de la primera etapa implican moverse con flexibilidad entre procedimientos basados en la aprobación (por ejemplo, validación y atención plena), y estrategias de cambio conductual, que incluyen el análisis de conductas y soluciones (resolución de problemas). Se utilizan técnicas de cuatro grupos de procedimientos cognitivos-conductuales: entrenamiento en habilidades, manejo de contingencias, exposición y modificación cognitiva. Las estrategias dialécticas, características de esta propuesta terapéutica, introducen componentes tanto de aceptación como de cambio (por ejemplo, el uso de la metáfora y la paradoja). El grupo de entrenamiento de habilidades incorpora los siguientes módulos: habilidades de conciencia, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. El “paquete de intervenciones” de TDC también incluye reuniones semanales de supervisión e interconsulta para los terapeutas, que trabajan en equipo, y consultas telefónicas, mediante las cuales los terapeutas están a disposición de los pacientes fuera del horario de atención normal para favorecer el manejo de situaciones de crisis y la generalización de habilidades al ambiente natural. Si se considera oportuno, y cuando los usuarios de servicios/pacientes están más estables y han establecido conexiones efectivas con los profesionales sanitarios, pueden pasar al tratamiento de la segunda etapa (experiencia y reprocesamiento emocional del trauma del pasado)⁴.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica siete ECA para valorar la eficacia de la TDC^{206,208,211-215}.

El estudio de Clarkin²⁰⁸ describe el planteamiento teórico y metodológico de un ECA que compara la TDC con la PFT o la psicoterapia de soporte psicodinámica para pacientes con TLP.

El estudio de Carter²¹¹ compara la TDC (n=38) con un grupo control en lista de espera (n=35), en una muestra de 73 mujeres con TLP y conducta autolesiva, en un contexto ambulatorio. Durante el estudio no hubo intervención adicional farmacológica.

El estudio de Koons²¹² compara la TDC (n=10) con el TAU (n=10) en 20 mujeres con una edad media de 35 años, que presentaban criterios diagnósticos de TLP y en el

25% de los casos, comorbilidad con abuso de sustancias. El período de tratamiento fue de 6 meses.

Los estudios de Linehan^{69,213,216} comparan la TDC con el TAU en una muestra de mujeres con una edad media de 27 años con conductas parasuicidas que cumplían criterios para el TLP. El grupo de tratamiento recibió la TDC durante 1 año, mientras que el grupo control recibió tratamiento comunitario. Se realizaron evaluaciones durante el tratamiento a los 4 y 8 meses, a su finalización a los 12 meses, y evaluaciones de seguimiento a los 6 y 12 meses después del tratamiento. Estos estudios forman parte de la misma investigación, y por tanto utilizan la misma población muestral. El ensayo se realizó en un contexto ambulatorio y no hubo intervención adicional farmacológica.

En el estudio de Linehan²¹³ se informa de los resultados en las evaluaciones durante el tratamiento en una muestra total de 44 pacientes (n=22, en el grupo de tratamiento; n=22, en el grupo control), para las medidas de parasuicidio, abandono de la terapia, ingresos psiquiátricos, depresión, desesperanza, ideación suicida y razones para vivir.

En el estudio de Linehan²¹⁶ se informa de los resultados durante el tratamiento en una muestra total de 26 pacientes (n=13, en el grupo de tratamiento; n=13, en el grupo control), para las medidas de ira, ajuste social y funcionamiento general.

El estudio de Linehan²¹⁴ compara la TDC (n=60) con el TAU (n=51), que consistió en un tratamiento comunitario realizado por expertos, en una muestra de mujeres con TLP, con una edad media de 29 años. El período de tratamiento fue de 2 años.

Se realizaron evaluaciones durante el tratamiento a los 4 y 8 meses, a su finalización a los 12 meses, y evaluaciones de seguimiento a los 4, 8 y 12 meses después del tratamiento.

El estudio de Turner²⁰⁶ compara la TDC (n=12) con la terapia centrada en el cliente (n=12) en una muestra de pacientes con TLP tratados inicialmente en el servicio de emergencias de un hospital local por intento de suicidio. El estudio se realizó en un contexto ambulatorio, en el servicio de salud mental comunitario, y no hubo intervención adicional farmacológica.

Se realizó una evaluación a los 6 meses y a la finalización del tratamiento a los 12 meses.

El estudio de Van Den Bosch²¹⁵ compara la TDC (n=31) con el TAU (n=27) en una muestra de 58 mujeres, con una edad media de 35 años, que cumplían criterios para el TLP. La muestra fue reclutada tanto en centros psiquiátricos como en centros para el tratamiento del abuso y dependencia de tóxicos.

En la búsqueda de la AIAQS se ha detectado un RSEC que incluye la TDC²¹⁷ y otros nueve ECA Verheul²¹⁸, Van Den Bosch²¹⁹, Harned²²⁰, McMair²²¹, Levy²¹⁰, Soler²²²,

Linehan²²³ y Linehan²²⁴ y Clarkin²⁰⁹ de los cuales se han excluido los estudios de Linehan²²³ y Linehan²²⁴ debido a que se basan en una población dependiente de sustancias y por estar sus principales variables de resultado relacionadas con el consumo.

En la RSEC de Binks²¹⁷ la población objeto de estudio eran personas de la misma edad o mayores de 18 años con diagnóstico de TLP a partir de cualquier método, según criterios DSM-IV. Se incluyeron personas con comorbilidad en el eje I, a excepción de trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar). Esta RSEC identificó seis ECA sobre la TDC; cuatro^{206,212,213,215} de los cuales fueron incluidos en la revisión de la GPC del NICE (2009)⁴ y otros dos^{223,224} fueron excluidos de nuestra GPC debido a que se basan en una población dependiente de sustancias y por estar sus principales variables de resultado relacionadas con el consumo.

Analizamos a continuación los siete ECA localizados por el grupo de trabajo.

El estudio de Verheul²¹⁸ compara la efectividad de la TDC (n=27) con la del TAU (n=31), de 12 meses de duración, en una muestra de 58 mujeres con TLP, con una media de edad de 35 años. Las participantes fueron derivadas de centros psiquiátricos y de desintoxicación.

El estudio de Van den Bosch²¹⁹ compara la efectividad de la TDC con la del TAU en 58 mujeres con TLP. El tratamiento duró 52 semanas y se realizó un seguimiento a los 6 meses. Las participantes fueron derivadas de centros psiquiátricos y de desintoxicación.

El estudio de Harned²²⁰ evalúa si la TDC es más efectiva que el tratamiento no cognitivo-conductual para pacientes con TLP. Se aleatorizó a 101 mujeres con TLP y conducta suicida y/o autolesiva reciente y repetida a 1 año de TDC (n=52) o a tratamiento comunitario por parte de expertos-TCPE (n=49), más 1 año de seguimiento.

El estudio de McMains²²⁵ compara la TDC con un tratamiento psiquiátrico general derivado de las recomendaciones de la APA y con orientación psicodinámica, de 1 año de duración. La muestra se compuso de 180 pacientes con TLP, que habían presentado al menos dos episodios autolesivos suicidas o no suicidas en los 5 años anteriores. Se realizó una evaluación pretratamiento y cada 4 meses a lo largo del período de tratamiento.

El estudio de Levy²¹⁰ compara la efectividad de la TDC con la de la PFT o la psicoterapia de soporte psicodinámico para pacientes con TLP. Se aleatorizó a 90 pacientes con diagnóstico de TLP a PFT (n=31), a TDC (n=29), o a una psicoterapia de apoyo psicodinámica modificada (n=30), de 1 año de duración.

El estudio de Soler²²² es una modalidad adaptada de la TDC, terapia grupal dialéctico-conductual de entrenamiento de habilidades (TDC-EH). Este estudio tenía

como objetivo comparar la eficacia de la TDC-EH y la terapia de grupo estándar (TGE) en pacientes ambulatorios con TLP. Se incluyeron 60 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-IV para TLP, evaluados mediante dos entrevistas diagnósticas semiestructuradas, en un estudio de 3 meses, simple ciego, aleatorizado y controlado. Se aplicaron 13 sesiones semanales de psicoterapia de grupo de 120 minutos con TGE o con TDC-EH. Las evaluaciones se llevaron a cabo cada 2 semanas, por dos evaluadores en condiciones de ciego. Como medidas de los criterios de valoración se usaron escalas de autoevaluación puntuadas por el observador e informes conductuales.

El formato de TDC utilizado se adoptó a partir de la versión estándar^{69,226}. En la TDC-EH se incluyeron todas las habilidades originales. Esas habilidades se pueden dividir en las que favorecen el cambio, la efectividad interpersonal y las habilidades de regulación de las emociones, y las que favorecen la aceptación, las habilidades de conciencia y la tolerancia al malestar. Al igual que otras técnicas de entrenamiento de habilidades en los tratamientos conductuales, la TDC-EH incluye enseñanza, práctica de nuevas habilidades durante la sesión y asignación de tareas para practicar en casa cada habilidad cada semana. Estas asignaciones de tareas son revisadas en la siguiente sesión. Para acortar la duración de la terapia, los módulos no se repitieron. Para compensar la ausencia de repeticiones, se entregaron folletos impresos de los ejercicios de refuerzo de los módulos precedentes como tarea adicional para casa cada semana, y también se potenció la adquisición de las habilidades de conciencia realizando un ejercicio breve de conciencia al comenzar cada sesión²²².

El estudio de Clarkin²⁰⁹ compara la efectividad de la TDC con la de la PFT o con el tratamiento de apoyo psicodinámico para pacientes con TLP. En la muestra antes descrita de 90 pacientes, distribuidos aleatoriamente a las tres condiciones de tratamiento comentadas, se realizó una evaluación pretratamiento y a intervalos de 4 meses durante un período de 1 año de la conducta suicida, agresiva, de impulsividad, ansiedad, depresión y ajuste social.

5.4.1.1. Metaanálisis elaborado por el grupo de trabajo de la guía

Desde el grupo de trabajo de la guía, se ha llevado a cabo un metaanálisis (MA) para valorar la eficacia de la TDC. Se seleccionaron seis estudios, cuatro^{206,212,214,215} de ellos provenientes de la GPC del NICE (2009)⁴ y dos de ellos provenientes de la búsqueda del grupo de trabajo^{225,227}.

Para realizar el MA se reprodujo la estrategia de análisis seguida por los autores de la GPC del NICE (2009)⁴. En la Tabla 8 de la versión completa de la guía⁵ se especifican las variables de resultado analizadas, y se indican aquellas escalas que se utilizaron para operativizarlas y los estudios que las incluyeron en sus resultados. Se seleccionaron aquellas medidas para las cuales se dispuso de datos de dos o más estudios para realizar el MA y que al menos uno de los estudios no hubiera sido incluido en el MA correspondiente presentado en la GPC del NICE (2009) sobre TLP⁴ (véase página 115).

Se excluyeron los estudios de Linehan^{223,224} debido a que se basaban en población dependiente de sustancias y por estar sus principales variables de resultado relacionadas con el consumo, y Clarkin²⁰⁹ debido a que el tipo de análisis estadístico utilizado proporciona predicciones y no resultados directos que sean metaanalizados.

Los resultados obtenidos según las categorías analizadas fueron los siguientes:

- A. Aceptabilidad
- B. Ansiedad
- C. Depresión
- D. Evaluación psiquiátrica
- E. Ira
- F. Suicidio y autolesión
- G. Uso de servicios

En conclusión, según los resultados obtenidos, la TDC, en comparación con el TAU, muestra una reducción mayor de la ideación suicida y de la frecuencia de actos suicidas a los 12 y 18 meses de forma significativa. En cambio, los datos de los estudios sobre las conductas autolesivas no suicidas son heterogéneos, y no se evidencia una reducción significativa. Psicopatológicamente, los pacientes en TDC muestran un nivel de depresión significativamente menor que aquéllos en terapia habitual en el seguimiento a 12 meses, aunque esta diferencia deja de ser significativa en el seguimiento a 2 años. Se observa también una tendencia a una disminución mayor de los niveles de ansiedad e ira en los pacientes en TDC, aunque no es significativa. Por otro lado, la TDC reduce a la mitad la probabilidad de ingreso psiquiátrico en el seguimiento a 1 año, que no se mantiene a los 2 años.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Los pacientes en TDC presentan una adherencia al tratamiento igual o ligeramente mejor que los pacientes en terapia habitual, y se reduce en un 30% la probabilidad de abandono ^{206,212-215,222,225} .
1+	Los pacientes en TDC muestran una disminución significativa en medidas de ansiedad, aunque la magnitud de esta mejoría es muy dispar y los resultados son heterogéneos entre estudios ^{212,222} .
1+	El grupo de pacientes en tratamiento con TDC al año muestra un nivel de depresión (mediante la HDRS) significativamente menor que el grupo en TAU ^{206,212,214,222} . En el seguimiento a 2 años las diferencias en depresión no son significativas, aunque los resultados son homogéneos con el resto ²¹⁴ .
1+	Los pacientes tratados con TDC presentan valores medios de depresión (mediante el BDI) más bajos que los pacientes en TAU. Se estima una reducción media del BDI de más de ocho puntos que sí tendría relevancia clínica ^{206,212,213,225} .

1+	No se observan diferencias significativas en el nivel de ira (mediante la escala STAXI) entre los grupos de tratamiento con TDC o con TAU ^{212,225} .
1+	Los pacientes tratados con TDC muestran un menor número combinado de actos autolesivos y suicidas a los 12 y 18 meses que los pacientes en TAU ^{212,206,213-215} .
1+	No se observan diferencias significativas en el número de actos autolesivos no suicidas, valorados separadamente, a los 12 y 18 meses ²¹³⁻²¹⁵ .
1+	Los pacientes en TDC muestran una reducción significativa de la puntuación media en la escala BSIS (de más de diez puntos) en el grupo en TDC en comparación con el TAU ^{206,212} .
1+	Los pacientes en TDC tienen un 70% menos de probabilidad de intentar suicidio que los pacientes en terapia habitual ²¹³⁻²¹⁵ .
1+	Los pacientes en TDC muestran una reducción significativa de la probabilidad de ingreso (que se reduce a la mitad) en comparación con el TAU ²¹²⁻²¹⁴ . Este beneficio de la TDC sobre la terapia habitual desaparece totalmente en el seguimiento a 2 años ²¹⁴ .
1+	La TDC-EH se asoció a tasas de abandono más bajas, del 34,5% en comparación con el 63,4% de la TGE ²²² .
1+	La TDC fue mejor que la TGE en varias áreas del estado de ánimo y las emociones, tales como: depresión, ansiedad, irritabilidad, ira e inestabilidad afectiva ²²² .
1+	Este tratamiento se asoció a una mejoría clínica mayor y a menos tasas de abandono que la TGE. La TDC-EH parece ser importante en la mejoría global del TLP que se observa con la intervención TDC estándar ²²² .

La evidencia científica de esta terapia se basa en 14 ECA, 13 de ellos con un nivel de evidencia de 1+^{206,208-210,212-215,218-220,222,225} y uno de ellos con un nivel de evidencia de 1++²¹¹, y una muestra total de 637 pacientes con un diagnóstico de TLP. Las muestras estudiadas en estos ensayos se componen específicamente de pacientes con TLP, que pueden presentar comorbilidad con otros trastornos del eje I y del eje II, como se describe habitualmente en esta población. La mayoría de estudios se han realizado con muestras de mujeres, por lo tanto se dispone de escasa información para la población masculina con este trastorno. Dado que la prevalencia en población femenina se puede considerar generalizable, la evidencia disponible es generalizable a la población a la que está dirigida esta guía, aunque se requiere más investigación en la que se incluyan sujetos masculinos. Los resultados de estos estudios son aplicables en nuestro sistema de salud, ya que se han llevado a cabo en entornos ambulatorios similares, y se ha estudiado su eficacia tanto en el ámbito público como en el privado. Sin embargo, para realizar esta intervención se requiere una formación específica de los profesionales encargados de hacerla, así como de condiciones organizativas que permitan efectuarla replicando las condiciones en que ha sido estudiada.

La evidencia disponible presenta ciertas discordancias entre estudios. Para fundamentar las recomendaciones de esta guía, se ha realizado un metaanálisis para facilitar la integración de los diversos resultados. La mayoría de ensayos

identificados han comparado la eficacia relativa de la TDC respecto al TAU. No obstante, se requieren más estudios que comparen la eficacia de la TDC respecto a otros tratamientos especializados para el TLP y que ayuden a valorar el beneficio relativo de esta terapia frente a otras opciones psicoterapéuticas.

La evidencia científica de la TDC-EH²²² se basa en un único ECA, con un nivel de evidencia de 1+, y una muestra total de 60 pacientes, de los que el 82% eran mujeres, con diagnóstico de TLP según DSM-IV. La terapia TDC-EH parece tener impacto en síntomas de depresión, ansiedad, psicoticismo, irritabilidad y una reducción en los síntomas psiquiátricos generales. La evidencia identificada procede de nuestro contexto sanitario y estudia una adaptación de la TDC que facilita su aplicación. Este tipo de intervención es aplicable en centros de salud mental, y ofrece la ventaja adicional de que es eficiente.

Recomendaciones

B	Se recomienda la TDC en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, disminución de la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico.
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TDC-EH en pacientes con TLP.

5.4.2. Terapia basada en la mentalización

La terapia basada en la mentalización (TBM)^{228,229} se basa en la noción de que el TLP es un trastorno de la persona debido a una alteración en el desarrollo del apego, que causa incapacidad de mentalización (la capacidad de entender los estados mentales propios y los de los demás). El objetivo de la intervención es aumentar la capacidad de autorreflexión del paciente. En la hospitalización parcial orientada psicoanalíticamente, el tratamiento tiene lugar en el contexto de un hospital de día y abarca muchos componentes: terapia individual semanal, terapia analítica grupal, tres veces por semana, terapia expresiva con psicodrama, cada semana, y una reunión comunitaria semanal, durante un máximo de 18 meses. El método se ha desarrollado más recientemente para su uso en entornos ambulatorios⁴.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica tan sólo un ECA²²⁸ sobre la TBM. Este estudio de Bateman²²⁸ compara la TBM/Hospital de día frente a la TAU en una muestra de 44 personas con TLP que se autolesionaban, realizaban intentos de suicidio, y presentaban graves niveles de depresión y angustia, con comorbilidad de trastornos afectivos. El 50% de la muestra eran mujeres, con una media de edad de 32 años.

En la búsqueda de la AIAQS se han detectado dos RSEC^{205,217} y dos ECA^{229,230}. Ambas RSEC incluyen el estudio de Bateman²²⁸ comentado anteriormente.

El estudio de Bateman²³⁰ compara la TBM/Hospital de día frente al TAU (seguimiento a 5 años). La descripción de la muestra de este ensayo está descrita en Bateman²²⁸

ya que el objetivo de este estudio era evaluar el efecto de dicha terapia en los pacientes 8 años después de entrar en el estudio y 5 años después de haber completado el tratamiento basado en la mentalización.

El estudio de Bateman²²⁹ tenía como objetivo probar la efectividad de un tratamiento basado en la mentalización (n=71) durante 18 meses en un contexto ambulatorio en comparación con un tratamiento clínico habitual (n=63) para el TLP. La muestra del estudio estaba formada por 134 pacientes, de los que el 80% eran mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.

Los pacientes procedían de diferentes servicios clínicos, fueron evaluados según la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV y se establecieron los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de TLP, tentativa de suicidio o episodios de autolesiones en los últimos 6 meses y edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.

El estudio pretendía probar la hipótesis de que los pacientes que reciben TBM de manera ambulatoria desistirían de comportamientos suicidas (autolesiones e intentos de suicidio) y requerirían menos hospitalizaciones que los paciente a los que se ofrece un protocolo estructurado de intensidad similar pero excluyendo componentes de la TBM.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Los pacientes que recibieron la TBM en hospitalización parcial mostraron una disminución estadísticamente significativa en todos los parámetros en contraste con el grupo control, que mostró un cambio limitado o un deterioro en el mismo período. Los resultados demuestran una mejora en síntomas depresivos, una disminución en suicidios y actos autolíticos, una reducción de los días de hospitalización y una mejoría de la función social e interpersonal que comenzó a los 6 meses y continuó hasta el final del tratamiento a los 18 meses ²²⁸ .
1+	En este estudio más personas en el grupo de control tomaron medicación psicotrópica durante los 30-36 meses de seguimiento, que las que recibieron tratamiento psicoanalítico (n=44; RR de recepción de medicación psicotrópica 0,44; IC: 0,25 a 0,80; NNT 3; IC: 2 a 7). Este estudio informa del número de personas que reciben más de una medicación psicotrópica a los 30-36 meses de seguimiento. El grupo de control (16/22) tuvo mayores probabilidades de recibir más de un fármaco (3/22) (n=44; RR de recepción de más de un fármaco psicotrópico a los 30-36 meses 0,19; IC: 0,06 a 0,55; NNT 2; IC: 2 a 4) ²²⁸ .
1++	A los 5 años después del alta, el grupo que recibe TBM en hospitalización parcial continúa mostrando superioridad clínica y estadística al TAU en suicidios, estatus diagnóstico, uso de los servicios, uso de la medicación, funcionamiento global por encima de los 60 y estatus vocacional ²³⁰ .
1++	Los resultados muestran que hubo períodos de 6 meses en que los comportamientos suicidas, comportamientos autolesivos graves y hospitalización mejoraron de 0 a 43% en el grupo de tratamiento habitual, <i>Structured Clinical Management (SCM)</i> , y en un 73% en el grupo TBM ²²⁹ .

1+

En comparación con el TAU, la TBM muestra cierto efecto sobre los síntomas del TLP, si bien la calidad de la evidencia fue moderada. Quienes sufren TLP mostraron, asimismo, unos mejores resultados laborales (número de años en activo) tras la TBM con hospitalización parcial, a los 5 años de seguimiento⁴.

La evidencia científica de esta terapia está basada en tres ECA, uno de ellos con un nivel de evidencia 1+²²⁸ con una muestra de 44 personas con TLP y los otros dos con un nivel de evidencia 1++^{229,230}, y con muestras de 41 y 134 pacientes con un diagnóstico de TLP. Dado que la mayor parte de la población a la que se aplica el estudio son mujeres, entendemos que deberían realizarse más estudios que incluyan también población masculina.

Los resultados del estudio muestran una modalidad de intervención que puede ser aplicable en nuestro sistema sanitario, requiriendo un entrenamiento específico de los profesionales encargados de llevarla a cabo.

Recomendaciones

C

Se recomienda la TBM ambulatoria en hospital de día para conseguir una mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejoría de la función social, laboral e interpersonal.

5.4.3. Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación

La intervención grupal de regulación emocional es una intervención grupal conductual basada en la aceptación²³¹ con una duración de 14 semanas, que se basa en la conceptualización multidimensional de la regulación emocional. Esta intervención grupal toma muchos elementos de la Terapia de aceptación y compromiso²³² y de la TDC⁶⁹ e incluye aspectos de la psicoterapia focalizada en las emociones²³³ y de la terapia conductual tradicional. Se ha aplicado en combinación con terapia individual semanal no específica.

Los módulos de la intervención son de índole básicamente didáctica, y combinan psicoeducación y ejercicios en grupo. Se hace hincapié en la importancia de la práctica diaria y de la generalización de habilidades, y se considera que la asignación con regularidad de tareas para realizar en el domicilio es parte esencial de la intervención grupal. Durante el tratamiento, los clientes rellenan unos impresos de monitorización diaria que se centran en los desencadenantes emocionales de sus impulsos de autolesionarse, así como en las consecuencias de la conducta elegida (es decir, si se han autolesionado o no). También rellenan unos impresos de monitorización diaria adicionales adaptados a cada módulo en los que se incluye la identificación de las emociones y la información que éstas proporcionan, la distinción entre las emociones primarias y secundarias, la identificación de las consecuencias de la falta de voluntad emocional y de la voluntad emocional, y la realización de acciones coherentes con los objetivos vitales de la persona. Se han redactado hojas de ejercicios, documentación e impresos de monitorización para cada módulo.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un único ECA²³¹. En este estudio²³¹ se evalúa un paquete de programas psicológicos: terapia de aceptación y compromiso²³² y TDC⁶⁹, e incluye aspectos de la psicoterapia focalizada en las emociones²³³ y también de la terapia conductual tradicional (intervención grupal de regulación emocional + TAU [T. Individual] frente a TAU [T. Individual]).

Este estudio aporta datos preliminares sobre la eficacia de esta nueva intervención grupal de regulación emocional de 14 semanas de duración, diseñada para enseñar a mujeres que se autolesionaban y sufrían TLP formas más adaptativas de responder a sus emociones, para reducir así la frecuencia de su conducta autolesiva. Se seleccionó a participantes con un mismo nivel de disregulación emocional y de frecuencia de autolesiones a lo largo de la vida y se les aleatorizó a esta intervención grupal además de su terapia ambulatoria habitual (n=12), o a continuar con su terapia ambulatoria actual en monoterapia durante 14 semanas (n=10).

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	La intervención grupal ejerció efectos positivos en las autolesiones, la disregulación emocional, la evitación experiencial y los síntomas específicos del TLP, así como en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés ²³¹ .
-----------	---

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único ECA, con un nivel de evidencia de 1+, y una muestra total de 22 pacientes con un diagnóstico de TLP.

A partir de este estudio se puede concluir que este paquete de intervención psicoeducativo tiene resultados positivos en mujeres a nivel de sintomatología general de TLP y en concreto en una reducción de las autolesiones. Se recomienda más estudios en esta dirección ya que la muestra es pequeña para poder generalizar los resultados.

5.4.4. Terapia icónica

La terapia icónica es un nuevo modo de intervención para tratar la inestabilidad emocional. Este tipo de intervención surge de la práctica clínica en 1999 y se consolida en 2002 para dar respuesta a personas impulsivas. En esta terapia se incluyen distintas técnicas ya conocidas en el campo de la psicología adaptándolas a las características de la población emocionalmente inestable. Esta terapia integra distintas técnicas y formas de intervención: para el entrenamiento usa técnicas conductuales; para las cogniciones usa el razonamiento socrático a partir de preguntas estructuradas; y para las emociones, la relación terapéutica en cada una de las situaciones o conflictos que durante la terapia puedan surgir tanto con el propio terapeuta como con otras personas con las que el paciente se relacione (familia y amigos).

Mediante una búsqueda manual realizada en junio de 2009, se localizó un estudio cuasi-experimental²³⁴. Dicho estudio tenía el objetivo de comprobar si la terapia icónica era eficaz para disminuir las conductas inestables como impulsividad o

agresividad y aumentar las conductas adaptativas de afrontamiento en pacientes con TLP con inestabilidad emocional. Otro objetivo era comprobar si mejoraba la funcionalidad social, laboral y familiar. La muestra del estudio estaba formada por siete pacientes diagnosticados con TLP, a los que se les había aplicado el tratamiento. Se realizó una evaluación pre-postratamiento como a los 2 años de finalizar la terapia, en este último caso con el fin de comprobar si los resultados obtenidos se mantenían tras 2 años de seguimiento.

Resumen de la descripción de la evidencia

2- Se observan diferencias estadísticamente significativas en las tres variables de conductas inadaptadas (autoagresiva $p = 0,017$; heteroagresiva $p = 0,026$; y de escape $p = 0,024$), en las evaluaciones de pretratamiento y seguimiento. Para la variable de afrontamiento $p = 0,016$ ²³⁴.

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único estudio cuasi-experimental, con un nivel de evidencia de 2-, y una muestra total de siete pacientes con un diagnóstico de TLP.

A partir de este estudio se puede concluir que esta terapia tiene resultados positivos en los cambios obtenidos tras la aplicación del tratamiento y durante los 2 años de seguimiento en las variables de conductas inadaptadas (autoagresión, heteroagresión y escape). Debido al pequeño tamaño muestral y al tipo de diseño del estudio, cuasi-experimental, se recomienda seguir investigando mediante el diseño de ECA para valorar la eficacia de esta intervención.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia icónica en pacientes con TLP.

5.5. Intervenciones familiares

5.5.1. Introducción

En el caso del TLP el abordaje terapéutico en el entorno familiar es particularmente necesario, dada la naturaleza interpersonal de sus principales manifestaciones clínicas. Los familiares de las personas con TLP pueden verse seriamente afectados por el impacto del trastorno en las relaciones, y mostrar niveles elevados de carga familiar. Por otro lado, el entorno familiar puede tener también una influencia en la persona afectada por el trastorno, y contribuir así a su tratamiento.

Pese a la relevancia de este aspecto en la comprensión del TLP y su adecuación en la práctica clínica, existe escasa evidencia empírica de este ámbito de intervención hasta el momento²³⁵. No obstante, se trata de una modalidad de tratamiento emergente, especialmente en el tratamiento de adolescentes con manifestaciones características del trastorno y en combinación con intervenciones psicológicas individuales.

En la Tabla 9 de la versión completa de la guía⁵ se describen las características de los estudios de las intervenciones familiares identificadas (véase página 131).

5.5.2. Psicoeducación

Dentro de las propuestas de intervención psicoeducativa dirigidas a familiares de pacientes con TLP²³⁶, se encuentra el programa *family connections*, que se basa en las estrategias de la TDC adaptadas para su aplicación con las familias. Esta intervención grupal, definida mediante manual, se estructura en 12 sesiones en las que se ofrece: 1) información actual sobre el TLP; 2) habilidades de afrontamiento personales; 3) habilidades para mejorar las relaciones en la familia; y 4) oportunidades para construir una red de apoyo para los familiares. Los familiares, previamente entrenados, son los que conducen estas sesiones.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un estudio cuasi-experimental pre-post²³⁶ que evaluó los cambios en 44 familiares que participaron en el programa psicoeducativo *family connections*. Los participantes fueron: 27 madres, 12 padres, cuatro parejas y un hermano/a. La edad media fue de 55,5 años. Sus familiares con TLP tenían una media de edad de 25,1 años y llevaban una media de 7,7 años sufriendo el trastorno. Se realizó una evaluación antes y después de completarse la intervención y un seguimiento posterior a 6 meses de la evaluación inicial.

Resumen de la descripción de la evidencia

3

La psicoeducación en familiares de pacientes con TLP reduce el duelo y la carga familiar y mejora su dominio frente a las manifestaciones del trastorno

Existe cierta evidencia de que una intervención psicoeducativa en familiares de pacientes con TLP puede ser adecuada, aunque debido a la ausencia de estudios que valoren su efectividad, se recomienda realizar nuevas investigaciones sobre la eficacia de la Psicoeducación en familiares de personas con TLP. Aun así, el grupo de trabajo de la guía considera que al ser una práctica habitual, se recomienda como un instrumento útil, rentable y de fácil aplicación, ya que forma parte de las intervenciones psicológicas ya existentes.

Recomendaciones

√

Se recomienda la psicoeducación en familiares de pacientes con TLP para disminuir la carga familiar percibida y mejorar las habilidades de afrontamiento del entorno familiar frente al trastorno.

5.5.3. Terapia dialéctico-conductual adaptada para adolescentes suicidas

Esta terapia²³⁷ es una adaptación de la terapia dialéctico-conductual (TDC)⁶⁹ aplicada a adolescentes multiproblemáticos con ideación y conductas suicidas. Este programa adaptado se compone de una psicoterapia individual con dos sesiones semanales y un grupo multifamiliar de entrenamiento de habilidades a lo largo de 12 semanas. En este grupo multifamiliar se entrena a los familiares y a los pacientes conjuntamente en habilidades de conciencia, efectividad interpersonal, regulación

emocional y tolerancia al malestar, con el objetivo de mejorar la generalización y el mantenimiento de las mismas en el entorno relacional del paciente.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un estudio cuasi-experimental²³⁸ realizado en una muestra de 111 adolescentes con ideación suicida o que habían realizado una tentativa suicida reciente y que presentaban al menos tres criterios diagnósticos de TLP. En este estudio se compara la adaptación de la TDC (n=29), antes descrita, con la del TAU (n=82), que incluye psicoterapia individual con una frecuencia de dos sesiones semanales y psicoterapia familiar semanal durante 12 semanas.

Resumen de la descripción de la evidencia

3	La TDC adaptada para adolescentes suicidas reduce las hospitalizaciones psiquiátricas y mejora la adherencia terapéutica, en comparación con el TAU ²³⁸ .
3	La TDC adaptada para adolescentes suicidas disminuye la ideación suicida, la psicopatología general y la sintomatología específica del TLP.

La evidencia científica disponible para esta intervención consiste en un único estudio cuasi-experimental, en el que se examina la eficacia de la TDC adaptada en una muestra de 111 adolescentes con ideación y/o conductas suicidas y manifestaciones de TLP. Los resultados son únicamente aplicables a un subgrupo de población específico, menor de 18 años, con algunos síntomas de TLP y un elevado riesgo suicida. En nuestro sistema de salud, esta intervención se encuadraría en los servicios de salud mental infantojuvenil. En esta intervención se incluye a los familiares activamente en el proceso de terapia, aunque no se evalúa su impacto en los familiares. Por ello, no se pueden extraer conclusiones sobre su eficacia en producir cambios en el entorno familiar. Pese a las limitaciones descritas, este programa de tratamiento ofrece una oportunidad para intervenir de forma precoz en la población juvenil. Debido a la escasa evidencia disponible, se recomienda realizar nuevas investigaciones sobre la eficacia de la esta terapia en los pacientes con TLP y en sus familiares.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TDC adaptada para adolescentes suicidas con TLP.

5.5.4. Terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP

La terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (*Integrative borderline adolescent family therapy*, I-BAFT)²³⁹ está dirigida a adolescentes con TLP y sus familiares. Consiste en un programa de tratamiento que se compone de intervenciones relevantes de la terapia familiar de adolescentes con abuso de sustancias²³⁹, entrenamiento de habilidades de la TDC adaptada para adolescentes y tratamiento individual que promueve la motivación para la terapia y que integra las diversas intervenciones.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un estudio descriptivo²³⁹ que tenía el objetivo de presentar el modelo de terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (I-BAFT), que surgió a partir de una iniciativa para el desarrollo y mejora del tratamiento del National Institute on Drug Abuse (estadio 1). En el I-BAFT se integran: a) intervenciones clave de la terapia familiar para el abuso de sustancias del adolescente^{239,240}; b) entrenamiento de habilidades que han demostrado ser eficaces en adultos con trastorno de personalidad límite⁶⁹ adaptado para adolescentes; y c) intervenciones terapéuticas individuales que favorecen la motivación para el tratamiento y mejoran la integración de los tres componentes del tratamiento.

Debido a la ausencia de estudios que valoren su efectividad, se recomienda realizar investigaciones bien diseñadas sobre la eficacia de la terapia familiar integrativa en personas con TLP y en sus familiares.

Recomendaciones

No existe evidencia para recomendar el uso de la terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (I-BAFT) en pacientes con TLP.

Se desestimó realizar recomendaciones sobre este tipo de intervención familiar.

5.6. Terapias combinadas

5.6.1. Terapia interpersonal y terapia cognitiva combinada con fluoxetina

La combinación de farmacoterapia y psicoterapia es recomendada por la GPC de la American Psychiatry Association (APA)², tanto para el tratamiento de la depresión mayor como para el del TLP.

En los estudios de Bellino^{241,242} la terapia interpersonal (TI) consiste en sesiones semanales de 1 hora de duración conducidas según el Manual de psicoterapia interpersonal para la depresión²⁴³. La terapia cognitiva (TC) consiste en sesiones semanales de 1 hora de duración conducida según los manuales de terapia cognitiva para la depresión. La psicoterapia y la farmacoterapia se inician al mismo tiempo.

En la Tabla 10 de la versión completa de la guía⁵ se describen las características de los ECA de terapia combinada (véase página 135).

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica dos ECA sobre el tratamiento combinado de una terapia psicológica y el antidepresivo fluoxetina^{241,242}.

El estudio de Bellino²⁴¹ compara la fluoxetina más la TI frente a fluoxetina en una muestra de 39 pacientes, el 62% eran mujeres con una media de 26 años de edad.

Todos los pacientes presentaban trastorno depresivo mayor asociado y las puntuaciones basales del HRSD indican depresión moderada al inicio del estudio.

El estudio de Bellino²⁴² compara la fluoxetina más la TI frente a la fluoxetina más la TC en una muestra de 35 pacientes ambulatorios, el 73% eran mujeres con una media de 30 años de edad. Todos los pacientes presentaban trastorno depresivo mayor asociado y las puntuaciones de HRSD basales indican depresión moderada o intensa al inicio del estudio.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	La combinación de TI más fluoxetina constató un cierto grado de eficacia (en comparación con fluoxetina en monoterapia) en la reducción de los síntomas de depresión (medida evaluada por el clínico únicamente), y en los aspectos psicológicos y de funcionamiento social de la medida de calidad de vida empleada (medidas autoevaluadas) ²⁴¹ .
1++	Se observó que el tratamiento con fluoxetina más TC mejoró la funcionalidad social comparado con fluoxetina más TI ²⁴² .
1+	En el ensayo en el que se comparó la TI con la TC, el efecto del tratamiento en los resultados no fue concluyente, a excepción del funcionamiento social, en el que la TC obtuvo mejores puntuaciones que la TI ²⁴² .

La evidencia científica de esta terapia se basa en dos ECA^{241,242} con una muestra total de 74 pacientes con un diagnóstico de TLP según el DSM-IV-TR. Según la GPC del NICE (2009)⁴ la evidencia no avala ninguna recomendación específica acerca del uso combinado de fluoxetina y una terapia psicológica en el tratamiento del TLP⁴.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de las terapias combinadas en pacientes con TLP.

5.7. Rehabilitación funcional e integración laboral

5.7.1. Rehabilitación funcional

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

Las AVD abarcan aquellas actividades que con más frecuencia realiza una persona en su vida cotidiana. Éstas están relacionadas con el ámbito familiar y cotidiano, con las necesidades humanas básicas, con la autonomía funcional y con el uso del tiempo. En función de su complejidad cognitiva y de que su finalidad se dirija hacia la capacitación de uno mismo o a la capacitación en la interacción con el entorno, se

han establecido dos niveles: actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria.

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

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están ligadas al entorno y suelen ser instrumentales, constituyen un medio para alcanzar o realizar otra acción. Suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el entorno en acciones tales como la utilización de los distintos sistemas de comunicación (escritos, verbales), tener movilidad comunitaria (conducción, uso de transportes), mantenimiento de la propia salud, capacidad de manejo de los recursos económicos, realización de compras, cuidado del hogar, cuidado de otras personas, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

Algunas personas con TLP pueden presentar dificultades en su funcionalidad, ya sea en relación a actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, teniendo alterada la capacidad de cumplir con las exigencias propias de los roles que desempeña. En estas circunstancias se requiere la utilización de técnicas específicas, como el entrenamiento en AVD, a fin de fomentar la vida autónoma y la mejora funcional⁴.

Otro aspecto importante en la funcionalidad de las personas con TLP es la ocupación y el uso del tiempo libre. La intervención en esta área va dirigida a fomentar la comunicación y la relación entre las personas, desarrollar de forma creativa el tiempo libre y potenciar el intercambio con el entorno comunitario.

La intervención de rehabilitación cognitiva se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas que tiene como objetivo mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas, aumentar la autonomía personal y mejorar el funcionamiento psicosocial. Existen diferentes tipos de intervenciones para la rehabilitación cognitiva, que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal. Es una intervención que se ha utilizado en pacientes con trastornos mentales graves, en especial en pacientes con esquizofrenia; aun así, se está iniciando su utilización en personas con TLP de larga evolución y deterioro funcional²⁴⁴.

La GPC del NICE (2009)⁴ y la AIAQS no localizaron estudios relevantes sobre la rehabilitación funcional en pacientes con TLP.

En la búsqueda manual realizada en junio de 2010 se localizó un artículo¹⁷⁸, donde se describe una serie de cinco casos de pacientes con TLP que presentaban

disfunciones neuropsicológicas notables y que fueron tratados con éxito mediante un programa específico de rehabilitación neurocognitiva.

A los pacientes de este estudio se les aplicó un programa de intervención neurocognitiva que consistía en 21 sesiones de 45 minutos cada una a intervalos semanales y durante un período de 6 meses dirigido a la atención, memoria, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento. El objetivo de este programa era paliar tanto los déficits cognitivos como sus consecuencias personales, sociales y laborales.

Pese a sólo haberse localizado este estudio¹⁷⁸ sobre un programa específico de rehabilitación cognitiva, los resultados de este estudio mostraron una mejora significativa de estos pacientes en los parámetros neuropsicológicos disfuncionales que se asociaron con un aumento sustancial de las habilidades en el manejo diario. Este mismo artículo recomienda seguir investigando sobre la eficacia de esta intervención neurocognitiva.

Pese a la ausencia de estudios de calidad sobre rehabilitación funcional y la necesidad de llevarlos a cabo para validar dichas intervenciones en pacientes con TLP, el grupo de trabajo de la guía ha considerado la conveniencia de recomendar este tipo de intervenciones. Esto se fundamenta en el hecho de que la práctica asistencial habitual incorpora con frecuencia intervenciones rehabilitadoras en función de las diferentes áreas de necesidad detectadas en personas con TLP y por la necesidad de estructurar intervenciones psicosociales de rehabilitación funcional que complementen el plan terapéutico.

Recomendaciones

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

5.7.2. Integración laboral

Según la GPC del NICE (2009)⁴ los programas de rehabilitación laboral están dirigidos a pacientes que poseen un nivel suficiente de estabilidad psicopatológica, para darles apoyo en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral. Cabe decir que esta modalidad de rehabilitación psicosocial depende en gran medida de los recursos y servicios de inserción laboral existentes y de trabajo en un determinado contexto.

Es preciso valorar la necesidad de trabajar de forma paralela con las familias, a nivel individual y grupal, para que puedan comprender y apoyar el proceso de rehabilitación laboral⁴.

Los elementos comunes de los programas de rehabilitación laboral son la obtención de un empleo normalizado y estable, el aprendizaje de las habilidades necesarias para un proceso de selección de trabajo, un apoyo ilimitado en el tiempo y la consideración de las preferencias del paciente en la elección y consecución del puesto de trabajo⁴.

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

- **Entrenamiento prelaboral:** consiste en la rehabilitación de capacidades y competencias generales básicas previas a la inserción, así como el desarrollo de la motivación y la orientación en la búsqueda de trabajo⁴.
- **Empleo con apoyo:** es un modelo de integración laboral pensado para facilitar la incorporación al mercado laboral ordinario de personas con discapacidad y con especiales dificultades. Esta metodología, proveniente de Estados Unidos, se ha aplicado en el Estado español, desde hace más de 20 años, especialmente a personas con discapacidad intelectual. En estos últimos años poco a poco se ha aplicado a otros colectivos con especiales dificultades de inserción laboral, incluidas personas con TMS.

En un artículo de Elliott²⁴⁵ se describe un programa de preparación laboral en la ciudad de New York denominado *The connections Place* (TCP). Su objetivo es ayudar y preparar a las personas con TLP a dar pequeños pasos hacia el empleo. El programa TCP ofrece una preparación para el empleo de 4 meses, y tiene un plan de estudios que consta de dos módulos, “*portals*” y “*profesional*”.

El módulo de los “*portals*” (traducción al castellano como portales o puerta de entrada) enseña las habilidades necesarias para superar los obstáculos emocionales relacionados con el trabajo. Estas habilidades incluyen el aumento de la motivación para trabajar y hacer frente a las tensiones del proceso de solicitud de empleo, y la gestión de los conflictos interpersonales con sus compañeros de trabajo y supervisores. Muchas de las habilidades son similares a las que se utilizan en la TDC, una terapia que ha sido muy efectiva con personas con TLP.

El módulo “*profesional*” se centra en la identificación realista y significativa del trabajo, redactar el currículum, preparación de habilidades para una entrevista, y complementar formularios de solicitud de empleo. Este módulo utiliza elementos de la *choose-get-keep* para el empleo (traducción al castellano como elegir-conseguir-mantener) .

La TCP también ofrece sesiones individuales con entrenadores profesionales, prácticas, evaluaciones profesionales, tutorías computarizadas y presentaciones por comunicadores invitados.

En la búsqueda de la AIAQS no se localizaron estudios relevantes sobre la eficacia de la integración laboral en pacientes con TLP. La mayoría de estudios localizados no eran específicos sino que se referían a enfermedades mentales graves en general.

Debido a la falta de estudios específicos sobre la integración laboral en población con TLP, se valora la necesidad de realizar más estudios bien diseñados, dirigidos e informados que demuestren la eficacia de este tipo de tratamientos.

Sin embargo, el grupo de trabajo de la guía considera que deben recomendarse intervenciones dirigidas a la integración laboral en personas con TLP, como una parte más del conjunto del proyecto asistencial, para cubrir así las necesidades de integración en el mundo del trabajo e incorporarlas como un elemento coadyuvante al objetivo general de la recuperación.

Recomendaciones



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.

5.8. Recomendaciones generales de práctica clínica

La evidencia disponible hasta el momento acerca de las intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar la clínica, a disminuir los intentos autolíticos y las autolesiones, a reducir las recaídas y las hospitalizaciones, a aumentar la capacidad de relación y la funcionalidad, así como la integración social y laboral, no es concluyente. Sin embargo, para algunas intervenciones sí resulta suficiente para avanzar en algunas recomendaciones de práctica clínica como las que se han recogido a lo largo del capítulo. Esto se debe a que los estudios realizados sobre cada una de las intervenciones resultan poco numerosos y las muestras que han participado en los mismos son reducidas y a veces limitadas en su composición. Algunas intervenciones como la TDC y la TBM presentan mayor consistencia y permiten avanzar en las recomendaciones.

Por otra parte, la evidencia disponible muestra mejores resultados cuando se aplican programas de terapias psicológicas, en los que se ofrecen diversas intervenciones psicológicas integradas para reducir la ideación autolítica, la impulsividad, la irritabilidad y la inestabilidad emocional.

Recomendaciones

√	Se recomienda que para introducir una intervención psicológica, se consideren la gravedad, objetivos, necesidades, actitudes, motivación y capacidad de cada paciente.
√	Se recomienda considerar los objetivos terapéuticos, vitales y las preferencias de cada paciente en relación a las modalidades de intervención psicológica y psicosocial disponibles.
√	Se recomienda que cuando se proporcione tratamiento psicológico, el equipo de tratamiento y el terapeuta responsable apliquen un planteamiento teórico explícito, que compartirán con el paciente.
√	Se recomienda que la intervención psicológica o psicosocial se integre en el marco terapéutico general, y se ofrezca como parte integrante de una asistencia integral y estructurada.
√	Se recomienda que las intervenciones psicológicas cuenten con espacios de supervisión que garanticen la adecuación de las técnicas empleadas y el seguimiento de los procesos terapéuticos.
√	Se recomienda monitorizar los efectos de la intervención sobre los síntomas del TLP, sobre las variables de resultado comúnmente aplicadas y sobre el funcionamiento global del paciente.

6. Tratamiento farmacológico

- ¿Qué tipo de intervención farmacológica muestra una mayor eficacia y efectividad en la población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?

6.1. Introducción

En la actualidad, no existe ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM) o la Food and Drug Administration (FDA) con la indicación específica para el tratamiento del TLP, y en nuestro país ningún fármaco tiene la autorización oficial para el tratamiento específico de pacientes con TLP. Sin embargo, a pesar de no disponer de la indicación y aunque el tratamiento farmacológico se suele considerar como coadyuvante de la psicoterapia, en la práctica clínica su uso es muy frecuente. En un estudio naturalístico realizado en nuestro medio se analizaron los cambios en los patrones de prescripción, producidos en el período comprendido entre los años 2001 y 2009, y los factores asociados a la prescripción de cada tipo de fármaco. Concretamente, se observó que en una muestra de 226 pacientes con TLP el 94% realizaba tratamiento farmacológico, el 56% tomaba tres o más fármacos, el 30%, cuatro o más y el 12%, cinco o más fármacos²⁴⁶. Este estudio también mostró la asociación entre el uso específico de una familia de fármacos y ciertas características clínicas de los pacientes. Por ejemplo, el uso de antidepresivos se asoció a trastornos afectivos comórbidos y el uso de antipsicóticos atípicos, a puntuaciones más altas en la dimensión de impulsividad de la DIB-R. También señala que en los últimos 8 años, la prescripción de antidepresivos se ha mantenido alta en el 80% de los pacientes, se aprecia una disminución en el uso de benzodiacepinas y un aumento significativo en el uso de estabilizadores del ánimo y antipsicóticos atípicos. Posiblemente la práctica de la polifarmacia venga determinada, en parte, por las recomendaciones de guías terapéuticas previas. En la guía terapéutica de la APA,² aunque no existía evidencia sólida, se aconsejaba el tratamiento farmacológico sintomático de algunos síntomas característicos como la “disregulación afectiva”, la “impulsividad-descontrol conductual” y los “síntomas cognitivos-perceptuales”. En cambio, la reciente GPC del NICE (2009)⁴ desaconseja el tratamiento farmacológico específico por síntomas para evitar la tendencia a la polimedicación.

En la evaluación de los estudios sobre la eficacia del tratamiento farmacológico en el TLP existen limitaciones metodológicas importantes que dificultan la generalización de resultados. La mayoría de los ECA reclutan pacientes poco representativos de la práctica real: gravedad baja-moderada, que no provienen de la práctica clínica, en función de un único síntoma, como la impulsividad, o con criterios de inclusión/exclusión rígidos que impiden incluir pacientes con comorbilidad, consumo de tóxicos o en tratamiento con psicofármacos. Finalmente, la mayoría de ensayos clínicos farmacológicos en pacientes con TLP tienen una duración breve de

alrededor de 3-6 meses, lo que dificulta confirmar la efectividad del tratamiento a medio y largo plazo.

En este apartado se describe la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad de los fármacos estudiados para personas con TLP. Sólo se han incluido ECA de calidad. Aunque las benzodiacepinas se utilizan habitualmente en la práctica clínica como ansiolíticos, no se ha identificado ningún ECA sobre su uso en los TLP. Tampoco existen evidencias de eficacia del litio y otros tratamientos biológicos como la terapia electroconvulsiva, por lo que no aparecen en la guía.

Para la elaboración de este apartado se ha tomado como base la estructura y contenido del apartado de farmacología de la GPC-TLP del NICE (2009)⁴. Se ha mantenido su estructura y, en consecuencia, se presenta así la información considerando los apartados siguientes:

- Anticonvulsivantes
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Otros fármacos

Cada uno de estos apartados se ha actualizado con los resultados de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía y que se ha centrado en ECA y RSEC. En la Tabla 11 de la versión completa de la guía⁵ se presentan los ECA identificados por la GPC del NICE (2009)⁴ y el grupo de trabajo de la guía (véase página 145); mientras en la Tabla 12 de la versión completa de la guía⁵ se exponen las RSEC identificadas y los ECA que las mismas incluyen (véase página 147).

6.2. Anticonvulsivantes

6.2.1. Introducción

Los anticonvulsivantes o estabilizadores del ánimo se emplean en el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar. Por otra parte, algunos de estos fármacos como la carbamazepina o el valproato también se han utilizado en el tratamiento de la agresividad e irritabilidad en diferentes trastornos psiquiátricos y neurológicos. Dado que la inestabilidad emocional y la impulsividad son dos de las características principales de los pacientes con TLP, a priori, parecería lógico pensar que estos fármacos también podrían tener un papel relevante en el tratamiento de pacientes con TLP.

En la Tabla 13 de la versión completa de la guía⁵ se describen los ECA utilizados en la elaboración de este apartado diferenciando su origen según sea la búsqueda sistemática de bibliografía de la GPC del NICE (2009)⁴ o la búsqueda realizada por el grupo de trabajo de la guía (véase página 149).

6.2.1.1. Carbamazepina

La carbamazepina es un anticonvulsivante que incluye en su ficha técnica el tratamiento de la epilepsia, neuralgia del trigémino y, en segunda línea, el trastorno bipolar. También, al igual que el resto de anticonvulsivantes, se utiliza por sus propiedades antiagresivas. Su mecanismo de acción es bloquear los canales de sodio y reducir así la liberación de glutamato y la recaptación de dopamina y noradrenalina. Es, además, un potente inductor enzimático e interactúa con un considerable número de fármacos; es importante valorar este dato en el tratamiento. Por ejemplo, puede afectar al metabolismo de los anticonceptivos orales y aumentar el riesgo de embarazo. Es un fármaco potencialmente teratogénico. No se recomienda en mujeres en estado de gestación²⁴⁷.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica un único ECA sobre este fármaco²⁴⁸ (1+).

De la Fuente²⁴⁸ explica que el estudio llevado a cabo es un estudio a doble ciego, paralelo y controlado con placebo que se centra en 20 pacientes hospitalizados con TLP y tratados con carbamazepina durante una media de 30,9 días.

En la búsqueda de la AIAQS se detectó el ECA de De la Fuente²⁴⁹. Pese a que la calidad metodológica del mismo fuese calificada como alta, se desestimó el mismo al no tratar la eficacia del fármaco.

La revisión de Lieb²⁵⁰ no identifica nuevos ensayos sobre la carbamazepina y no destaca ningún beneficio en relación a la misma.

6.2.1.2. Valproato

El valproato está disponible como valproato de sodio y ácido valproico, ambos autorizados en el tratamiento de la epilepsia, y como valproato semisódico está autorizado para el tratamiento de la manía. El agente activo de todas las preparaciones es el mismo y generalmente se hace referencia al mismo como valproato.

El valproato se prescribe ampliamente en el tratamiento de la manía y la profilaxis del trastorno bipolar. El mecanismo de acción del valproato no es del todo conocido, aunque se cree que potencia las vías GABA. El valproato es un potencial teratogénico humano y no se recomienda en mujeres en posible estado de gestación.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa tres estudios en relación al valproato, Frankenburg²⁵¹ y Hollander^{252,253}, a los que asigna un nivel de evidencia 1+.

Frankenburg²⁵¹ explica que el objetivo del estudio llevado a cabo fue comparar la eficacia y la seguridad de valproato sódico y placebo en el tratamiento de mujeres con TLP y trastorno bipolar II comórbido. Para ello, realiza un estudio doble ciego y controlado con placebo de valproato sódico en 30 mujeres de 18 a 40 años que cumplieran los criterios de la Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada y los criterios del DSM-IV para el TLP, así como los criterios del DSM-IV para el

trastorno bipolar II. Las pacientes se asignaron aleatoriamente a recibir valproato sódico o placebo en una proporción 2:1. La duración del tratamiento fue de 6 meses. Los criterios principales de valoración fueron los cambios en las escalas de sensibilidad interpersonal, ira/hostilidad y depresión del listado SCL-90 (*Symptom checklist 90*)²⁵⁴, así como la puntuación total de la escala MOAS modificada (*Overt aggression scale*)²⁵⁵.

Hollander²⁵² detalla en su estudio que el objetivo del mismo es comparar la eficacia del valproato sódico frente al placebo en pacientes con TLP. Para ello, se adoptó un diseño doble ciego, de grupos paralelos y de 10 semanas de duración. 16 pacientes que cumplían los criterios de la Entrevista clínica estructurada de los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV para el TLP fueron asignados aleatoriamente a recibir placebo (n=4) o valproato sódico (n=12). En este estudio se evaluó el cambio en la intensidad global de los síntomas (*Clinical global impressions -improvement scale [CGI-I]*)¹³⁴ y el funcionamiento general (*Global assessment scale [GAS]*)²⁵⁶, así como en síntomas centrales específicos (depresión, agresividad, irritabilidad y conductas suicidas).

Hollander²⁵³ expone en su estudio que es un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en el que pacientes ambulatorios con una puntuación de $X \geq 15$ en la escala OAS-M²⁵⁵ (*Aggression scale of the Overt aggression scale-modified*) y que cumplían los criterios del DSM-IV para el trastorno de personalidad del clúster B (n=96), trastorno explosivo intermitente (n=116) o trastorno de estrés postraumático (n=34), fueron aleatorizados para recibir valproato sódico o placebo durante 12 semanas.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó además el ECA de Hollander²⁵⁷ sobre los efectos del ácido valproico en comparación con el placebo. A este estudio se le asignó un nivel de evidencia científica 1+ pero se descarta de la revisión al ser un estudio con una muestra heterogénea, lo que imposibilita extrapolar los resultados del mismo a la población clínica de TLP.

En la revisión de Lieb²⁵⁰ se observan beneficios asociados al uso del valproato en comparación con el placebo. Concretamente, Lieb²⁵⁰ analiza los trabajos de Frankenburg²⁵¹ y Hollander²⁵² y concluye que hay un efecto significativo del uso del valproato en el tratamiento de la inestabilidad interpersonal y los síntomas depresivos frente al placebo. Además, Lieb²⁵⁰ señala una significativa reducción de la ira basándose en el artículo de Hollander²⁵² y una tendencia a la misma en el de Frankenburg²⁵¹.

6.2.1.3. Lamotrigina

La lamotrigina es un fármaco anticonvulsivante que también ha demostrado eficacia en el tratamiento agudo y la profilaxis de la depresión en el trastorno bipolar^{258,259}. Asimismo se utiliza para aumentar el efecto de la clozapina en el tratamiento de la esquizofrenia resistente²⁶⁰.

A pesar de que generalmente es bien tolerada, la lamotrigina está asociada a reacciones cutáneas, algunas de las cuales son peligrosas para la vida, tales como el síndrome de Stevens-Johnson. El riesgo es mayor durante el ajuste de la dosis y aumenta en pacientes que también toman valproato. Datos publicados recientemente por la North American Antiepileptic Drug Registry²⁶¹ sugieren que el uso de lamotrigina durante el primer trimestre de gestación podría incrementar el riesgo de fisuras orales (fisura palatina y fisura labial no asociada a fisura palatina). Considerando estos datos y siguiendo el principio de precaución, la AEMPS hace las siguientes recomendaciones en relación al uso de la lamotrigina y que son aplicables en el caso del TLP:

- El uso de lamotrigina durante el embarazo debe realizarse valorando en cada caso individual el balance beneficio-riesgo, utilizando la dosis mínima eficaz y teniendo en cuenta que otros antiepilépticos se han asociado con riesgo de malformaciones congénitas.
- Debe evitarse la supresión o disminución brusca de la dosis ya que existe el riesgo de que se presenten nuevas crisis epilépticas con el consiguiente riesgo para la madre y el feto.
- Se debe informar sobre este potencial riesgo a las pacientes que deseen un embarazo y estén en tratamiento con lamotrigina, y recomendar la planificación adecuada del embarazo con objeto de minimizar el posible riesgo de malformaciones congénitas asociado a lamotrigina.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa el estudio de Tritt²⁶² en relación a la lamotrigina al que asigna un nivel de evidencia 1+.

Tritt²⁶² explica en su trabajo que el objetivo de su estudio fue comparar la eficacia de lamotrigina frente a placebo en el tratamiento de la agresividad en mujeres que cumplían los criterios TLP. Para ello, se realiza un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, de lamotrigina en 24 mujeres que cumplían los criterios de la Entrevista clínica estructurada del DSM-IV^{84,91} (SCID) para TLP. Las pacientes se asignaron aleatoriamente en una proporción 2:1 a lamotrigina (n=18) o placebo (n=9). La duración del tratamiento fue de 8 semanas. Los criterios principales de valoración fueron los cambios autonotificados en las escalas de ira del inventario STAXI²⁶³.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó además un ECA, ampliación del anterior²⁶⁴, con un estudio de seguimiento de 18 meses con resultados favorables a lamotrigina en el tratamiento de la agresividad al que se le asigna un nivel de evidencia 1+.

El estudio de Leiberich²⁶⁴ es el seguimiento a los 18 meses de la muestra de pacientes del estudio de Tritt²⁶².

El estudio de Reich²⁶⁵ tiene como objetivo evaluar la efectividad de la lamotrigina en la reducción de la inestabilidad afectiva del TLP. Los autores llevaron a cabo un

ensayo controlado y aleatorizado doble ciego y de 12 semanas de duración con 28 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de TLP según la versión revisada del DSM-IV⁷³. Los pacientes podían tomar un antidepresivo durante el estudio. Éstos se asignaron aleatoriamente al tratamiento con dosis flexibles de lamotrigina o placebo en una ratio de 1:1. Las variables de resultado primarias fueron: 1) *the Affective lability scale total score*²⁶⁶ y 2) *the Affective instability item of the Zanarini rating scale for borderline personality disorder*⁸⁷ (ZAN-BPD).

La revisión de Lieb²⁵⁰ formula sus conclusiones sobre la lamotrigina teniendo en cuenta el estudio ya mencionado de Tritt²⁶², y la última versión de esta revisión²⁶⁷ las formula considerando además el mencionado artículo de Reich²⁶⁵. Ambas concluyen que la lamotrigina fue significativamente superior al placebo en la reducción de la impulsividad y la ira.

6.2.1.4. Topiramato

El topiramato es un anticonvulsivante que se usa en el tratamiento de la epilepsia y en la profilaxis de las migrañas. También se ha utilizado en el tratamiento de la manía²⁶⁸ y el trastorno bipolar de ciclos rápidos²⁶⁹, pero no está autorizado para estas indicaciones. El topiramato bloquea los canales de sodio, incrementa la actividad de GABA y antagoniza débilmente los receptores del glutamato del subtipo kainate/AMPA.

Se debe señalar que en ECA sobre la epilepsia, el 5-10% de los pacientes aleatorizados al topiramato experimentaron dificultades de memoria y/o concentración, depresión, nerviosismo, problemas de humor y ansiedad. También hay informes de ideación y actos suicidas relacionados con el tratamiento aunque se desconoce si las personas con TLP son especialmente vulnerables a estos efectos secundarios. El topiramato está asociado a la pérdida de peso; un efecto secundario que ha sido utilizado en el manejo del incremento de peso inducido por antipsicóticos²⁷⁰.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa los estudios de Nickel^{271,272} y Loew²⁷³ en relación al topiramato. Según la GPC del NICE (2009)⁴ no existen datos fiables en cuanto a la financiación y existen serias dudas al respecto por lo que se cuestionan dichos estudios y se desestiman sus resultados.

En el estudio de Nickel²⁷¹ se explica que el objetivo de este estudio fue comparar la eficacia y seguridad de topiramato frente a placebo en el tratamiento de la agresividad en mujeres que cumplían los criterios de TLP. Para ello, se realiza un estudio doble ciego, controlado con placebo, de topiramato en 29 mujeres (tasa de respuesta del 93,5%) que cumplían los criterios de SCID^{84,91} para el TLP. Las pacientes se asignaron aleatoriamente en una proporción 2:1 a topiramato (n=21, análisis basado en n=19) o placebo (n=10). La duración del tratamiento fue de 8 semanas (de noviembre de 2003 a enero de 2004). Los criterios principales de valoración fueron los cambios autonotificados en las subescalas de ira del inventario STAXI²⁶³.

En el estudio de Nickel²⁷² se explica que el objetivo de este estudio fue comparar la eficacia de topiramato frente a placebo en el tratamiento de la agresividad en varones con TLP. Para ello, los autores realizan un estudio doble ciego, controlado con placebo y de 8 semanas de duración de topiramato en 42 varones (42 de 44) que cumplían los criterios de TLP del DSM-IV. Se aplicó la Entrevista clínica estructurada (SCID I y II)^{84,91}. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a topiramato (n=22) o placebo (n=20).

En el estudio de Loew²⁷³ se explica que su objetivo es determinar si el topiramato puede influir sobre la psicopatología del TLP, la calidad de vida relacionada con la salud y los problemas interpersonales. Se asignó aleatoriamente a mujeres que cumplían los criterios de la entrevista clínica estructurada para el eje II del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición^{10,84,91}, para el TLP, en una proporción 1:1 para recibir topiramato ajustado de 25 a 200 mg/día (n=28) o placebo (n=28) durante 10 semanas. Los criterios principales de valoración fueron los cambios en el *Symptom-checklist*, el cuestionario de salud SF-36²⁷⁴ y el Inventario de problemas interpersonales²⁷⁵. El peso corporal y los efectos adversos se evaluaron cada semana.

En la búsqueda de la AIAQS se identificaron estos mismos tres ECA más un estudio de Nickel²⁷⁶, seguimiento de un trabajo anterior del mismo autor²⁷².

El objetivo del estudio de Nickel²⁷⁶ es determinar los efectos a largo plazo del topiramato en pacientes con TLP. Este autor lleva a cabo un seguimiento de los pacientes del estudio de Nickel²⁷² a los 18 meses de ser incluidos en el mismo, y toma como variable principal la agresividad. Los pacientes (22 en el grupo placebo y 22 en el grupo tratado con topiramato) fueron evaluados bianualmente con el STAXI²⁶³.

La RSEC de Lieb²⁵⁰ incluye en relación al topiramato los estudios ya destacados de Loew²⁷³ y los de Nickel^{271,272} y basándose en los tres respalda la eficacia del topiramato frente al placebo en los síntomas de inestabilidad interpersonales y la impulsividad. Además, la revisión de Lieb²⁵⁰, teniendo en cuenta únicamente el estudio de Loew²⁷³, destaca los efectos del topiramato en la psicopatología asociada al TLP.

El grupo de trabajo de la guía decide considerar en su revisión los artículos sobre la eficacia del topiramato ya que no encuentra criterios que avalen su exclusión.

6.2.2. Comentario general sobre los estudios de anticonvulsivantes

Se han encontrado nueve ECA de anticonvulsivantes frente a placebo, siendo el valproato y el topiramato los que gozan de mayor evidencia científica. Son estudios cuyos resultados han de interpretarse teniendo en cuenta que presentan limitaciones importantes ya que muestran seguimientos no superiores a 10 semanas, muestras

pequeñas muy heterogéneas, y ámbitos de tratamiento distintos (ambulatorio frente a hospitalización) que en ocasiones no están bien definidos.

Los instrumentos de medición empleados son distintos ya que no existen pruebas específicas que puedan valorar el cambio en síntomas principales.

Por último, es muy difícil homogenizar y comparar resultados por la diversidad de las variables de dichos estudios.

El grupo de trabajo de la guía opta por valorar la ira como síntoma de impulsividad/agresividad, como ocurre habitualmente en las escalas que se incluyen en los estudios para su medición, y considera valorar las conductas autolíticas de manera independiente como valor de cambio en las personas en tratamiento que sufren TLP.

6.2.3. Eficacia de los anticonvulsivantes según variables de resultado

En la tabla 14 de la versión completa de la guía⁵, se resume la evidencia sobre la eficacia de los anticonvulsivantes teniendo en cuenta cada uno de los estudios identificados y las características clínicas consideradas principales del TLP (véase página 160).

- ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes para el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional?

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina

- | | |
|----|---|
| 1+ | La carbamazepina no es superior al placebo en el control de los síntomas de depresión u hostilidad ²⁴⁸ . |
|----|---|

Valproato

- | | |
|----|---|
| 1+ | El valproato no es superior al placebo en el control de los síntomas de la depresión ²⁵¹ . |
| 1+ | El valproato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas afectivos en pacientes con TLP ²⁵² . |

Lamotrigina

- | | |
|----|--|
| 1+ | La lamotrigina es superior al placebo en el control de la inestabilidad emocional ²⁶⁴ . |
| 1+ | La lamotrigina es superior al placebo en el control de la inestabilidad emocional ²⁶⁵ . |

Topiramato

- | | |
|----|---|
| 1+ | El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de la inestabilidad emocional ²⁷³ . |
|----|---|

En relación con la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional del TLP, no se observa que la carbamazepina sea superior al placebo²⁴⁸ y en los dos estudios localizados sobre el valproato los resultados no son consistentes^{251,252}. La superioridad de la lamotrigina frente al placebo en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional se sustenta en dos artículos con una muestra total de 56 pacientes^{264,265}. Sólo en uno de los tres artículos sobre topiramato²⁷³, con una muestra total de 56 pacientes, se trata como variable de resultado la inestabilidad emocional. En éste se observa que el topiramato es superior al placebo en el tratamiento de esta variable de resultado.

Recomendaciones

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de fármacos anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de impulsividad?

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina

- 1+ La carbamazepina no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad en los pacientes con TLP²⁴⁸.

Valproato

- 1+ El valproato es superior al placebo en el tratamiento de la impulsividad en los pacientes con TLP²⁵¹.

- 1+ El valproato es superior al placebo en el tratamiento de la impulsividad en los pacientes con TLP²⁵².

Lamotrigina

- 1+ La lamotrigina es superior al placebo en el tratamiento de la agresividad en los pacientes con TLP²⁶².

- 1+ La lamotrigina es superior al placebo en el tratamiento de la agresividad en los pacientes con TLP²⁶⁴.

- 1+ La lamotrigina es superior al placebo en el tratamiento de la agresividad en los pacientes con TLP²⁶⁵.

Topiramato

- 1+ El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad y hostilidad en los pacientes con TLP²⁷¹.

- 1+ El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad y hostilidad en los pacientes con TLP²⁷³.

- 1+ El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad y hostilidad en los pacientes con TLP²⁷².

- 1+ El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad y hostilidad en los pacientes con TLP²⁷⁶.

En relación con la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de impulsividad en las personas con TLP, no se observa que la carbamazepina sea superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad de las personas con TLP²⁴⁸. Sin embargo, existe evidencia a favor del valproato, la lamotrigina y el topiramato frente al placebo.

La evidencia a favor del valproato se sustenta en los dos artículos identificados^{251,252} que recogen una muestra reducida de pacientes (46 pacientes con TLP), con representaciones de género diferentes y que únicamente incluyen pacientes ambulatorios con trastorno moderado. Además, los dos ensayos valoran la eficacia del valproato a corto plazo. A pesar de cierta evidencia a favor del valproato, las limitaciones señaladas no favorecen la elaboración de recomendaciones de uso del valproato en el tratamiento del TLP.

En relación con la lamotrigina, la evidencia científica sobre la misma se sostiene en dos ECA^{262,264,265} con una muestra reducida de 56 pacientes en la que parece que los resultados positivos asociados a la lamotrigina se mantienen a lo largo del tiempo. Pese a la evidencia positiva a favor del uso de la lamotrigina, las limitaciones asociadas a estos estudios no favorecen la elaboración de recomendaciones de uso de este fármaco en el tratamiento del TLP. Entre estas limitaciones destacan: el tamaño reducido de la muestra del estudio, el desequilibrio en el número de pacientes por grupo, el hecho de que la muestra incluya principalmente mujeres en tratamiento en ámbito ambulatorio y con trastorno moderado, y el elevado registro de abandonos.

Los resultados sobre el topiramato son consistentes en todos los estudios identificados^{271-273,276} que suponen un total de 129 pacientes. Sin embargo, cabe señalar que los pacientes incluidos son pacientes tratados en ámbito ambulatorio y con un trastorno moderado y que la duración de los ensayos es de entre 8 y 10 semanas, tan sólo existe un único estudio de seguimiento a los 18 meses.

Recomendaciones

No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de la impulsividad de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales?

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina

- 1+ La carbamazepina no es superior al placebo en el control de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales en el TLP²⁴⁸.

Valproato

- 1+ El valproato es superior al placebo en el control de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales en el TLP²⁵¹.

Topiramato

- 1+ El topiramato es superior al placebo en el control de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales en el TLP²⁷³.

Se observa la superioridad de los anticonvulsivantes frente al placebo en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales en un estudio sobre el valproato²⁵¹ con una muestra reducida de 30 pacientes. Además, sólo un estudio sobre el topiramato trata esta variable de resultado²⁷³. Cabe señalar que la muestra de pacientes incluida en este ECA es pequeña puesto que se trata de un total de 56 pacientes con TLP. En este estudio se observa que el topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional.

Recomendaciones

No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de las conductas autolíticas?

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina

- 1+ La carbamazepina no es superior al placebo en el control de las conductas autolíticas en los pacientes con TLP²⁴⁸.

Valproato

- 1+ El valproato no es superior al placebo en el control de las conductas autolíticas en los pacientes con TLP²⁵².

Sólo dos estudios tratan la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de las conductas autolíticas. El primero trata la eficacia de la carbamazepina sobre el placebo²⁴⁸ y no se observan diferencias significativas a favor del uso de la

carbamazepina para el manejo de estas conductas. En el segundo se trata la eficacia del valproato sobre el placebo²⁵² y no se observan diferencias significativas a favor del uso del valproato para el manejo de estas conductas.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de las conductas autolíticas del paciente con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el control de los síntomas cognitivo perceptuales?

Resumen de la evidencia

No existe evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento con anticonvulsivantes en la reducción de los síntomas cognitivo perceptuales en pacientes con TLP.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales del paciente con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el funcionamiento global?

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina

- 1+ La carbamazepina no es superior al placebo en el funcionamiento global en el TLP²⁴⁸.

Valproato

- 1+ El valproato no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento general²⁵¹.

Topiramato

- 1+ El topiramato es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento general²⁷³.

La evidencia científica del efecto de los anticonvulsivantes en el funcionamiento global es muy variable. Un estudio con carbamazepina no encontró diferencias estadísticamente significativas frente a placebo²⁴⁸. Otro estudio sobre valproato no encontró diferencias estadísticamente significativas frente a placebo²⁵¹. En el único estudio con topiramato se encontró mejoría significativa frente a placebo en el funcionamiento global²⁷³. Sin embargo, el tamaño de la muestra de este estudio se considera pequeño al tratarse de un total de 29 pacientes con TLP lo que dificulta extraer conclusiones firmes.

Recomendaciones

No hay evidencia para recomendar el uso de fármacos anticonvulsivantes en el tratamiento del funcionamiento global del paciente con TLP.

- ¿Cuál es la seguridad de los anticonvulsivantes en el tratamiento de las personas que sufren el TLP?

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina

- 1+ Abandonaron el 20% de pacientes en tratamiento con carbamazepina. No aporta información de efectos secundarios²⁴⁸.

Valproato

- 1+ El valproato muestra tasas de adherencia similares a las del placebo (35% frente a 40%). El efecto adverso más frecuente relacionado con el uso del valproato fue la ganancia de peso, si bien no fue significativa en comparación al placebo²⁵¹.

- 1+ El valproato y el placebo se asociaron a tasas de abandono de tratamiento altas (superiores al 50%). No se informaron efectos adversos durante el estudio²⁵².

Lamotrigina

- 1+ La lamotrigina fue bien tolerada, sólo en algunos casos se describió *rash*, mareo, cefalea y náuseas. La pérdida de peso observada no fue valorada como significativa frente al placebo²⁶².

- 1+ La lamotrigina fue tolerada relativamente bien²⁶⁴.

Topiramato

- 1+ La tolerancia del topiramato fue valorada como relativamente buena y se asoció a una pérdida significativa de peso. Se informaron casos de mareo, fatiga, cefalea y parestesias²⁷¹.

- 1+ La tolerancia del topiramato a dosis máximas de 250 mg/día fue valorada como relativamente buena y se asoció a una pérdida significativa de peso. Se informaron casos de mareo, fatiga, cefalea y parestesias²⁷².

- 1+ La tolerancia del topiramato fue valorada como relativamente buena y se asoció a una pérdida significativa de peso. Se informaron casos de mareo, fatiga, cefalea y parestesias²⁷³.

- 1+ La tolerancia del topiramato fue valorada como relativamente buena y se asoció a una pérdida significativa de peso. Se informaron casos de mareo, fatiga, cefalea y parestesias²⁷⁶.

Los ECA de anticonvulsivantes en personas con TLP describen bajas tasas de abandono en general. Las mayores tasas de abandono se asocian al uso del valproato^{251,252}. Concretamente, alrededor del 50% de los pacientes tratados con este fármaco abandonan el tratamiento tal y como se muestra en los dos ECA

identificados sobre el tema. Para la mayoría del resto de fármacos analizados las tasas de abandono se consideran bajas al ser inferior al 20%.

En relación a los efectos adversos, uno de los ECA sobre valproato²⁵¹ destaca el aumento de peso, diarreas y temblores y uno de los ECA sobre lamotrigina²⁶⁵ destaca la aparición de rash, pruritis, confusión, dolores de cabeza, mareos e irritabilidad. Los cuatro ECA sobre topiramato destacan como efecto secundario la pérdida de peso.

Recomendaciones



En el caso de usar un fármaco anticonvulsivante en el tratamiento del TLP, se recomienda monitorizar el estado de salud general del paciente así como vigilar la aparición de posibles efectos secundarios propios de cada fármaco.

6.3. Antidepresivos

6.3.1. Introducción

Los antidepresivos son un grupo de fármacos indicados para el tratamiento de la depresión, que también se suelen usar para otras patologías del espectro de los trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo o el trastorno por estrés postraumático.

La mayoría de los fármacos antidepresivos desarrollan su acción mediante la inhibición de recaptación de monoaminas, que permiten una mayor actividad de los canales de neurotransmisión serotoninérgicos y noradrenérgicos. Existe alguna evidencia de que la actividad serotoninérgica podría estar asociada con conductas agresivas e impulsividad así como con un bajo estado de ánimo²⁷⁷. Por ello se ha sugerido que los antidepresivos serotoninérgicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y la amitriptilina, podrían mejorar la agresividad y la impulsividad.

En los pacientes diagnosticados de TLP, es frecuente que presenten sintomatología depresiva y trastornos conductuales como comportamientos agresivos e impulsivos. Por lo tanto, los antidepresivos podrían ser una opción terapéutica que incidiera sobre la sintomatología depresiva y las conductas impulsivas y agresivas en pacientes con TLP.

Los antidepresivos para los que se ha encontrado evidencia científica teniendo en cuenta el grupo al que pertenecen son:

- Antidepresivos tricíclicos (ATC): amitriptilina
- ISRS: fluvoxamina, fluoxetina
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): fenzilina

En la Tabla 15 de la versión completa de la guía⁵, se describen los ECA considerados en la elaboración de este apartado señalando su origen en la búsqueda sistemática llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)⁴ o por el grupo de trabajo de la guía (véase página 169).

6.3.1.1. Amitriptilina

La amitriptilina es un antidepresivo tricíclico con indicación para trastorno depresivo, la enuresis nocturna en niños, el dolor neuropático y la profilaxis de la migraña.

Hay que señalar que el perfil de efectos secundarios anticolinérgicos de la amitriptilina hace difícil su tolerabilidad para algunos pacientes. Asimismo, la importante toxicidad en caso de sobredosificación de este producto y el alto riesgo de sobredosis en los pacientes con TLP, plantea la escasa utilidad de este fármaco para estos pacientes.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa un estudio de Soloff²⁷⁸ con un nivel de evidencia 1+.

En el trabajo de Soloff²⁷⁸ se comunican los resultados finales de un estudio de 4 años de duración de amitriptilina y haloperidol en 90 pacientes hospitalizados sintomáticos con TLP. Los ensayos de medicación de este estudio fueron doble ciego y controlados con placebo, con una duración de 5 semanas.

En la búsqueda de la AIAQS no se detectaron nuevos ensayos. La RSEC de Lieb²⁵⁰ que utiliza el mismo ECA identificado por la GPC del NICE (2009)⁴ concluye que, la amitriptilina es superior al placebo en la reducción de la patología depresiva. Además, en esta misma revisión se destaca que la amitriptilina no fue significativamente diferente al haloperidol en ninguna de las variables de resultado consideradas.

6.3.1.2. Fluvoxamina

La fluvoxamina es un ISRS con indicación terapéutica para la enfermedad depresiva y el trastorno obsesivo compulsivo. Además de las prevenciones propias de los ISRS se recomienda extremar las precauciones en su uso concomitante con la teofilina o la aminofilina.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa un ECA realizado por Rinne⁴⁷ al que otorga un nivel de evidencia de 1+ pero lo desestima porque incluye resultados de eficacia que no pueden ser extraídos.

En el trabajo de Rinne⁴⁷ se explica que se realizó un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, con el ISRS fluvoxamina durante 6 semanas, seguido de un estudio ciego de grupos cruzados durante 6 semanas y un seguimiento abierto durante otras 12 semanas, con 38 mujeres no bipolares y no esquizofrénicas con TLP. Las medidas de resultado fueron las subescalas de cambio rápido del estado de ánimo, impulsividad y agresividad del *Borderline personality disorder severity index*²⁷⁹.

En la búsqueda de la AIAQS no se identifican ensayos nuevos.

La revisión de Lieb²⁵⁰ no identifica nuevos ensayos y basa sus conclusiones en el estudio de Rinne⁴⁷. Concretamente, en la revisión se señala la falta de efectos de la fluvoxamina en el tratamiento del TLP.

6.3.1.3. Fluoxetina

La fluoxetina es un fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina indicado para el tratamiento del trastorno depresivo mayor, la bulimia nerviosa y el trastorno obsesivo compulsivo.

En relación a la fluoxetina, la GPC del NICE (2009)⁴ analiza el ECA de Simpson²⁸⁰.

En el trabajo de Simpson²⁸⁰ se explica que su estudio investiga el efecto terapéutico de la fluoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, añadido a la TDC, una terapia psicosocial empíricamente probada, para el tratamiento del TLP. Concretamente, se trata de un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de 12 semanas de duración en pacientes con TLP (identificados mediante la Entrevista clínica estructurada para trastornos del eje II del DSM-IV). Todos los pacientes recibieron TDC individualmente y en grupo. De los 20 pacientes que completaron el tratamiento, nueve fueron asignados aleatoriamente a recibir hasta 40 mg/día de fluoxetina y 11 fueron asignados aleatoriamente a placebo. Los pacientes fueron evaluados a nivel basal y en las semanas 10 y 11 con medidas autoadministradas de depresión, ansiedad, expresión de ira, disociación y funcionamiento general.

En la revisión de la AIAQS se detectó el ECA de Salzman²⁸¹ al que se otorga un nivel de evidencia 1+.

Salzman²⁸¹ describe en su artículo los resultados de un estudio doble ciego de 13 semanas en voluntarios con TLP de intensidad leve o moderada. En este ensayo se trató a 13 pacientes con fluoxetina y a 9 pacientes con placebo y se obtuvieron medidas antes y después del tratamiento para el funcionamiento y el estado de ánimo, la ira y la depresión.

La revisión de Lieb²⁵⁰ no identifica nuevos ensayos y basa sus conclusiones en los estudios de Salzman²⁸¹ y Simpson²⁸⁰. Concretamente, en la revisión se señala la falta de efectos de la fluoxetina en el tratamiento del TLP.

6.3.1.4. Fenzina

La fenzina es un fármaco IMAO indicado para el tratamiento de la enfermedad depresiva. Hay que tener en cuenta el riesgo de efectos adversos de los IMAO y la interacción con algunos alimentos.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa el ECA de Soloff²⁸² al que asigna un nivel de evidencia de 1+.

En el artículo de Soloff²⁸² se explica que el objetivo del ECA llevado a cabo por el autor es comparar la eficacia de un neuroléptico (haloperidol) con un antidepresivo inhibidor de la monoaminooxidasa (fenelzina sulfato) en el tratamiento de los síntomas impulsivos-agresivos, cognitivos y afectivos de pacientes hospitalizados con TLP, con la finalidad de diferenciar patrones o subtipos de síntomas afectivos y esquizotípicos usando la respuesta a la medicación. Para ello, los autores utilizan un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en una unidad de pacientes hospitalizados de un hospital psiquiátrico universitario de atención terciaria que cubre una gran área de influencia. Se admitieron consecutivamente 108 pacientes hospitalizados con TLP, definido según la Entrevista diagnóstica de Gunderson para pacientes con TLP²⁸³ y los criterios del DSM-III-R, y se asignaron aleatoriamente a fenelzina (n=38), haloperidol (n=36) y placebo (n=34). Tras una semana sin medicación, se administró haloperidol (dosis media, 4 mg/día), fenelzina sulfato (dosis media, 60 mg/día) o placebo durante 5 semanas, y se valoraron semanalmente los síntomas y niveles plasmáticos del fármaco. Las medidas de la eficacia fueron depresión (*Hamilton rating scale*²⁸⁴, *Beck depression inventory*)²⁸⁵, intensidad global (*Global assessment scale*²⁵⁶, *Symptom checklist* de 90 ítems [SCL-90])²⁵⁴, ansiedad, ira-hostilidad (SCL-90)²⁵⁴, *Inpatient multidimensional psychiatric scale* [IMPS]²⁸⁶, *Buss-Durkee hostility inventory*)²⁸⁷, psicoticismo (*Schizotypal symptom inventory*, SCL-90, IMPS)²⁸⁸, impulsividad (*Ward scale*^{289,290}, *Barratt impulsiveness scale*²⁹¹, *Self-report test of impulse control*)²⁹², y psicoterapia para el TLP (*Borderline syndrome index*)²⁹³.

En la revisión de la AIAQS se detectó un estudio de continuación, Cornelius²⁹⁴, al que se le asignó un nivel de evidencia 1+.

En el estudio de Cornelius²⁹⁴ se detalla que los autores realizaron un estudio doble ciego y controlado con placebo que comparaba el tratamiento de continuación con un neuroléptico (hasta 6 mg/día de haloperidol), un antidepresivo IMAO (hasta 90 mg/día de fenelzina) y placebo en 14 varones y 40 mujeres con TLP. Los ensayos de continuación de la medicación duraron 16 semanas, tras 5 semanas de tratamiento agudo.

La RSEC de Lieb²⁵⁰ basa las conclusiones de su revisión únicamente en el estudio de Soloff²⁸² (1993). Concluye que no existen diferencias significativas entre el uso de la fenelzina y el placebo. Sin embargo, la fenelzina se muestra superior al haloperidol en el tratamiento en la reducción de la depresión, la ansiedad, la patología psiquiátrica general y el estado mental. No se observan diferencias significativas entre la fenelzina y el haloperidol en el aumento de peso.

6.3.2. Comentario general sobre los fármacos antidepresivos

Existen seis ensayos controlados de antidepresivos frente a placebo en personas con TLP, en cada uno de ellos se analiza una clase de antidepresivo (ATC, ISRS, IMAO). La evidencia disponible es insuficiente para recomendar los antidepresivos para el tratamiento general del TLP. Si bien existe cierta evidencia de su utilidad en el tratamiento de síntomas depresivos, no es posible determinar si los efectos se

deben al tratamiento del trastorno depresivo concomitante. Analizar los efectos de los fármacos de esta forma, en función del diagnóstico, puede no ser seguro.

6.3.3. Eficacia de los antidepresivos según variables de resultado

En la Tabla 16 de la versión completa de la guía⁵ se resume la evidencia científica sobre antidepresivos según estudios y variables de resultado (véase página 16).

- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de la inestabilidad emocional?

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina

- 1+ La amitriptilina es superior al placebo en la reducción de los síntomas depresivos²⁷⁸.

Fluvoxamina

- 1+ La fluvoxamina se muestra superior al placebo en la mejoría en los cambios bruscos y labilidad del humor⁴⁷.

Fluoxetina

- 1+ La fluoxetina combinada con TDC no es superior a la combinación de TDC y placebo²⁸⁰.
- 1+ La fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de depresión²⁸¹.

Fenelzina

- 1+ La fenelzina no es superior al placebo o al haloperidol en el tratamiento de los síntomas depresivos en TLP²⁸².
- 1+ La fenelzina no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional. La fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional²⁸².
- 1+ La fenelzina es modestamente superior al placebo en el tratamiento de los síntomas depresivos²⁹⁴.

En relación con la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional del TLP, un estudio sustenta evidencia a favor de la amitriptilina en la reducción de síntomas depresivos con una muestra de 90 pacientes²⁷⁸. Otro estudio muestra eficacia a favor de la fluvoxamina frente al placebo en el abordaje de los cambios bruscos y labilidad del humor con un tamaño muestral de tan sólo 38 pacientes⁴⁷.

Los resultados sobre la eficacia de la fluoxetina no son consistentes. Un estudio señala que la combinación de TDC y fluoxetina no es superior a la combinación de TDC y placebo en el tratamiento de síntomas depresivos²⁸⁰; mientras otro estudio

señala que la fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas²⁸¹.

Los resultados sobre la eficacia de la fenelzina tampoco son consistentes. Un estudio no encuentra diferencias entre el uso de fenelzina o placebo en el tratamiento de síntomas de la inestabilidad emocional²⁸², mientras en otro²⁹⁴ se observa que la fenelzina es modestamente superior al placebo. En ambos^{282,294} sí se observa que la fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento de tales síntomas. Pese a que pudiera haber cierta evidencia positiva a favor del uso de la amitriptilina, su perfil de toxicidad en caso de sobredosis desaconseja su uso.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional del paciente con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad?

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina

- 1+ La amitriptilina es superior al placebo en la reducción del comportamiento impulsivo²⁷⁸.

Fluvoxamina

- 1+ La fluvoxamina no es superior al placebo en la reducción de la impulsividad/agresividad⁴⁷.

Fluoxetina

- 1+ La combinación de fluoxetina y TDC no es superior a la combinación de placebo y TDC en el tratamiento de impulsividad/agresividad²⁸⁰.

- 1+ La fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de la impulsividad²⁸¹.

Fenelzina

- 1+ La fenelzina es superior al placebo en el tratamiento de la impulsividad. La fenelzina es inferior al placebo en el tratamiento de la impulsividad²⁸².

- 1+ La fenelzina no se mostró superior al placebo ni al haloperidol en el tratamiento de los síntomas de impulsividad²⁹⁴.

La evidencia sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad en los pacientes con TLP es discordante. Un único estudio, con una muestra de 90 pacientes, evidencia eficacia de la amitriptilina frente al placebo en el tratamiento de estos síntomas²⁷⁸. En relación a la fluvoxamina, la evidencia se respalda también en un único estudio pero no se observa que este fármaco sea superior al placebo⁴⁷. Los dos estudios que tratan la

eficacia de la fluoxetina aportan datos que son inconsistentes^{280,281}. Mientras en uno no se observa que la combinación de fluoxetina y TDC sea superior a la combinación de placebo y TDC²⁸⁰; en otro, con un tamaño muestral de tan sólo 25 pacientes, la fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas²⁸¹. En relación a la fenelzina, los datos tampoco son consistentes. En concreto, hay dos estudios que tratan la eficacia de este fármaco^{282,294}. Mientras en uno la fenelzina se muestra superior al placebo pero inferior al haloperidol²⁸², en otro no se observa que la fenelzina sea superior ni al placebo ni al haloperidol²⁹⁴. Cabe señalar que la muestra de pacientes incluida en ambos estudios fue de 72 y 54, respectivamente.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de fármacos antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad del paciente con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de los síntomas de inestabilidad de las relaciones interpersonales?

Resumen de la descripción de la evidencia

En los estudios analizados no se contempla esta variable de resultado.

Recomendaciones

No hay evidencia para recomendar el uso de fármacos antidepresivos en el tratamiento de inestabilidad de las relaciones interpersonales.

- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de los síntomas de conductas autolíticas y autolesivas?

Resumen de la descripción de la evidencia

Fluoxetina

1+

La fluoxetina en combinación con TDC no es superior a la combinación de placebo y TDC en el control de las conductas autolíticas²⁸⁰.

La evidencia científica sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de conductas autolíticas en las personas que sufren TLP se sustenta en un único artículo, con un tamaño muestral de tan sólo 25 pacientes, en el que se observa que la combinación de fluoxetina y TDC no es superior a la combinación de placebo y TDC en el control de las conductas autolíticas²⁸⁰.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de fármacos antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de conductas autolíticas de las personas con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales?

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina

- 1+ La amitriptilina no es superior al placebo en la reducción de síntomas cognitivos²⁷⁸.

Fluoxetina

- 1+ La fluoxetina en combinación con TDC no es superior a la combinación de placebo y TDC en la reducción de síntomas cognitivos²⁸⁰.

Fenelzina

- 1+ La fenelzina no es superior al placebo en la reducción de síntomas cognitivos perceptuales. La fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales²⁸².
- 1+ La fenelzina no es superior al placebo ni al haloperidol en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales²⁹⁴.

La eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales en las personas que sufren TLP se sustenta en cuatro estudios^{278,280,282,294}. En general, los antidepresivos no parecen más eficaces que el placebo, la combinación de placebo y TDC, o el haloperidol. Sólo un estudio, con una muestra total de 72 pacientes, muestra evidencia de eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales presentes en el TLP²⁸². En concreto, este estudio muestra evidencia de que la fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento de tales síntomas.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de fármacos antidepresivos en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos en el funcionamiento global?

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina

- 1+ La amitriptilina no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global²⁸².

Fluoxetina

- 1+ La fluoxetina en combinación con TDC no es superior a la combinación de placebo y fluoxetina en el tratamiento del funcionamiento global²⁸⁰.

- 1+ La fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global²⁸¹.

Fenelzina

- 1+ La fenelzina no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global. La fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento del funcionamiento global²⁸².

- 1+ La fenelzina no es superior al placebo o al haloperidol en el tratamiento del funcionamiento global²⁹⁴.

La evidencia científica sobre la eficacia de los antidepresivos en el funcionamiento global de las personas que sufren TLP se respalda en cinco estudios^{278,280,281,294}. La mayoría de éstos muestran resultados consistentes y no destacan que los antidepresivos sean superiores a otro agente farmacológico o psicoterapéutico en la mejora del funcionamiento global de los pacientes con TLP. Sin embargo, en uno de los estudios, con una muestra de tan sólo 27 pacientes, se destaca la superioridad de la fluoxetina frente al placebo²⁸¹ y en otro, con una muestra de 72 pacientes, sobre el haloperidol²⁸². Cabe señalar que en este último estudio la fenelzina, sin embargo, no se muestra superior al placebo.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos para el tratamiento del funcionamiento global de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la seguridad de los antidepresivos en el tratamiento de las personas que sufren TLP?

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina

- 1+ La tasa de cumplimiento fue del 83%, sin diferencias entre los distintos grupos de tratamiento. No se informa de efectos secundarios²⁷⁸.

Fluvoxamina

- 1+ Se observaron más abandonos del estudio en el grupo de pacientes tratados con fluvoxamina. El efecto adverso más significativo fue el de molestias gástricas (náuseas)⁴⁷.

Fluoxetina

- 1+ La tasa de abandono fue del 25% en el grupo experimental y del 15% en el grupo placebo. Las causas de abandono están directamente relacionadas con el estudio aunque no con los efectos secundarios. No se informó de efectos secundarios²⁸⁰.

- 1+ La tasa de abandono es del 19% y no se aporta información sobre si existe relación entre el abandono del estudio y el fármaco. No se informa de efectos secundarios²⁸¹.

Fenelzina

- 1+ En este estudio se informa de una tasa de abandono cercana al 30%, cuyas causas se relacionan con efectos secundarios, empeoramientos u otros no relacionados con el estudio. Sin embargo, no se especifica a qué grupo pertenece cada uno de los abandonos, ni cuáles fueron los efectos secundarios²⁸².

- 1+ Se observaron más tasas de abandono en el grupo de pacientes tratados con haloperidol y menor en el grupo en tratamiento con fenelzina o placebo. No se informaron efectos adversos²⁹⁴.

En relación con la seguridad de los antidepresivos en el tratamiento del TLP, se observa altas tasas de abandono, superiores al 20%, ligadas al uso de la fluoxetina^{280,281} y la fenelzina^{282,294}. Las tasas de abandono relacionadas con la amitriptilina²⁷⁸ y la fluvoxamina⁴⁷ son bajas, inferiores al 20%. Sólo se señalan efectos secundarios relacionados con el uso de la fluvoxamina⁴⁷.

Aunque la mayoría de estudios analizados no tratan como variable de resultado la presencia de efectos secundarios, el grupo de trabajo de la guía ha considerado relevante reflexionar sobre los mismos. En relación a la amitriptilina y la fenelzina es importante tener en cuenta su perfil de toxicidad en caso de sobredosificación, lo que desaconsejaría su uso en el tratamiento de pacientes con TLP.

Recomendaciones

- | | |
|---|---|
| ✓ | En el caso de usar un fármaco antidepresivo en el tratamiento del TLP, se recomienda monitorizar el estado de salud general del paciente así como vigilar la aparición de posibles efectos secundarios propios de cada fármaco. |
| ✓ | Se desaconseja el uso de amitriptilina en el tratamiento de pacientes con TLP por su toxicidad en caso de sobredosificación. |

6.4. Antipsicóticos

6.4.1. Introducción

Tradicionalmente se han considerado dos grandes grupos de antipsicóticos: típicos o de primera generación y atípicos o de segunda generación. Actualmente esta clasificación ha sido cuestionada, entre otras razones, porque el grupo de antipsicóticos atípicos es muy heterogéneo con mecanismos de acción y efectos adversos muy diferentes²⁹⁵.

Todos los fármacos antipsicóticos tienen la indicación para el tratamiento de la esquizofrenia y muchos de los atípicos también para la manía y la profilaxis del trastorno bipolar. Los antipsicóticos de primera generación tienen además la indicación para psicosis, agitación psicomotriz, conducta impulsiva violenta o peligrosa y tratamiento de la ansiedad severa a corto plazo. Los síntomas cognitivos perceptuales de los pacientes con TLP pueden ser debidos, al igual que los cuadros psicóticos del eje I, a alteraciones del sistema dopaminérgico. Estas similitudes justifican a priori el uso de estos fármacos en el tratamiento de pacientes con TLP.

Estos fármacos, sin embargo, se han asociado a numerosos efectos adversos. Los antipsicóticos de primera generación destacan por el elevado riesgo de efectos extrapiramidales e hiperprolactinemia y los de segunda generación por el aumento de peso y síndrome metabólico.

Los antipsicóticos para los que se ha encontrado evidencia científica son:

- Haloperidol
- Olanzapina
- Aripiprazol
- Ziprasidona
- Tiotixeno
- Flupentixol
- Clorpromacina

En la tabla 17 de la versión completa de la guía⁵, se exponen las características de los estudios sobre antipsicóticos considerados en la elaboración de estos apartados

diferenciando si proceden de la revisión bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)⁴ o el grupo de trabajo de la guía (véase página 184).

6.4.1.1. Haloperidol

El haloperidol es un antipsicótico de primera generación que se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, la manía, el tratamiento de la agitación psicomotora, excitación y conducta violenta o peligrosamente impulsiva. Su mecanismo de acción es principalmente por antagonismo dopaminérgico. Además de las precauciones generales relacionadas con la utilización de antipsicóticos como los efectos sedantes e hipotensores, como efectos adversos específicos se deben considerar los síntomas extrapiramidales, en particular las reacciones de distonía y acatisia y las reacciones de pigmentación y fotosensibilidad.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa los ECA de Soloff^{278,282}. El primero compara haloperidol con amitriptilina y placebo y el segundo haloperidol con fenelzina y placebo y les asigna un nivel de evidencia 1+.

En el trabajo de Soloff²⁷⁸ se comunican los resultados finales de un estudio de 4 años de duración de amitriptilina y haloperidol en 90 pacientes hospitalizados sintomáticos con TLP. Los ensayos de medicación de este estudio fueron doble ciego y controlados con placebo, con una duración de 5 semanas.

En el artículo de Soloff²⁸² se explica que el objetivo del ECA llevado a cabo por el autor es comparar la eficacia de un neuroléptico (haloperidol) con un antidepresivo inhibidor de la monoaminoxidasa (fenelzina sulfato) en el tratamiento de los síntomas impulsivos-agresivos, cognitivos y afectivos de pacientes hospitalizados con TLP, para diferenciar patrones o subtipos de síntomas afectivos y esquizotípicos usando la respuesta a la medicación. Los autores utilizan un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Se admitieron consecutivamente 108 pacientes hospitalizados con TLP, definido según la Entrevista diagnóstica de Gunderson para pacientes con TLP²⁸³ y los criterios del DSM-III-R, y se asignaron aleatoriamente a fenelzina (n=38), haloperidol (n=36) y placebo (n=34).

La búsqueda sistemática de la AIAQS detectó de Cornelius²⁹⁴.

La revisión de Lieb²⁵⁰ incluye los estudios ya citados de Soloff^{278,282} y señala que el haloperidol se muestra más efectivo que el placebo en la reducción de la ira. No se observaron diferencias significativas entre el haloperidol y el placebo en la tasa de abandono del tratamiento.

6.4.1.2. Olanzapina

La olanzapina es un antipsicótico atípico químicamente similar a la clozapina, con afinidad moderada por receptores D4, D2 y 5-HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos. Se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia, la manía y el trastorno bipolar. Su uso es por vía oral en comprimidos o por disolución rápida, y por vía intramuscular²⁹⁶.

Los efectos adversos más frecuentes son: sedación, somnolencia, boca seca y acatisia. Destaca también el riesgo de síndrome metabólico con aumento del apetito y peso, hipercolesterolemia y diabetes. De forma transitoria puede elevar la prolactina y las enzimas hepáticas en las primeras semanas de tratamiento²⁹⁶.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa los estudios de Bogenschutz²⁹⁷, Eli Lilly²⁹⁸, Schulz²⁹⁹ y Zanarini³⁰⁰ en relación a la olanzapina en comparación con el placebo y les asigna un nivel de evidencia 1+.

Bogenschutz²⁹⁷ llevar a cabo un estudio, doble ciego y controlado con placebo, de olanzapina en el tratamiento del TLP. Cuarenta pacientes con TLP (25 mujeres y 15 varones) fueron asignados aleatoriamente de forma equitativa a olanzapina y placebo. Los diagnósticos se realizaron con la SCID-II^{84,91} y la *Mini-international neuropsychiatric interview* (M.I.N.I.)³⁰¹. Los pacientes se evaluaron a nivel basal y en las semanas 2, 4, 8 y 12 y la variable de resultado principal fue el cambio en la puntuación total de los nueve criterios de TLP de la escala CGI-BPD¹³⁴.

En el estudio del ECA llevado a cabo por Eli Lilly²⁹⁸, se explica que éste se trata de un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de 12 semanas de duración con un período de extensión abierta de 12 semanas (todos los pacientes recibieron olanzapina durante el período abierto). Según los autores, el objetivo principal fue evaluar la eficacia del tratamiento con olanzapina (2,5 y de 5 a 10 mg/día) en comparación con placebo en pacientes con TLP, definido por el DSM-IV-TR⁷³, en la mejora de la sintomatología global según la medición del cambio medio al final del período de evaluación respecto al nivel basal, conforme a un enfoque de última observación considerada (LOCF: *Last observation carried forward*), en la escala ZAN-BPD (*Zanarini rating scale for borderline personality disorder*)⁸⁷.

En el artículo del ECA realizado por Schulz²⁹⁹, se describe que el objetivo de este ensayo es evaluar el tratamiento con dosis variables de olanzapina en pacientes con TLP. Para ello, los autores llevaron a cabo un estudio aleatorizado, doble ciego y de 12 semanas de duración en los pacientes que recibieron olanzapina (2,5-20 mg/día; n=155) o placebo (n=159) (registro del ensayo: NCT00091650). La variable de resultado principal de la eficacia fue el cambio respecto al nivel basal en la escala ZAN-BPD⁸⁷ conforme a un método de última observación considerada.

Zanarini³⁰⁰ explica en su artículo que el objetivo de este estudio fue comparar la eficacia y seguridad de olanzapina frente a placebo en el tratamiento de mujeres que cumplían los criterios establecidos del TLP. Para ello, realizan un estudio doble ciego y controlado con placebo de olanzapina en 28 mujeres que cumplían los criterios de la SCID-II^{84,91} y los criterios del DSM-IV¹⁰ para el TLP. Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a olanzapina o placebo en una proporción 2:1. La duración del tratamiento fue de 6 meses. Los criterios principales de valoración fueron los cambios autonotificados en las escalas de ansiedad, paranoia, ira/hostilidad y sensibilidad interpersonal del SCL-90²⁵⁴.

El grupo de trabajo de la guía decide incluir los artículos ya revisados por la GPC del NICE (2009) de Soler²²⁷ y Zanarini³⁰² y a ambos les asigna un nivel de evidencia 1+.

En el artículo en el que se presentan los resultados del ECA llevado a cabo por Soler²²⁷ se señala que el objetivo de este estudio fue determinar la eficacia y seguridad de la TDC más olanzapina en comparación con la TDC más placebo en pacientes con TLP. Para ello, 60 pacientes con TLP se incluyeron en un estudio doble ciego, controlado con placebo y de 12 semanas de duración. Todos los pacientes recibieron TDC y fueron asignados aleatoriamente a recibir olanzapina o placebo tras un período basal de 1 mes.

En el artículo en el que se describen los resultados del ECA de Zanarini³⁰² se explica que este autor realizó un estudio aleatorizado y doble ciego sobre la eficacia de la fluoxetina y la olanzapina en mujeres que cumplían los criterios de la DIB-R³⁰³ y los criterios del DSM-IV para el TLP. La duración del tratamiento fue de 8 semanas. Las variables de resultado fueron las escalas puntuadas por el médico de evaluación de la depresión (*Montgomery-Asberg depression rating scale*)³⁰⁴ y la agresividad impulsiva (*Modified Overt aggression scale*)²⁵⁵.

Además, la búsqueda de la AIAQS identifica un nuevo ECA de Linehan³⁰⁵ que es un estudio combinado de olanzapina y TDC, al que se otorga un nivel de evidencia 1+.

En el artículo en el que se presentan los resultado del ECA de Linehan³⁰⁵ (2008), se explica que este estudio doble ciego investigó si la olanzapina aumenta la eficacia de la TDC en la reducción de la ira y la hostilidad en pacientes con TLP. Para ello, 24 mujeres con TLP (criterios del DSM-IV) y niveles elevados de irritabilidad e ira se sometieron a 6 meses de TDC. Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a recibir olanzapina a dosis bajas o placebo, y fueron evaluadas con medidas estandarizadas conforme a un diseño doble ciego.

Ante la discordancia en los resultados que muestran los diferentes ECA publicados sobre olanzapina en el TLP, se decidió realizar un nuevo metaanálisis por el grupo de trabajo de la guía. Dada la escasa concordancia en las medidas de eficacia utilizadas, se usó como variable de eficacia de la intervención la tasa de abandono al tratamiento farmacológico. Los estudios se analizaron en conjunto y en dos subgrupos según las intervenciones que se administraban a los participantes: olanzapina sola en comparación con placebo o bien olanzapina adyuvante a TDC en comparación con placebo y TDC. En ninguno de los dos subgrupos se observan diferencias significativas en el riesgo de abandono por cualquier causa, y el metaanálisis global, con un nivel de heterogeneidad moderado ($I^2=50\%$), es no significativo (DR=0; 95% CI -0,07 a 0,06). En el subgrupo de terapia sola con olanzapina se observa un alto grado de heterogeneidad ($I^2=69\%$) y una gran variabilidad en las tasas de abandono del grupo control (entre 35 y 89%). Sin embargo, en ninguno de los estudios se observan diferencias significativas. En el subgrupo de terapia combinada con TDC los resultados son homogéneos y no significativos (DR=-0,05; 95% CI -0,25 a 0,15), por lo que no hay evidencia de que la olanzapina mejore ni empeore la adherencia al tratamiento con TDC. Las tasas de

abandono en el grupo control son las mismas en los dos estudios (33%). No se observan diferencias entre los subgrupos en cuanto a la incidencia de abandonos ($p=0,64$).

6.4.1.3. Aripiprazol

Es un antipsicótico atípico que se utiliza principalmente en el tratamiento de la esquizofrenia aunque también ha demostrado su eficacia en el trastorno bipolar. Su mecanismo de acción es por agonismo parcial dopaminérgico. Además de las prevenciones generales en relación con el uso de los antipsicóticos atípicos, se deben extremar las precauciones en ancianos, la presencia de insuficiencia hepática y durante el embarazo. Como efectos adversos hay que considerar efectos extrapiramidales como acatisia y temblor, visión borrosa, náuseas, estreñimiento, insomnio, somnolencia y cefalea.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa el estudio de Nickel³⁰⁶ en relación al aripiprazol en comparación con el placebo y le asigna un nivel de evidencia 1+.

En el artículo en el que se presentan los resultados del ECA de Nickel³⁰⁶ se explica que 43 mujeres y 9 varones, que cumplían los criterios de la Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del DSM-III-R para el TLP, fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a aripiprazol 15 mg/día ($n=26$) o placebo ($n=26$) durante 8 semanas. Las variables de resultado principales fueron los cambios en las puntuaciones en el listado SCL-90-R²⁵⁴, la escala *Hamilton depression rating scale* (HDRS)³⁰⁷, la escala *Hamilton anxiety rating scale* (HARS)³⁰⁸ y el *State-trait anger expression inventory*³⁰⁹, y se valoraron semanalmente. Los efectos adversos y la autolesión se evaluaron con un cuestionario no validado.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un estudio de continuación de 18 meses de este mismo equipo investigador³¹⁰ al que se asignó un nivel de evidencia científica de 1+.

En el artículo en el que se describen los resultados del ECA de Nickel³¹⁰ se explica que para evaluar la eficacia a largo plazo de aripiprazol en la sintomatología múltiple del TLP, se realizó un seguimiento de 18 meses con pruebas bianuales con los mismos pacientes del ensayo anterior (tratados con 15 mg diarios de aripiprazol, $n=26$, 21 mujeres y cinco varones; grupo placebo anterior, $n=26$, 22 mujeres y cuatro varones).

En relación al aripiprazol, la RSEC de Lieb²⁵⁰ también basa sus conclusiones en el estudio de Nickel³⁰⁶. Concretamente, en la revisión se señala que el aripiprazol es más efectivo que el placebo en la reducción de la sintomatología patológica característica del TLP (ira, síntomas psicóticos, impulsividad y problemas interpersonales) y de la patología asociada a este trastorno (depresión, ansiedad y severidad general de la patología psiquiátrica asociada).

6.4.1.4. Ziprasidona

Es un antipsicótico atípico que se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia y en el tratamiento de los episodios de manía del trastorno bipolar. Además de tener en cuenta las precauciones propias de los antipsicóticos atípicos, se deben considerar riesgos cardíacos como bradicardia o alargamiento del intervalo QT.

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa el estudio de Pascual³¹¹ en relación a la ziprasidona en comparación con el placebo y le asigna un nivel de evidencia 1+.

En el artículo que recoge los resultados del ECA de Pascual³¹¹ se describe que el objetivo de este estudio doble ciego y controlado con placebo fue evaluar la eficacia y tolerabilidad de ziprasidona en el tratamiento de pacientes adultos con TLP. Para ello, 60 pacientes con TLP según el DSM-IV se incluyeron desde marzo de 2004 hasta abril de 2006 en un estudio doble ciego, controlado con placebo y de 12 semanas de duración. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a ziprasidona o placebo en una proporción 1:1 tras un período basal de 2 semanas. La escala CGI-BPD¹³⁴ fue la variable de resultado principal, y se incluyeron otras escalas y autoinformes relacionados con: afecto, conducta, psicosis, dominios de psicopatología general y seguridad clínica.

En relación a la ziprasidona, la RSEC de Lieb²⁵⁰ basa sus conclusiones en el estudio de Pascual³¹¹. Según Lieb²⁵⁰, no se observaron efectos significativos de la ziprasidona en ninguna de las variables de estudio consideradas.

6.4.1.5. Decaonato de flupentixol

En relación a este fármaco, en la GPC del NICE (2009)⁴ no se identifica ningún artículo.

En la RSEC de Lieb²⁵⁰ se identifica el estudio de Montgomery³¹² en el programa de un congreso y se concluye que el decaonato de flupentixol es superior al placebo en la reducción de conductas suicidas. No se observaron diferencias significativas entre el decaonato de flupentixol y el placebo en la tasa de abandono del tratamiento.

El grupo de trabajo de la guía, al no conseguir acceder al texto completo del estudio y al hecho de que se trata de un único estudio poco reciente que contempla la eficacia de un fármaco no estudiado posteriormente, decide no incluirlo en su revisión.

6.4.1.6. Tiotixeno

En relación con este fármaco, sólo se identifica un ECA en la RSEC de Lieb²⁵⁰. Concretamente, se identifica el estudio de Goldber³¹³. Este estudio es un ECA de 12 semanas de duración y llevado a cabo en un contexto ambulatorio. Participaron un total de 50 pacientes (29 mujeres) con una media de edad de 32 años. 17 de los pacientes tenían diagnóstico de TLP, 13 de trastorno esquizotípico de la personalidad y el resto tenía ambos diagnósticos. Como variables de resultado se consideran los abandonos del tratamiento, síntomas cognitivos perceptuales,

depresión, ansiedad y funcionamiento global. En el estudio el tiotixeno se mostró superior al placebo en la reducción de los síntomas cognitivos perceptuales y los niveles de ansiedad. Sin embargo, Lieb²⁵⁰ concluye que el tiotixeno no es superior al placebo en ninguna de las variables de resultado consideradas. No se observaron diferencias significativas entre el tiotixeno y el placebo en la tasa de abandono del tratamiento.

El grupo de trabajo de la guía decide no incluir este artículo en su revisión debido a su baja calidad metodológica y al hecho de que se trata de un único estudio poco reciente que contempla la eficacia de un fármaco no estudiado posteriormente.

6.4.1.7. Clorpromazina

En relación a este fármaco, sólo se identifica un ECA en la RSEC de Lieb²⁵⁰. Concretamente, se identifica el estudio de Leone³¹⁴ en el que se compara la eficacia de la clorpromazina frente a la loxapina. Es un ensayo aleatorizado y con doble ciego con una duración de 6 semanas y llevado a cabo en un contexto ambulatorio. Se trata del seguimiento de 80 pacientes (48 mujeres) con TLP y una media de edad de 31 años. Como variables de resultado Leone³¹⁴ considera la presencia de efectos adversos, los abandonos del tratamiento y el funcionamiento global y mental. La revisión de Lieb²⁵⁰ concluye que no hay diferencias entre la clorpromazina y la loxapina en las tasas de abandono del tratamiento y tampoco en la prevalencia de los efectos adversos considerados: somnolencia, agitación, espasmos musculares y síncope. Según Binks²¹⁷ no hay otras variables de resultado cuyos datos puedan ser utilizables.

El grupo de trabajo de la guía decide no incluir este artículo en su revisión debido a su baja calidad metodológica y al hecho de que se trata de un único estudio poco reciente que contempla la eficacia de un fármaco no estudiado posteriormente.

6.4.2. Comentario general sobre los fármacos antipsicóticos

Únicamente existen dos ECA de calidad 1+ ya antiguos (1989, 1993) que analizan la eficacia de los antipsicóticos típicos concretamente haloperidol. Concluyen que no existen evidencias de su eficacia en el tratamiento de mantenimiento en pacientes ambulatorios y destacan además la mala tolerancia y la alta tasa de abandono.

En cuanto a los antipsicóticos atípicos, en los últimos años han aparecido varios ECA con resultados contradictorios. Destaca especialmente olanzapina con varios ECA que muestran parcialmente su eficacia en síntomas afectivos, hostilidad y alteraciones cognitivas. Sin embargo, los resultados son en ocasiones divergentes y no hay una evidencia robusta. En un MA realizado por el grupo de trabajo de la guía, se concluyó que no se objetiva un beneficio del uso de olanzapina en pacientes con TLP en la tasa de abandono. Además, cabe señalar el efecto adverso significativo de aumento de peso con una media de 3 kg. Por otra parte, existe un ECA con aripiprazol que señala su elevada eficacia en síntomas afectivos, irritabilidad y funcionamiento global. Sin embargo, es un único estudio y existen algunas dudas sobre la financiación del grupo investigador señalado en la GPC del NICE (2009)⁴.

Asimismo, existe un ECA con ziprasidona que indica la ausencia de eficacia de este fármaco en el TLP. Finalmente, existen tres ECA en los que se trata la eficacia del decaonato, del flupentixol, el tiotixeno y la clorpromazina, respectivamente. Como ya se ha señalado, el grupo de trabajo de la guía decide no incluir estos estudios en su revisión debido a su baja calidad metodológica y al hecho de que se trata de tres estudios que no han sido replicados posteriormente.

6.4.3. Eficacia de los antipsicóticos según variables de resultado

En la Tabla 18 de la versión completa de la guía⁵ se resume la evidencia científica sobre antipsicóticos según estudio y variables de resultado (véase página 198).

- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional?

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol

- | | |
|----|---|
| 1+ | El haloperidol es superior al placebo en el tratamiento de síntomas depresivos ²⁷⁸ . El haloperidol es superior a la amitriptilina en el tratamiento de síntomas depresivos ²⁷⁸ . |
| 1+ | El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de síntomas depresivos ²⁹⁴ . |
| 1+ | El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de síntomas depresivos ²⁹⁴ . |

Olanzapina

- | | |
|----|--|
| 1+ | La olanzapina es más eficaz que el placebo en síntomas de ansiedad ³⁰⁰ . |
| 1+ | La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento de síntomas de la inestabilidad emocional. La olanzapina a dosis bajas no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional ²⁹⁸ . |
| 1+ | La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de síntomas depresivos ²⁹⁹ . |
| 1+ | La olanzapina en combinación con TDC grupal es más eficaz que la misma psicoterapia en combinación con placebo en la sintomatología depresiva y ansiosa ²²⁷ . |
| 1+ | La olanzapina es superior a la fluoxetina y a la combinación de la olanzapina y fluoxetina en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional. La combinación de olanzapina y fluoxetina es superior a la fluoxetina en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional ³⁰² . |

Aripiprazol

- | | |
|----|--|
| 1+ | El aripiprazol es superior al placebo en la reducción de síntomas afectivos e irritabilidad ³⁰⁶ . |
|----|--|

1+

El aripiprazol es superior al placebo en la reducción de síntomas afectivos e irritabilidad³¹⁰.

Ziprasidona

1+

La ziprasidona no es superior al placebo en la clínica afectiva o ansiosa³¹¹.

La evidencia científica sobre los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional en el TLP se sustenta en diez ECA. La evidencia sobre el haloperidol se sustenta en tres ECA con resultados no consistentes^{278,282,294}. Uno de los estudios, con una muestra de 90 pacientes, señala que el haloperidol es superior al placebo y la amitriptilina²⁷⁸. Sin embargo, en los otros dos ECA, con una muestra total de 152 pacientes, el haloperidol es inferior al placebo en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional^{282,294}.

La evidencia sobre la olanzapina no es consistente en señalar la superioridad de este fármaco frente a placebo. Concretamente, hay cinco estudios sobre la olanzapina en que se trata como variable de resultado la inestabilidad emocional^{227,298-300,302}. En el estudio de Zanarini³⁰⁰ la olanzapina se muestra más eficaz que placebo; en el de Eli Lilly²⁹⁸ también se muestra más eficaz pero tan sólo a dosis altas; en el de Schulz²⁹⁹ la olanzapina no se muestra superior a placebo; y en el de Soler²²⁷ se muestra superior a placebo combinada con TDC grupal. Finalmente, un único estudio con una muestra de 45 pacientes con TLP señala que la olanzapina es superior a la fluoxetina y la combinación de olanzapina y fluoxetina, y que la combinación de olanzapina y fluoxetina es superior a la fluoxetina³⁰².

Además, cabe señalar que la mayoría de estudios se centran mayoritariamente en mujeres con TLP moderado y tratadas en contexto ambulatorio. Por ello, no puede efectuarse una recomendación a favor del uso de la olanzapina en el tratamiento de la inestabilidad emocional de pacientes con TLP.

En relación al aripiprazol un único ECA, con una muestra de 52 pacientes, señala que este fármaco es superior a placebo en el tratamiento de la inestabilidad emocional y que, además, estos efectos se mantienen a lo largo del tiempo (18 meses de seguimiento)^{306,310}. A pesar de la evidencia a favor del uso del aripiprazol en el tratamiento de la inestabilidad emocional del TLP, cabe señalar que esta evidencia se respalda en un único estudio con un tamaño muestral reducido y que incluye principalmente mujeres con TLP moderado. No existe suficiente evidencia para elaborar una recomendación a favor del uso del aripiprazol en el tratamiento de la inestabilidad emocional del TLP.

En el único ensayo detectado sobre la ziprasidona no se observa que este fármaco sea superior al placebo³¹¹.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos para el tratamiento de la inestabilidad emocional del TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad?

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol

- | | |
|----|---|
| 1+ | El haloperidol es superior al placebo en el tratamiento de la hostilidad y las conductas impulsivas. El haloperidol es superior a la amitriptilina en el tratamiento de la hostilidad y las conductas impulsivas ²⁷⁸ . |
| 1+ | El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de la hostilidad ²⁸² . |
| 1+ | El haloperidol es superior al placebo en el tratamiento de las conductas impulsivas ²⁹⁴ . |

Olanzapina

- | | |
|----|---|
| 1+ | La olanzapina es superior al placebo en el tratamiento de síntomas de ira y hostilidad ³⁰⁰ . |
| 1+ | La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas impulsividad/ira. La olanzapina a dosis bajas no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/ira ²⁹⁸ . |
| 1+ | La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de síntomas de ira y hostilidad ²⁹⁹ . |
| 1+ | La olanzapina en combinación con la TDC grupal es más eficaz que la combinación de placebo con TDC grupal en el tratamiento de síntomas como la impulsividad o la agresividad ²²⁷ . |
| 1+ | La olanzapina o la combinación de olanzapina y fluoxetina son superiores a la fluoxetina en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/ira. La olanzapina no es superior a la combinación de olanzapina y fluoxetina en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/ira ³⁰² . |
| 1+ | La olanzapina es superior al placebo en cuanto a la rapidez en la reducción de la irritabilidad ³⁰⁵ . |

Aripiprazol

- | | |
|----|--|
| 1+ | El aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad ³⁰⁶ . |
| 1+ | El aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad ³¹⁰ . |

Ziprasidona

- | | |
|----|---|
| 1+ | La ziprasidona no es superior al placebo en el tratamiento de la clínica impulsiva ³¹¹ . |
|----|---|

La evidencia científica sobre los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad en el TLP se sustenta en 11 ECA. En tres de los estudios se trata la eficacia del haloperidol^{278,282,294}. Mientras en dos de ellos se señala que el haloperidol es superior al placebo con una muestra total de 134 pacientes^{278,294,315}, y en uno de éstos se destaca que además es superior a la amitriptilina²⁷⁸, en el tercer

estudio el haloperidol no es superior al placebo²⁸². Estos datos se respaldan en una muestra con un total de 108 pacientes.

La eficacia de la olanzapina frente al placebo se trata en seis ECA^{227,298-300,302,305}. En el estudio de Zanarini³⁰⁰ la olanzapina se muestra superior al placebo en síntomas de ira y hostilidad, en el estudio de Eli Lilly²⁹⁸ la olanzapina se muestra superior al placebo en síntomas de impulsividad/ira tan sólo a dosis altas, en el estudio de Schulz²⁹⁹ la olanzapina no se muestra superior al placebo en ira y hostilidad, en el estudio de Soler²²⁷ la olanzapina en combinación con TDC se muestra más eficaz que el placebo en impulsividad o agresividad, en el estudio de Linehan³⁰⁵ la olanzapina en combinación con TDC se muestra superior al placebo en cuanto a la rapidez en la reducción de irritabilidad.

En el estudio restante se trata la eficacia de la olanzapina o la combinación de olanzapina y fluoxetina. Se observa que la olanzapina o la combinación de olanzapina y fluoxetina es superior a la fluoxetina y que la olanzapina no es superior a la combinación de olanzapina y fluoxetina³⁰².

No existe suficiente evidencia a favor del uso de la olanzapina en el tratamiento de la impulsividad del TLP. Además, cabe señalar que la mayoría de estudios que la sustentan se centran mayoritariamente en mujeres con TLP moderado y tratadas en contexto ambulatorio. Por ello, no se puede hacer una recomendación a favor del uso de la olanzapina en el tratamiento de la impulsividad en pacientes con TLP.

Un ensayo, con una muestra total de 52 pacientes y con seguimiento temporal, trata la eficacia del aripiprazol y concluye que el aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad del TLP^{306,310}. A pesar de la evidencia a favor del uso del aripiprazol en el tratamiento de la impulsividad del TLP, cabe señalar que esta evidencia se respalda en un único estudio con un tamaño muestral reducido y que incluye voluntarios sintomáticos principalmente mujeres con TLP moderado. No existe suficiente evidencia para elaborar una recomendación a favor del uso del aripiprazol en el tratamiento de la impulsividad del TLP.

Sólo un ECA trata la eficacia de la ziprasidona³¹¹. En éste, la ziprasidona no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos para el tratamiento de la impulsividad y la agresividad en el TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas de inestabilidad de las relaciones interpersonales?

Resumen de la descripción de la evidencia

Olanzapina

- | | |
|----|---|
| 1+ | La olanzapina es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales ³⁰⁰ . |
| 1+ | La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales. La olanzapina a dosis bajas no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales, pero ofrece una respuesta más rápida que éste ²⁹⁸ . |
| 1+ | La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de la inestabilidad de las relaciones interpersonales ²⁹⁹ . |

La evidencia de los antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales en los pacientes con TLP se sustenta en tres ECA²⁹⁸⁻³⁰⁰. Los resultados obtenidos, una muestra total de 793 pacientes, no son consistentes.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad en las relaciones interpersonales.

- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos para el control de las conductas autolíticas y autolesivas?

Resumen de la descripción de la evidencia

Olanzapina

- | | |
|----|--|
| 1+ | La olanzapina a dosis altas o bajas es superior al placebo en el tratamiento de las conductas autolíticas ²⁹⁸ . |
| 1+ | La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de las conductas autolíticas ²²⁷ . |
| 1+ | La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de las conductas autolesivas ³⁰⁵ . |

Aripiprazol

- | | |
|----|--|
| 1+ | El aripiprazol no es superior al placebo en el tratamiento de la conducta suicida ³⁰⁶ . |
| 1+ | El aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de la conducta suicida ³¹⁰ . |

Ziprasidona

- | | |
|----|--|
| 1+ | La ziprasidona no es superior al placebo en el tratamiento de la conducta suicida ³¹¹ . |
|----|--|

La eficacia sobre los antipsicóticos en el control de las conductas autolíticas y autolesivas en las personas con TLP se sustenta en cinco ECA. En uno de los estudios la olanzapina a dosis altas o bajas se muestra superior al placebo²⁹⁸, mientras la combinación de olanzapina y TDC se muestra igual de eficaz que la combinación de placebo y TDC²²⁷. En el estudio en que se trata la eficacia del aripiprazol no se obtienen datos consistentes en los dos momentos de seguimiento de la muestra^{306,310}. Mientras a largo plazo el aripiprazol es superior al placebo³¹⁰, a corto plazo no parece haber diferencias entre el aripiprazol y el placebo³⁰⁶. En el artículo en que se habla de la eficacia de la ziprasidona³¹¹ no se observa que este fármaco sea superior al placebo.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los antipsicóticos en el tratamiento de las conductas autolíticas.

- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales?

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol

- | | |
|----|--|
| 1+ | El haloperidol es superior al placebo en síntomas cognitivos perceptuales. El haloperidol no es superior a la amitriptilina en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales ²⁷⁸ . |
| 1+ | El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales ²⁸² . |
| 1+ | El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales ²⁹⁴ . |

Olanzapina

- | | |
|----|--|
| 1+ | La olanzapina es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales ³⁰⁰ . |
| 1+ | La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales. La olanzapina a dosis bajas no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales ²⁹⁸ . |
| 1+ | La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales, pero ofrece una respuesta más rápida ²⁹⁹ . |
| 1+ | La olanzapina en combinación con TDC grupal no es más efectiva que la combinación de placebo más TDC grupal en el tratamiento de síntomas cognitivos perceptuales ²²⁷ . |

Aripiprazol

- 1+ El aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales³⁰⁶.

Ziprasidona

- 1+ La ziprasidona no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales³¹¹.

La evidencia sobre la eficacia de los antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales en las personas con TLP se sustenta en nueve ECA. En tres se trata la eficacia del haloperidol^{278,282,294}. En uno de ellos se señala que el haloperidol es superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas pero no es superior a la amitriptilina²⁷⁸. En el resto de ensayos, no se observa que el haloperidol sea superior al placebo^{282,294}. En cuatro de ellos se estudia la eficacia de la olanzapina y se advierte que la olanzapina es superior o más rápida que el placebo en el tratamiento de estos síntomas^{227,298-300}. En uno de los ECA, se trata la eficacia del aripiprazol frente al placebo y se observa que el aripiprazol es superior a éste en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales³⁰⁶. En el ECA restante se señala la eficacia de la ziprasidona en el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales³¹¹. La ziprasidona no se muestra superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antipsicóticos en el tratamiento de síntomas cognitivo perceptuales.

- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos en el funcionamiento global?

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol

- 1+ El haloperidol es más efectivo que el placebo en el tratamiento del funcionamiento global. El haloperidol no es superior a la amitriptilina en el tratamiento del funcionamiento global²⁷⁸.
- 1+ El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global²⁸².
- 1+ El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global²⁹⁴.

Olanzapina

- 1+ La olanzapina es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global²⁹⁷.
- 1+ La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global²⁹⁸.

1+	La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global ²⁹⁹ .
1+	La olanzapina en combinación con TDC grupal no es superior a la combinación de placebo con TDC grupal en el tratamiento del funcionamiento global ²²⁷ .

La eficacia de los antipsicóticos en el funcionamiento global de las personas que sufren TLP se sustenta en siete estudios. Tres de ellos, tratan la eficacia del haloperidol en el tratamiento de estos síntomas^{278,282,294}. Concretamente, sólo uno de los estudios señala que el haloperidol sea superior al placebo aunque en el mismo el haloperidol no parece ser superior a la amitriptilina²⁷⁸. En el resto, el haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas^{282,294}. En cuatro ensayos se trata la eficacia de la olanzapina^{227,297-299}. Los datos que se obtienen son inconsistentes puesto que mientras dos ensayos aportan evidencia sobre la superioridad de la olanzapina frente al placebo^{297,298}, en los otros dos no se observa que la olanzapina o la combinación de olanzapina y TDC sea superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global^{227,299}.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de fármacos antipsicóticos en el tratamiento del funcionamiento global de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la seguridad de los antipsicóticos en el tratamiento de las personas que sufren el TLP?

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol	
1+	La tasa de abandono fue muy baja pero hay que tener en cuenta que se trataba de pacientes ingresados ²⁷⁸ .
1+	Destaca una alta tasa de abandono con haloperidol ²⁸² . En un estudio de seguimiento posterior a 16 semanas ²⁹⁴ se confirma la alta tasa de abandono por mala tolerancia.
1+	El haloperidol se asocia a una tasa de abandono superior a la del placebo (64% frente a 28%). Se observan efectos secundarios como, por ejemplo, la depresión atípica, la hiperinsomnia y el abatimiento ²⁹⁴ .
Olanzapina	
1+	La olanzapina se asoció una alta tasa de abandono y a un aumento de peso (2 kg de media) ³⁰⁰ .
1+	La olanzapina se asoció a una tasa de abandono del 20%. Señala un aumento de peso significativo con olanzapina ²⁹⁷ .
1+	La olanzapina se asoció a un aumento de apetito, somnolencia, incremento de peso y fatiga ²⁹⁸ .

1+	La olanzapina se asoció a una tasa de abandono cercana al 30% de los pacientes, pero sin diferencias significativas con las tasas de abandono del grupo placebo, y a un aumento de peso de 2,86 kg de media ²⁹⁹ .
1+	La olanzapina se asoció a una tasa de abandono cercana al 30% de los pacientes, pero sin diferencias significativas con las tasas de abandono del grupo placebo, y se señala una asociación entre olanzapina y aumento de peso con un aumento medio de 2,74 kg ²²⁷ .
1+	Hay dificultades para establecer cuál fue la tasa de abandono asociada a la olanzapina. La olanzapina se asocia a un aumento de peso ³⁰⁵ .
Aripiprazol	
1+	El aripiprazol se asocia a bajas tasas de abandono y no se observan efectos secundarios ³⁰⁶ .
1+	El aripiprazol se asocia a bajas tasas de abandono y no se observan efectos secundarios ³¹⁰ .
Ziprasidona	
1+	La ziprasidona se asocia a una tasa de abandono superior al 50% y a la presencia de efectos secundarios como la sedación y mareos ³¹¹ .

En relación con la evidencia científica sobre la seguridad de los antipsicóticos en el tratamiento de las personas con TLP, las tasas de abandono más altas se asocian al uso de haloperidol^{278,282,294} y olanzapina^{227,297,299,300}. En relación a los efectos secundarios del haloperidol, un estudio señala la presencia de depresión atípica, insomnio y abatimiento²⁹⁴. El efecto secundario más común asociado al uso de la olanzapina es el incremento de peso^{227,297-300,302}. En relación al resto de fármacos, sólo se observan resultados adversos asociados al uso de la ziprasidona³¹¹, concretamente, sedación y mareos.

Recomendaciones

√	En el caso de usar un fármaco antipsicótico en el tratamiento del TLP se recomienda monitorizar el estado de salud general del paciente así como vigilar la aparición de posibles efectos secundarios propios de cada fármaco, tanto extrapiramidales como especialmente el riesgo metabólico y el aumento de peso.
---	---

6.5. Otros

6.5.1. Ansiolíticos

En la práctica clínica, la prescripción de benzodiazepinas en pacientes con TLP es muy frecuente. Es recomendable evitar su uso por el riesgo de abuso y de dependencia que presentan estos pacientes.

Recomendaciones

√	Se recomienda evitar el uso de benzodiazepinas, en especial aquellas de vida media corta, como tratamiento de mantenimiento por el riesgo de abuso y dependencia.
---	---

6.5.2. Ácidos grasos

6.5.2.1. Introducción

El ácido eicosapentaenoico (EPA) y el ácido docosahexaenoico (DHA) tienen importantes funciones biológicas en el sistema nervioso central, que son esenciales para mantener la composición de la membrana celular y la actividad neuronal normal derivada. Asimismo, se ha señalado una presencia reducida de estos ácidos en las membranas de los glóbulos rojos de personas con distintos trastornos psiquiátricos, y esto condujo a la teoría de que los suplementos de los ácidos grasos omega 3 podrían ser beneficiosos en la restauración de la salud mental.

Los ácidos grasos omega 3 han sido usados con efecto positivo en personas con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar a pesar de que hay pocos ECA de alta calidad³¹⁶. Diferentes ECA se han llevado a cabo con personas con esquizofrenia con resultados divergentes^{317,318}. Los ácidos grasos omega 3 podrían tener efectos moduladores en la agresión y la impulsividad³¹⁹.

En la Tabla 19 de la versión completa de la guía⁵, se muestran los ECA identificados por la búsqueda bibliográfica llevada a cabo en la elaboración de la GPC del NICE (2009)⁴. La búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía no identifica nuevos ensayos y, por ello, no aparecen destacados en la tabla (véase página 210).

6.5.2.2. Comentarios sobre los ácidos grasos omega 3

A pesar de que se ha encontrado cierta evidencia a favor de la eficacia de los ácidos grasos en el tratamiento del TLP, hay que tener en cuenta ciertos factores que dificultarían la interpretación de los resultados. Entre estos factores destacarían el tamaño reducido de las muestras de los estudios así como la heterogeneidad de las muestras e intervenciones incluidas.

6.5.2.3. Eficacia de los ácidos grasos según variables de resultados

En la Tabla 20 de la versión completa de la guía⁵ se resume la evidencia científica sobre ácidos grasos según estudio y variables de resultado analizadas (ver página 211).

- ¿Cuál es la eficacia de los ácidos grasos omega 3 en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional?

Resumen de la descripción de la evidencia

Ácidos grasos

- | | |
|----|---|
| 1+ | Los ácidos grasos son superiores al placebo en la reducción de los síntomas depresivos ³²⁰ . |
| 1+ | Los ácidos grasos son superiores al placebo en la reducción de los síntomas depresivos ⁴⁶ . |

La evidencia científica de los ácidos grasos frente al placebo en el tratamiento del TLP se sustenta en dos estudios^{46,320}. En ambos, lo que supone una muestra total de 79 pacientes, los ácidos grasos son superiores al placebo en el tratamiento de la inestabilidad emocional. Sin embargo, las limitaciones respecto a la heterogeneidad de las muestras e intervenciones de los estudios no permiten recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de la inestabilidad emocional de los pacientes con TLP.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de la inestabilidad emocional de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los ácidos grasos omega 3 en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad?

Resumen de la descripción de la evidencia

Ácidos grasos

- | | |
|----|--|
| 1+ | Los ácidos grasos no son superiores al placebo en el tratamiento de la impulsividad ³²⁰ . |
| 1+ | Los ácidos grasos son superiores al placebo en el tratamiento de la impulsividad ⁴⁶ . |

Sólo uno⁴⁶ de los dos estudios analizados^{46,320} apoya la superioridad de los ácidos grasos frente al placebo en el tratamiento de la impulsividad.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de la inestabilidad emocional de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los ácidos grasos omega 3 en el control de las conductas autolíticas y autolesivas?

Resumen de la descripción de la evidencia

Ácidos grasos

- | | |
|----|--|
| 1+ | Los ácidos grasos no son superiores al placebo en la reducción de episodios de autolesión ³²⁰ . |
| 1+ | Los ácidos grasos no son superiores al placebo en la reducción de conductas autolíticas ⁴⁶ . |

En relación con las conductas autolíticas los ácidos grasos parecen ser igual de eficaces que el placebo^{46,320}.

Recomendaciones

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de las conductas autolíticas de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los ácidos grasos omega 3 para el tratamiento de los síntomas de inestabilidad de las relaciones interpersonales?

Resumen de la descripción de la evidencia

No existe evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento con ácidos grasos omega 3 en la reducción de la inestabilidad de las relaciones interpersonales^{46,320}.

Recomendaciones

No hay evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la eficacia de los ácidos grasos omega 3 para el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales?

Resumen de la descripción de la evidencia

No existe evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento con ácidos grasos omega 3 en la reducción de síntomas cognitivo perceptuales.

Recomendaciones

No hay evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales de los pacientes con TLP.

- ¿Cuál es la seguridad de los ácidos grasos omega 3 en el tratamiento de personas que sufren TLP?

Resumen de la descripción de la evidencia

Ácidos grasos

1+	La tasa de adherencia fue del 75,5%. Ningún paciente abandonó el estudio por efectos adversos ³²⁰ .
1+	ECA en el que el 90% de los pacientes incluidos completaron el estudio. Sólo tres pacientes abandonaron, por causas ajenas al fármaco. No se informaron efectos adversos ⁴⁶ .

En general, los estudios de ácidos grasos muestran tasas de abandono discordantes ya que mientras el primer estudio se asocia a unas tasas de abandono altas (>20%)³²⁰, las del segundo estudio no superan el 10%⁴⁶. No se observan efectos adversos asociados al uso de los ácidos grasos^{46,320}.

6.5.3. Naloxona

6.5.3.1. Introducción

La naloxona es un antagonista opiáceo que se usa en el manejo de la sobredosis con opiáceo. Tiene una vida media corta y sólo puede ser administrada por vía subcutánea, intramuscular o intravenosa.

Además de bloquear los efectos de las drogas opiáceas, la naloxona también bloquea los efectos de la liberación natural de endorfinas y encefalinas. Se piensa que estas sustancias podrían estar implicadas en el refuerzo de las conductas autolesivas. Por ello, se ha sugerido que la naloxona podría reducir las conductas autolesivas. También podría reducir síntomas disociativos que podrían estar mediados a través de vías opiáceas.

En la Tabla 21 de la versión completa de la guía⁵ se presentan las características de los ECA sobre la naloxona (véase página 21).

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa el ECA de Philipsen³²¹ que compara la eficacia de naloxona frente a placebo en una muestra de nueve mujeres diagnosticadas de TLP con clínica disociativa severa y al que no otorga nivel de evidencia al no presentar datos analizables.

En la búsqueda de la AIAQS no se identificaron otros estudios.

La revisión de Lieb²⁵⁰ no identifica estudios sobre este fármaco.

La evidencia científica sobre la naloxona frente al placebo se respalda en un único ECA de calidad alta pero con una muestra reducida y en el que no se observan resultados favorables a la naloxona. Teniendo en cuenta además las

consideraciones que hace la GPC del NICE (2009)⁴ sobre el artículo (ver apartado 6.4.3.2), el grupo de trabajo de la guía decide no considerarlo en su revisión.

6.5.3.2. Comentario sobre la naloxona

El grupo de elaboración de la GPC del NICE (2009)⁴, no pudo extraer datos del ensayo y opinó que la naloxona no es un tratamiento aceptable para quienes sufren TLP ya que no hay evidencia científica para recomendar la naloxona en el tratamiento del TLP. Por otro lado, el hecho de que este tratamiento haya de ser inyectado, hace que sea un tratamiento desaconsejado para los pacientes con TLP.

6.6. Recomendaciones generales de práctica clínica

Recomendaciones del grupo de trabajo de la guía sobre el papel del tratamiento farmacológico en el TLP

Recomendaciones generales

√	Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP, dado que ningún fármaco posee dicha indicación aprobada, será de cumplimiento el Real Decreto 1015/2009 por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
√	Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP se deberá proceder según la ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, lo que incluye proceder al consentimiento informado.
√	Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP se deberá adecuar la prescripción a la Guía de prescripción terapéutica en la que se expone la información de medicamentos autorizados en España.
√	Se debe considerar el tratamiento farmacológico de forma coadyuvante a una intervención psicoterapéutica o psicosocial para mejorar de forma global o alguno de sus síntomas característicos como la disregulación emocional o la impulsividad.
√	El tratamiento farmacológico debe ser siempre considerado en aquellos casos de comorbilidad con otros trastornos que sí tienen un tratamiento farmacológico con evidencias de eficacia (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	El tratamiento farmacológico en pacientes con TLP debe someterse a una monitorización del estado de salud del paciente a fin de detectar posibles efectos secundarios.
√	El tratamiento farmacológico en pacientes con TLP debe revisarse periódicamente dada la inestabilidad del trastorno con el objetivo de retirar fármacos innecesarios o no efectivos así como para evitar la polimedicación.

7. Gestión de la crisis

- ¿Cuál es el manejo general adecuado en situación de crisis en población con TLP?
 - ¿Cuál es el manejo general farmacológico adecuado?
 - ¿Cuál es el manejo general psicológico adecuado?
 - ¿Cuál es el manejo general familiar adecuado?
 - ¿Cuál es el momento adecuado de hospitalización?
 - ¿Cuál es el plan de asistencia general después de una situación de crisis?

7.1. Introducción

7.1.1. La fase de crisis en personas con TLP

Las crisis son muy frecuentes en las personas con TLP. Se presentan con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, comportamiento sexual de riesgo, hurtos, atracones, purgas, agresión impulsiva, y síntomas psicóticos transitorios, además de una intensa ansiedad, depresión e ira, debido a los cuales es posible que acudan con frecuencia a servicios psiquiátricos y a servicios de urgencias hospitalarias. El reto consiste en evaluar y gestionar la crisis sin actuar de forma invalidante para el paciente ni minimizar sus alteraciones y, al mismo tiempo, fomentar su autonomía.

7.1.2. Prevalencia de la conducta suicida en personas con TLP

Los intentos de suicidio constituyen un rasgo definitorio del paciente con TLP y forman parte de los criterios diagnósticos. Son actos que tienen por objetivo la muerte de la persona, a diferencia de las autolesiones en las que la finalidad puede ser, por ejemplo, liberar tensión. Se podría decir que el TLP es por sí mismo un factor de riesgo para los intentos de suicidio, sobre todo cuando la persona sufre, de forma concomitante, trastorno depresivo mayor⁴.

El riesgo de suicidio en el TLP es más alto al inicio de la edad adulta, entre los 30 y 35 años, según un estudio de París³²². En relación a la población joven, diferentes estudios han señalado que los jóvenes con TLP o rasgos de éste presentan una mayor probabilidad de intentar suicidarse que los demás³²³⁻³²⁶. Además, los jóvenes que presentan tendencias suicidas tienen una mayor probabilidad de sentirse alienados de sus familias, y más aislados socialmente que los demás.

Las personas con diagnóstico de TLP que consuman el suicidio han realizado otros intentos de suicidio con anterioridad; este hecho, junto con el abuso de sustancias, suelen ser las características más frecuentes. Asimismo acostumbran a estar presentes otros factores de riesgo como trastorno afectivo concomitante, niveles elevados de desesperanza, antecedentes familiares de suicidios consumados o de

conducta suicida, antecedentes de abuso sexual y niveles elevados de impulsividad y rasgos antisociales³²⁷.

La atención a las situaciones de crisis debe formar parte del plan de tratamiento de los pacientes con TLP y, en la medida de lo posible, debe ser consensuado entre los diferentes servicios del circuito asistencial. Asimismo, la atención a los riesgos y tentativas de suicidio es uno de los retos más importantes en la gestión de la crisis.

7.2. Revisión de la evidencia científica

7.2.1. Revisión de la evidencia científica en las situaciones de crisis

Para elaborar este apartado se han incluido las aportaciones de la GPC-TLP del NICE (2009)⁴ adaptándolas a la Guía de prescripción terapéutica del Ministerio de Sanidad y Política Social²⁹⁶. Se han incorporado también las recomendaciones del grupo de trabajo de la guía y los resultados de un estudio prospectivo realizado en nuestro medio²⁴⁶.

Recomendaciones

No se dispone de estudios en relación a la atención a la crisis que permitan realizar recomendaciones basadas en la evidencia

7.2.2. Revisión de la evidencia científica en las situaciones de suicidio

La GPC del NICE (2009)⁴ revisa estudios diversos que se agrupan en función de las poblaciones a comparar cuyos resultados se detallan en la Tabla 22 de la versión completa de la guía⁵ (véase página 222).

Asimismo, se comparan diversos estudios realizados en pacientes con TLP a fin de detectar factores de riesgo de suicidio³²⁸⁻³³². Estos estudios muestran como factores de riesgo específicos: la impulsividad, historia de abuso de sustancias, comorbilidad con trastornos afectivos y patología dual, ideación suicida e intentos recientes de suicidio⁴.

En la búsqueda de la AIAQS no se detectaron estudios específicos dedicados a este tema.

Aunque los estudios comentados no permiten elaborar recomendaciones basadas en la evidencia, sus resultados coinciden con la experiencia del grupo de trabajo de la guía. Por este motivo, para formular recomendaciones en este apartado se recogen recomendaciones de la GPC-TLP del NICE (2009)⁴ y aportaciones del grupo de trabajo de la guía.

7.3. Manejo general

El objetivo general durante el manejo de las crisis es ayudar a la persona a recuperar un nivel más estable de funcionamiento mental. Siempre que sea posible se tiene que mantener la autonomía de la persona y garantizar la seguridad de ésta y de los demás, y deben reducirse sus emociones, impulsos y comportamientos hasta un nivel manejable. En un primer momento se tienen que realizar comentarios de apoyo y empatía, que pueden ser especialmente positivos si el primer contacto durante la crisis es telefónico⁴.

Los objetivos en esta fase son los de disminuir y reducir los síntomas y prevenir el suicidio y las autolesiones. Los dispositivos a los que puede acudir una persona con TLP en una fase de crisis son los CSM y los servicios de urgencias. Los profesionales que atienden al paciente en situación de crisis deben evaluar el ámbito de tratamiento que el paciente requiere, es decir, si se ha de proceder o no a un ingreso. La gravedad de la sintomatología, la opinión del paciente y el apoyo del que disponga en su entorno familiar serán elementos importantes en la decisión o no de ingreso.

Cuando un paciente esté vinculado a un recurso asistencial concreto (CSM, hospital de día, servicios de hospitalización psiquiátrica en la fase posterior al alta), la crisis debe atenderse en el mismo dispositivo asistencial para garantizar la continuidad de la asistencia y la coherencia del mensaje que se da al paciente. Si el paciente atendido en urgencias por una crisis no es conocido por la red de SM, es necesario que esta intervención no sea una acción aislada y puntual, sino que sirva para derivar al paciente a los dispositivos asistenciales que se consideren más adecuados, básicamente los CSM. Esta derivación debe incluir la coordinación entre los profesionales de los servicios a fin de favorecer la continuidad asistencial y la coherencia del proyecto terapéutico, y acompañar al paciente en el itinerario asistencial entre servicios.

Las características de la crisis, el apoyo que el paciente puede recibir de su entorno familiar o de su red de amistades y la consistencia o no del vínculo terapéutico con el equipo tratante, influye en las decisiones terapéuticas: decidir su ingreso, ofrecer un contacto intensivo, organizar un programa de asistencia ambulatoria, seguir con el tratamiento pautado, o desarrollar un proceso de tratamiento más estructurado.

El riesgo suicida es un elemento importante a considerar. La ideación suicida suele estar presente en los pacientes con TLP y esto hace que sea necesario valorar si existe un riesgo agudo o crónico. 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.⁴ En cierto modo, un riesgo crónico es inherente al TLP. El riesgo agudo puede darse en el contexto de una situación de crisis y aumentar la probabilidad de conducta suicida.

Recomendaciones

✓	Se recomienda atender la crisis en el dispositivo que está atendiendo el paciente.
✓	Se recomienda coordinar los diferentes dispositivos implicados en la atención a la crisis para garantizar la continuidad asistencial del paciente y la coherencia del plan de tratamiento.
✓	Se recomienda facilitar la derivación a los CSM a los pacientes atendidos en situación de crisis en los servicios de urgencias que no están vinculados a la red de salud mental.
✓	Se recomienda acompañar al paciente en el itinerario asistencial interservicios.
✓	Se recomienda integrar las intervenciones en los servicios de urgencias en el plan general asistencial.

7.3.1. Manejo farmacológico

Aunque los tratamientos farmacológicos suelen considerarse parte del manejo de urgencias de una situación de crisis (que a veces incorpora componentes de autolesiones y violencia), no se recomienda ningún tratamiento específico ni del propio TLP, ni de ningún grupo de síntomas en concreto⁴.

Debe limitarse, en consecuencia, el uso de medicación, y sólo debe administrarse a corto plazo.

Como ya ha quedado expuesto en el apartado 6 de intervenciones farmacológicas, ninguna medicación está autorizada en el Estado español para el tratamiento del TLP. Por esta razón, la introducción de un tratamiento farmacológico deberá hacerse siempre teniendo en cuenta las condiciones de aplicación recogidas en el apartado de farmacología de esta guía.

Para establecer las recomendaciones sobre el manejo farmacológico en las situaciones de crisis, el grupo de trabajo de la guía ha optado por recoger y adaptar las recomendaciones acordadas por el grupo de trabajo de la GPC-TLP del NICE (2009)⁴.

Recomendaciones

✓	Se recomienda asegurar que exista un consenso entre los prescriptores y los demás profesionales implicados sobre el fármaco que hay que administrar e identificar al prescriptor principal (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda determinar los posibles riesgos de la prescripción (consumo de alcohol y drogas) (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

✓	Se recomienda tener en cuenta la función psicológica de la prescripción (tanto para la persona afectada como para el prescriptor) y el impacto de dicha prescripción en la relación terapéutica y en el plan asistencial general, así como en las estrategias de tratamiento a largo plazo (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda asegurar que no se utilice un fármaco en sustitución de otras intervenciones más apropiadas en una situación de crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda administrar un único fármaco, y evitar, siempre que sea posible, polimediar al paciente (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda acordar con el paciente la duración del tratamiento farmacológico instaurado durante la crisis, pero no debe ser un tiempo superior a una semana.
✓	Se recomienda usar la dosis mínima efectiva que presente un perfil de efectos secundarios bajo, escasas propiedades adictivas, un potencial de abuso mínimo y una seguridad relativa en caso de sobredosis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda prescribir tomas más frecuentes, con menos píldoras por toma, si existe un riesgo significativo de sobredosis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda consensuar con la persona los síntomas que se deben tratar, el plan de monitorización y la duración prevista del tratamiento (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda realizar y consensuar un plan de adherencia al tratamiento con la persona (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda dejar de administrar un tratamiento si los síntomas que se tratan no mejoran después de un período de prueba con el fármaco, y, si los síntomas no mejoran o no disminuye el nivel de riesgo, se deben plantear tratamientos alternativos (incluidos los tratamientos psicológicos) (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda concertar una visita para revisar el plan asistencial general, así como los tratamientos farmacológicos y de otro tipo que éste pueda incluir para el tratamiento del TLP, una vez ha remitido la crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda plantear, con precaución, la administración de ansiolíticos a corto plazo dentro del marco del plan de tratamiento general a las personas con TLP que sufren una crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

7.3.2. Manejo psicológico

En las fases de crisis la psicoeducación es la intervención más recomendada, aunque también se deben tener en cuenta aquellas terapias que han mostrado ser eficaces en las situaciones de conducta suicida y autolesiones. La PFT, la TDC, la TBM, la terapia centrada de esquemas y la intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación son las terapias más utilizadas con el objetivo de disminuir la ideación y conducta suicida y los comportamientos autolesivos.

Sin embargo, además de las intervenciones psicológicas y psicosociales estructuradas, deberán considerarse las condiciones psicológicas propias del abordaje específico de una crisis.

El grupo de trabajo de la guía hace suyas y adapta las recomendaciones a este respecto de la GPC-TLP del NICE(2009)⁴.

Recomendaciones

✓	Se recomienda mantener una actitud calmada y no amenazadora (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda tratar de entender la crisis desde el punto de vista de la persona afectada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda analizar las razones de la angustia de la persona afectada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda realizar preguntas abiertas que expresen empatía, realizar afirmaciones de validación, identificar el inicio y la evolución (pronóstico) de los problemas actuales (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda tratar de estimular a la persona afectada para que reflexione sobre posibles soluciones (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda evitar minimizar los motivos por los que la persona afectada dice que ha sufrido la crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda abstenerse de ofrecer soluciones antes de recibir una plena aclaración de los problemas (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda analizar otras opciones antes de plantearse el ingreso o la hospitalización (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda ofrecer un seguimiento apropiado al cabo de un período consensuado con la persona afectada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

7.3.3. Manejo familiar

Las intervenciones familiares de pacientes con TLP suelen iniciarse en períodos de crisis, período en que la familia requiere orientación y directrices¹⁷⁵. El objetivo de estas intervenciones es hacer que las interacciones resulten menos estresantes tanto para el miembro de la familia con TLP, como para los restantes miembros. Los problemas en la comunicación, el manejo de reacciones hostiles o coléricas y el temor al suicidio³³³ aparecen como las preocupaciones más destacadas por las familias.

Recomendaciones

- √ Se recomienda incorporar a los familiares en la intervención de crisis con el consentimiento del paciente, tanto en la recogida de información, valoración de la crisis y sus causas como en la formulación del plan de intervención.

7.3.4. Decisión de hospitalización

Numerosos expertos^{175,322,334-336} han cuestionado la hospitalización de pacientes con TLP, sobre todo como respuesta a conductas autoagresivas y/o amenazas suicidas, por considerar que pueden potenciar estas conductas y disminuir la capacidad del paciente de gestionar sus emociones. Aunque evitar el ingreso parece ser el criterio general, se valora que la presencia de episodios psicóticos o de intentos graves de suicidio puede requerir hospitalizaciones breves que permitan contener la situación y reorganizar el plan de tratamiento.

Recomendaciones

- √ Se recomienda realizar un ingreso, si se requiere según el juicio clínico del profesional, después de un intento de suicidio grave o cuando existe importante riesgo de suicidio, en pacientes con pocos recursos personales y escaso apoyo del entorno, y en especial cuando hay antecedentes recientes de intento de suicidio, consumo de tóxicos y comorbilidad con trastornos afectivos.
- √ Se recomienda mantener el ingreso en función de la evolución clínica del paciente y de la disminución del riesgo.

7.3.5. Plan asistencial general después de una situación de crisis

Una vez que se haya resuelto o haya remitido la crisis, se tienen que actualizar tan pronto como sea posible los planes de crisis y, en caso necesario, el plan asistencial general, para que éstos reflejen las necesidades actuales y se identifiquen las estrategias terapéuticas que han sido útiles. Lo ideal es hacerlo junto con la persona que sufre el TLP y, si es posible, también con sus familiares o cuidadores⁴.

Recomendaciones

- √ Se recomienda realizar una revisión de la crisis y sus antecedentes, teniendo en cuenta los factores ambientales, personales y relacionales que pudieran desencadenarla (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
- √ Se recomienda realizar una revisión del tratamiento farmacológico en la situación de crisis, de sus efectos beneficiosos, efectos secundarios, posibles problemas de seguridad y de su función dentro de la estrategia general de tratamiento (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

-
- √ Se recomienda reevaluar la necesidad de mantener el tratamiento farmacológico instaurado durante la crisis una vez resuelta ésta o en el plazo de una semana. La frecuencia de esta revisión se debe consensuar con la persona afectada y debe quedar registrada en el plan asistencial general (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
-
- √ Se recomienda monitorizar con regularidad la efectividad, los efectos secundarios, un posible abuso y dependencia del fármaco en aquellas situaciones en que el tratamiento instaurado durante la crisis no se puede dejar de administrar (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
-
- √ Se recomienda realizar una revisión de los tratamientos psicológicos, así como de su función dentro de la estrategia general de tratamiento, y del hecho de que puedan haber sido un factor que haya precipitado la crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
-

8. Organización de servicios y programas

- ¿Cuáles son los dispositivos, ámbitos de intervención e itinerarios asistenciales más adecuados para optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados en la población con TLP?
 - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los centros de atención primaria a la hora de optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados en los pacientes con TLP?
 - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los centros de atención secundaria (atención ambulatoria especializada) a la hora de optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados en los pacientes con TLP?
 - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los servicios de hospitalización total y parcial en el seguimiento y continuidad de cuidados en los pacientes con TLP?
 - ¿Cuál es la forma más efectiva de acceder a los servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral?
- ¿Cuál es el itinerario asistencial más eficaz para los pacientes con TLP?
- ¿Cuáles son los programas de seguimiento y apoyo adecuados para su tratamiento en la red en población con TLP?
- ¿Cuál es la formación especializada necesaria para trabajar con pacientes con TLP en profesionales de la salud mental?

8.1. Introducción

Está extendida la preocupación por la adecuada planificación, organización y provisión de los servicios necesarios que optimicen la eficacia de los tratamientos para personas que sufren un TLP³.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) establece el acceso universal a los recursos sanitarios, con un sistema de servicios sectorizado que incluye la atención a la salud mental.

El desarrollo de la cartera de servicios para el tratamiento de las personas con TLP es relativamente reciente en nuestro país, y difiere en su desarrollo, filosofía e implementación en las distintas comunidades autónomas (CCAA).

Este hecho, junto con la poca evidencia disponible respecto a cómo debe ser el desarrollo de servicios para las personas que sufren TLP, hace que deban asumirse principios generales de dicho desarrollo basados en opiniones de consenso de expertos, las cuales aportan aproximaciones acerca de cómo trabajar en los dispositivos maximizando su efectividad.

En este apartado se revisan los servicios y programas existentes para las personas con TLP a corto, medio y largo plazo y los itinerarios de atención y tratamiento que

siguen estos pacientes. Asimismo se incorpora un apartado dedicado a los aspectos formativos.

Tomando como referencia la organización de servicios en nuestro entorno sanitario, los servicios y programas se agrupan en los siguientes apartados:

- Servicios de atención primaria
- Servicios de atención comunitaria: centros de salud mental de adultos y centros de salud mental infanto-juvenil
- Servicios de hospitalización total
 - o Servicios de hospitalización parcial/ hospital de día
 - o Servicios de rehabilitación comunitaria
 - o Programas de continuidad de cuidados: gestión de casos
 - o Itinerario asistencial

Esta clasificación de la organización de servicios está basada en los servicios disponibles en la red pública de salud mental, por tanto, a pesar del conocimiento de la existencia de unidades especializadas de tratamiento para el TLP en algunas CCAA, éstas no se han incluido. Sí se recoge en este apartado la necesidad de que existan programas específicos para la atención a los pacientes con TLP en los diferentes servicios de la red de salud mental.

En la Tabla 23 de la versión completa de la guía⁵ se presentan los ECA y no ECA utilizados diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)⁴ o el grupo de trabajo de la guía (véase página 231).

Las RSEC encontradas y utilizadas en la elaboración de este apartado sobre los servicios y programas para pacientes con TLP son las siguientes: Malone³³⁷ y Chiesa³³⁸.

En la Tabla 24 de la versión completa de la guía⁵, se exponen las características principales de las dos RSEC y los estudios que incluyen (véase página 232).

8.2. Dispositivos, ámbitos de intervención e itinerario asistencial

La red de recursos comunitarios, tanto sanitarios (centros o equipos de salud mental, hospitalización –total, parcial– y servicios de rehabilitación comunitaria), como sociales de distribución territorial, son el lugar adecuado para atender a este tipo de pacientes.

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

8.2.1. Servicios de atención primaria

La atención médica general se realiza en los centros de atención primaria (CAP), cuyas actuaciones en relación a la población con TLP son:

1. Identificar a la población en riesgo de padecer un TLP, establecer un primer diagnóstico y derivar a atención secundaria (CSMA o CSMIJ), teniendo en cuenta edad y riesgo.
2. Identificar a la población que ya sufre TLP pero no está en tratamiento, establecer un primer diagnóstico y derivar a atención secundaria (CSMA o CSMIJ), teniendo en cuenta edad y riesgo.

Los profesionales de AP suelen atender a personas que ya han sido diagnosticadas de TLP en un servicio de salud mental, aunque, ocasionalmente, pueden contribuir a la identificación o al diagnóstico de un paciente con TLP. Además de atender las necesidades de salud física de quienes sufren el trastorno, los profesionales de AP pueden tener que atenderles cuando acuden a la consulta con angustia emocional, episodios autolesivos y crisis psicosociales.

En la GPC del NICE (2009)⁴ no se identifican estudios referentes a la atención del paciente con TLP en AP.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un artículo en relación al TLP en AP, Gross³³⁹, al que se le asigna un nivel de evidencia científica 2-. Este artículo es un estudio prospectivo referido a una muestra de 218 pacientes con diagnóstico de TLP (entre 17 y 52 años) atendidos en un CAP urbano para estudiar la prevalencia de comorbilidad con otros trastornos, características clínicas, discapacidad asociada y la tasa de personas con TLP tratadas. Las evaluaciones psiquiátricas fueron realizadas por profesionales de salud mental a través de entrevistas clínicas estructuradas.

El artículo concluye que la prevalencia del TLP en la AP es alta, alrededor de cuatro veces más que en la población general.

Resumen de la descripción de la evidencia

2-	La prevalencia del TLP en las consultas de AP es alta, alrededor de cuatro veces más que en la población general ³³⁹ .
2-	El TLP es un trastorno infradiagnosticado y sin tratar por este nivel asistencial ³³⁹ .
2-	La evidencia es insuficiente para determinar si la AP es un dispositivo adecuado que optimiza el seguimiento y la continuidad de cuidados en los pacientes con TLP ³³⁹ .

En relación con este dispositivo asistencial la evidencia científica es insuficiente para determinar recomendaciones. Aunque la muestra tiene un tamaño adecuado, los objetivos del estudio no se refieren específicamente al papel de los servicios de AP en el tratamiento de estos trastornos y sólo se refieren a un entorno urbano en concreto. Esto hace que se deban tomar con cautela los resultados del estudio.

Aunque es necesario realizar más estudios para reelaborar recomendaciones basadas en la evidencia, a partir de los datos del estudio ya comentados, de las recomendaciones de la GPC del NICE (2009)⁴ adoptadas por el grupo de trabajo de la guía y las formuladas por el grupo de trabajo de la guía, las que se pueden hacer respecto a este apartado son las siguientes:

Recomendaciones

√	Se recomienda derivar a los centros de salud mental para valoración y tratamiento, si procede, a las personas atendidas en los centros de AP en las que se han detectado: autolesiones repetidas, conducta de riesgo persistente o una inestabilidad emocional pronunciada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda derivar a los centros de salud mental de atención a la población infantojuvenil, a los menores de 18 años en los que se sospecha la presencia de un TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda contener sintomáticamente la crisis de los pacientes con TLP que acuden a AP y derivar a los servicios de salud mental para una atención especializada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda coordinar la atención entre los profesionales de salud mental y otros profesionales sanitarios para evitar problemas de división y confrontación entre ellos
√	Se recomienda proporcionar una atención integral al paciente, que incorpore los problemas de salud a menudo presentes en estos pacientes, tanto por sus estilos de vida como por sus hábitos cotidianos.

8.2.2. Servicios de atención secundaria: atención ambulatoria especializada: CSMA/CSMIJ

En nuestro entorno la atención a los menores de 18 años se realiza desde los centros de salud mental infantojuvenil (CSMIJ) y para mayores de 18 años en los centros de salud mental de adultos (CSMA), que como se ha dicho, reciben diferentes denominaciones según las CCAA.

Son dispositivos de la red de atención sanitaria especializada en salud mental, que han de atender a estos pacientes con estrategias terapéuticas específicas para esta patología, así como articular las intervenciones de otros servicios de ámbito comunitario (AP, servicios sociales, enseñanza, etc.) y las que se requieran de los equipamientos del circuito asistencial de salud mental (SM)³⁴⁰. En este sentido, es particularmente importante contar con una cierta flexibilidad en la organización asistencial que permita atender al paciente cuando lo requiere.

En la GPC del NICE (2009)⁴ los resultados de estudios realizados en otros contextos señalan, entre otros resultados, que los dispositivos deberían ofrecer más de un tipo de intervención, estimular al paciente a que elija y tenga participación activa, tener un modelo de comprensión del TLP que sea coherente y disponga de claros sistemas de comunicación entre profesionales y con el paciente y/o su familia.”.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica la RSEC de Malone³³⁷, citada en el apartado 8.1, a la que se asigna un nivel de evidencia 1-. Dicho estudio es una revisión de ECA realizados en el Reino Unido, que intenta evaluar los efectos del Equipo Comunitario de Salud Mental (ECSM), CSMA y CSMIJ en nuestro contexto, en el tratamiento de personas con enfermedad mental grave, en comparación con el tratamiento estándar realizado por profesionales de consultas externas generalmente hospitalarias, sin formar parte de un equipo multidisciplinar. Otro objetivo marcado fue evaluar si los participantes con un trastorno de la personalidad, así como con una enfermedad mental grave, tenían una respuesta significativamente diferente al tratamiento en los CSM en comparación con los pacientes que sólo tenían un diagnóstico de enfermedad mental grave. La revisión incluye tres ECA³⁴¹⁻³⁴³ con un total de 587 pacientes con cualquier diagnóstico de enfermedad mental grave que hubieran sido atendidos en servicios de atención psiquiátrica para adultos.

Resumen de la descripción de la evidencia

1-	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muerte por cualquier causa (n=587; 3 ECA; RR = 0,47; IC: 0,2 a 1,3) durante la evaluación a medio plazo (3 a 12 meses) entre los ESMC y la atención estándar ³³⁷ .
1-	Las tasas de ingreso en hospital fueron significativamente inferiores en el grupo de ECSM (n= 587; 3 ECA; RR = 0,81; IC: 0,7 a 1,0; NNT 17; IC: 10 a 104) en comparación con los que recibieron atención estándar ³³⁷ .

1-	Se encontró un número significativamente menor de personas en el grupo de ECSM que no estaban satisfechas con los servicios en comparación con los que recibieron atención estándar (n=87; RR=0,37; IC: 0,2 a 0,8; NNT 4; IC: 3 a 11) ^{337,342} .
1-	No se encontraron diferencias significativas en el uso de servicios de emergencia entre el grupo de ECSM y los que recibieron atención estándar (n=587; 3 ECA; RR=0,86; IC: 0,7 a 1,1) ³³⁷ .
1-	No se encontraron diferencias entre los grupos en el contacto con los servicios de AP (n=587; 3 ECA; RR=0,94; IC: 0,8 a 1,1) ³³⁷ .
1-	No se encontraron diferencias significativas en el uso de servicios sociales entre los que recibieron tratamiento con ECSM y los que recibieron atención estándar (n=255; 2 ECA; RR=0,76; IC: 0,6 a 1,0) ³³⁷ .
1-	Los participantes del grupo de ECSM tuvieron significativamente más contacto con la policía en comparación con los que recibieron atención estándar (n=255; RR=2,07; IC: 1,1 a 4,0), aunque los datos fueron heterogéneos (I ² =53%) ³³⁷ .
1-	Respecto a las tasas de suicidio las diferencias a favor del ECSM no son significativas, pero existe una ligera disminución de fallecimientos dentro del grupo de ECSM frente a la atención estándar ³³⁷ .

La RSEC de Malone³³⁷ aporta resultados interesantes en relación al papel de los ECSM en la atención a los pacientes con TMS, pero, de los 587 pacientes del estudio, no se especifica cuántos tienen diagnóstico de TLP. Por lo tanto, la evidencia es escasa, los resultados no son generalizables a toda la población objeto de estudio de esta guía, aunque sí se han tenido en cuenta respecto a los pacientes con TLP cuyo grado de severidad es alto. Además, la red de salud mental del contexto en el que se realizan los estudios difiere en buena medida del nuestro, lo que limita la aplicabilidad de los resultados.

A partir de las recomendaciones de la GPC del NICE (2009)⁴, del grupo de trabajo de la guía, y los datos de la revisión mencionada, las recomendaciones que se pueden hacer respecto a este apartado son las siguientes:

Recomendaciones

√	Se recomienda que los ECSM sean los responsables de la evaluación, el tratamiento y la continuidad asistencial de las personas con TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda disponer en los CSM de un programa específico para pacientes con TLP adaptado a las necesidades y características de esta población.
√	Se recomienda evaluar a una persona con posible TLP considerando (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía). El funcionamiento psicosocial y sociolaboral, las estrategias de afrontamiento, los puntos fuertes y las vulnerabilidades <ul style="list-style-type: none"> - Los problemas sociales y trastornos mentales comórbidos - Las necesidades de los familiares a su cargo, especialmente sus posibles hijos dependientes

C	Se recomienda ofrecer tratamiento en CSM en cuanto podría disminuir las muertes por suicidio y los ingresos hospitalarios en las personas con enfermedades mentales graves (incluidas las personas con TLP).
C	Se recomienda tratar a las personas con enfermedades mentales graves (incluidas las personas con TLP) en CSM dado que proporciona mayor aceptación y satisfacción del tratamiento en los pacientes del servicio en relación a la atención estándar.
✓	Se recomienda desarrollar un plan asistencial integral, adaptado a las necesidades y evolución del paciente, que incorpore la atención a la comorbilidad física y psíquica, la gestión de los riesgos, especialmente los referidos a autolesiones y tentativas de suicidio y un plan de atención a la crisis.
✓	Se recomienda implicar y comprometer al paciente en su tratamiento formalizado en el establecimiento de un contrato que especifique el marco terapéutico y las responsabilidades de los profesionales, paciente y familia, si procede.
✓	Se recomienda realizar indicación de psicoterapia si el paciente reconoce su implicación en lo que le ocurre y manifiesta deseo de cambio. Todo ello teniendo en cuenta su grado de deterioro y severidad, las posibilidades de mantenerse en el marco de la relación terapéutica, y la disponibilidad y posibilidades reales del equipo para ofrecer el tratamiento.
✓	Se recomienda ofrecer una atención coherente y consistente, evitando cambios frecuentes de servicio o de los profesionales designados como referentes del paciente o la familia.
✓	Se recomienda proporcionar apoyo, información y formación a los equipos de AP del sector en relación a su papel en la atención a los pacientes con TLP.

8.2.3. Servicios de hospitalización total

En el marco del tratamiento general del paciente con TLP, los hospitales pueden ser el lugar adecuado para iniciar o cambiar de terapia, o para manejar las crisis, especialmente en aquellos pacientes en que se valora un riesgo grave de daño contra sí mismos o contra otras personas y se considera que la situación no puede ser contenida ambulatoriamente. Debe intentarse la hospitalización voluntaria de estos pacientes. Si se niegan a ello, pueden ser hospitalizados de manera no voluntaria, si su estado cumple los criterios establecidos para un ingreso involuntario, según las normas legales vigentes. En función de la evaluación clínica, del riesgo detectable y del plan terapéutico, se deberá optar por la fórmula de hospitalización que resulte más adecuada.

Los pacientes con TLP son usuarios frecuentes de los servicios de urgencias y de los servicios de hospitalización³⁴⁴. No obstante, y a pesar del uso reiterado de ingresos para el control y tratamiento de estos pacientes, la efectividad del ingreso hospitalario como intervención global sigue siendo incierta, principalmente por la ausencia de evidencias de calidad que valoren el impacto de la asistencia hospitalaria en la evolución del TLP⁴. En la literatura existe un consenso general de que es poco probable que los ingresos prolongados en unidades de ingreso psiquiátrico estándar sean útiles para el tratamiento de la personalidad

borderline³⁴⁵⁻³⁴⁷ y que, si se necesitan unidades de ingreso no especializadas, debería ser durante un período breve (entre 1 y 2 semanas) y centrándose en el manejo de las crisis^{4,347}. La importancia de tener un plan de alta hospitalaria gradual y cuidadoso se debe, entre otras razones, al hecho de que muchos suicidios se cometen inmediatamente después del alta o justo antes de un alta involuntaria^{175,348}.

A menudo el uso de la hospitalización psiquiátrica, tanto de agudos como de subagudos y rehabilitación, surge como alternativa a la ausencia de programas ambulatorios especializados en la atención a pacientes con TLP.

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

En nuestro medio los servicios de hospitalización total se organizan en distintas unidades o dispositivos asistenciales:

- a) Agudos
- b) Subagudos
- c) Otras unidades de subagudos: comunidad terapéutica
- d) Unidades rehabilitadoras de hospitalización

8.2.3.1. Unidad de hospitalización de agudos

Es un dispositivo de internamiento breve, con preferencia de uso voluntario, al que se suele acceder por derivación de los servicios de urgencias o de los CSM. El tratamiento en la unidad de agudos está focalizado en la contención de la situación de crisis, cuando ésta no es abordable ambulatoriamente, en la mejoría de la exacerbación sintomática característica de la misma y en favorecer un ágil regreso al entorno habitual una vez el paciente se ha estabilizado.

A continuación se describen funciones de estas unidades de hospitalización:

- Realización de visitas diagnósticas y de valoración.
- Realización de diagnóstico de TLP y otros diagnósticos comórbidos. Valoración del grado de severidad y alteración en el funcionamiento psicosocial.
- Realización del tratamiento.
- Derivación, al alta, al dispositivo que corresponda según el itinerario asistencial propuesto, en función del proyecto terapéutico.

La GPC del NICE (2009)⁴ no identifica RSEC ni estudios referidos a unidades de hospitalización de agudos.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un estudio³⁴⁹ en relación a los servicios de hospitalización en una unidad de agudos, al que se le asigna un nivel de evidencia 2-. Es una revisión retrospectiva sobre las tasas de admisión de las personas con TLP en la unidad psiquiátrica de un hospital general.

En este estudio, de un total de 970 pacientes que fueron admitidos en una unidad psiquiátrica durante los años 2004 y 2005, sólo 48 presentaban un diagnóstico de TLP y realizaron un total de 78 ingresos.

Resumen de la descripción de la evidencia

2-	Los pacientes con TLP sufren más hospitalizaciones que las personas con otros diagnósticos psiquiátricos, la media de admisiones fue de $1,63 \pm 1,25$ para pacientes con TLP y $1,18 \pm 1,02$ para el resto de pacientes, respectivamente. La diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) ³⁴⁹ .
2-	Respecto a la duración de la estancia hospitalaria, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($15,4 \pm 13,9$ media de días para pacientes con TLP y $14,6 \pm$ para el resto de pacientes) ³⁴⁹ .
2-	Las principales razones de una mayor tasa de admisiones de pacientes con TLP son las tentativas y amenazas suicidas, y, probablemente, la carencia de programas ambulatorios de tratamiento psicoterapéuticos específicos dirigidos a estos pacientes ³⁴⁹ .

Las recomendaciones en relación a estas unidades de hospitalización de agudos se han ubicado al final del apartado 8.2.3. de servicios de hospitalización total.

8.2.3.2. Unidad de hospitalización de subagudos

Es un dispositivo de internamiento para pacientes con mayor grado de severidad, que no mejoran con hospitalización en unidad de agudos, y necesitan un internamiento de más larga duración (hasta 3 meses) para estar en condiciones, posteriormente, de reanudar el tratamiento en otro nivel asistencial, como, por ejemplo, en hospitalización parcial. Posibilita un tratamiento intensivo, en un entorno contenedor, en pacientes que no disponen en aquel momento de recursos personales ni en su propio entorno, que les permita sostener su tratamiento a nivel ambulatorio.

A continuación se describen las funciones de estas unidades de hospitalización:

- Realización de visitas diagnósticas de valoración.
- Realización de diagnóstico de TLP y otros diagnósticos comórbidos. Valoración del grado de severidad y alteración en el funcionamiento psicosocial.
- Realización del tratamiento.
- Derivación, al alta, al dispositivo que corresponda según el itinerario asistencial propuesto en función de su proyecto terapéutico.

La GPC del NICE (2009)⁴ no identifica estudios sobre este tipo de dispositivo asistencial de internamiento.

En la búsqueda de la AIAQS no se localizaron estudios referentes a este dispositivo asistencial de internamiento.

Resumen de la descripción de la evidencia

No se dispone de estudios en relación a este dispositivo asistencial

Las recomendaciones en relación a estas unidades de hospitalización de subagudos se han ubicado al final del apartado 8.2.3. de servicios de hospitalización total.

8.2.3.3. Otras unidades de hospitalización de subagudos: comunidades terapéuticas

En nuestro contexto las comunidades terapéuticas son unidades de subagudos, que constituyen unidades de hospitalización total con un modelo terapéutico y de tratamiento distinto al de las comunidades terapéuticas para el tratamiento de las adicciones y al de las unidades de subagudos ya mencionadas. La duración del ingreso suele ser de entre 3 y 6 meses.

La comunidad terapéutica es un entorno planificado que aprovecha el valor terapéutico de los procesos sociales y grupales.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica cinco estudios de cohortes prospectivos³⁵⁰⁻³⁵⁴ referidos a comunidades terapéuticas de rehabilitación, no incluidas en la presente guía debido a que son unidades residenciales, y que no tienen correspondencia, actualmente, en nuestro entorno sanitario.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica una revisión narrativa³³⁸ en relación al tratamiento psicosocial en ingreso hospitalario en pacientes con TLP, a la que se le asigna un nivel de evidencia 4. No se identificaron ECA.

A través de búsqueda manual se identifica un artículo de Chiesa³⁵⁵ al que se le asigna un nivel de evidencia de 2-. Este estudio realiza una revisión de tres programas de tratamientos para TP durante 6 años.

El estudio de Chiesa³³⁸ es una revisión histórica y actual de la evidencia científica y clínica, respecto al tratamiento del TLP basado en el modelo psicoanalítico, y en régimen de comunidad terapéutica. En esta revisión se mencionan los artículos, autores y resultados de forma descriptiva, sin análisis estadísticos, y no proporcionan información completa, en varias de las referencias, de la duración de los estudios incluidos, ni de las muestras estudiadas.

El estudio de Chiesa³⁵⁵ es un estudio prospectivo de seguimiento de 111 pacientes con trastorno de personalidad (TP) a lo largo de 72 meses. Realiza una revisión de tres programas de tratamientos que consisten en dos programas psicosociales

diferentes (*step-down* o decreciente y de hospitalización de larga duración) y el tercero en un TAU. En las tres muestras se compararon la gravedad de los síntomas, la adaptación social, el funcionamiento global y otros indicadores clínicos (autolesiones, conductas parasuicidas, reingresos) en la admisión, a los 6, 12, 24 y 72 meses.

Resumen de la descripción de la evidencia

4	Los modelos institucionales basados en modelos psicoanalíticos y de comunidad terapéutica han aportado una función valiosa en el tratamiento del TLP y otros trastornos graves de personalidad, pero su práctica está en marcado declive debido a los cambios sociales, a los cambios en las políticas de salud mental y en la cultura psiquiátrica actual, los cuales favorecen los tratamientos basados en la comunidad ³³⁸ .
4	Los modelos de ingreso de corta estancia hospitalaria, programas de hospitalización parcial y tratamientos ambulatorios especializados en la atención a los pacientes con TLP han mostrado su efectividad ³³⁸ .
2-	Con respecto a la gravedad de los síntomas, a los 72 meses el 62% de los pacientes que participaron en el grupo de hospitalización decreciente (<i>step-down</i>) se encontraba por debajo del umbral clínico en comparación con sólo el 26% en el grupo de hospitalización de larga duración y sólo el 13% en el grupo de TAU ³⁵⁵ .
2-	La diferencia entre grupos en las tasas de mejoría clínica significativa también fue reveladora utilizando la <i>Global Assessment Scale</i> ($\chi^2=7,84$; $gl=2$; $p < 0,03$) ³⁵⁵ .
2-	Se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento en la predicción de autolesiones a los 72 meses de seguimiento ($\chi^2=9,22$; $gl=2$; $p < 0,01$) ³⁵⁵ .

Las recomendaciones en relación a estas unidades de hospitalización de subagudos: comunidades terapéuticas se han ubicado al final del apartado 8.2.3. de servicios de hospitalización total.

8.2.3.4. Unidades rehabilitadoras de hospitalización

Son dispositivos de hospitalización (hasta 24 meses) con finalidad rehabilitadora. Se dirige a pacientes más severos, de larga evolución, con mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, resistentes a tratamientos previos, y con discapacidad funcional para mantenerse y sostener un tratamiento en la comunidad, y que requieren de un proyecto de tratamiento específico del TLP a medio o largo plazo. Dicho tratamiento debe ir acompañado de un proyecto de rehabilitación y continuidad de cuidados en la comunidad, en el momento del alta.

A continuación se describen las funciones de estas unidades rehabilitadoras de hospitalización:

- Realización de visitas de valoración.
- Evaluación psicosocial específica por áreas de funcionamiento.

- Diseño del programa individual de rehabilitación y reinserción (PIRR).
- Realización del tratamiento.
- Derivación, al alta, al dispositivo que corresponda según el itinerario asistencial propuesto en función de su proyecto terapéutico.

La GPC del NICE (2009)⁴ identifica tres estudios de los mismos autores³⁵⁶⁻³⁵⁸. Estos artículos no se han incluido en la presente guía debido a la no correspondencia con unidades existentes en nuestro sistema sanitario, y a la limitación de estas medidas de resultado como elementos de valoración de la evolución global del TLP.

En la búsqueda de la AIAQS no se localizaron otros estudios referentes a este dispositivo asistencial.

Resumen de la descripción de la evidencia

No se dispone de estudios en relación a este dispositivo asistencial

Las recomendaciones en relación a las unidades de rehabilitación hospitalaria, así como las de los otros dispositivos de hospitalización, se detallan a continuación.

En relación a las diversas unidades de hospitalización la evidencia científica es insuficiente para determinar recomendaciones. La mayor parte de la literatura existente se basa en opiniones de expertos recogidas en la introducción de este apartado. Asimismo, los estudios identificados en la presente GPC aportan resultados limitados:

- Unidades de agudos. No se identifican RSEC ni ECA. Se identifica un estudio³⁴⁹ con un nivel de evidencia 2-, en el que se analizaban 970 ingresos, de los cuales 48 pacientes estaban diagnosticados de TLP y realizaron 78 ingresos.
- Unidades de subagudos. No se identificaron RSEC ni ECA ni estudios referentes a este dispositivo.
- Comunidades terapéuticas. No se identificaron ECA. Se identifica una revisión narrativa³³⁸ con un nivel de evidencia 4, que se refiere a “tratamientos psicosociales” durante el ingreso hospitalario, y sus resultados son no generalizables al dispositivo “comunidad terapéutica” tal y como se conoce en nuestro ámbito. Se identifica un estudio prospectivo de Chiesa³⁵⁵ con un nivel de evidencia de 2- que muestra que el modelo especializado de step-down presentó cambios significativamente mayores que el modelo hospitalario y el TAU, y que en la mayoría de las dimensiones la diferencia se mantiene a los 72 meses
- Unidades de rehabilitación hospitalaria. No se localizaron estudios referentes a este dispositivo.

La limitada evidencia científica referida a las unidades de hospitalización total impide formular recomendaciones al respecto. Considerando las recomendaciones de la

GPC-TLP del NICE (2009)⁴ y la opinión del grupo de trabajo de la guía, se puede sugerir que la hospitalización total, puede resultar útil para el manejo de las crisis, el control del riesgo suicida, conductas disruptivas de alta intensidad y frecuencia y el tratamiento de patología comórbida, y no tanto para tratar el TLP.

Recomendaciones

✓	Se recomienda el tratamiento en un entorno ambulatorio y, en caso de situación de crisis, valorar un ingreso hospitalario (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
✓	Se recomienda la hospitalización dado que puede resultar útil para el manejo de las crisis, el control del riesgo suicida y el tratamiento de los síntomas clínicos, aunque no para tratar el TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

8.2.4. Servicios de hospitalización parcial: hospitales de día

Son dispositivos de hospitalización a tiempo parcial que permiten dar continuidad al tratamiento de las personas con TLP postcrisis, es decir, al alta de un ingreso en hospitalización total, o también para tratar de evitarla (riesgo de crisis) o contenerla mediante un tratamiento ambulatorio de alta intensidad. El tratamiento se organiza de modo intensivo, colaborando con y en el entorno del paciente. Proporciona evaluación diagnóstica y tratamiento específico intensivo a las personas con TLP, de abordaje multifactorial, con componentes terapéuticos diversos, que permiten tratar al paciente en función de sus necesidades, grado de motivación y síntomas característicos en aquel momento. El tratamiento es intensivo y la intervención terapéutica debe estar alrededor de las 20 horas semanales³⁵⁹.

Con el tratamiento se pretende conseguir una estabilización sintomática de consistencia suficiente como para continuar el tratamiento en el CSM de referencia y, si procede, en los dispositivos de rehabilitación del sector (rehabilitación básica, prelaboral, formativa y/o acompañamiento a la inserción laboral o estudios). La GPC del NICE (2009)⁴ no detecta estudios referentes a este dispositivo de hospitalización.

En la búsqueda de la AIAQS se identificaron dos artículos^{360,361}. No se encontraron RSEC ni ECA.

El estudio prospectivo naturalístico comparativo de Petersen³⁶⁰ expone los resultados de un programa de psicoterapia para pacientes con trastornos graves de la personalidad (incluidos pacientes con TLP) en una clínica danesa. Analiza la efectividad de los tratamientos comparando el programa de tratamiento de día con un tratamiento convencional en los pacientes en lista de espera. La muestra del estudio está formada por 66 pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad, 38 recibieron el programa de tratamiento de día y 28 formaron el grupo de lista de espera.

Los objetivos del programa del grupo de tratamiento fueron: establecer una alianza terapéutica, reducir síntomas como hospitalizaciones y suicidios, mantener el funcionamiento social y mejorar el funcionamiento interpersonal. Se midieron estos indicadores al inicio del tratamiento y al final (5 meses).

El estudio de Gratz³⁶¹ intenta medir los cambios apreciados en una muestra de 36 pacientes con diagnóstico de TLP que se incorporan en el estudio a lo largo de 18 meses. Los pacientes completaron cuestionarios de admisión donde se midieron comportamientos relevantes y síntomas (estado de ánimo, desregulación emocional, conductas parasuicidas, gravedad de los síntomas y calidad de vida) que se evaluaron basalmente, al mes y a los 3 meses.

Resumen de la descripción de la evidencia

2+	Los pacientes con trastornos graves de la personalidad (incluidos pacientes con TLP) que recibieron un programa de psicoterapia realizaron menos hospitalizaciones (hospitalización en unidades de urgencias psiquiátricas $p \leq 0,001$; hospitalización en hospitales psiquiátricos $p \leq 0,05$) y el porcentaje de tentativas de suicidio fue significativamente menor ($p \leq 0,01$) en comparación con el grupo de lista de espera ³⁶⁰ .
2+	Los pacientes que recibieron un programa de psicoterapia en hospital de día experimentaron una mejoría significativa e importante de la GAF-F ($p < 0,0001$) en el grupo de intervención. En el grupo de comparación no se apreciaron cambios y el efecto fue escaso. La diferencia entre grupos fue muy significativa ($p=0,0019$). La intervención supuso un importante efecto significativo en la GAF-S ($p < 0,0001$) sin observarse efecto alguno en el grupo de comparación. En consecuencia, la diferencia entre grupos fue muy significativa ($p < 0,0001$) ³⁶⁰ .
2+	Los pacientes que recibieron un programa de psicoterapia en hospital de día experimentaron en el ajuste social una mejora significativa, con un efecto medio en el grupo de intervención ($p=0,0055$) y deterioro en el grupo de comparación, aunque no significativo, y con un tamaño del efecto que desapareció. La diferencia entre grupos se situó en el límite de la significación ($p=0,047$) ³⁶⁰ .
2+	Los resultados indican cambios significativos (con grandes tamaños de efecto) respecto al valor basal a 1 mes en todos los parámetros sintomáticos, salvo en la <i>Anger Rumination Scale</i> (ARS). Los resultados obtenidos al cabo de 1 mes en las diferentes escalas fueron: DASS Depression ($p < 0,01$), DASS Anxiety ($p < 0,05$), DASS Stress ($p < 0,05$), ARS ($p < 0,10$), DERS ($p < 0,05$), BEST ($p < 0,01$), BASIS-R ($p < 0,01$), SBQ-14 ($p < 0,05$) y DSHI ($p < 0,05$) ³⁶¹ .
2+	El porcentaje de pacientes con actividades autolesivas disminuyó de forma significativa respecto al valor basal (67%) al cabo de 1 mes (28%; $t=3,29$; $gl=17$; $p < 0,01$). No obstante, el pequeño incremento detectado de estas actividades a los 3 meses de tratamiento (39%) hace que las diferencias en el porcentaje de pacientes con autolesiones a los 3 meses respecto al valor basal ($t=2,05$; $gl=17$; $p=0,06$) y entre los meses 1 y 3 ($t=1,00$; $gl=17$; $p > 0,10$) no sean significativas ³⁶¹ .

2+	Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (todos ellos severos en el momento basal) disminuyen significativamente, aunque aún eran moderados (es decir, puntuaciones de 14-20 para depresión y de 10-14 para ansiedad) después de 3 meses de tratamiento ³⁶¹ .
2+	El 56% de los pacientes refirió una mejoría fiable de la disregulación emocional, alcanzando el 44% niveles normales de funcionamiento en la escala DERS ³⁶¹ .
2+	Con respecto a la incidencia de parasuicidio, el 39% de los pacientes refirió una mejoría fiable de la tendencia suicida (si bien ninguno refirió una puntuación fuera del intervalo clínico en el SBQ-14) ³⁶¹ .
2+	Con respecto a la intensidad de los síntomas, el 39% de los participantes refirió una mejoría fiable de los síntomas de TLP (llegando el 22% a niveles de funcionamiento normales) y el 56% refirió una mejoría fiable de la intensidad de los síntomas psiquiátricos (si bien ninguno refirió una puntuación fuera del intervalo clínico) ³⁶¹ .
2+	Con respecto al deterioro social, el 39% de los participantes refirió una mejoría fiable de la calidad de vida, pero sólo el 11% alcanzó niveles normales de funcionamiento en el QOLI ³⁶¹ .

En relación a este dispositivo asistencial la evidencia científica es insuficiente para determinar recomendaciones consistentes. No se identifican RSEC ni ECA. Se localizaron dos artículos^{360,361}, ambos con un nivel de evidencia 2+. Tanto las muestras pequeñas (66 y 36 pacientes, respectivamente) como el hecho de que los estudios pertenezcan a contextos y dispositivos asistenciales distintos al nuestro, hacen que se deban tomar con prudencia los resultados de ambos estudios por su difícil generalización y aplicabilidad, y que sea necesario realizar más estudios para poder sostener recomendaciones con mayor fiabilidad.

Sin embargo, dado que los resultados de los estudios coinciden con la experiencia de los profesionales del grupo de trabajo de la guía, se han tenido en cuenta para realizar las recomendaciones de este apartado así como la conclusión³⁶¹ de que son necesarios tratamientos en hospitalización parcial superiores a 6 meses para conseguir cambios en el funcionamiento global y en la calidad de vida.

Recomendaciones

C	Se recomienda ofrecer programas de psicoterapia en hospital de día para reducir las hospitalizaciones e intentos de suicidio, mejorar la estabilización psicosocial y disminuir las quejas.
C	Se recomienda el tratamiento en hospital de día para mejorar el estado de ánimo, la desregulación emocional, las conductas parasuicidas y la severidad sintomática.
√	Se recomienda un tratamiento de duración superior a 6 meses para conseguir cambios significativos en el funcionamiento global, las relaciones interpersonales, el funcionamiento vocacional y en la calidad de vida.

8.2.5. Servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral

El apoyo a la capacitación e inserción sociolaboral ha de estar presente en todos los servicios y niveles asistenciales. Aun así, hay pacientes que necesitan un apoyo más intensivo y específico en el ámbito rehabilitador³⁴⁰.

8.2.5.1. Servicios de rehabilitación comunitaria

El servicio de rehabilitación comunitaria (SRC) es un servicio sanitario especializado que realiza funciones de atención especializada en salud mental y de rehabilitación psiquiátrica en la comunidad. Son servicios adecuados para pacientes que siguen tratamiento en el CSM, y tienen patología severa, con necesidades rehabilitadoras básicas, de rehabilitación prelaboral o de inserción sociolaboral y acompañamiento a la misma. El SRC ofrece un conjunto de servicios de rehabilitación e inserción a la comunidad, diseño de programas individualizados de rehabilitación y reinserción social, asesoramiento y apoyo a las familias de los usuarios, intervención comunitaria con entidades públicas y privadas en tareas de sensibilización, coordinación y organización de recursos para los usuarios. (<http://www.chmcorts.com/website/>). La GPC del NICE (2009)⁴ no localizó estudios relevantes sobre este tema.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un artículo de Hennessey³⁶², al que se le asigna un nivel de evidencia 4, y un artículo de Arza¹⁷⁸, ya descrito en el apartado 5.7 de la presente guía.

En este artículo, Hennessey concluye que el conocimiento del desarrollo de este trastorno así como modos eficaces de tratamiento serviría para mejorar el tratamiento de las personas con TLP. Por su temática, este artículo se incluye en el apartado 8.4 de Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios.

En el estudio de Arza¹⁷⁸ se describe un programa específico de rehabilitación neurocognitiva.

8.2.5.2. Servicios de reinserción laboral

Son servicios dirigidos a apoyar el acceso al mundo laboral de pacientes con trastorno mental, que presentan dificultades en la inserción laboral. Los programas de rehabilitación y reinserción laboral existentes están preferentemente orientados a atender a pacientes con trastornos mentales graves, la mayoría de pacientes con TLP no se adaptan a estos programas de reinserción y formación laboral; el sentimiento de frustración es por un igual frecuente en los usuarios y en los profesionales de los programas de reinserción.

La evolución del TLP es con frecuencia tórpida y de larga duración, con el consiguiente efecto de desvinculación del mundo laboral y difícil acceso posterior. El entorno laboral enfrenta generalmente al paciente con TLP con sus principales

limitaciones (tolerancia, autocontrol, estabilidad emocional). Por lo tanto, la inserción laboral de estos pacientes, requiere de la adaptación de los servicios de reinserción laboral a este perfil de población.

La GPC del NICE (2009)⁴ no localizó estudios relevantes sobre este tema.

En la búsqueda de la AIAQS se identificaron un artículo de Hennessey³⁶², ya comentado en el apartado de servicios de rehabilitación comunitaria, y un artículo de Elliot²⁴⁵, ya descrito en el apartado 5.7 de rehabilitación funcional e integración laboral.

Hennessey³⁶² plantea la necesidad de formación de los profesionales que trabajan en el ámbito de la rehabilitación comunitaria y de la inserción laboral, a fin de que puedan desarrollar estrategias de intervención adecuadas a las características de estos pacientes que mejoren la eficacia de la reinserción laboral. Por su temática, este artículo se incluye en el apartado 8.4 de Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios.

En el artículo de Elliot²⁴⁵ se describe un programa de preparación laboral en la ciudad de New York denominado “The connections Place” (TCP). Su objetivo es ayudar y preparar a las personas con TLP a dar pequeños pasos hacia la búsqueda de empleo. Las personas aportaron mejoras en sus vidas, incluyendo una disminución en el aislamiento social, más contactos sociales y mayor productividad.

Resumen de la descripción de la evidencia

No se dispone de estudios en relación a este dispositivo asistencial.

A pesar de no disponer de estudios relevantes sobre los servicios de rehabilitación comunitaria y de inserción laboral, los estudios citados coinciden con la experiencia de los profesionales del grupo de trabajo de la guía y se han tenido en consideración para la formulación de recomendaciones en este apartado, aunque se necesita realizar más estudios en el ámbito específico de la rehabilitación

Recomendaciones

- √ Se recomienda ofrecer intervenciones de rehabilitación cognitiva a las personas con TLP y alteración cognitiva, integradas en programas más amplios de rehabilitación psicosocial e incorporadas al plan de tratamiento
 - √ Se recomienda que los equipos de rehabilitación y reinserción laboral tienen que ser flexibles y específicos, es decir, adaptados a las situaciones y necesidades de cada paciente con TLP.
 - √ Se recomienda en pacientes con TLP y déficits cognitivos, su participación en programas específicos de rehabilitación neurocognitiva para mejorar los parámetros neuropsicológicos disfuncionales y aumentar las habilidades en el manejo diario, tanto en las actividades cotidianas como en la relación social y en el desempeño laboral.
-

√	Se recomienda que los equipos de rehabilitación y reinserción laboral deben contar con la figura del “insertor laboral”, especializado y formado en la problemática del TLP, y en estrecha coordinación con los equipos de los CSM que intervienen a nivel psicológico, psiquiátrico y social en la asistencia a esta patología.
√	Se recomienda que la vinculación a programas de reinserción y formación laboral sea incluida en el proyecto terapéutico individualizado (PTI), del paciente, y debe estar consensuado con el paciente, los profesionales y los equipos que intervienen simultáneamente en el caso.
√	Se recomienda que en pacientes con dificultad de inserción en el mercado laboral ordinario, puede ser necesario evaluar su grado de discapacidad y facilitar la tramitación del certificado de disminución a fin de acogerse a las prestaciones que éste ofrece.

8.2.6. Itinerario asistencial

El TLP es un trastorno de larga evolución, con distintos momentos evolutivos característicos del propio trastorno, que van desde períodos de crisis hasta períodos más estables, pasando por fases de estabilización. Según estos períodos, y la gravedad clínica y psicosocial de los pacientes, algunos pueden permanecer estables sin recibir tratamiento específico o sólo con el apoyo y tratamiento farmacológico del médico de AP. En otros momentos, el tratamiento se realizará en los CSM, con o sin intervenciones específicas para esta patología, y en otros, se puede requerir la intervención de otros dispositivos y profesionales. Así, el trastorno sigue un proceso no lineal en el que se puede requerir la intervención, secuenciada o en paralelo, de diferentes profesionales y servicios. Este proceso debe ser coordinado y no fragmentado, de manera que el tratamiento en un dispositivo sea coherente con lo trabajado con anterioridad con el paciente. Es decir, requiere de un itinerario asistencial específico y especializado adaptado a cada paciente y al servicio de la red que corresponda.

En la Tabla 2 se describe el itinerario asistencial a seguir por un paciente con TLP teniendo en cuenta las diferentes fases del trastorno.

Tabla 2. Itinerario asistencial

Fase	Objetivos	Dispositivos	Intervenciones
Crisis	Disminuir/reducir síntomas Prevenir suicidio/autolesiones	Centro de salud mental Hospitalización de agudos Servicios de urgencias	Diagnóstico, evaluación y plan de crisis Manejo de la crisis con el paciente y su entorno Psicoeducación Tratamiento farmacológico si procede
Estabilización	Lograr una disminución continuada de síntomas Mejorar la tolerancia al estrés y las dificultades Construcción de alianza terapéutica Control de impulsos/emociones Mejorar la adaptación y funcionamiento social	Centro de salud mental Hospitalización parcial. Comunidad terapéutica Hospitalización de subagudos Servicios de rehabilitación comunitaria Programas de gestión de casos	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación Educación sanitaria y psicoeducación Tratamiento farmacológico si procede
Estable	Construcción de alianza terapéutica Control de impulsos/emociones Apoyar la adaptación y funcionamiento social Mejorar la calidad de vida	Centro de salud mental Servicios de rehabilitación comunitaria Servicios de inserción laboral Programas de gestión de casos	Evaluación continuada y adaptación del plan terapéutico. Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la estabilidad Educación sanitaria y psicoeducación Habilidades sociales Apoyo a la inserción laboral y comunitaria Apoyo a la formación Tratamiento farmacológico si procede

Pacientes con mayor grado de severidad, larga evolución, mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, resistentes a tratamientos previos, escaso soporte sociofamiliar, y con discapacidad funcional para mantener su estabilidad y sostener un tratamiento en la comunidad, pueden requerir de un internamiento a más largo plazo, hasta 2 años, en unidades rehabilitadoras de hospitalización. Dicho tratamiento debe ir acompañado de un proyecto de rehabilitación y continuidad de cuidados en la comunidad, en el momento del alta.

La GPC del NICE (2009)⁴ no localizó estudios relevantes sobre este tema.

En la búsqueda de la AIAQS se identifican dos artículos^{363,364}. El artículo de Horz³⁶⁴ es un seguimiento al cabo de 10 años de la misma muestra de pacientes que Zanarini³⁶³.

El objetivo del estudio de Zanarini³⁶³ era describir el tratamiento psiquiátrico recibido por parte de una muestra de pacientes con TLP y pacientes con patología en el eje II al cabo de 6 años. La muestra del estudio incluye 362 pacientes, 290 con TLP y 72 con patología en el eje II, es decir, con otros trastornos de personalidad (TP).

El estudio de Horz³⁶⁴ muestra la prevalencia en el uso de tres modalidades de tratamiento (terapia individual, medicación y hospitalización) en el seguimiento a 10 años de pacientes con TLP (n=290), en comparación con pacientes con otros trastornos de personalidad (TP) del eje II (n=72). Los pacientes fueron incorporados en el estudio durante un período de hospitalización en el que se realizó la evaluación basal (este estudio utiliza la misma muestra de pacientes que Zanarini³⁶³). Posteriormente fueron evaluados cada 2 años, hasta los 10 años del período de seguimiento del estudio.

Resumen de la descripción de la evidencia

2-	Sólo el 37,1%, una minoría decreciente de los pacientes con TLP, usó formas más intensivas de tratamiento durante los períodos de seguimiento de 2 años (p. ej., hospitalización psiquiátrica, asistencia en residencias o centros de día) ³⁶³ .
2-	En el momento basal, el 79% de los pacientes con TLP tenía antecedentes de una hospitalización previa, el 60% había sido hospitalizado varias veces y ese mismo porcentaje había sido hospitalizado durante 30 días o más. Después de los primeros 2 años de seguimiento, los porcentajes respectivos habían descendido al 60, 43 y 35% ³⁶³ .
2-	A los 4 años de seguimiento, sólo el 36% de los pacientes con TLP había sido hospitalizado por motivos psiquiátricos, sólo el 26% había sido hospitalizado dos veces o más, y sólo el 21% había pasado 1 mes o más ingresado en un centro ³⁶³ .
2-	Durante el quinto y sexto año tras su ingreso, esos porcentajes se redujeron al 33, 23 y 19%, respectivamente ³⁶³ .
2-	Un significativo alto porcentaje de pacientes con TLP mostraron una disminución del 29% ([RRR] = 1,29 o 29%; p <001) en la toma de medicación al cabo de los 10 años de seguimiento ³⁶⁴ .
2-	En el momento basal, el 96% de los pacientes con TLP realizaba un uso de terapia individual, y el 73% a los 10 años de seguimiento ³⁶⁴ .
2-	Cerca del 90% de los pacientes con TLP no requirieron hospitalización durante al menos uno de los dos años de seguimiento. Se observó en el tratamiento a largo plazo del paciente con TLP un mayor uso continuado del tratamiento ambulatorio y un declive del tratamiento en ingreso hospitalario ³⁶⁴ .
2-	Los ingresos hospitalarios disminuyeron en un 71% en los pacientes con TLP al cabo de 10 años de seguimiento ((1-09 x 3,21) x 100% = 71) (RRR for time=.09; RRR Diagnosis x time interaction=3,21; p=.001) ³⁶⁴ .

La evidencia científica encontrada en relación a los procesos asistenciales de los pacientes corresponde a los artículos de Zanarini³⁶³ y Horz³⁶⁴ con un nivel de evidencia asignado 2-, y otro de Gratz³⁶¹ cuyo nivel de evidencia es 2+. Zanarini³⁶³ concluye que, a los 6 años de seguimiento, muy pocos pacientes realizan tratamientos específicos ni han requerido hospitalización total. Ambos autores^{361,363} plantean la necesidad de que dichos tratamientos sean más largos de 18 y 3 meses, respectivamente, para obtener cambios más estables en la personalidad. Horz³⁶⁴ concluye la tendencia del uso del tratamiento ambulatorio y la disminución del uso de tratamiento en ingreso hospitalario en este tipo de pacientes. La frecuencia de los

ingresos hospitalarios es más distante entre ingresos y es utilizado por una minoría de estos pacientes.

Los resultados de los estudios se tienen en cuenta para formular recomendaciones en este apartado, aunque es necesario realizar más estudios que revisen el itinerario asistencial de los pacientes con TLP para poder efectuar recomendaciones basadas en la evidencia, y poder valorar mejor su generalización, así como su aplicabilidad en nuestra población.

Desde el grupo de trabajo de la guía, las recomendaciones que se pueden hacer respecto a este apartado son las siguientes:

Recomendaciones

✓	Se recomienda indicar tratamiento en el ámbito y dispositivo más adecuado y efectivo según el estado del paciente.
C	Se recomienda realizar tratamientos más largos de 18 meses para conseguir cambios estables en la personalidad.
✓	Se recomienda disponer de tiempo y recursos para responder adecuadamente a la demanda de los pacientes.
✓	Se recomienda elaborar, consensuar e implementar protocolos que definan y diferencien claramente las funciones e indicaciones de cada dispositivo asistencial y que garanticen la continuidad de cuidados entre dispositivos.
✓	Se recomienda realizar un proyecto terapéutico interservicios, reflejado en un documento escrito, en el que se establezca también el compromiso del paciente
✓	Se recomienda evaluar los procesos asistenciales y los resultados terapéuticos.
✓	Se recomienda ofrecer programas de tratamiento ambulatorio específico para los pacientes con TLP en períodos de cierta estabilización sintomática de su trastorno. En nuestro contexto, debería estar disponible en los CSM del sector.
✓	Se recomienda disponer de programas de atención específica para los pacientes con TLP, en los hospitales de día y las distintas unidades de hospitalización.
✓	Se recomienda favorecer la incorporación a dispositivos formativos, o de inserción laboral o prelaboral, de los pacientes con mejoría sintomática consistente que siguen tratamiento en el CSM y no pueden acceder a recursos normalizados.
✓	Se recomienda derivar a tratamiento específico en régimen de hospitalización parcial (hospital de día), si se valora la existencia de sintomatología que no mejora, hay altos niveles de estrés y ansiedad, los pacientes piden ayuda especializada, o existe alto grado de severidad que requiere mayor intensidad de intervención que la que se ofrece en el CSM.
✓	Se recomienda iniciar itinerario asistencial en el hospital de día, y posteriormente, si procede, en los CSM y en Servicios de Rehabilitación Comunitaria, con los pacientes que presenten una situación clínica pre o postcrisis, y/o que presenten síntomas más severos a nivel psicosocial.

✓ Se recomienda realizar internamientos breves, programados, preferentemente voluntarios y focalizados en situación de crisis (unidad de agudos del sector), previa valoración de otros diagnósticos comórbidos como diagnóstico principal.

✓ Se recomienda ingresar en unidades de rehabilitación hospitalaria a pacientes con mayor grado de severidad, larga evolución, mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, resistentes a tratamientos previos, escaso soporte sociofamiliar, y con discapacidad funcional para conseguir mejoras sostenidas que posibiliten posteriormente el tratamiento ambulatorio.

8.3. Programas especializados de continuidad de cuidados en la red

El adecuado seguimiento y continuidad de cuidados y la integración de un programa de tratamiento consensuado y unificado es, en ocasiones, difícil de conseguir. Históricamente, se han buscado estrategias que faciliten la continuidad de cuidados, requerida en patologías complejas y multifactoriales como el TLP.

Entre dichas estrategias están los programas/tratamientos de apoyo de los pacientes en la comunidad, como son, por ejemplo, el tratamiento asertivo comunitario (TAC) o los programas de gestión de casos (PGC).

El TAC o el PGC no son tratamientos en sí mismos sino modelos de aproximación al paciente y de estructuración y gestión de los recursos que éste precisa. Se diferencian fundamentalmente en que en el PGC realiza su función un profesional, el gestor de casos; mientras que en el TAC la realiza un equipo específico.

La intervención en dichos programas consiste en:

- Realización de visitas de vinculación y detección de necesidades del paciente.
- Evaluación de la situación psicosocial.
- Elaboración de un PTI focalizado en la atención de las necesidades detectadas y con la situación psicosocial concreta del paciente en aquel momento.
- Favorecer la vinculación del paciente a los recursos sanitarios generales y de salud mental.

La GPC del NICE (2009)⁴ y la AIAQS no localizaron estudios relevantes sobre este tema dirigidos a población con TLP. Sí se han encontrado estudios dirigidos a pacientes con TMS como el de Marshall y Lockwood³⁶⁵ que analizaron la efectividad del TAC como alternativa a la atención estándar en la comunidad, la rehabilitación tradicional en el hospital y el PGC. Incluyeron 17 ensayos clínicos aleatorizados, que compararon el TAC con las restantes modalidades de atención, en pacientes con trastorno mental grave de entre 18 y 65 años de edad.

Asimismo, Marshall y colaboradores³⁶⁵ analizaron 11 ensayos clínicos aleatorizados que pretendían determinar la eficacia de los PGC para la atención comunitaria de pacientes con trastornos mentales graves. Se comparó con la atención estándar mediante cuatro indicadores: 1) casos en contacto con los servicios; 2) duración de las estancias hospitalarias; 3) resultado clínico y social; y 4) costes.

Resumen de la descripción de la evidencia

No se han encontrado estudios relevantes sobre la atención a pacientes con TLP mediante PGC.

En relación con los programas de seguimiento y apoyo adecuados en la red, la evidencia científica es escasa. No se identifican RSEC ni ECA realizados específicamente con pacientes con TLP. La realización de recomendaciones en este ámbito se basa en los resultados obtenidos con este tipo de programas aplicados a la atención a pacientes graves (aquellos que cumplen criterios de trastorno mental grave) y en la experiencia del grupo de trabajo de la guía. Se observa la necesidad de más estudios efectuados con pacientes con TLP para realizar recomendaciones basadas en la evidencia.

Desde el grupo de trabajo de la guía, las recomendaciones que se pueden hacer respecto a este apartado son las siguientes:

Recomendaciones

✓ Se recomienda incorporar a la red asistencial programas especializados de continuidad de cuidados (PGC/TAC), para proporcionar atención a las personas con TLP de larga evolución, funcionamiento desorganizado, poco apoyo en su entorno y dificultades de vinculación a los servicios asistenciales.

8.4. Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios

La mayoría de profesionales de la salud mental mantienen contacto frecuente con pacientes con TLP, no obstante un porcentaje muy pequeño de ellos han recibido formación específica sobre el trastorno y generalmente se ha referido a algún taller o breve seminario. La falta de formación especializada se detecta fácilmente en la evaluación y gestión de los tratamientos de las personas con TLP. Sin embargo, el tratamiento de los pacientes con TLP requiere de profesionales con formación y experiencia contrastada en el manejo de los tratamientos de esta patología.

A nivel internacional, hay un artículo de Nadort³⁶⁶ donde explica cómo intentan conocer el grado de satisfacción de los tratamientos psicológicos disponibles en el TLP en distintas instituciones holandesas y el grado de aceptación de la implementación de nuevas estrategias terapéuticas.

A nivel nacional hay algunas experiencias de formación, como la descrita³⁶⁷ sobre el programa formativo de psicoterapia integrada multicomponente de los trastornos de personalidad, basado en una concepción relacional de la patología de la personalidad y articulado en torno a una concepción nuclear de las relaciones objetales como elemento básico de la personalidad del sujeto. La GPC del NICE (2009)⁴ no incluye este apartado.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un ECA³⁶⁸ y un estudio no controlado y aleatorizado³⁶⁹. Asimismo se destaca un artículo³⁶², comentado en el apartado 8.2.5. Servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral.

El estudio de Commons³⁶⁸ estudia el impacto de la asistencia a un programa de formación dirigido a mejorar las actitudes de los clínicos que trabajan con pacientes con TLP que se autolesionan deliberadamente. Los participantes de este estudio fueron 99 clínicos de tres servicios de salud (dos australianos y un neozelandés). Se comparan dos muestras de clínicos de dos servicios de salud diferentes, salud mental y urgencias, teniendo en cuenta los años de experiencia clínica, género, formación universitaria finalizada, ocupación primaria y el promedio de contacto clínico con pacientes con TLP. Se complementaron cuestionarios antes y después del curso, sin trazas identificativas, ni posibilidad de revisión posterior.

En el estudio descriptivo de Aaltone³⁶⁹ se explica el modelo de formación que se instauró en la Universidad de Turku para el abordaje de pacientes con patología mental grave, ya sea psicosis o TLP. Es un programa de 6 años de duración dividido en dos fases. La primera fase tiene una duración de 3 años en los que se trabaja en un modelo familiar sistémico adquiriendo los conocimientos a través de la práctica clínica. La segunda fase es de superespecialización en patología grave.

En el artículo de Hennessey³⁶² se describen, partiendo de revisiones bibliográficas, los aspectos médicos y psicosociales del TLP. El autor plantea la necesidad de formación de los profesionales que trabajan en el ámbito de la rehabilitación comunitaria y de la inserción laboral, para que puedan desarrollar estrategias de intervención adecuadas a las características de estos pacientes que mejoren la eficacia de la reinserción laboral.

Resumen de la descripción de la evidencia

- | | |
|----|---|
| 1- | Cuando se compararon las puntuaciones obtenidas en el ADShQ antes y después de acudir a programas educativos, se demostró una mejoría significativa de las puntuaciones de actitud hacia el trabajo con conductas autolesivas deliberadas en pacientes con TLP, con un tamaño de efecto pequeño o mediano ($t(98)=-6,127$; $p=0,000$; $d=0,40$) ³⁶⁸ . |
| 1- | En cuanto a las comparaciones de los contextos asistenciales, los médicos tanto de los servicios de urgencias como de salud mental demostraron mejorías estadísticamente significativas en las puntuaciones de actitud hacia las conductas autolesivas deliberadas en el TLP después de que acudieran a programas educativos, con un tamaño de efecto mediano ($t(32)=-3,45$; $p=0,002$; $d=0,43$, y $t(65)=-5,12$; $p=0,000$; $d=0,42$, respectivamente) ³⁶⁸ . |

4	Las patologías graves deben ser abordadas con mucho tiempo y una sólida formación por parte del terapeuta y su grupo de apoyo ³⁶⁹ .
4	Es necesario estructurar el contacto entre médico y paciente, estableciéndose al comienzo de la primera reunión unas normas claras sobre el calendario de las reuniones, los honorarios y los procedimientos establecidos ³⁶² .
4	El médico debe adoptar un papel activo durante las sesiones para mantener al cliente en contacto con la realidad y reducir las distorsiones propias de la transferencia ³⁶² .

En relación con la formación específica para los profesionales sanitarios, la evidencia científica es escasa. Se identifica un ECA³⁶⁸ al que se le ha asignado un nivel de evidencia 1-, un estudio controlado y no aleatorizado³⁶⁹ con un nivel de evidencia de 4 y una revisión bibliográfica³⁶² también con un nivel de evidencia 4. Dichos estudios muestran la necesidad de que los profesionales reciban formación específica en el TLP. Las conclusiones de estos estudios concuerdan con la experiencia del grupo de trabajo de la guía y se consideran aplicables y generalizables a nuestro contexto, por lo que se tienen en cuenta en la realización de las recomendaciones de este apartado.

Las recomendaciones que se pueden hacer respecto a los requisitos de formación específica en el TLP son las siguientes:

Recomendaciones

D	Se recomienda la formación clínica en TLP para mejorar las actitudes frente a los pacientes con este trastorno tanto de los médicos de urgencias como de los de salud mental, con el objetivo de mantener actitudes positivas y respuestas empáticas.
D	Se recomienda que el abordaje a largo plazo de las patologías graves, como el TLP, se realice con dedicación y una sólida formación por parte del terapeuta y su grupo de apoyo.
√	Se recomienda disponer en cada dispositivo de profesionales expertos, con formación específica respecto al TLP: identificación de síntomas y manejo de elementos diagnósticos, principales modelos de comprensión y principales modelos de intervención (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda proporcionar espacios de supervisión llevados a cabo, preferentemente, por profesionales externos al equipo (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda conocer los límites de la medicación como modulador de la intensidad de los síntomas y la ineffectividad y/o iatrogenia de los cambios de medicación en función de la inestabilidad emocional y sintomática del TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda conocer las diferentes fases en la evolución de los tratamientos y en especial el manejo cuidadoso de su finalización (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

9. Difusión e implementación

Para la introducción de una GPC en un contexto clínico, es necesario diseñar y establecer estrategias para superar potenciales barreras que pudieran interferir en su implementación.

El grupo de trabajo de la guía propone un plan de intervenciones para implantar la presente GPC sobre el manejo del TLP. En la versión completa de la guía⁵ se hace una descripción completa de este plan (véase página 261).

Glosario metodológico

Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE): Instrumento de evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica. Se entiende por calidad de las guías de práctica clínica la confianza en que los sesgos potenciales del desarrollo de la guía han sido señalados de forma adecuada y en que las recomendaciones son válidas tanto interna como externamente, y se pueden llevar a la práctica.

Aleatorización: Procedimiento por el que la selección de una muestra o la asignación a un tratamiento u otro, o a placebo, se hace por mecanismos de azar.

Cochrane Library: Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración Cochrane, compuesta, entre otras, por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.

Comorbilidad: Presencia de varias enfermedades añadidas o asociadas.

Diferencia de riesgos (DR): Diferencia entre la tasa (o probabilidad) de efecto adverso en el grupo de tratamiento y la tasa en el grupo control. Es una medida de efecto en datos discretos.

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

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

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

Ensayo controlado aleatorizado (ECA): Tipo de ensayo clínico en el que los pacientes son asignados de forma aleatoria, por medio del azar, a los distintos tratamientos que se comparan.

Estadísticamente significativo: En un estudio, si la probabilidad de que las diferencias en el efecto encontradas al comparar dos grupos es menor de un nivel de significación previamente definido, se dice que las diferencias son estadísticamente significativas; esto es, que es muy poco probable que las diferencias observadas entre tratamientos o grupos comparados se deban al azar. Normalmente se utiliza un nivel de significación del 5%, y suele presentarse como $p < 0,05$. No obstante, debe tenerse en cuenta que una diferencia entre tratamientos puede ser estadísticamente significativa pero que ello no siempre implica que la diferencia encontrada sea “clínicamente significativa” o relevante.

Estudio pre-post: Estudio en el que el mismo grupo de personas es evaluado antes y después de una intervención o tratamiento.

Estudio ciego: Un estudio en el que alguno de los implicados en el mismo no conoce qué persona está recibiendo uno u otro tratamiento o placebo. La ocultación del tratamiento se usa para prevenir que los resultados de una investigación resulten “influenciados” por el [efecto placebo](#) o por el [sesgo](#) del observador. Para valorar correctamente el cegamiento es necesario conocer quién ha sido cegado en el estudio (pacientes, investigadores, profesionales sanitarios, adjudicadores de resultados y/o estadísticos).

Estudio de casos y controles: Es un [estudio epidemiológico observacional](#), en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada [enfermedad](#), o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se [investiga](#) si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

Estudio de cohorte: Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presentan diferentes grados de exposición a un factor de riesgo y en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.

Evidencia: Pruebas. Medicina basada en la evidencia: medicina basada en pruebas científicas.

Factor de riesgo (FR): Es toda circunstancia que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una [enfermedad](#).

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

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

Intervalo de confianza (IC): Es el intervalo en el que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de “intervalo de confianza al 95%” (o “límites de confianza al 95%”). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor en el 95% los casos.

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

NICE: Institución que forma parte del NHS (National Health Service británico). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.

NNT/NNH: Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Es el número de personas que se necesitaría tratar (“number needed to treat”, [NNT]) con un tratamiento específico para producir, o evitar, un evento adicional. Del mismo modo se define el número necesario para perjudicar o (“number needed to harm” [NNH]) para evaluar efectos indeseables.

Odds ratio (OR): Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Si es igual a 1, el efecto del tratamiento no es distinto del efecto del control. Si el OR es mayor (o menor) que 1, el efecto del tratamiento es mayor (o menor) que el del control. Nótese que el efecto que se está midiendo puede ser adverso (p. ej., muerte, discapacidad) o deseable (p. ej., dejar de fumar).

Pregunta clínica en formato paciente-intervención-comparación-resultados (outcomes) (PICO): Método específico de formulación de preguntas clínicas. Se deben tener en cuenta los siguientes componentes: paciente, intervención, comparación, resultados (outcomes). La ventaja de este formato de pregunta clínica es que define sin ambigüedad lo que se pretende conocer y ayuda a realizar la búsqueda bibliográfica, ya que para cada tipo de pregunta corresponde un tipo de estudio con el diseño adecuado para responderla.

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

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

Revisión sistemática de la evidencia científica (RSEC): Es una [revisión](#) en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Puede incluir o no el metaanálisis.

Revisión sistemática de ensayos controlados: Ídem que la definición de RSEC, pero en este caso, la evidencia es extraída únicamente de ensayos clínicos controlados, y por tanto, proporciona un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud.

Revisión Cochrane: Revisión sistemática realizada según la metodología de la Colaboración Cochrane y publicada en la Biblioteca Cochrane.

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

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

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Agencia escocesa multidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de aquéllas.

Los términos relacionados con aspectos metodológicos se basan en el glosario de CASPe (programa de habilidades en lectura crítica en España), en <http://www.redcaspe.org/homECAp.asp>

Abreviaciones

AAI: *Adult Attachment Interview* (Entrevista de Apego para Adultos)

ABVD: actividades básicas de la vida diaria

ADSHQ: *Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire*

AEEM: Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AG: ácidos grasos

AIAQS: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria

AP: atención primaria

APA: American Psychiatric Association

APS: atención primaria de salud

ARS: Anger Rumination Scale

ATC: antidepresivos tricíclicos

AVD: actividades de la vida diaria

BDHI: Buss-Durkee Hostility Inventory (Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee)

BDI: Beck Depression Inventory

BEST: Borderline Evaluation of Severity over Time

BIS-11: Barratt Impulsiveness Scale (Escala de Impulsividad de Barratt)

BPQ: Borderline Personality Questionary (Cuestionario de personalidad borderline)

BSI: Borderline Syndrome Index

BSIS: Beck Suicidal Ideation Scale

BSL-95: Borderline Symptom List

CAP: centro atención primaria

CATI: Coolidge Axis II Inventory (Inventario Coolidge del Eje II)

CCAA: comunidades autónomas

CGI-BPD: Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder (Impresión Clínica Global para el Trastorno Límite de la Personalidad)

CGI-I: Clinical Global Impressions-Improvement Scale

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

CSM: centro de salud mental

CSMA: centro de salud mental adultos

CSMIJ: centro de salud mental infantil-juvenil

CTBE: Community Treatment By Experts (Tratamiento Comunitario Por Expertos)

DAPP-BQ: Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (Cuestionario Básico para la Evaluación Dimensional de la Patología de la Personalidad)

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

DBT-ST: Dialectical Behaviour Therapy-Skills Training (Terapia Dialéctico-Conductual de Entrenamiento en Habilidades, TDC-EH)

DHA: ácido docosahexaenoico

DIB-R: Diagnostic Interview for Borderline-Revised (Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada)

DIPD-IV: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV)

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

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

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

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

ECSM: Equipo Comunitario de Salud Mental

EPA: ácido eicosapentanoico

EPQ-R: Eysenck Personality Questionnaire-Revised (Cuestionario Revisado de la Personalidad de Eysenck)

FASM: Functional Assessment of Self-Mutilation Interview

FDA: Food and Drug Administration

FEARP: Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial

FR: función reflexiva

GABA: ácido gamma aminobutírico

GAF: Global Assessment Functioning (Escala Global de Funcionamiento)

GAF-F: Global Assessment Functioning-Functioning Scale (Escala Global de Funcionamiento-Funcionamiento)

GAF-S: Global Assessment Functioning-Symptoms Scale (Escala Global de Funcionamiento-Síntomas)

GAS: Global Assessment Scale

GPC: guía de práctica clínica

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

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

I-BAFT: Integrative Borderline Adolescent Family Therapy (Terapia Familiar Integrativa para adolescentes con TLP)

ICG-TLP: Impresión Clínica Global-Trastorno Límite de la Personalidad

IIP-PD: Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorder

IMAO: inhibidor de la monoaminooxidasa

IMPS: Inpatient multidimensional psychiatric scale

IPDE: International personality disorder examination (Examen internacional de los trastornos de la personalidad)

IPT: Interpersonal Psychodynamic Therapy

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina

LOCF: Last observation carried forward (Enfoque de última observación considerada) en la escala ZAN-BPD

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

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

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

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

MOAS: Modified Overt aggression scale

MPDRS: Multidimensional personality disorder rating scale

MSI-BPD: McLean screening instrument for borderline personality disorder

NEO-PI-R: NEO personality inventory-revised (Inventario de personalidad NEO-revisado)

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OAS-M: Overt aggression scale-modified

OBI: Objective behavioral index

OMNI: OMNI personality inventory

PACL: Personality adjective check list (Lista de adjetivos de la personalidad)

PAI: Personality assessment inventory (Inventario de evaluación de la personalidad)

PBQ: Personality Belief Questionnaire

PCL-R: Psychopathy Checklist-Revised (Listado de Psicopatía-Revisado)

PDBQ: Personality Disorder Beliefs Questionnaire

PDI-IV: Personality Disorder Interview-IV

PDQ-4+: Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (Cuestionario Diagnóstico de la Personalidad-4+)

PFT: Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

PGC: Programas de Gestión de Casos

PSY-5: Personality Psychopathology Five

PTI: Proyecto Terapéutico Individualizado

QOLI: Quality of life interview

QTF: Questionnaire of thoughts and feeling

RSEC: Revisión sistemática de la evidencia científica

SASII: Suicide Attempt Self-Injury Interview

SBQ: Suicidal Behaviors Questionnaire

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

SCL-90: Symptom Checklist 90

SCL-90-R: Symptom Checklist 90-Reviewed

SCM: Structured Clinical Management

SCSR: Escala Susceptibilidad al Castigo y Susceptibilidad a la Recompensa

SF-36: Short Form-36 (Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud)

SIDP-IV: Structured Interview for DSM-IV Personality

SIPP-118: Severity Index of Personality Problems

SITBI: Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview

SNAP: Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality

SNS: Sistema Nacional de Salud

SSI: Scale for Suicide Ideation (Escala de Ideación Suicida)

SSS-V: Sensation Seeking Scale-Form V (Escala de Búsqueda de Sensaciones)

STAXI: State Trait Anger Expression Inventory

STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving

SWAP-A: Shedler-Westen Assessment Procedure for Adolescents (Procedimiento de valoración de Shedler-Westen para adolescentes)

TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario

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

TCA: Terapia Cognitiva Analítica.

TAU: Treatment As Usual (Tratamiento Habitual)

TC: Terapia Cognitiva.

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

TCC: Terapia cognitivo-conductual

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

TCI-R: Temperament and character inventory-revised (Inventario de temperamento y carácter)

TCPE: Tratamiento comunitario por parte de expertos (CTBE: Community treatment by experts)

TDAAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TDC: Terapia Dialéctico-Conductual

TDC-EH: Terapia Grupal Dialéctico-Conductual de Entrenamiento de Habilidades (Dialectical Behavioral Therapy-Skills Training, DBT-ST)

TGE: Terapia de Grupo Estándar

TGI: Terapia Grupal Interpersonal

TI: Terapia Interpersonal

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

WISPI-IV: Wisconsin Personality Inventory (Inventario de Trastornos de la Personalidad de Wisconsin)

YSQ: Young Schema Questionnaire (Cuestionario de Esquemas de Young)

ZAN-BPD: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder

ZKPQ: Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman)

Bibliografía

1. Rubio V, Pérez A. Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier; 2003.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 2001.
3. Consejo asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Quaderns de salut mental 8. Barcelona: Catsalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.
4. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
5. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salut Mental y AIAQS, coordinadores. 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. Disponible en: www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tlp_2011_completa.pdf.
6. Grupo de trabajo sobre guías de práctica clínica. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: I+CS Nº2006/1.
7. Instrumento AGREE versión española [página web en Internet]. The AGREE collaboration. Disponible en: www.agreecollaboration.org.
8. López de Argumedo M, Reviriego E, Andrió E, Rico R, Sobradillo N, Hurtado de Saracho I. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la Lectura Crítica y la síntesis de la evidencia científica. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba Núm. 2006/02.
9. SIGN 50 A guideline developer's handbook. Revised edition. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). National Health Service (NHS); 2008.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
11. Perry JC, Klerman GL. The borderline patient. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. Arch Gen Psychiatry. 1978;35(2):141-50.
12. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. Psychoanalytic Quarterly. 1938;7:467-89.
13. Zilboorg G. Ambulatory schizophrenia. Psychiatry. 1941;4:149-55.
14. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr Q. 1949;23(2):248-76.
15. Frosch J. The psychotic character: clinical psychiatric considerations. Psychiatr Q. 1964;38:81-96.
16. Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(3):641-85.
17. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. Am J Psychiatry. 1975;132(1):1-10.
18. Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. Am J Psychiatry. 1977;134(11):1227-33.

19. Zanarini MC. Borderline personality as an impulse spectrum disorder. A: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1993.
20. Kroll L. *PTSD / Borderlines in therapy*. New York, NY (US): Norton; 1993.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (3ª ed)*. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1980.
22. OMS, Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
23. Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco JL. Trastorno límite de la personalidad. En: Roca M, editor. *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ars Médica; 2004.
24. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(10):1015-21.
25. Swartz M, Blazer D, George L. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*. 1990;4(3):257-72.
26. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(12):1752-9.
27. Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1993;150(8):1237-43.
28. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S. Symptomatology de la personnalité limite du DSM IV dans une population non clinique d'adolescents: étude d'une série de 35 cas. *Encephale*. 2001;27(2):120-7.
29. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord*. 2004;18(6):526-41.
30. Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord*. 2008;22(4):353-64.
31. Grilo CM, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry*. 2001;42(5):364-8.
32. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*. 2002;359(9325):2253-4.
33. Paris J. Long-term outcome of personality disorders. A: Paris J, editors. *Personality Disorders over time*. Washington, DC (US): Am J Psychiatry; 2003.
34. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(2):274-83.
35. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry*. 1987;28(6):530-5.
36. Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP. 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Compr Psychiatry*. 1985;26(5):448-55.
37. Mc Glashnan TH. The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:2-30.
38. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(6):416-25.
39. White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI. Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11(1):8-19.
40. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.

41. Coccaro EF, Lee R, McCloskey M. Norepinephrine function in personality disorder: plasma free MHPG correlates inversely with life history of aggression. *CNS Spectr*. 2003;8(10):731-6.
42. Schulz SC, Schulz PM, Dommissie C, Hamer RM, Blackard WG, Narasimhachari N, et al. Amphetamine response in borderline patients. *Psychiatry Res*. 1985;15(2):97-108.
43. Steinberg BJ, Trestman R, Mitropoulou V, Serby M, Silverman J, Coccaro E, et al. Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients. *Neuropsychopharmacology*. 1997;17(4):264-73.
44. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL, Cooper TB, Ferris CF. Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(8):708-14.
45. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Gecici O, Ustundag B. Serum cholesterol and leptin levels in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*. 2002;45(4):167-71.
46. 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(1):167-9.
47. Rinne T, van den Brink W, Wouters L, Van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):2048-54.
48. Rusch N, van Elst LT, Ludaescher P, Wilke M, Huppertz HJ, Thiel T, et al. A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2003;20(1):385-92.
49. Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder a: volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*. 2003;54:163-71.
50. De la Fuente JM, Goldman S, Stanus E, Vizuete C, Morlan I, Bobes J, et al. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 1997;31(5):531-41.
51. Kunert HJ, Druecke HW, Sass H, Herpertz SC. Frontal lobe dysfunctions in borderline personality disorder? Neuropsychological findings. *J Pers Disord*. 2003;17(6):497-509.
52. Stein DJ, Hollander E, Cohen L, Frenkel M, Saoud JB, DeCaria C, et al. Neuropsychiatric impairment in impulsive personality disorders. *Psychiatry Res*. 1993;48(3):257-66.
53. Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM, Douglas BJ. Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2003;122(3):193-8.
54. Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry*. 2001;50(4):292-8.
55. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 2003;54(11):1284-93.
56. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741-9.
57. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):600-6.
58. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*. 2000;14(3):264-73.
59. Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(1):24-31.
60. 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):648-51.

61. Fonagy P, Bateman A. Mentalizing and borderline personality disorder. *J Ment Health*. 2007;16:83-101.
62. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(2):297-306.
63. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev*. 2000;71(3):684-9.
64. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2005;17(4):959-86.
65. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev*. 2000;71(3):690-4.
66. Weinfield NS, Sroufe LA, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Dev*. 2000;71(3):695-702.
67. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G. Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol*. 2005;17(1):1-23.
68. Fonagy P, Target M, Gergely G, et al. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*. 2003;23:412-59.
69. Linehan M. *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY (US): Guilford; 1993.
70. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Dev Psychopathol*. 2005;17(4):1007-30.
71. Fruzzetti AE, Shenk C, Lowry K, et al. Emotion regulation. A: O' Donohue, J.E., Fisher & S.C. Hayes, editors. *Cognitive behaviour therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. New York, NY (US): Wiley; 2003.
72. OMS, Organización Mundial de la Salud. *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Mediator; 1992.
73. American Psychiatric Association. *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2001.
74. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA (US): American Psychiatric Association (APA); 2003.
75. Perry JC. Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1992;149(12):1645-53.
76. Garb HN. Clinical judgment and decision making. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:67-89.
77. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(3):225-45.
78. Clark LA, Harrison JA. Assessment instruments. A: Livesley WJ. editors. *Handbook of personality disorders: theory, research and treatment*. New York, NY (US): Guilford; 2001. p. 227-57.
79. McDermut W, Zimmerman M. Assessment instruments and standardized evaluation. A: Oldham J, Skodol A, Bender D, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington, DC (US): American Psychiatric Press; 2005. p. 89-101.
80. Torrubia R, Caseras X, Gutiérrez F. Evaluación de la personalidad. En: Vallejo J, Leal C, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica; 2005.
81. Zanarini MC. *The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders*. Belmont, MA (US): McLean Hospital and Harvard Medical School; 1996.
82. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. *The International Personality Disorder Examination*. The World Health Organization/Alcohol,

- Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(3):215-24.
83. Widiger TA, Mangine S, Corbitt EM, Ellis CG, Thomas GV. Personality disorder interview-IV: En semistructured interview for the assessment of personality disorders. Professional manual. Odessa, FL (US): Psychological Assessment Resources; 1995.
 84. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin L. The structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Arlington, VA (US): American Psychiatric Press; 1997.
 85. Pfohl B, Blum N, Immerman M. Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV). Washington: American Psychiatric Press; 1997.
 86. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Pers Disord*. 1989;3:10-8.
 87. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord*. 2003;17:233-42.
 88. Segal DL, Coolidge FL. Structured interviewing and DSM classification. En: Hersen M, Turner S, editors. *Adult Psychopathology and Diagnosis*. New York, NY (US): John Wiley & Sons; 2003.
 89. Widiger TA, Samuel DB. Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychol Assess*. 2005;17(3):278-87.
 90. Widiger TA. Personality disorders. En: Hunsley J, Mash EJ, editors. *A guide to assessments that work*. New York, NY (US): Oxford University Press; 2008.
 91. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II). Barcelona: Masson; 1999.
 92. Loranger AW, Sartorius N, Janca A. Assessment and diagnosis of personality disorders: the international personality disorder examination (IPDE). New York, NY (US): Cambridge University Press; 1996.
 93. López-Ibor JJ, Pérez A, Rubio V. International Personality Disorder Examination IPDE. Madrid: Meditor; 1996.
 94. Millon T, Millon C, Davis R. MCMI-III Manual. Minneapolis (US): National Computer Systems; 1994.
 95. Hyler SE. Personality Questionnaire PDQ-4+. New York, NY (US): New York State Psychiatric Institute; 1994.
 96. Colligan RC, Morey LC, Offord KP. The MMPI/MMPI-2 Personality Disorder scales: contemporary norms for adults and adolescents. *J Clin Psychol*. 1994;50(2):168-200.
 97. Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kuhler T, Stieglitz RD. Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*. 2007;40(2):126-32.
 98. 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 Pers Disord*. 2003;17(6):568-73.
 99. Coolidge FL, Merwin MM. Reliability and validity of the Coolidge Axis II Inventory: a new inventory for the assessment of personality disorders. *J Pers Assess*. 1992;59(2):223-38.
 100. Coolidge FL. The Coolidge Axis II Inventory: Manual. Colorado Springs, CO (US): Autor; 2000.
 101. Ospina-García MB. Adaptación transcultural al español del Inventario Coolidge del Eje II para el diagnóstico de personalidad del DSM IV [trabajo de grado]. Cali (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
 102. Ávila-Espada A, Jiménez-Gómez F. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2). Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1999.

103. Loranger AW. OMNI Personality Inventories: Professional manual. Lutz, FL (US): Psychological Assessment Resources, Inc.; 2001.
104. Fantoni-Salvador P, Rogers R. Spanish versions of the MMPI-2 and PAI: an investigation of concurrent validity with hispanic patients. *Assessment*. 1997;4:29-39.
105. Morey LC. Personality assessment inventory: professional manual. Odessa, FL (US): Psychol Assess; 1991.
106. Rogers R, Flores J, Ustad K, Sewell KW. Initial validation of the Personality Assessment Inventory-Spanish version with clients from Mexican American communities. *J Pers Assess*. 1995;64(2):340-8.
107. Smith TL, Klein MH, Benjamin LS. Validation of the Wisconsin personality disorders inventory-IV with the SCID-II. *J Personal Disord* 17(3), 173-187. *J Personal Disord*. 2003;17(3):173-87.
108. Klein MH, Smith-Benjamin L, Rosenfeld R, Treece C, Husted J, Greist JH. The Wisconsin personality disorders inventory: development, reliability, and validity. *J Personal Disord*. 1993;7:285-303.
109. Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:227-57.
110. Westen D, Arkowitz-Westen L. Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1767-71.
111. Fonseca-Pedrero E, Muñiz J, Lemos S, Paino M, Villazón-García U. Traducción y adaptación al español del Borderline Personality Questionnaire (BPQ) [ponencia]. En: XI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Málaga; 15-18 septiembre 2009.
112. 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. *J Pers Disord*. 2006;20(3):247-60.
113. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(4):810-22.
114. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):477-84.
115. Costa PT, McCrae RR. The revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor-Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL (US): Psychological Assessment Resources; 1992.
116. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *J Pers Soc Psychol*. 1993;65(4):757-68.
117. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. Manual of the Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. St. Louis, MO (US): Center for Psychobiology of Personality, Washington University; 1994.
118. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *J Abnorm Psychol*. 1992;101(3):432-40.
119. Mulder RT, Joyce PR. Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychol Med*. 1997;27(1):99-106.
120. Leibing E, Jamrozinski K, Vormfelde SV, Stahl J, Doering S. Dimensions of personality--relationship between DSM-IV personality disorder symptoms, the five-factor model, and the biosocial model of personality. *J Pers Disord*. 2008;22(1):101-8.
121. O'Connor BP, Dyce JA. Rigid and extreme: a geometric representation of personality disorders in five-factor model space. *J Pers Soc Psychol*. 2001;81(6):1119-30.
122. Adan A, Serra-Grabulosa JM, Caci H, Natale V. A reduced Temperament and Character Inventory (TCI-56). Psychometric properties in a non-clinical sample. *Pers Individ Dif*. 2009;46(687):692.

123. Cloninger CR. The temperament and character inventory-revised. St Louis, MO (US): Center for Psychobiology of Personality. Washington University; 1999.
124. Gutiérrez-Zotes JA, Cortes MJ, Valero J, Pena J, Labad A. Psychometric properties of the abbreviated Spanish version of TCI-R (TCI-140) and its relationship with the Psychopathological Personality Scales (MMPI-2 PSY-5) in patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(4):231-7.
125. Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, et al. Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(1):8-15.
126. Ortet G, Ibáñez MI, Ruipérez MA, Villa H, Moya J, Escrivá P. Adaptación para adolescentes de la versión española del NEO PI-R(JS NEO). *Psicothema*. 2007;19(2):263-8.
127. Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R MANUAL. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de cinco factores. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1999.
128. Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol*. 2007;62(2):71-83.
129. Nock MK, Wedig MM, Janis IB, Deliberto TL. Self-Injurious thoughts and behaviours. En: Hunsley J, Mash EJ, editors. *A guide to assessments that work*. New York, NY (US): Oxford University Press; 2008.
130. Johnson JG, First MB, Cohen P, Kasen S. Development and validation of a new procedure for the diagnostic assessment of personality disorder: the Multidimensional Personality Disorder Rating Scale (MPDRS). *J Pers Disord*. 2008;22(3):246-58.
131. Verheul R, Andrea H, Berghout CC, Dolan C, Busschbach JJ, van der Kroft PJ, et al. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychol Assess*. 2008;20(1):23-34.
132. Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L. The Objective Behavioral Index: a measure for assessing treatment response of patients with severe personality disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187(5):290-5.
133. Pfohl B, Blum N, St JD, McCormick B, Allen J, Black DW. Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2009;23(3):281-93.
134. Pérez V, Barrachina J, Soler J, Pascual JC, Campins MJ, Puigdemont D, et al. 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.
135. Zanarini MC. Diagnostic interview for personality disorders (DIPD). Belmont, MA (US): Psychosocial Research Program. McLean Hospital; 1983.
136. Grilo CM, Anez LM, McGlashan TH. The Spanish-Language Version of the Diagnostic Interview for DSM-IV personality disorders: development and initial psychometric evaluation of diagnoses and criteria. *Compr Psychiatry*. 2003;44(2):154-61.
137. Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LC, Stout RL, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. *J Pers Disord*. 2000;14(4):300-15.
138. Renneberg B, Schmidt-Rathjens C, Hippin R, Backenstrass M, Fydrich T. Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: development and validation of a self-report inventory. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2005;36(3):173-82.
139. Linehan M. The empirical basis of dialectical behavior therapy: development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clin Psychol Sci Pract*. 2000;7:113-9.
140. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. A study on the factorial structure of personality pathology. *J Pers Disord*. 1989;3:292-306.
141. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Dimensions of personality pathology. *Can J Psychiatry*. 1991;36(8):557-62.

142. Gutiérrez-Zotes JA, Gutiérrez F, Valero J, Gallego E, Bailles E, Torres X, et al. Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *J Pers Disord.* 2008;22(4):389-404.
143. Harlan E, Clark LA. Short forms of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) for self and collateral ratings: development, reliability, and validity. *Assessment.* 1999;6(2):131-45.
144. Clark LA. *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP).* Minneapolis, MN (US): University of Minnesota Press; 1993.
145. Clark LA, Simms LJ, Wu KD, Casillas A. *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP-2)* (en prensa). Minneapolis, MN (US): University of Minnesota Press.
146. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Álvarez E, et al. Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(5):293-8.
147. Calvo N, Caseras X, Gutiérrez F, Torrubia R. Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30:7-13.
148. Cardenal V, Sánchez MP, Ortiz-Tallo M. *Guía práctica para la interpretación del MCMI-III. Evaluación de 14 casos clínicos.* Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 2007.
149. Robles-García R, Torres Nabel LC, Páex-Agraz F. Estudio de traducción y fiabilidad del Inventario de trastornos de la personalidad de Wisconsin (WISPI-IV). *Actas Esp Psiquiatr.* 2003;31(3):133-7.
150. Torrubia R, Ávila C, Moltó J, Caseras X. The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Pers Individ Differ.* 2001;31(6):837-62.
151. Gutiérrez-Zotes JA, Ramos JA, Sáiz J. Desarrollo de la versión española del cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ-III) y propiedades psicométrica. *Psiquis.* 2001;22:19-30.
152. Eysenck HJ. *EPQ-R. Cuestionario Revisado de la Personalidad de Eysenck.* Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1997.
153. Tous JM, Pont N, Ruben M. Factor structure of items from the personality Adjective Check List in a sample of normal adolescents. *Span J Psychol.* 2006;9(2):228-33.
154. Pilkonis PA, Kim Y, Proietti JM, Barkham M. Scales for personality disorders developed from the inventory of interpersonal problems. *J Pers Disord.* 1996;10:355-69.
155. Arntz A, Dietzel R, Dreessen L. Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behav Res Ther.* 1999;37(6):545-57.
156. Beck AT, Beck JS. *The personality belief questionnaire.* Unpublished manuscript. Pennsylvania (US): University of Pennsylvania; 1991.
157. Cid J, Torrubia R. Schema as a construct in cognitive behavioural therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. En: XXXII European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Maastricht (The Netherlands); September 2002.
158. Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry.* 2001;15:147-55.
159. Pérez J, Torrubia R. Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de búsqueda de sensaciones (forma V). *Rev Latinoam Psicol.* 1996;18:7-22.
160. Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *Eur J Psychiatry.* 2001;15:101-12.
161. Hare RD. *The hare psychopathy checklist-revised.* Toronto, ON (Canada): MultiHealth Systems; 1991.

162. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.* 2007;19(3):309-17.
163. Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess.* 2006;18(3):303-12.
164. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive characteristics and provisional prevalence rates [póster]. A: 30th Annual Meeting Society for Behavioral Medicine. New Orleans, LA (US); July 1997.
165. Addis M, Linehan MM. Predicting suicidal behaviour: Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. En: 9th Annual Meeting of the Association for the Advancement Behavior Therapy. Washington, DC (US); 1989.
166. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47(2):343-52.
167. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol.* 1988;44(4):499-505.
168. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1998;155(12):1733-9.
169. Rusch N, Corrigan PW, Bohus M, Kuhler T, Jacob GA, Lieb K. The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(6):537-9.
170. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2008;192(2):118-23.
171. Ferrer M, Andióna O, Matalí J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, et al. Comorbid Attention-deficit/Hiperactivity disorder in Borderline patients defines an impulsive subtype of Borderline personality disorder [Accepted for publication]. *J Pers Disord.* 2010.
172. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 1998;39(5):296-302.
173. Barrachina J, Pérez V. Semiología clínica. El problema de la comorbilidad. En: Szerman N, Peris MD, editors. *Trastorno borderline de personalidad.* Madrid: Entheos; 2004.
174. Gunderson JG. *Trastorno Límite de la Personalidad, Guía clínica.* Arlington, VA (US): American Psychiatric Publishing, Inc; 2002.
175. Gunderson JG. *Borderline personality disorder: a clinical guide.* Washington, DC (US): American Psychiatric Publishing; 2002.
176. Gunderson JG, Links P. *Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide. Second edition.* Arlington, VA (US): American Psychiatric Publishing, Inc; 2008.
177. Maurex L. *Neuropsychological functions in women with borderline personality disorder and a history of suicide attempts [tesis doctoral].* Stockholm (Sweden): Karolinska Institutet; 2009.
178. Arza R, Díaz-Marsa M, López-Mico C, de Pablo NF, López-Ibor JJ, Carrasco JL. Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con trastorno límite de personalidad: una serie de casos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(4):236-9.
179. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Intervenciones farmacológicas para las personas con trastorno de la personalidad borderline (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.* 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.); 2005. CD005635.
180. Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract.* 2009;15(3):163-72.
181. Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Aust.* 2007;187(7 Suppl):S18-S21.

182. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43(5):397-408.
183. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321(7262):694-6.
184. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med*. 1999;29(1):19-25.
185. Schmidt U, Davidson KM. *When life is too painful: finding options after self harm*. Hove (United Kingdom): Psychology Press; 2002.
186. Tyrer P, Jones V, Thompson S, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, et al. Service variation in baseline variables and prediction of risk in a randomised controlled trial of psychological treatment in repeated parasuicide: the POPMACT Study. *Int J Soc Psychiatry*. 2003;49(1):58-69.
187. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ, Jr. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *J Pers Disord*. 2006;20(5):482-92.
188. Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2008;22(3):284-90.
189. Palacín M. Grupos para la promoción de la salud. En: Sáez S, Pérez RM. *El Grupo en la promoción y educación para la salud*. Lleida: Milenio; 2004.
190. Davidson KM. *Cognitive therapy for personality disorders: a guide for therapists*. Oxford (United Kingdom): Butterworth Heinemann; 2000.
191. Davidson K, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Norrie J, Palmer S, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample. *J Pers Disord*. 2006;20(5):431-49.
192. Blum N, St JD, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, et al. 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(4):468-78.
193. Young J. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schemafocused Approach*. Sarasota, FL (US): Professional Resource Exchange; 1990.
194. Young J, Klosko JS. *Reinventing Your Life: the Breakthrough Program to End Negative Behavior . . . and Feel Great Again*. New York, NY (US): Plume Books; 1994.
195. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, VanTilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(6):649-58.
196. Spinhoven P, Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Kooiman K, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(1):104-15.
197. Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. 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(11):961-73.
198. Farrell 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(2):317-28.
199. van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, Van Dyck R, Spinhoven P, et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry*. 2008;192(6):450-7.

200. Arntz A, van Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorder. Chichester (United Kingdom): Wiley-Blackwell; 2009.
201. Ryle A. Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder: the Model and the Method. New York, NY (US): John Wiley & Sons; 1997.
202. Ryle A, Kerr IB. Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice. Chichester (United Kingdom): John Wiley & Sons; 2002.
203. Thompson AR, Donnison J, Warnock-Parkes E, Turpin G, Turner J, Kerr IB. Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy. *Int J Ment Health Nurs*. 2008;17(2):131-7.
204. Munroe-Blum H, Marziali E. A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 1995;9:190-8.
205. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *Int J Psychoanal*. 2005;86(Pt 3):841-68.
206. Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract*. 2000;7:413-9.
207. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC (US): American Psychiatric Press; 2006.
208. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord*. 2004;18(1):52-72.
209. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):922-8.
210. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(6):1027-40.
211. Carter G, Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;2010(44):162-73.
212. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, González AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001;32(2):371-90.
213. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1060-4.
214. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757-66.
215. van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav*. 2002;27(6):911-23.
216. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1994;151(12):1771-6.
217. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.
218. Verheul R, van den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, van den BW. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2003;182:135-40.

219. 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.
220. Harned MS, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray A, Comtois KA, Linehan MM. Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):1068-75.
221. McMMain S. Dialectic behaviour therapy reduces suicide attempts compared with non-behavioural psychotherapy in women with borderline personality disorder. *Evid Based Ment Health.* 2007;10(1):18.
222. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ, et al. 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(5):353-8.
223. Linehan MM, Schmidt H, III, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict.* 1999;8(4):279-92.
224. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2002;67(1):13-26.
225. McMMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166(12):1365-74.
226. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, NY (US): Guilford Press; 1993.
227. Soler J, Campins MJ, Pérez V, Puigdemont D, Pérez-Blanco E, Álvarez E. Olanzapine and cognitive-behavioural group therapy in borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001;29(2):85-90.
228. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1999;156(10):1563-9.
229. 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(12):1355-64.
230. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry.* 2008;165(5):631-8.
231. 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(1):25-35.
232. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York, NY (US): Guilford Press; 1999.
233. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC (US): American Psychiatric Press; 2002.
234. Santiago S, Castro S, Cañamero D, Godoy A, Marcos C. Terapia icónica en inestabilidad emocional. Estudio preliminar. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2006;5(2):151-64.
235. Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H. Group and family treatments for borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry.* 1991;42(10):1038-43.
236. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Fam Process.* 2005;44(2):217-25.
237. Miller A, Rathus J, Linehan M, Wetzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J Pract Psychiatry Behav Health.* 1997;3(2):78-86.

238. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2002;32(2):146-57.
239. Santisteban DA, Muir JA, Mena MP, Mitrani VB. Integrative borderline adolescent family therapy: Meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. *Psychotherapy.* 2003;40(4):251-64.
240. Szapocznik J, Kurtines W. Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth. New York, NY (US): Springer Publishing Company; 1989.
241. Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry.* 2006;51(7):453-60.
242. Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Can J Psychiatry.* 2007;52(11):718-25.
243. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, NY (US): Basic Books; 1984.
244. Panadès R. La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2002.
245. Elliott B, Weissenborn O. Employment for persons with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv.* 2010;61(4):417.
246. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Álvarez E, et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *Int Clin Psychopharmacol.* 2010;25(6):349-55.
247. Morrow J, Russell A, Guthrie E, Parsons L, Robertson I, Waddell R, et al. Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2006;77(2):193-8.
248. De la Fuente JM, Lotstra F. A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1994;4(4):479-86.
249. De la Fuente JM, Bobes J, Vizuete C, Mendlewicz J. Effects of carbamazepine on dexamethasone suppression and sleep electroencephalography in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology.* 2002;45(3):113-9.
250. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry.* 2010;196(1):4-12.
251. 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(5):442-6.
252. Hollander E, Allen A, López RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, et al. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(3):199-203.
253. Hollander E, Tracey KA, Swann AC. Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology.* 2003;28:1186-97.
254. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacol Bull.* 1973;9(1):13-28.
255. Malone RP, Luebbert J, Pena-Ariet M, Biesecker K, Delaney MA. The Overt Aggression Scale in a study of lithium in aggressive conduct disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1994;30(2):215-8.
256. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33(6):766-71.
257. Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, Jiang P, Smith TB. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162(3):621-4.

258. Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Ascher JA, Monaghan E, Rudd GD. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(2):79-88.
259. Schaffer A, Zuker P, Levitt A. Randomized, double-blind pilot trial comparing lamotrigine versus citalopram for the treatment of bipolar depression. *J Affect Disord*. 2006;96(1-2):95-9.
260. Tiihonen J, Hallikainen T, Ryyanen OP, Repo-Tiihonen E, Kotilainen I, Eronen M, et al. Lamotrigine in treatment-resistant schizophrenia: a randomized placebo-controlled crossover trial. *Biol Psychiatry*. 2003;54(11):1241-8.
261. Holmes LB, Wyszynski DF, Baldwin EJ, et al. Increased risk for non-syndromic cleft palate among infants exposed to lamotrigine during pregnancy. Abstract. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2006;76(5):318.
262. 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.
263. Spielberger CD. Manual for the state-trait anger expression inventory. Odessa, FL (US): Psychological Assessment Resources; 1988.
264. Leiberich P, Nickel MK, Tritt K, Pedrosa GF. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients, Part II: an 18-month follow-up. *J Psychopharmacol*. 2008;22(7):805-8.
265. Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA. A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2009;24(5):270-5.
266. Harvey PD, Greenberg BR, Serper MR. The affective lability scales: development, reliability, and validity. *J Clin Psychol*. 1989;45(5):786-93.
267. Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(6):CD005653.
268. Vieta E, Goikolea JM, Olivares JM, González-Pinto A, Rodríguez A, Colom F, et al. 1-year follow-up of patients treated with risperidone and topiramate for a manic episode. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(7):834-9.
269. Cheng AT, Mann AH, Chan KA. Personality disorder and suicide. A case-control study. *Br J Psychiatry*. 1997;170:441-6.
270. Dursun SM, Devarajan S. Clozapine weight gain, plus topiramate weight loss. *Can J Psychiatry*. 2000;45(2):198.
271. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, et al. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(11):1515-9.
272. Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Muehlbacher M, Tritt K, et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*. 2005;57(5):495-9.
273. Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C, et al. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(1):61-6.
274. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
275. Horowitz L, Strauß B, Kordy H. Manual zum Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Weinheim (Germany): Beltz; 1993.
276. Nickel M. Topiramate reduced aggression in female patients with borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(7):432-3.
277. Young SN, Leyton M. The role of serotonin in human mood and social interaction. Insight from altered tryptophan levels. *Pharmacol Biochem Behav*. 2002;71(4):857-65.

278. Soloff PH, George A, Nathan S, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, et al. Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharmacol.* 1989;9(4):238-46.
279. Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, Verheul R, van den Bosch WM, de Bie AJ. Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *J Pers Disord.* 2003;17(1):45-59.
280. Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, et al. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(3):379-85.
281. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, Albanese M, et al. Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 1995;15(1):23-9.
282. Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(5):377-85.
283. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry.* 1981;138(7):896-903.
284. Guy W, Bonato RR, editors. *Manual for the ECDEU Assessment Battery, 32nd Revision.* Bethesda, MD (US): National Institute of Mental Health; 1970.
285. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
286. Lorr M, Klett CJ. *Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale: Manual.* Palo Alto, CA (US): Consulting Psychologists Press; 1966.
287. BUSS AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol.* 1957;21(4):343-9.
288. George A, Soloff PH. Schizotypal symptoms in patients with borderline personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1986;143(2):212-5.
289. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Perel JM. Paradoxical effects of amitriptyline on borderline patients. *Am J Psychiatry.* 1986;143(12):1603-5.
290. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Perel JM. Behavioral dyscontrol in borderline patients treated with amitriptyline. *Psychopharmacol Bull.* 1987;23(1):177-81.
291. Barratt ES. Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychol Rep.* 1965;16:547-54.
292. Lazzaro TA, Beggs DL, McNeil KA. The development and validation of the self-report test of impulse control. *J Clin Psychol.* 1969;25(4):434-8.
293. Edell WS. The Borderline Syndrome Index. Clinical validity and utility. *J Nerv Ment Dis.* 1984;172(5):254-63.
294. Cornelius JR, Soloff PH, Perel JM, Ulrich RF. Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *Am J Psychiatry.* 1993;150(12):1843-8.
295. Leucht S. Amisulpride a selective dopamine antagonist and atypical antipsychotic: results of a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2004;7 Suppl 1:S15-S20.
296. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. *GPT Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España.* Barcelona: Pharma Editores, S.L.; 2006.
297. Bogenschutz MP, George NH. Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(1):104-9.
298. Lilly E. Efficacy and safety of olanzapine in patients with borderline personality disorder: a randomized double-blind comparison with placebo. *ClinicalTrials.gov.* 2006.
299. Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A, Bohus M, Detke HC, Trzaskoma Q, et al. Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry.* 2008;193(6):485-92.

300. 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.
301. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33.
302. 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*. 2004;65(7):903-7.
303. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *J Pers Disord*. 2002;16(3):270-6.
304. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
305. Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JH, Gallop RJ. Olanzapine plus dialectical behavior 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(6):999-1005.
306. Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Pedrosa GF, Bachler E, et al. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):833-8.
307. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6(4):278-96.
308. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5.
309. Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory. Göttingen (Germany): Hogrefe & Huber Publishers; 1992.
310. Nickel MK, Loew TH, Pedrosa GF. Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II: an 18-month follow-up. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;191(4):1023-6.
311. Pascual JC, Soler J, Puigdemont D, Pérez-Egea R, Tiana T, Álvarez E, et al. Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):603-8.
312. Montgomery SA, Montgomery DB, Janyanthi RS, Roy DH, McAuley R, Shaw PJ. Maintenance therapy in repeat suicidal behaviour: a placebo controlled trial. En: *Proceedings of the 10th International Congress of Suicide Prevention and Crisis Intervention*: 227-9. International Association for Suicide Prevention.
313. Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(7):680-6.
314. Leone NF. Response of borderline patients to loxapine and chlorpromazine. *J Clin Psychiatry*. 1982;43(4):148-50.
315. Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J Pers Disord*. 2008;22(2):123-34.
316. Freeman MP. Omega-3 fatty acids in psychiatry: a review. *Ann Clin Psychiatry*. 2000;12(3):159-65.
317. Peet M, Stokes C. Omega-3 fatty acids in the treatment of psychiatric disorders. *Drugs*. 2005;65(8):1051-9.
318. Fenton WS, Dickerson F, Boronow J, Hibbeln JR, Knable M. A placebo-controlled trial of omega-3 fatty acid (ethyl eicosapentaenoic acid) supplementation for residual symptoms and cognitive impairment in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):2071-4.
319. Garland MR, Hallahan B. Essential fatty acids and their role in conditions characterised by impulsivity. *Int Rev Psychiatry*. 2006;18(2):99-105.

320. Hallahan B, Hibbeln JR, Davis JM, Garland MR. Omega-3 fatty acid supplementation in patients with recurrent self-harm. Single-centre double-blind randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007;190:118-22.
321. Philipsen A, Schmahl C, Lieb K. Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry*. 2004;37(5):196-9.
322. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*. 2002;53(6):738-42.
323. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(1):69-75.
324. Runeson B, Beskow J. Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179(3):153-6.
325. Stone MH. Suicide in borderline and other adolescents. *Adolesc Psychiatry*. 1992;18:289-305.
326. Young DW, Gunderson JG. Family images of borderline adolescents. *Psychiatry*. 1995;58(2):164-72.
327. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):20-6.
328. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 1997;154(12):1715-9.
329. Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J. Comorbidity of borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(4):348-52.
330. Links PS, Eynan R, Heisel MJ, Barr A, Korzekwa M, McMMain S, et al. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2007;21(1):72-86.
331. Paris J, Nowlis D, Brown R. Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. 1989;34(1):8-9.
332. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 1994;8(4):257-67.
333. Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A. Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bull Menninger Clin*. 1997;61(4):446-57.
334. Sanderson C, Swenson C, Bohus M. A critique of the American psychiatric practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2002;16(2):122-9.
335. Tyrer P. Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: a bridge too far. *J Pers Disord*. 2002;16(2):113-8.
336. Paris J. *Treatment of Borderline personality disorder. A guide to Evidence-Based Practice*. New York (US): The Guilford press.; 2008.
337. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
338. Chiesa M. In-patient hospital-based psychosocial treatment of borderline personality disorder: A systematic review of rationale and evidence-base. *Clin Neuropsychiatry*. 2005;2:292-301.
339. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med*. 2002;162(1):53-60.
340. Programa d'Atenció Específica al Trastorn Límit de la Personalitat [document d'ús intern]. Barcelona: Centre d'Higiene Mental Les Corts.
341. Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, Oliver A, Mathers C. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I: Clinical and social outcome. *Br J Psychiatry*. 1993;163:49-54.

342. Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, et al. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet*. 1992;339(8805):1311-4.
343. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ*. 1998;316(7125):106-9.
344. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):295-302.
345. Krawitz R, Watson C. *Borderline Personality Disorder: A practical Guide to treatment*. Oxford (United Kingdom): Oxford University Press; 2000.
346. Bateman AW, Tyrer P. Services for personality disorder: organisation for inclusion. *Adv Psychiatr Treat*. 2004;10:425-33.
347. Fagin L. Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: borderline personality disorders. *Adv Psychiatr Treat*. 2004;10:93-9.
348. Kullgren G. Factors associated with completed suicide in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1988;176(1):40-4.
349. Peritogiannis V, Stefanou E, Damigos D, Mavreas V. Admission rates of patients with borderline personality disorder in a psychiatric unit in a General Hospital. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2008;12(1):78-80.
350. Warren F, Evans C, Dolan B, Norton K. Impulsivity and self-damaging behaviour in severe personality disorder: The impact of democratic therapeutic community treatment. *Therapeutic communities: the International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*. 2004;25(1):55-71.
351. Warren F, Zaman S, Dolan B, Norton K, Evans C. Eating disturbance and severe personality disorder: outcome of specialist treatment for severe personality disorder. *Eur Eat Disord Rev*. 2006;14:69-78.
352. Dolan BM, Evans C, Wilson J. Therapeutic community treatment for personality disordered adults: changes in neurotic symptomatology on follow-up. *Int J Soc Psychiatry*. 1992;38(4):243-50.
353. Dolan B, Warren F, Norton K. Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *Br J Psychiatry*. 1997;171:274-9.
354. Copas JB, O'Brien M, Roberts J, Whiteley JS. Treatment outcome in personality disorder: the effect of social, psychological and behavioural variables. *Pers Individ Differ*. 1984;5:565-73.
355. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. Six-year follow-up of three treatment programs to personality disorder. *J Pers Disord*. 2006;20(5):493-509.
356. Antikainen R, Lehtonen J, Koponen H, Arstila A. The effect of hospital treatment on depression and anxiety in patients with borderline personality organization. *Nord J Psychiatry*. 1992;46:399-405.
357. Antikainen R, Koponen H, Lehtonen J, Arstila A. Factors predicting outcome of psychiatric hospital treatment inpatients with borderline personality organization. *Nord J Psychiatry*. 1994;48:177-85.
358. Antikainen R, Hintikka J, Lehtonen J, Koponen H, Arstila A. A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder inpatients. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92(5):327-35.
359. Grupo de expertos de la AEN. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre hospitales de día. Cuadernos Técnicos, 12. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2009.
360. Petersen B, Toft J, Christensen NB, Foldager L, Munk-Jorgensen P, Lien K, et al. Outcome of a psychotherapeutic programme for patients with severe personality disorders. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(6):450-6.
361. Gratz KL, Lacroce DM, Gunderson JG. Measuring changes in symptoms relevant to borderline personality disorder following short-term treatment across partial hospital and intensive outpatient levels of care. *J Psychiatr Pract*. 2006;12(3):153-9.

362. Hennessey M, McReynolds CJ. Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. *Work*. 2001;17(2):97-103.
363. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(1):28-36.
364. Hörz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatr Serv*. 2010;61(6):612-6.
365. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000050.
366. Nadort M, van DR, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Wensing M, et al. Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. *Behav Res Ther*. 2009;47(11):938-45.
367. González MA, Mirapeix C. Una experiencia de formación integradora. Psicoterapia multicomponente para los trastornos de la personalidad. En: XI Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis; febrero-marzo 2010.
368. Commons Treloar AJ, Lewis AJ. Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(11):981-8.
369. Aaltonen J, Alanen YO, Keinänen M, Rakkolainen V. An advanced specialist-level training programme in psychodynamic individual psychotherapy of psychotic and borderline patients: the Finnish approach. *Eur J Psychother couns health*. 2002;5(1):13-30.



World Health Organization
Collaborating Centre for
Health Technology Assessment



INAHTA

Miembro fundador



Miembro corporativo



Miembro corporativo

ciberesp

Miembro corporativo

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

Roc Boronat, 81-95 (segona planta)

08005 Barcelona

Tel.: 935 513 888

Fax: 935 517 510

direccio@aatrm.catsalut.cat

www.aatrm.net

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut