

GPC

Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad

Guía rápida: recomendaciones



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 [Guía rápida: recomendaciones]. Fórum de Salud 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.

Las personas interesadas en este documento pueden dirigirse a:
Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Roc Boronat, 81-95 (segona 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. 42733-2011

© 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.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 4 |
| Resumen tipos de recomendación SIGN..... | 5 |
| Consideraciones generales | 5 |
| Intervenciones psicológicas y psicosociales | 7 |
| Tratamiento farmacológico | 9 |
| Gestión de la crisis | 11 |
| Organización de servicios y programas..... | 13 |
| Itinerario asistencial según fases del trastorno | 17 |
| Diagnóstico y clasificación..... | 18 |

INTRODUCCIÓN

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.

La GPC-TLP tiene el objetivo de dar respuesta al diagnóstico e intervenciones realizadas en la población con diagnóstico o posible diagnóstico de TLP enfocada para profesionales sanitarios. Esta guía va dirigida a todos aquellos profesionales de la salud que tienen contacto directo o toman decisiones en relación a las personas afectadas con TLP.

El grupo elaborador ha considerado importante la realización de una versión de la guía “Guía rápida: recomendaciones” que recoja de forma resumida las principales recomendaciones de la GPC-TLP y favorezca su implementación. Cabe señalar que esta guía es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria y no es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario. En su aplicación individual se tendrán en cuenta las características de los pacientes así como del contexto asistencial en que nos encontremos.

RESUMEN TIPOS DE RECOMENDACIÓN SIGN^a

Grado de recomendación: A, B, C o D, según sea muy buena, buena, regular o baja la calidad de la evidencia.

√ Buena práctica clínica: recomendación por consenso del grupo de trabajo.

En la ausencia de evidencia no se formula recomendación y el recuadro de grado de recomendación aparece sin sombreado.

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

CONSIDERACIONES GENERALES

Diagnóstico e instrumentos de evaluación

- √ Se recomienda utilizar el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) con prudencia, hacer un uso restrictivo en menores, y usarlo preferentemente a partir de los 16 años, siempre y cuando el trastorno se haya manifestado a lo largo de 1 año.

Instrumentos de evaluación

- √ Se recomienda utilizar instrumentos de medida para conseguir el diagnóstico fiable de los trastornos de la personalidad, ya 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 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), para realizar el diagnóstico de los trastornos de la personalidad ya 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, la utilización, en primer lugar, de un inventario autoadministrado para identificar qué aspectos deben ser explorados más exhaustivamente en la entrevista.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad

- √ 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 existencia de enfermedades médicas.

Líneas generales y manejo

Aspectos generales del manejo y sus componentes

- √ Se recomienda establecer una alianza terapéutica con el paciente, para obtener información, crear 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 los factores desestabilizadores o de riesgo de precipitar las crisis.
- √ Se recomienda promover la participación activa de la familia y los 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, y así facilitar que el paciente y la familia intervengan activamente en el tratamiento.

- ✓ Se recomienda facilitar la comprensión y la adaptación del paciente a los efectos psicosociales del trastorno: relaciones interpersonales, condiciones del trabajo y 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 exacerbaban las crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas.
- ✓ Se recomienda proporcionar ayuda al paciente para acceder a los servicios necesarios y coordinación de los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios implicados en la atención.

Valoración del paciente

- ✓ 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, 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 examinar 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 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 valorar 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.

Plan de tratamiento para el paciente con TLP

- ✓ 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.

Consideraciones acerca de la prevención del TLP

Terapia cognitiva analítica (TCA)

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de 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 la educación sanitaria dirigida a los profesionales de la salud, a los profesionales en contacto con la población de riesgo y la población general, para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población, especialmente 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. |

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES

Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves

Terapia cognitiva asistida por manual (TCAM)

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

Psicoeducación

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

Terapias psicológicas individuales y grupales

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

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

Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)

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

Terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE)

C Se recomienda la TCE para mejorar la sintomatología del TLP así como la recuperación clínica y la calidad de vida.

Terapia cognitiva analítica

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de esta terapia pacientes con TLP.

Terapia grupal interpersonal

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

Terapia centrada en el cliente

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

Psicoterapia focalizada en la transferencia

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

Programas de terapias psicológicas

Terapia dialéctico-conductual

B Se recomienda esta terapia en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, y disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico.

| | |
|---|--|
| | No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia grupal dialéctico-conductual de entrenamiento de habilidades en pacientes con TLP. |
| | <i>Terapia basada en la mentalización</i> |
| C | Se recomienda esta terapia ambulatoria en hospital de día para conseguir mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejora de la función social, laboral e interpersonal. |
| | <i>Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación</i> |
| | No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación en pacientes con TLP. |
| | <i>Terapia icónica</i> |
| | No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia icónica en pacientes con TLP. |
| Intervenciones Familiares | |
| | <i>Psicoeducación</i> |
| ✓ | 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. |
| | <i>Terapia dialéctico-conductual adaptada para adolescentes suicidas</i> |
| | No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de esta terapia adaptada para adolescentes suicidas con TLP. |
| | <i>Terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP</i> |
| | No existe evidencia para recomendar el uso de esta terapia en pacientes con TLP. |
| Terapias combinadas | |
| | <i>Terapia interpersonal y terapia cognitiva combinada con fluoxetina</i> |
| | No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de las terapias combinadas en pacientes con TLP. |
| Rehabilitación funcional e integración laboral | |
| | <i>Rehabilitación funcional</i> |
| ✓ | 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 a 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. |
| | <i>Integración laboral</i> |
| ✓ | Se recomienda ofrecer programas de inserción laboral a las personas con TLP carentes de actividad laboral con objeto de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida. |
| | <i>Recomendaciones generales de práctica clínica</i> |
| ✓ | 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 deberán compartir con el paciente. |
| ✓ | Se recomienda que la intervención psicológica o psicosocial se incorpore en el marco terapéutico general, y se ofrezca como parte esencial 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. |

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Anticonvulsivantes

| | |
|---|---|
| | No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional del paciente con TLP. |
| | No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de la impulsividad del paciente con TLP. |
| | No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de las conductas autolíticas del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales del paciente con TLP. |
| | No hay evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento del funcionamiento global del paciente con TLP. |
| ✓ | 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. |

Antidepresivos

| | |
|---|---|
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad del paciente con TLP. |
| | No hay evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de inestabilidad de las relaciones interpersonales del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de conductas autolíticas del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento del funcionamiento global del paciente con TLP. |
| ✓ | 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. |
| Antipsicóticos | |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de la inestabilidad emocional del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de la impulsividad y agresividad del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de inestabilidad en las relaciones interpersonales del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de las conductas autolíticas del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de síntomas cognitivo perceptuales del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento del funcionamiento global del paciente con TLP. |
| ✓ | 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. |
| Ansiolíticos | |
| ✓ | 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. |
| Ácidos grasos | |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de la inestabilidad emocional del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de la impulsividad del paciente con TLP. |
| | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de las conductas autolíticas del paciente con TLP. |
| | No hay evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales del paciente con TLP. |
| | No hay evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales del paciente con TLP. |
| Recomendaciones generales de práctica clínica | |
| ✓ | 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 siempre se debe considerar en aquellos casos de comorbilidad con otros trastornos que sí tienen un tratamiento farmacológico con evidencias de eficacia (adaptado de la GPC del National Institute of Clinical Excellence (NICE, 2009) por el grupo de trabajo de la guía). |
| ✓ | El tratamiento farmacológico en pacientes con TLP debe ser sometido a una monitorización del estado de salud del paciente para detectar posibles efectos secundarios. |
| ✓ | El tratamiento farmacológico en pacientes con TLP se debe revisar periódicamente, dada la inestabilidad del trastorno, con el objetivo de retirar fármacos innecesarios o no efectivos así como para evitar la polimedicación. |

GESTIÓN DE LA CRISIS

Revisión de la evidencia científica

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

Manejo general

| | |
|---|--|
| ✓ | Se recomienda atender la crisis en el dispositivo que asiste al 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 centros de salud mental (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. |

Manejo farmacológico

| | |
|---|---|
| ✓ | Se recomienda asegurar que exista un consenso entre los prescriptores y los demás profesionales implicados sobre el fármaco que se debe 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 la misma 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 a 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 a tratar no mejoran después de un período de prueba con el fármaco, y, si los síntomas a tratar no mejoran o no disminuye el nivel de riesgo, se deben plantear tratamientos alternativos (incluidos los 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). |
| Manejo psicológico | |
| ✓ | 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 efectuar 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 plantear 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). |

Manejo familiar

- ✓ Se recomienda incorporar a los familiares en la intervención de la 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.

Decisión de hospitalización

- ✓ 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.

Planes de crisis

- ✓ Se recomienda realizar una revisión de la crisis y sus antecedentes, y considerar 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, el 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).

ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMAS

Dispositivos, ámbitos de intervención e itinerario asistencial

Servicios de atención primaria

- ✓ Se recomienda derivar a los CSM para valoración y tratamiento, si procede, a las personas atendidas en los centros de atención primaria 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 CSM 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 atención primaria y derivarlos 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 los mismos. |
| ✓ | 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. |
| | <i>Servicios de atención secundaria: atención ambulatoria especializada</i> |
| ✓ | Se recomienda que los Equipos Comunitarios de Salud Mental 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, estrategias de afrontamiento, puntos fuertes y vulnerabilidades 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 los 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 un 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 aconsejar psicoterapia, si el paciente reconoce su implicación en lo que le ocurre y manifiesta deseo de cambio. Hay que tener 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, y evitar 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 atención primaria del sector en relación a su papel en la atención a los pacientes con TLP. |
| | <i>Servicios de hospitalización total</i> |
| ✓ | 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 ya 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). |

| | |
|---|--|
| <i>Servicios de hospitalización parcial: hospitales de día</i> | |
| 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, en las relaciones interpersonales, en el funcionamiento vocacional y en la calidad de vida. |
| <i>Servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral</i> | |
| ✓ | 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 a los 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 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 con el fin de acogerse a las prestaciones que éste ofrece. |
| Itinerario asistencial | |
| ✓ | 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 para garantizar 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 un alto grado de severidad a nivel psicosocial. |
| ✓ | Se recomienda realizar internamientos breves, programados, preferentemente voluntarios y focalizados en situación de crisis (unidad de agudos de 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, que sean resistentes a tratamientos previos, con escaso soporte sociofamiliar, y con discapacidad funcional para conseguir mejoras sostenidas que posibiliten posteriormente el tratamiento ambulatorio. |
| Programas especializados de continuidad de cuidados | |
| ✓ | Se recomienda incorporar a la red asistencial programas especializados de continuidad de cuidados (programas de gestión de casos y de tratamiento asertivo comunitario), 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. |
| Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios | |
| 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). |

ITINERARIO ASISTENCIAL SEGÚN FASES DEL TRASTORNO

| 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 |

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

| CIE-10 ^a | DSM-IV-TR ^b |
|---|---|
| <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 (<i>borderline</i>)</p> <p>Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).</p> <p>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. |

a CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión

b DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales



World Health Organization
Collaborating Centre for
Health Technology Assessment



INAHTA

Miembro fundador



Miembro corporativo



Miembro corporativo

ciberesp

Miembro corporativo