

Evaluación y seguimiento a cinco años de un programa de tratamiento para pacientes con Trastornos Límite de la Personalidad en Hospital de Día

Esther Verdaguer Rosàs

<http://hdl.handle.net/10803/457697>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título: Evaluación y seguimiento a cinco años de un programa de tratamiento para pacientes con Trastornos Límite de la Personalidad en Hospital de Día

Realizada por Esther Verdaguer Rosàs

en el Centro Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
y en el Departamento de Psicología

Dirigida por Dr. José A. Castillo Garayoa y Dra. Anna Plaza Estradé

*Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.*

Antonio Machado

AGRAÏMENTS

Darrere aquesta tesi hi ha un gran esforç i dedicació de temps, i com el temps es la matèria de la que esta feta la vida, vull començar agraint a qui m'ha facilitat el temps per fer-la i m'ha donat la oportunitat de ser psicòloga: l'equip Directiu del CPB-SSM.

A continuació vull agrair als meus directors de tesi, en Josep i l'Anna, els vostres consells, la vostre paciència i generositat. M'heu acompanyat en el dur procés que suposa realitzar una tesi, sempre ajudant-me a ordenar i tenir les idees clares. També vull agrair-li a l'Oscar, per fer possible tot el treball estadístic, donant-me suport les hores que calguessin per entendre el significat dels números, ja que per mi, ets també un director més, doncs sense tu no hagués estat possible aquest treball.

També vull agrair a tots els pacients que han participat en l'estudi, per tot el que m'han ensenyat del trastorn i de com millorar cada dia.

Als companys de feina, als amics i a la família, per escoltar-me i animar-me a seguir, incondicionalment sempre, perquè el vostre suport en moments difícils ha estat fonamental per poder seguir endavant.

Alhora, vull agrair al meu marit Ramses, per acompanyar-me durant no només aquest viatge de tesis, sinó al llarg del viatge de la vida, pel teu suport y comprensió, per la quantitat d'hores que no hem pogut estar junts i per la paciència d'estar escoltant com jo et llençava tot d'idees desorganitzades, i tu em somreies i m'animaves a seguir endavant.

I sobretot i per damunt de tot, al meu pare, perquè sempre m'has animat a formar-me i a intentar ser millor, perquè la força de seguir endavant i no abandonar aquest projecte la he tret de tu, i tot i que no estiguis aquí per veure-ho, tinc la teva força dins meu, i tancant els ulls puc veure la teva mirada de satisfacció i orgull.

Gràcies

Esther

TÍTULO: Evaluación y seguimiento a cinco años de un programa de tratamiento para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en Hospital de Día.

RESUMEN: El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno grave, de evolución tórpida, cuyo tratamiento está enfocado, mayoritariamente, a tratar las fases agudas del trastorno.

El objetivo de este estudio es analizar y comparar la gravedad clínica, el funcionamiento psicosocial y la comorbilidad en eje I de los pacientes derivados al Programa TLP del HD CPB-SSM, al ingreso en el programa de tratamiento especializado para TLP, al finalizar el tratamiento y en un seguimiento a los 5 años.

La evaluación de la gravedad clínica del perfil de los pacientes se realizó mediante la escala de Impresión Clínica Global (ICG-TLP), el funcionamiento psicosocial se evaluó mediante la situación laboral, académica, estado civil y GAF de los pacientes. La comorbilidad en eje I se evaluó según criterio clínico.

Los resultados observados muestran que los pacientes mejoran tras efectuar el programa de tratamiento específico en TLP en todas las áreas de gravedad clínica del perfil según la ICG-TLP, y mantienen la mejoría clínica transcurridos 5 años, siendo la mejoría máxima en impulsividad, y la mínima en afectividad. Presentan un funcionamiento psicosocial empobrecido. En cuanto a la comorbilidad en eje I, al finalizar el tratamiento presentan más trastornos afectivos, y en el seguimiento a los 5 años, la comorbilidad disminuye, junto con el trastorno en abuso de sustancias.

PALABRAS CLAVE: trastorno límite de la personalidad, hospital de día, efectividad del tratamiento, seguimiento.

TÍTOL: Avaluació i seguiment a cinc anys d'un programa de tractament per pacients amb Trastorn Límit de la Personalitat en Hospital de Dia.

RESUM: El Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) és un trastorn greu amb una evolució tòrpida, el tractament del qual està enfocat, majoritàriament, a tractar les fases agudes del trastorn.

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar i comparar la gravetat clínica, el funcionament psicosocial i la comorbiditat en l'eix I dels pacients derivats al Programa TLP de l'HD CPB-SSM, a l'ingrés en el programa de tractament especialitzat per a TLP, al finalitzar el tractament i en un seguiment als 5 anys.

L'avaluació de la gravetat clínica del perfil dels pacients es va realitzar mitjançant l'escala d'impressió Clínica Global (ICG-TLP), el funcionament psicosocial es va avaluar mitjançant la situació laboral, acadèmica, estat civil i GAF dels pacients. La comorbiditat en eix I es va avaluar segons criteri clínic.

Els resultats observats mostren que els pacients milloren després d'efectuar el programa de tractament específic en TLP en totes les àrees de gravetat clínica del perfil segons la ICG-TLP, i mantenen la millora clínica als 5 anys, sent la millora màxima en impulsivitat, i la mínima en afectivitat. Presenten un funcionament psicosocial empobrit. Pel que fa a la comorbiditat en eix I, en finalitzar el tractament presenten més trastorns afectius, i en el seguiment als 5 anys, la comorbiditat disminueix, juntament amb el trastorn en abús de substàncies.

PARAULES CLAU: trastorn límit de la personalitat, hospital de dia, efectivitat del tractament, seguiment.

TITLE: A five-year evaluation program with Follow-up treatment in a Day Hospital for patients with Borderline Personality disorder.

ABSTRACT: The Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe disorder, with a poor evolution, whose treatment is mainly focused on treating the acute phases of the disorder.

The aim of this study is to analyze and compare the clinical severity, psychosocial functioning and comorbidity in the I axis of the patients referred to the BPD Program in a HD CPB-SSM, upon admission to the specialized treatment program for BPD at the end of treatment and in a follow-up at 5 years.

The assessment of the clinical severity of the patient profile was performed using the Global Clinical Impression (ICG-TLP) scale. Psychosocial functioning was assessed by the work status, academic status, marital status and GAF of the patients. Axis I comorbidity was assessed according to clinical criteria.

The observed results show that patients improve after performing the specific treatment program in BPD in all areas of clinical severity of the profile according to ICG-TLP, and maintain clinical improvement after 5 years, with the maximum improvement in impulsivity, and minimum in affectivity. They display an impoverished psychosocial functioning. As for comorbidity in axis I, at the end of the treatment they present more affective disorders, and at the 5-year follow-up, comorbidity decreases, together with the substance abuse disorder.

KEY WORDS: borderline personality disorder, day hospital, treatment effectiveness, follow-up.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	15
1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS	17
2. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	18
2.1. DEFINICIÓN.....	18
2.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES	19
2.3. EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	23
2.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD	27
3. EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)	31
3.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	31
3.2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TLP.....	33
3.3. ETIOPATOGENIA	36
3.4. EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD	39
3.5. DIAGNÓSTICO	41
3.6. EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO: CURSO Y PRONÓSTICO.....	45
4. TRATAMIENTOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	50
4.1. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS	50
4.2. TRATAMIENTOS FAMILIARES	57
4.3. FARMACOLOGÍA DEL TLP	58
4.4. MANEJO DE LAS CRISIS.....	60
5. RECURSOS SANITARIOS Y DISPOSITIVOS ASISTENCIALES.....	62
5.1. RECURSOS SANITARIOS	62
5.2. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES	63
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	71
OBJETIVOS	73
HIPÓTESIS.....	73

III.	MATERIAL Y METODO	75
6.	PROGRAMA ESPECÍFICO PARA TLP EN EL HOSPITAL DE DÍA CPB-SSM.....	77
6.1.	DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL.....	77
6.2.	PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA	77
6.3.	PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	78
7.	TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	83
7.1.	ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INDIVIDUAL.....	83
7.2.	ATENCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA	84
7.3.	ATENCIÓN GRUPAL.....	84
7.4.	ATENCIÓN FAMILIAR	85
7.5.	ATENCIÓN SOCIAL	86
7.6.	FASE DE FINALIZACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO	87
8.	DISEÑO Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	87
9.	SELECCIÓN DE VARIABLES Y PROCEDIMIENTO	89
9.1.	VARIABLES	89
9.2.	PROCEDIMIENTO	90
9.3.	INSTRUMENTOS	91
10.	ANÁLISIS DE LOS DATOS	93
IV.	RESULTADOS.....	99
11.	ANÁLISIS AL INGRESO EN EL PROGRAMA.....	101
11.1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA AL INICIO DEL TRATAMIENTO (n=190)	101
11.3.	COMORBILIDAD EN EJE I	103
11.4.	ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LA EDAD	104
11.5.	ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ALTA.....	107

12.	RESULTADOS AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO.....	111
12.1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA AL FINAL DEL TRATAMIENTO (N=117).....	111
12.2.	DIFERENCIAS EN LA GRAVEDAD CLÍNICA DEL PERFIL DE LOS PACIENTES (ICG-TLP) AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO.....	112
12.3.	DIFERENCIAS EN LA COMORBILIDAD EN EJE I AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO.....	114
13.	SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS	115
13.1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN EL SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS (N=85)	116
13.2.	DIFERENCIAS EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL, ENTRE LA MUESTRA INICIAL Y LA MUESTRA DE SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS.	117
13.3.	DIFERENCIAS EN LA GRAVEDAD CLÍNICA DEL PERFIL DE LOS PACIENTES (ICG-TLP) ENTRE EL FINAL Y EL SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS.....	118
13.4.	DIFERENCIAS EN LA COMORBILIDAD EN EJE I EN EL SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS.....	120
V.	DISCUSIÓN	123
14.	DISCUSIÓN	138
15.	APORTACIONES, LIMITACIONES Y CONCLUSIONES	138
VI.	REFERENCIAS	139
VII.	ANEXOS.....	139

I. INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

Esta Tesis se presenta para obtener el grado de Doctor en Psicología por la *Universitat Ramon Llull*. Es el resultado del trabajo realizado entre los años 2013 y 2017 como psicóloga en el *Hospital de Día CPB-SSM* (Centre de Psicoteràpia de Barcelona - Serveis de Salut Mental), en el programa para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno grave y de elevada prevalencia que presenta una gran variedad de síntomas que afectan severamente a múltiples áreas de la vida de los pacientes.

En la actualidad el tratamiento de los pacientes con TLP es un reto difícil al que se enfrentan los profesionales de la salud mental. Esto es debido, entre otras razones, a su alta prevalencia, gravedad, elevada comorbilidad y problemática social, con frecuentes visitas a urgencias, autolesiones e intentos de suicidio.

Estudiar el efecto de las terapias existentes sobre la clínica del TLP resulta necesario para conocer qué estrategias terapéuticas son más eficaces y poder diseñar intervenciones efectivas que ayuden a los pacientes y reviertan los elevados costes en concepto de tiempo y recursos sanitarios.

Existen en nuestro entorno servicios de salud mental específicos para pacientes con TLP. Sin embargo, no disponemos de trabajos que evalúen su efectividad, ni que realicen un seguimiento longitudinal y exploren la evolución psicosocial de los pacientes. Es por ello que el objetivo de este estudio es evaluar la gravedad clínica, el funcionamiento psicosocial y la comorbilidad en eje I de pacientes que han sido tratados en el Programa TLP del Hospital de Día CPB-SSM de Barcelona. La evaluación se ha realizado en tres momentos: 1) al inicio, 2) al final del tratamiento, y 3) a los 5 años de la finalización de dicho tratamiento.

Los resultados de la presente tesis permitirán precisar tras un programa específico en HD, su evolución clínica y funcionamiento psicosocial. Por tanto, dichos resultados pueden contribuir a identificar posibles dianas terapéuticas de las intervenciones para este trastorno.

2. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En este apartado revisaremos qué es un trastorno de la personalidad, los sistemas de clasificación diagnósticos actuales, su prevalencia, y la comorbilidad que presenta con otros trastornos mentales, tanto del eje I como del eje II.

2.1. DEFINICIÓN

Desde el punto de vista histórico, el concepto de «personalidad» es un término que deriva del griego (*prósopon*) y del latín (*personare*, *persona*). Originalmente era sinónimo de “personaje” y designaba la máscara utilizada por los actores de teatro que les permitía no sólo amplificar su volumen de voz, sino también ocultar su verdadero rostro (Polaino-Lorente, Truffin y del Pozo Armentia, 2003). Sin embargo, ya entonces, se hablaba en un sentido amplio y figurado de «personas» para referirse a los roles, es decir, a «como quién» o «representando a quién» actuaba un determinado actor teatral tras su máscara (Lexikoninstitut, 1995).

La personalidad es un constructo psicológico que se refiere a un conjunto dinámico de características psíquicas de una persona, a la organización interior que determina que los individuos actúen de manera diferente ante una determinada circunstancia. El concepto puede definirse también como el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona, y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida, de modo tal que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones posee algún grado de predictibilidad.

El trastorno de personalidad (TP) es un patrón perdurable de la experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del sujeto. Tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto [DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2013].

2.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Han habido muchas dificultades para objetivar la realidad epidemiológica de los trastornos de la personalidad, y por esta razón en 1971 se organizó por parte de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* un seminario sobre la normalización del diagnóstico en psiquiatría, con el fin de conseguir un consenso internacional para el diagnóstico y clasificación de los trastornos de personalidad que tuviera en cuenta las diferencias socioculturales y la necesidad de utilizar sistemas pluridimensionales y/o multiaxiales para definirlos mejor desde diferentes puntos de vista (Salavera y Puyuelo, 2009).

Actualmente están en vigor dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales, la CIE y el DSM. Ambos son de tipo categorial y resultan especialmente útiles al presentar unos criterios diagnósticos claros, representativos y definidos por la presencia o ausencia de una serie de síntomas. Sin embargo, dichos sistemas tienden a descripciones estáticas y admiten múltiples combinaciones sintomáticas dando lugar a que muchos de los pacientes cumplan criterios para varios tipos específicos de trastornos de la personalidad, favoreciendo que finalmente sean diagnosticados de Trastorno de la Personalidad No Especificado (Melendo y Cabrera, 2009).

No se poseen datos con el DSM-5, pero se ha observado que el DSM-IV produce más diagnósticos positivos de trastorno de la personalidad y una mayor comorbilidad que la CIE-10. Las diferencias cualitativas también existen, ya que en la CIE-10 no se incluyen los trastornos de la personalidad narcisista ni esquizotípico y subdivide el trastorno límite de la personalidad en dos subcategorías, de tal manera que un paciente determinado puede tener diferentes diagnósticos según la nosología usada (Pérez Urdániz et al., 2005). En la Tabla 1 pueden verse comparativamente los criterios diagnósticos según los dos sistemas de clasificación.

Tabla 1
Comparación entre los trastornos de la personalidad de la CIE-10, el DSM-IV y 5

CIE-10	DSM-IV y DSM-5
Tr. Paranoide de la personalidad	Tr. de la personalidad Paranoide
Tr. Esquizoide de la personalidad	Tr. de la personalidad Esquizoide
	Tr. de la personalidad Esquizotípico
Tr. Disocial de la personalidad	Tr. de la personalidad Antisocial
Tr. De inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo impulsivo, tipo límite.	Tr. de la personalidad Límite
Tr. Histriónico de la personalidad	Tr. de la personalidad Histriónico
	Tr. de la personalidad Narcisista
Tr ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad	Tr. de la personalidad Evasiva
Tr. Dependiente de la personalidad	Tr de la personalidad Dependiente
Tr. Anancástico de la personalidad	Tr. de la personalidad Obsesivo-compulsiva
Otros Trastornos específicos de la personalidad	Tr. de la personalidad no especificado

En el DSM-IV, hay diez trastornos de la personalidad en el eje II que se han agrupado en una serie de clústers:

- **Grupo A (trastornos raros o excéntricos):**

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de cognición, expresión y relación con otros. Las personas que los padecen habitualmente sufren de ideas persecutorias, sospechas de complot contra ellos y creencias en seres extraños.

Dentro de este bloque nos encontramos con los siguientes trastornos:

- Trastorno paranoide de la personalidad, personalidad paranoide.
- Trastorno esquizoide de la personalidad, personalidad esquizoide.

- Trastorno esquizotípico de la personalidad, personalidad esquizotípica.

- **Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos):**

Se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales, comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presentan con frecuencia *actings* en forma de explosiones de rabia, comportamientos auto-lesivos, extraños y estrambóticos.

Dentro de este bloque nos encontramos con los siguientes trastornos:

- Trastorno antisocial de la personalidad, personalidad antisocial.
- Trastorno límite de la personalidad, personalidad límite o Borderline.
- Trastorno histriónico de la personalidad, personalidad histriónica.
- Trastorno narcisista de la personalidad, personalidad narcisista.

- **Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos):**

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control. Suelen estar relacionados con la sensación de miedo y la necesidad de protección, son personas que están atemorizadas y dependiendo de cómo afrontan este miedo generalizado, nos encontramos con los distintos tipos de trastornos de este bloque:

- Trastorno de la personalidad evitativo, personalidad fóbica o evitativa.
- Trastorno de la personalidad dependiente, personalidad dependiente.
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad o personalidad obsesiva-compulsiva.

Resulta interesante observar cómo las categorías del DSM para los trastornos de la personalidad han ido cambiando a lo largo del tiempo. La primera edición del DSM (DSM-I;

APA, 1952) definía los trastornos de la personalidad como un conjunto de rasgos disfuncionales bajo situaciones estresantes y que producían un comportamiento inflexible y desadaptativo. La segunda edición del DSM (DSM-II; APA, 1968) caracterizó los trastornos de la personalidad por un comportamiento socialmente inadaptado, además de un significativo malestar subjetivo y deterioro funcional. La tercera edición del DSM (DSM-III; APA, 1980) realizó cambios en la conceptualización y clasificación de los trastornos de la personalidad, añadiendo criterios diagnósticos específicos y emplazando los trastornos de la personalidad en un eje separado (eje II), pudiéndose evaluar, a partir de entonces, no sólo los síntomas que presentaba el paciente en el eje I, sino también, todas las características recogidas en el eje II que definían su patrón de personalidad, siendo por tanto posible que un paciente recibiera un diagnóstico sólo en el eje I, en el eje II o en ambos ejes.

A partir de la progresiva relevancia de los trastornos de la personalidad y del rápido crecimiento de las neurociencias, ha habido una verdadera explosión de trabajos teóricos y empíricos sobre el papel de los procesos cognitivos en la comprensión y el tratamiento del trastorno, prestando mucha atención al carácter hereditario y la naturaleza polifactorial de la etiología del trastorno (Gunderson, 2009).

En los últimos años se ha planteado un sistema dimensional que considera la personalidad como un continuum y muestra los trastornos de la personalidad usando ese mismo tipo de distribución de la personalidad normal (Kim y Tyrer, 2010). En este sentido, si por un lado las clasificaciones dimensionales aportan la ventaja de ser longitudinales, recopilando mayor información respecto a la trayectoria vital del paciente y por tanto siendo más acordes con la lógica de la continuidad en psicopatología, por otro lado son más difíciles de evaluar, existiendo dificultades para delimitar cuántas dimensiones son relevantes en la evaluación de la personalidad.

Ciertos autores como Eysenck, Livesley o Kernberg han tratado de ampliar esta forma de ver los trastornos, pues el enfoque dimensional ofrece diversas ventajas: 1) es sólido con la observación de límites difusos entre los trastornos y la normalidad; 2) está más acorde con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica; 3) la medida dimensional se puede transformar en categorial, pero no al contrario; 4) la categorización a partir de una dimensionalización permite variar los puntos de corte teniendo en cuenta las especificidades contextuales, culturales e individuales; 5) es posible hacer análisis más finos de las características de los pacientes; 6) se facilitan al terapeuta áreas de intervención concretas; 7) se mejora la fiabilidad de la evaluación; y 8) la comorbilidad deja de ser un problema puesto que se puede definir a un individuo en función de sus características combinadas de rasgos y no de categorías.

2.3. EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Desde el punto de vista epidemiológico, la propia evolución crónica de los trastornos de la personalidad constituye una de las mayores dificultades para realizar una investigación. Se trata de evoluciones que acompañan al individuo desde su infancia o su juventud, evoluciones tan largas que los estudios de incidencia son difíciles de realizar con suficiente validez.

En el campo de la epidemiología psiquiátrica, la prevalencia es un índice mucho más sencillo de estudiar, pero en el caso de los trastornos de la personalidad posee graves inconvenientes, dada la gran cantidad de instrumentos, métodos y poblaciones que se han utilizado para evaluarlos (Rubio y Pérez, 2003). Hay que tener presente que las prevalencias también varían según el sexo, la edad, la procedencia urbana o rural de las poblaciones estudiadas, su nivel socioeconómico o si se trata de población carcelaria,

hospitalaria psiquiátrica internada, ambulatoria o casos médicos en general (Casey y Tyrer, 1986).

A continuación, se revisará la prevalencia de los trastornos de la personalidad según: sexo, edad, estado civil, nivel educativo y laboral y tipo específico de trastorno.

2.3.1. Sexo

La prevalencia según el género en los trastornos de la personalidad, es similar entre hombres y mujeres, aunque los hombres puntúan más en trastorno de personalidad esquizoide y las mujeres en histriónico y dependiente (Oldham, Skodol y Bender, 2007). Cuando se analiza cada uno de los trastornos de la personalidad, sí que se detectan diferencias respecto a su distribución según el género. Si bien dentro de la bibliografía consultada existen discrepancias respecto a qué trastorno es más prevalente en cada uno de los géneros, podríamos sintetizar las diferencias de género como se muestra en la Tabla 2 (Beauchaine, Klein, Crowell, Derbidge y Gatzke-Kopp, 2009; Sadock, 2004; Oldham et al., 2007).

Tabla 2

Distribución de los Trastornos de Personalidad según el género

Más frecuente en Varones	Frecuencia similar	Más frecuente en Mujeres
Tr Esquizoide	Tr Esquizotípico	Tr Límite
Tr Paranoide	Tr Evitativo	Tr Histriónico
Tr Antisocial		Tr Dependiente
Tr Narcisista		
Tr Obsesivo-compulsivo		

2.3.2. Edad

Los trastornos de la personalidad suelen ser más frecuentes entre los individuos jóvenes, con una edad comprendida entre 25 y 44 años (Rubio y Pérez, 2003). Se asume que el trastorno de la personalidad comienza al principio de la edad adulta y se mantiene

crónico y permanente a lo largo del tiempo, pero estudios posteriores han cuestionado dicha cronicidad, mostrando que el trastorno de la personalidad se estabiliza con el tiempo (Torgersen, 2009). Los trastornos que tienden a disminuir con el paso del tiempo son los de tipo impulsivo o dramático/emotivo: antisocial, límite, histriónico y narcisista, y los que tienden a persistir son los de tipo temeroso/ansioso y extraño/excéntrico: el obsesivo-compulsivo, dependiente, paranoide, esquizoide y esquizotípico (Cohen et al., 1994). Las diferencias según la edad se sintetizan en la Tabla 3.

Tabla 3
Distribución de los Trastornos de Personalidad según la edad

Disminuyen los síntomas con el tiempo	Persisten los síntomas con el tiempo
Tr antisocial	Tr obsesivo-compulsivo
Tr límite	Tr paranoide
Tr histriónico	Tr esquizoide
Tr narcisista	Tr esquizotípico
	Tr dependiente

2.3.3. Nivel educativo y situación laboral

Considerando de manera global el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, estos pacientes tienen un nivel educativo menor que los individuos no afectados por dicho trastorno.

Al estudiar esta variable en cada uno de los trastornos específicos de la personalidad se observa que la personalidad obsesivo-compulsiva está más relacionada con niveles altos de educación, mayormente universitarios, en comparación con aquellos que no tenían este trastorno, al ser personas con una personalidad preocupada por el orden, el perfeccionismo y el control (DSM-5; APA, 2013). El trastorno esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite y dependiente, están asociados, en términos de prevalencia, a un menor nivel educativo al igual que lo están el trastorno límite, histriónico, narcisista y antisocial (Livesley, 2001; Swartz, Blazer, George y Winfield, 1990). En la Tabla 4 se resume la distribución según el nivel educativo.

Respecto a la actividad laboral parece que existe una alta probabilidad de que los sujetos con trastorno de la personalidad hayan estado parados en los 4-5 años precedentes al diagnóstico. Los porcentajes de desempleo entre ellos, oscilan entre el 20-40% (Roca Bennasar, 2004).

Tabla 4
Distribución de los Trastornos de Personalidad según el nivel educativo

Alto nivel educativo	Menor nivel educativo
Tr obsesivo-compulsivo	Tr esquizoide
	Tr esquizotípico
	Tr antisocial
	Tr límite
	Tr dependiente

2.3.4. Estado civil

Los sujetos que padecen un trastorno de la personalidad frecuentemente están separados o divorciados, y es más habitual que permanezcan solteros, en comparación con las personas no afectadas por ningún trastorno (Oldham et al., 2007).

2.3.5. Tipo específico de trastorno de la personalidad

Las tasas de prevalencia según el tipo específico de trastorno de la personalidad varían de unos estudios a otros. Estas discrepancias pueden ser debidas al uso de diversos instrumentos de evaluación, a la falta de coincidencia entre los dos grandes sistemas de clasificación, o bien a la falta de estabilidad del trastorno y/o a la plasticidad de su evolución (Roca Bennasar, 2004).

En la Tabla 5 se recogen las prevalencias de los trastornos de la personalidad según Oldham et al. (2007).

Tabla 5
Prevalencia de los Trastornos de Personalidad según Oldham

Trastornos de la Personalidad	Prevalencia
Trastorno esquizoide	0,5-1%
Trastorno esquizotípico	1%
Trastorno antisocial	1,5-2%
Trastorno evitativo	1,2-2,9%
Trastorno histriónico	1,5-2%
Trastorno límite	1-1,5%
Trastorno paranoide	1-1,5%
Trastorno narcisista	< 0,5%
Trastorno dependiente	1-1,5%
Trastorno obsesivo-compulsivo	2%

2.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

El concepto de comorbilidad plantea muchas veces problemas diagnósticos en relación con el solapamiento de diferentes categorías. Al margen de planteamientos conceptuales, el interés de los clínicos en la comorbilidad radica en afirmar que la aparición de un trastorno de la personalidad de forma comórbida con otro trastorno mental, presenta implicaciones en la sintomatología, el curso y el pronóstico.

Los trastornos comórbidos suelen empeorar el cuadro clínico del trastorno de la personalidad, haciendo que éste sea más complejo, más grave y con una evolución más crónica (Loranger et al., 1991).

A continuación se presentarán las principales comorbilidades de los trastornos de la personalidad, tanto con diferentes patologías del eje I (trastornos de ansiedad, afectivos, por abuso de sustancias, episodios psicóticos, trastornos alimentarios), como entre los trastornos del eje II.

2.4.1. Comorbilidad entre el eje I y eje II

Existe una elevada comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y del eje I. Dicha comorbilidad es más frecuente en los trastornos del clúster B (Lenzenweger, Lane,

Loranger y Kessler, 2007), en los que se observó que un 39% de los pacientes habían recibido tratamiento para un trastorno del eje I en los 12 meses previos al tratamiento del trastorno de la personalidad (Lamont y Brunero, 2009).

Las cifras de comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y otras patologías pueden ser muy variadas en función del estudio y de la muestra empleada. Su porcentaje varía del 4%-96% (McDermut y Zimmerman, 2008), aunque, en general, se aceptan las cifras mostradas en la Tabla 6 para los diferentes diagnósticos (Shrout, Spitzer y Fleiss, 1987; Zimmerman, 1994).

Tabla 6

Tasas de comorbilidad psiquiátrica

Trastorno Mental	Comorbilidad en Tr Personalidad
Tr ansiedad	>40%
Tr afectivos	20%
Tr por abuso de sustancias	60%
Esquizofrenia	50%
Otros Tr Psicoticos	20%

Habitualmente los trastornos del Grupo A se suelen asociar a esquizofrenia, los del Grupo B a trastornos por uso de alcohol u otras sustancias, y los del Grupo C a trastornos de ansiedad (Oldham et al., 2007).

A continuación se revisará la comorbilidad más prevalente entre las patologías del eje I y el eje II:

2.4.1.1. Trastornos de ansiedad

Distintos estudios han observado que pacientes que sufrían trastornos de la personalidad de tipo paranoide, evitativo y obsesivo-compulsivo padecían a la vez diferentes cuadros ansiosos (Rubio y Pérez, 2003). A la vez que los pacientes con TLP presentan una peor regulación de la ansiedad que los pacientes con TP (Romero Clausell, Navarro Haro, Osma López y García Palacios, 2017).

2.4.1.2. Trastornos afectivos

En los clúster B y C son más frecuentes los trastornos afectivos. Los pacientes con clúster A presentan con mayor frecuencia el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, mientras que los del clúster B y C, el de distimia (Vilaplana, McKenney, Riesco, Autonell y Cervilla, 2010).

La mayoría de estudios destaca que los pacientes con depresión mayor y trastorno de la personalidad comórbido, presentan una peor respuesta terapéutica (Vilaplana et al., 2010). Otro trastorno afectivo que se asocia con frecuencia a trastornos de personalidad es el trastorno distímico, con una prevalencia de su comorbilidad del 65-100%. La respuesta terapéutica en la comorbilidad con la distimia varía entre el 20% y el 80%, observándose sintomatología más grave en la distimia cuando se asocia a rasgos de personalidad del clúster C (Vilaplana et al., 2010).

2.4.1.3 Trastornos por abuso de sustancias

Los sujetos alcohólicos presentan una elevada prevalencia de los trastornos de la personalidad antisocial, límite y paranoide.

Respecto a las toxicomanías, se ha visto que la mitad los pacientes adictos a los opiáceos y a la cocaína presentan algún tipo de trastorno de la personalidad, principalmente el antisocial, el límite y el narcisista. Entre los adictos a la cocaína, una quinta parte presentan dos trastornos de la personalidad simultáneamente (Rubio y Pérez, 2003).

Estudios realizados en centros de desintoxicación han mostrado unas tasas de comorbilidad superiores en los alcohólicos (53%) que en los adictos a otros tóxicos (37%). Resumiendo, entre los adictos a otros tóxicos predominan los trastornos de la

personalidad pertenecientes al clúster B, y entre los alcohólicos los pertenecientes al clúster C.

2.4.1.4. Episodios Psicóticos

Los episodios psicóticos pueden darse en un 27% en pacientes con trastorno de la personalidad, y dichos episodios provocan que los pacientes presenten más frecuentemente hospitalizaciones (Cervera y Martínez-Raga, 2005).

2.4.1.5. Trastornos de la Alimentación

Los pacientes que sufren anorexia suelen presentar con frecuencia el trastorno narcisista y el límite. En mujeres con trastornos bulímicos se ha encontrado elevada prevalencia de dependencia a tóxicos, conductas antisociales e impulsividad, motivo por el cual suelen ser diagnosticadas en más de la mitad de los casos de trastorno límite de la personalidad (Rubio y Pérez, 2003). A continuación en la Tabla 7 puede verse la principal comorbilidad entre eje I y eje II.

Tabla 7
Principal comorbilidad entre eje I y eje II

Trastorno Mental		Comorbilidad con Tr de personalidad
Tr ansiedad		Evitativo, paranoide, límite y obsesivo-compulsivo
Tr afectivos	Tr Depresivo	Clúster A
	Tr Distímico	Clúster B y C
Tr por abuso de sustancias	Alcohólicos	Clúster C, Antisocial, límite y paranoide
	Otros Tóxicos	Clúster B: Antisocial, límite y narcisista
Tr Conducta alimentaria		Narcisista y límite

2.4.2. Comorbilidad dentro del propio Eje II

La comorbilidad en eje II ha sido analizada en diferentes estudios. La media de diagnósticos de trastorno de la personalidad en una muestra comunitaria fue de 1,48 diagnósticos por paciente, presentando el 71% de los pacientes un único diagnóstico de trastorno de la personalidad; casi el 20%, dos; aproximadamente el 5%, tres, y el 4%, más de tres (Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001). En otros estudios con pacientes

hospitalizados, se ha observado que esta comorbilidad es más elevada, encontrando que la mitad de dichos pacientes presentan más de un diagnóstico (De Girolamo y Dotto, 2000; Oldham et al., 2007), y que solo el 8% de los pacientes presenta un único diagnóstico de trastorno de personalidad (Fyer, Frances, Sullivan, Hurt y Clarkin, 1988).

3. EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

Dentro de los diferentes trastornos de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los más prevalentes y más estudiados en los últimos años. A continuación se realizará un breve recorrido histórico sobre la concepción del trastorno límite de la personalidad. Nos referiremos a la definición y a las características principales del TLP, para a continuación revisar la epidemiología y los criterios diagnósticos.

3.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

La calificación “límite” ha sido considerada un cajón de sastre durante muchos años y solía emplearse cuando no se tenía claro si el paciente sufría una neurosis o una psicosis. La idea de recurrir a este término partió de las dificultades observadas en un grupo de pacientes que no encajaban en ninguno de los dos polos de enfermedad y que parecían oscilar entre características de funcionamiento normal y características de funcionamiento patológico, situándose por tanto al límite de la normalidad y de la patología.

Autores como Homero, Hipócrates o Areteo describieron cambios inconsistentes del estado de ánimo en algunas personas, como melancolía, manía e ira. En la edad media se suprimieron estas observaciones y no fue hasta el renacimiento cuando se recuperaron algunas de ellas. En 1684 Bonet lo denominó *folie maniaco-mélancolique*, y ya en el Siglo XVIII

Schacht y Herschel reforzaron las observaciones de Bonet, añadiendo una periodicidad o regularidad rítmica de estos altibajos. Sin embargo, algunos de estos pacientes alternaban estados de ánimo no predecibles o erráticos que no encajaban dentro de esta ritmicidad. En 1854, Baillarger y Jean-Pierre Falret compilaron el resultado de 30 años de trabajo con depresivos y suicidas y observaron que un pequeño grupo de estos pacientes no encajaban con los patrones ordinarios maníaco-depresivos (Clarkin, Marziali, Munroe-Blum, 1992).

La historia del término "límite" se remonta hasta el año 1884. El psiquiatra británico C. H. Hughes hablaba de un "campo fronterizo" en las enfermedades psicológicas, y este término se popularizó en un breve plazo como "borderline" que en aquel momento describía a pacientes con diferentes cuadros sintomáticos que no podían ser asignados con seguridad dentro de las neurosis, ni en el espectro psicótico.

Freud fue uno de los pioneros en describir este trastorno en su trabajo "Duelo y Melancolía". Partía de la idea de que el trastorno surgía de frustraciones o satisfacciones de impulsos pulsionales o libidinosos en los estadios psicosexuales de maduración en que se producían y planteó una clasificación caracterial basada en su distinción estructural entre Ello, Yo y Superyó (Freud, 1917). En 1932 intentó crear tipos caracteriales según la estructura intrapsíquica dominante, proponiendo un tipo "erótico" cuya vida estaba gobernada por las demandas pulsionales del ello (que es el que presentaría más correlación con el TLP); un tipo "narcisista" dominado por las demandas del yo, y un tipo "compulsivo" regulado por la gravedad del superyó (Freud, 1932).

La primera descripción del TLP como tal, la encontramos en 1938 por parte de Adolf Stern para describir un grupo de pacientes que no parecían ajustarse a las categorías estándar de "neurosis" o "psicosis", basando este diagnóstico en 10 ítems heterogéneos donde mezcla criterios psiquiátricos con otros de corte psicoanalítico (Stern, 1938). El conjunto de síntomas y patrones conductuales asociados con la personalidad límite incluían marcadas fluctuaciones de períodos de confianza a períodos de desesperación absoluta, además de una autoimagen

inestable, rápidos cambios de humor, temores al abandono y rechazo, fuerte tendencia hacia el pensamiento suicida, comportamiento autolesivo y síntomas psicóticos transitorios.

Dentro del modelo psicoanalítico, Otto F. Kernberg (Kernberg , 1985), en el marco de la teoría de las relaciones objetales, propuso, “niveles altos, intermedios y bajos” de patología caracterial, a partir de la coordinación de los tipos caracteriales según su intensidad y organización estructural. Asignó a las personalidades histéricas, obsesivo-compulsivas y depresivas el nivel más alto; situó en el nivel intermedio las personalidades más “infantiles” y narcisistas; y las personalidades claramente antisociales en el nivel más bajo de organización. El TLP se sitúa, según su funcionamiento, en un nivel intermedio-bajo de la organización de la personalidad (Kernberg, 1993).

3.2 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TLP

El TLP se caracteriza por presentar un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con alteraciones de conducta caracterizadas por una marcada impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos (DSM-5; APA, 2013). Esta definición no ha variado respecto a la que se establecía en el DSM-IV-TR, sistema utilizado para diagnosticar a los pacientes de nuestra muestra. Es un síndrome heterogéneo, muy frecuente en poblaciones clínicas, difícil de delimitar y de diagnosticar.

El paciente con TLP sufre un estado de ánimo disfórico, que oscila entre ansiedad y tristeza, desembocando, en muchos casos, en una gran rabia. Los cambios del estado de ánimo son imprevisibles, frecuentes y se suelen deber a una elevada reactividad ante acontecimientos estresantes (Reisch, Ebner-Priemer, Tschacher, Bohus y Linehan, 2008).

La gran labilidad emocional magnifica y dificulta la gestión de las emociones inherentes a toda relación interpersonal, presentando, durante períodos de elevada intensidad emocional

y/o estrés agudo, frecuentes crisis que alternan entre la dependencia excesiva de los otros, la intolerancia a la soledad, el miedo al abandono y una intensa ira. Dichas crisis pueden provocar actos impulsivos, como gastar dinero irresponsablemente, apostar, abusar de sustancias psicoactivas, atracones alimentarios, conducción temeraria, relaciones sexuales promiscuas o sexo no seguro, conductas autolíticas o parasuicidas, siendo frecuentes las sobreingestas de fármacos o las autolesiones como estrategias desadaptativas para disminuir la intensidad de un estado emocional negativo, que dificulta la consecución de objetivos y metas a largo plazo y la aparición de sentimientos crónicos de vacío y dudas sobre su identidad.

El riesgo suicida es un elemento importante a valorar. 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 trastorno depresivo mayor de forma concomitante (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011). La ideación suicida suele estar presente en los pacientes con TLP y esto hace que sea necesario valorar si existe un riesgo de suicidio agudo o crónico (que es inherente al TLP). La ideación suicida y las autolesiones pueden deberse a diversos motivos: pueden representar un intento de gestionar emociones insoportables, de finalizar un estado disociativo, de llamar la atención, de expresar su ira e intentar castigar a alguien, o un intento de acabar con su vida. El riesgo de suicidio es más alto al inicio de la edad adulta, entre los 30 y 35 años (Paris, 2002). 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 el resto de jóvenes (Brent et al., 1993; Young y Gunderson, 1995).

Aproximadamente el 60%-78% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio (Gunderson y Links, 2002) y un 90%, autolesiones (Zaheer, Links y Liu, 2008; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2006), siendo la tasa de suicidios consumados entre el 8% y el 13% (DSM-IV-TR; APA, 2001; Oldham, 2006; Paris, 2008). Las personas con diagnóstico de TLP que consuman el suicidio han realizado otros intentos de suicidio con anterioridad.

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, niveles elevados de impulsividad y rasgos antisociales (Oldham, 2006).

Las funciones cognitivas se deterioran en momentos de tensión, lo que conduce a presentar dificultades en el procesamiento de la información, siendo éste escindido o dicotómico y caracterizado por la idealización y la devaluación, lo que suele provocar conflictos en las relaciones sociales y facilita la confrontación entre opiniones opuestas. Dichas dificultades interpersonales, se repiten en la relación terapéutica con multitud de conductas que interfieren en el curso de la terapia (silencios, hostilidad, inasistencia, etc.), pudiendo, en ocasiones, generar actuaciones contratransferenciales por parte del terapeuta (Kernberg, 1985). Los pacientes pueden presentar pensamientos extravagantes, experiencias perceptivas no habituales, experiencias paranoides no delirantes y cuasi psicóticas, ideación paranoide transitoria, o síntomas disociativos como despersonalización y amnesia (DSM-5; APA, 2013).

Es frecuente que los síntomas típicos del trastorno estén presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo, causando un malestar significativo y una desadaptación social, ocupacional y funcional en general, con importantes consecuencias en el ámbito de la familia, la escuela y el entorno social, así como repercusiones en los ámbitos jurídicos y económicos (Icart, 2012). Estas repercusiones requieren una atención frecuente por parte de los servicios sanitarios y de urgencias a lo largo de su vida, lo que hace que esta patología se acompañe de un elevado coste personal, social y sanitario (Gross et al., 2002).

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se incluye, debido a su gravedad, dentro de los *Programas de Trastorno Mental Severo y Trastorno Mental Grave del Servei Català de la Salut* y constituye una de las patologías priorizadas en los objetivos operativos de atención de la cartera de servicios del *Plan Director de Salud Mental y Adicciones (PDSMiA)*.

En Cataluña, según el *PDSMiA*, los costes directos de los problemas de salud mental se estiman próximos al 3%-4% del *Producto Interior Bruto* (PIB). Los costes indirectos en cuanto a pérdida de productividad, discapacidad asociada, elevado uso de servicios, alta carga familiar, costes judiciales y penales y otros costes sociales son, igual que en Europa, muy elevados según la *Guía de Práctica Clínica del TLP de la Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut* (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011).

3.3. ETIOPATOGENIA

Aunque el TLP es el trastorno de la personalidad más investigado (Herpertz et al., 2007), no existen muchos estudios longitudinales que permitan identificar con claridad los componentes clave relacionados con su desarrollo (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009).

La guía de práctica clínica de la *National Collaborating Centre for Mental Health* (NICE, 2009) describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética, alteración de los neurotransmisores, disfunción neurobiológica, factores psicosociales y sistema de apego.

Los estudios actuales acerca de la etiología del TLP sugieren que las causas del TLP son complejas e indefinidas. El conocimiento en relación a los determinantes etiológicos del TLP es polémico ya que no existen datos suficientes que avalen la contribución de cada uno de ellos en la aparición del trastorno, ni se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible.

3.3.1. Vulnerabilidad genética

Hay pocos estudios sobre las bases genéticas de los trastornos de la personalidad. Los trabajos realizados en este campo apoyan la existencia de un componente hereditario

en el modelado del temperamento y la personalidad que explicaría el 30%-60% de la varianza observada.

Distintos estudios con gemelos reportan heredabilidades del trastorno de entre el 65% y el 75% (New, Goodman, Triebwasser y Siever, 2008). Ante estos datos, es probable que rasgos típicos del trastorno como la agresión impulsiva y la desregulación del estado de ánimo, sean hereditarios. La evidencia actual sugiere que la influencia genética en los trastornos de la personalidad, no sólo en el TLP, sería de tipo multifactorial (Caspi et al., 2003; White, Gunderson, Zanarini y Hudson, 2003).

3.3.2. Alteración de los neurotransmisores

Los neurotransmisores están implicados en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto. Entre los neurotransmisores más estudiados está la serotonina que mantiene una relación inversamente proporcional con la agresión, siendo que la reducción de la actividad serotoninérgica puede inhibir la capacidad de la persona de modular o controlar los impulsos destructivos. Sin embargo, las catecolaminas (noradrenalina y dopamina) presentan poca influencia en la desregulación del afecto. Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la fenomenología del TLP son la acetilcolina, la vasopresina, el colesterol y los ácidos grasos, así como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011).

3.3.3. 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 amígdala, el hipocampo y las regiones orbitofrontales (Rüsch et al., 2003; Stein et al., 1993; Van Elst et al., 2003).

Las personas con TLP muestran más actividad en la corteza prefrontal y dorsolateral, y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso (Schmahl, Vermetten, Elzinga y Douglas, 2003). Asimismo, también se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas o rostros emocionales (Donegan et al., 2003; Herpertz et al., 2001).

3.3.4. Factores psicosociales

En relación a los factores psicosociales, la evidencia reciente sugiere que la negligencia o la falta de implicación emocional por parte de los cuidadores, tiene repercusiones y puede contribuir a las dificultades de socialización del niño, aumentando el riesgo de suicidio (Johnson et al., 2002).

La incidencia de malos tratos es muy alta en las personas con TLP (Johnson, Cohen, Brown, Smailes y Bernstein, 1999). Entre el 30% y el 90% de los individuos con TLP parece haber sufrido algún tipo de evento traumático en la infancia (Battle et al., 2004; Bornovalova et al., 2013; Lobbestael, Arntz y Bernstein, 2010; Zanarini, 2000). Más concretamente, hay estudios que indican que entre un 40% y un 71% de pacientes diagnosticados de TLP habrían sufrido abuso sexual (Lobbestael et al., 2010; Zanarini, 2000), entre un 25% y un 73% algún tipo de abuso físico (Golier et al., 2003; Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2010), entre un 13% y un 76% abuso emocional (Lobbestael et al., 2010; Laporte, Paris, Guttman y Russell, 2011). Dichos porcentajes son substancialmente mayores que los observados en otros trastornos de la personalidad (Crowell et al., 2009; Yen et al., 2002).

Los sucesos traumáticos en la infancia no necesariamente conllevan a 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. Así, el consenso actual sobre la relación entre trauma infantil y TLP es que el primero

aparecería frecuentemente en la historia de los pacientes, pero no sería condición necesaria ni suficiente para el desarrollo futuro del trastorno (Crowell et al., 2009; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004).

3.3.5. Sistema de apego

Las personas que sufren TLP tienen asociado en un 92%-94% de los casos un apego inseguro (Levy, 2005). En muchas ocasiones, la sintomatología del paciente junto con la carga que supone a las familias, contribuyen a crear un entorno familiar invalidante, en el cual, partiendo de un sistema de apego inseguro, es más posible que se den experiencias emocionales negativas, negligencia o experiencias traumáticas como abuso físico o sexual.

Los pacientes refieren 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. Este hecho, junto con la compleja interacción descrita como invalidante, crea por parte del entorno familiar un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene el paciente en su propia mente (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011).

3.4. EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

Los estudios epidemiológicos sobre el TLP han sido realizados en países occidentales, situando una prevalencia en población general cercana al 1% (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011; Oldham, 2005), aunque diferentes estudios muestran resultados variables que oscilan entre el 0,5% y el 5,9% (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007). En pacientes que asisten a centros de salud mental (CSM) la prevalencia se sitúa entre el 11%-20% (APA, 2013) y entre aquellos que están hospitalizados entre un 15%-25% (Gunderson, 2009).

Los primeros síntomas del TLP empiezan al inicio de la adolescencia (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008). La mayoría de los pacientes, cuando se realiza el diagnóstico, tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio (Swartz et al., 1990).

En muestras españolas se ha descrito que los pacientes con TLP presentan una elevada comorbilidad, tanto con eje I como con eje II, siendo un tercio de los pacientes los que presentan únicamente el diagnóstico de TLP, aproximadamente otro tercio añade un diagnóstico adicional, y el resto, dos o más diagnósticos. La principal comorbilidad del TLP es con el trastorno depresivo, el trastorno paranoide, el trastorno pasivo-agresivo y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Barrachina et al., 2004).

Cabe señalar la existencia de estudios en los que se concluye que en personas con TLP la prevalencia de comorbilidad en el eje II desciende con el tiempo, a excepción de la comorbilidad con el trastorno de la personalidad evitativo o el dependiente, en los que el tiempo que tardan en lograr la remisión es mayor (Zanarini et al., 2004b).

La heterogeneidad clínica del TLP se presenta pues, en muchas ocasiones, de forma comórbida a la sintomatología propia del eje I, como trastornos psicóticos, afectivos, ansiedad, abuso de sustancias tóxicas, trastorno alimentario, etc., elevando el grado de confusión diagnóstica (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2004a) y la posibilidad de recibir más de un diagnóstico (Van Velzen y Emmelkamp, 1996).

Al hacer el diagnóstico diferencial del TLP con otros trastornos del eje II y debido a que pueden presentar características comunes, hay que saberlas diferenciar cualitativamente. El “temor al abandono” puede confundirse con el trastorno de la personalidad por dependencia al mostrar el mismo miedo, aunque este último no suele presentar cólera, vacío o inestabilidad

en las relaciones personales; las ideas paranoides y la elevada suspicacia, se pueden confundir con el trastorno esquizotípico o paranoide, pero en el TLP éstas suelen ser transitorias y reactivas a acontecimientos estresantes externos; las conductas impulsivas y/o consumo de sustancias, pueden llevar a la conclusión de estar ante un trastorno antisocial de la personalidad; o el patrón de respuesta de evitación experiencial en presencia de emociones negativas también lo podemos observar en pacientes diagnosticados de trastorno evitativo de la personalidad, aunque en el caso del TLP el repertorio de emociones que el paciente intenta esquivar es más amplio que en el paciente evitativo, donde lo más frecuente es la emoción de miedo.

3.5. DIAGNÓSTICO

Tras la revisión histórica del trastorno límite, su definición, el estudio de sus características clínicas dominantes, su etiopatogenia y comorbilidad, así como los datos actuales de prevalencia del mismo, centraremos este apartado en el estudio del trastorno límite de la personalidad según los criterios diagnósticos actuales.

Dada la variabilidad psicopatológica de los pacientes límites, para realizar un diagnóstico más fiable resulta necesario utilizar una entrevista clínica adecuada (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011), y consultar otras fuentes externas como familiares o pareja.

Entre los distintos instrumentos que valoran la presencia de un TP, cabe destacar la *Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV* [Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II); First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997], la *Entrevista Diagnóstica Estructural de Otto Kernberg* (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2007a), o el *Examen Internacional para Trastornos de la personalidad* [International

Personality Disorder Examination (IPDE); Loranger et al., 1994]. También existen entrevistas específicas para el TLP que mejoran la fiabilidad diagnóstica al centrarse únicamente en dicho trastorno de forma más detallada, como puede ser la *Entrevista Diagnóstica para Límites Revisada* [Diagnostic Interview for Borderlines, Revised (DIB-R); Zanarini, Gunderson, Frankenburg y Chauncey, 1989].

El diagnóstico de TLP puede realizarse en función de los dos sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, la CIE y el DSM. A continuación revisaremos las últimas versiones de cada uno de ellos.

3.5.1. La CIE 10

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10) [International statistical Classification of Diseases and related health problems (ICD-10); World Health Organization, 2004], subdivide el trastorno límite de la personalidad en dos subcategorías, haciendo referencia al diagnóstico como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con un subtipo “impulsivo” y otro “borderline”. Este último subtipo es similar al diagnóstico del TLP según el DSM-IV (Herpert et al., 2007), y lo es también respecto a los criterios del DSM-5. Siguiendo la CIE 10 los criterios diagnósticos se exponen en la Tabla 8.

Tabla 8

Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad según la CIE 10

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye:

Personalidad explosiva y agresiva.

Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye:

Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

3.5.2. EL DSM-IV-TR

Según el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales), el TLP se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en la regulación de las emociones, las relaciones interpersonales, la autoimagen y el control de los impulsos (Tabla 6; APA, 2001).

Se ha aceptado por consenso como taxonomía oficial. Presupone la existencia de límites claros entre normalidad y patología y entre los diferentes trastornos que son considerados entidades independientes.

Para su diagnóstico resulta necesario cumplir cinco de los nueve criterios presentes, dando lugar a una combinatoria de 256 posibles agrupaciones de criterios para el mismo diagnóstico (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011), con la consecuente heterogeneidad del trastorno (dos personas podrían ser diagnosticadas de TLP y sólo compartir un mismo síntoma) (Lieb et al., 2004; Skodol et al., 2002a). Siguiendo el DSM-IV, los criterios diagnósticos se exponen en la Tabla 9.

Tabla 9

Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV-TR

<p>F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)</p> <p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, 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> <p>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.</p> <p>Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</p> <p>Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.</p> <p>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.</p> <p>Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.</p> <p>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).</p> <p>Sentimientos crónicos de vacío.</p> <p>Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</p> <p>Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.</p>

3.5.3. El DSM-5

El DSM-5 (APA, 2013), define el TLP como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y el afecto, con alteraciones de conducta caracterizadas por una marcada impulsividad, que empieza en la edad adulta precoz y que se presenta en una importante diversidad de contextos. Por tanto, las variaciones respecto a la definición del DSM-IV son mínimas.

El DSM-5 sigue manteniendo el sistema diagnóstico basado en criterios politéticos que ya eran planteados en el DSM-III, pero propone en la sección III una alternativa diagnóstica en base a un modelo híbrido dimensional-categorial que altera notablemente el sistema diagnóstico. Este modelo define los trastornos de personalidad como un constructo de patología en el que coexiste, desde una alteración del funcionamiento de la personalidad en relación al self (identidad y auto-dirección), a aspectos interpersonales (empatía y relaciones íntimas), y a la presencia de unos rasgos de personalidad patológicos más o menos específicos para cada trastorno.

En concreto, para el TLP plantea una serie de alteraciones en identidad, auto-dirección, empatía y/o relaciones íntimas, junto a rasgos de personalidad no adaptativos específicos de los dominios afecto negativo, y también antagonismo y/o desinhibición.

3.6. EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO: CURSO Y PRONÓSTICO

Tradicionalmente el TLP ha sido considerado una condición estable a lo largo del curso vital del individuo, pero algunas investigaciones indican que este trastorno podría ser menos estable de lo que se pensaba (Ferrer et al., 2012; Skodol et al., 2005). En este apartado revisaremos el curso que sigue el trastorno y el pronóstico que presenta.

Diferentes estudios ponen en entredicho la estabilidad en el tiempo del diagnóstico de TLP debido a que si los pacientes mejoran ya no cumplen criterios diagnósticos, a pesar de que las características del trastorno pueden estar presentes a lo largo de la vida con una intensidad menor.

Desde hace unos años se ha estado investigando acerca de la denominada “burn-out hypothesis” según la cual, con la edad, se experimenta una disminución de los síntomas en este trastorno (Stevenson, Meares y Comerford, 2003). A raíz de esta hipótesis, han sido desarrollados varios estudios, tanto transversales como longitudinales, en los que se pretende averiguar si el curso de los síntomas del TLP se relaciona de algún modo con la edad.

Estudios retrospectivos han permitido observar que durante la adolescencia, los pacientes realizaron el primer contacto con la red de salud mental al presentar ya la sintomatología propia del TLP (Miller et al., 2008; New et al., 2013), aunque la mayoría de diagnósticos se suele realizar entre los 19 y los 34 años (Swartz et al., 1990). Se ha descrito que la detección y tratamiento precoz del TLP consigue disminuir la gravedad de la sintomatología y mejorar el funcionamiento psicosocial de la persona en el futuro (Chanen et al., 2008).

En estudios transversales se ha observado que los pacientes de mayor edad presentan una menor impulsividad (Arens et al., 2013; Morgan, Chelminski, Young, Dalrymple, Zimmerman, 2013; Rosowsky y Gurian, 1991; Stepp y Pilkonis, 2008; Stevenson et al., 2003) y menos tendencias suicidas y comportamientos autolesivos (Black, Blum, Pfohl y Hale, 2004; Morgan et al., 2013; Sansone y Wiederman, 2014; Stepp y Pilkonis, 2008). Asimismo, a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral (Seivewright, Tyrer y Johnson, 2002; Zanarini, Frankenburg, Hennen y, Silk, 2003).

Hay diferentes estudios en los que se ha realizado un seguimiento de pacientes que sufren un TLP a lo largo de los años para poder analizar la evolución del trastorno. Cabe destacar el estudio longitudinal de la fenomenología sindrómica y subsindrómica del TLP de Zanarini et al. (2003), que incluía el seguimiento a 6 años de 290 pacientes con diagnóstico de TLP. De los pacientes, el 34,5% cumplían criterios de remisión a los 2 años, 49,4% a los 4 años, 68,6% a los 6 años y el 73,5% a lo largo de todo el seguimiento (de estos últimos sólo el 5,9% mostraron recaídas). Los síntomas impulsivos tuvieron la evolución más favorable, en especial

las autolesiones, el abuso de tóxicos y la promiscuidad sexual. En segundo lugar, los síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales. Finalmente, los síntomas afectivos fueron los que menos remitieron ya que la mayoría seguían presentando un afecto disfórico.

Posteriormente ampliaron el seguimiento de los pacientes a lo largo de 10 años. El criterio de recuperación utilizado por los autores incluía la remisión sintomática así como alcanzar un adecuado nivel de funcionamiento social y ocupacional, durante un periodo de al menos 2 años. En relación a la remisión sintomática, casi 7 de cada 8 pacientes con TLP lograban una remisión de los síntomas durante al menos un periodo de 4 años. La mitad lograron una recuperación total, es decir, dejaron de cumplir los criterios requeridos para el diagnóstico de TLP y alcanzaron un buen nivel de funcionamiento social y ocupacional. En el 90% de los casos, el mal funcionamiento psicosocial se debe a un desempeño profesional pobre (Zanarini et al., 2010).

En un estudio posterior, destacaron el abuso de sustancias como uno de los síntomas que tarda más en remitir y que puede conllevar un peor pronóstico, a la vez que está también fuertemente asociado a las conductas autolesivas y al suicidio (Zanarini et al., 2004a).

Estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares (McGlashan, 1986; Paris, Brown y Nowlis, 1987; Plakun, Burkhardt y Muller, 1985). Todos mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas pero dentro del rango de la normalidad. Paris et al., (1987), encontraron que sólo el 25% seguían cumpliendo criterios de TLP, pero con mejoría en todas las áreas.

Un estudio de seguimiento a 27 años (Paris, 2003), señalaba que la mayoría de pacientes funcionaban aún mejor que en la valoración a los 15 años. Sólo un 8% de los pacientes cumplía criterios para TLP y un 22% cumplía criterios para trastorno distímico.

Las distintas investigaciones discrepan en cuanto a los síntomas o criterios específicos que mejoran. Por un lado, en el estudio de Gunderson et al. (2011) se concluye que todos los

criterios diagnósticos disminuyen por igual con la edad y que, por tanto, se mantiene el orden de prevalencia a lo largo del tiempo. Es decir, aquellos criterios que eran más prevalentes en los jóvenes siguen siendo los más prevalentes en los mayores y los menos prevalentes en los jóvenes también lo siguen siendo en los mayores. Por otro lado, en numerosos estudios se ha encontrado que los distintos sectores sintomáticos varían de manera distinta a lo largo del tiempo. En concreto, se observa que los síntomas afectivos son los más estables, la sintomatología de impulsividad es la que más disminuye con el tiempo y las alteraciones cognitivas y en las relaciones interpersonales ocupan una posición intermedia (Paris y Zweig-Frank, 2001; Paris, 2003; Zanarini et al., 2003; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2005; Zanarini et al., 2007).

En conclusión, se aprecia una tendencia a la mejoría y a una mayor estabilidad con la edad, especialmente en lo referente a la disminución de las conductas impulsivas, teniendo en cuenta que en los trabajos de seguimiento de pacientes con TLP, éstos no reciben ningún tratamiento controlado por los investigadores.

En relación al pronóstico de los pacientes con TLP, éste acostumbra a ser mejor que el de otros trastornos mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Herpertz et al., 2007). Tradicionalmente el TLP ha sido considerado como refractario, crónico y de evolución variable, aunque varios estudios de seguimiento, como acabamos de mencionar, han señalado una clara tendencia a la mejoría y, en algunos casos, remisión con el paso de tiempo (Torgersen, 2009).

En cuanto a la mejoría con el paso del tiempo, no todos los síntomas del trastorno evolucionan de la misma forma a lo largo de los años. La sintomatología relacionada con las variables asociadas a la impulsividad (tentativas suicidas, auto-lesión, atracones, abuso de drogas, promiscuidad) es menos prevalente y menos consistente a lo largo del tiempo

(Stevenson et al., 2003; Zanarini et al., 2007), mientras que las relaciones interpersonales (miedo al abandono y dependencia) y las alteraciones cognitivas son más prevalentes y estables (Rosowsky y Gurian, 1991; Stevenson et al., 2003), no habiendo un claro consenso sobre la tasa de remisión en las alteraciones afectivas (rabia, depresión, ansiedad).

El TLP es un trastorno asociado a un significativo deterioro en el funcionamiento psicosocial (Gross et al., 2002; Lenzenweger et al., 2007). Se entiende por buen funcionamiento psicosocial, la capacidad de mantener al menos una relación sentimental continuada y una experiencia laboral o escolar a tiempo completo (Biskin y Paris 2012; Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007; Skodol et al., 2005). El TLP está, por tanto, asociado a una pérdida en la calidad de vida que permanece mucho más estable en el tiempo en comparación con los síntomas típicos del trastorno (Oltmanns y Balsis, 2011). Los estudios de seguimiento indican que el 80% de los pacientes empeoran su funcionamiento psicosocial a lo largo de su vida y que solo el 25,9% presentan un buen funcionamiento psicosocial (Zanarini et al., 2010).

Hay variables que se asocian a un buen pronóstico, como ser joven en el momento del diagnóstico, ausencia de eventos traumáticos en la infancia (abusos físicos o sexuales), no tener familiares con trastornos adictivos, capacidad intelectual alta, disponer de aptitudes o talentos artísticos y no presentar comorbilidad. Sin embargo, la presencia de depresión (y la coexistencia de un trastorno afectivo mayor) es un marcador de mal pronóstico, al igual que lo son la coexistencia de los rasgos de irritabilidad y explosividad, típicos de la personalidad antisocial y, sobre todo, si se mezclan éstos con tendencias narcisistas (Oldham et al., 2007; Skodol, et al., 2002b; Zanarini et al., 2006).

4. TRATAMIENTOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Tal como se recoge en las *Guías de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad* (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011), el tratamiento del paciente con TLP incluye diferentes abordajes terapéuticos: tratamientos psicoterapéuticos, tratamientos familiares, tratamientos farmacológicos, así como diversas medidas terapéuticas para afrontar las crisis.

4.1. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

El tratamiento del TLP es uno de los retos más difíciles con que se enfrentan la psiquiatría y la psicología, pues los pacientes con TLP movilizan fuertes sentimientos en los terapeutas, fundamentalmente debido a la gran variabilidad de síntomas que van desde la clínica depresiva hasta la conducta suicida, pasando por la clínica autorreferencial y la falta de control de los impulsos. Esto obliga a plantear abordajes específicos, estructurados y continuados en el tiempo que sean capaces de ayudar a hacer frente y a contener la inestabilidad propia del trastorno.

Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento del TLP están dirigidas a mejorar el funcionamiento y control de síntomas. Pretenden favorecer el análisis y la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa, para hacer frente a los momentos de crisis, prevenir recaídas y mejorar el funcionamiento social y formativo-laboral (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011). Por regla general, todos los tratamientos psicoterapéuticos muestran efectos positivos, con algunas diferencias en las áreas de mejoría según la terapia (Shedler, 2010).

Los objetivos y estrategias de cualquier abordaje terapéutico del TLP serían los siguientes: (Roca, 2004).

- El terapeuta debe trabajar desde un modelo teórico, que debe ser compartido también por todo el equipo terapéutico.
- Es imprescindible el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica para lograr el cambio.
- El paciente debe entender lo que se pretende con el tratamiento y cómo se va a conseguir.
- El proceso terapéutico ha de tener un foco u objetivo principal que ha de formularse en términos de problema consciente y compartido con el paciente.
- Resulta fundamental prestar atención a la adhesión al tratamiento y a las conductas de riesgo, especificando en el contrato terapéutico unos límites claros.
- La frecuencia de las sesiones se adaptará a las necesidades del paciente y a su contexto vital, considerando la posibilidad de una alta frecuencia al inicio del tratamiento.
- Se evitará realizar intervenciones psicoterapéuticas de corta duración sobre todo si no están integradas dentro de un programa o equipo específico y estructurado.

A continuación describimos algunas de las principales técnicas psicoterapéuticas que han demostrado ser efectivas, con resultados ampliamente contrastados y verificables en la literatura científica: a) Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP); b) Terapia Dialéctico-Conductual (TDC); Terapia Basada en la Mentalización (TBM); d) Terapia Cognitivo-Conductual (TCC); e) Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS); f) Terapia Cognitiva-Analítica (TCA); g) Terapia Centrada en Esquemas (TCE).

a) **Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP)**

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 conflictos se entienden en el contexto de las representaciones internas de la propia persona y de los demás, y se considera que se repiten en la relación terapéutica en forma de transferencia y contratransferencia que el terapeuta interpreta. Tradicionalmente, los terapeutas psicoanalíticos han mantenido la neutralidad técnica, una “pantalla blanca” en la que se proyectan los conflictos y deseos internos del paciente. Sin embargo, estos métodos se han adaptado para las personas con TLP, de tal forma que el terapeuta aporta más estructura y es más activo (NICE, 2009).

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, TFP (Clarkin et al., 2007a), es una forma estructurada y manualizada de terapia psicodinámica basada en la teoría de las relaciones objetales y su nivel de fragmentación o de integración. Kernberg propone que la principal diferencia entre organizaciones neuróticas (que implican una identidad más integrada) y las organizaciones límite y psicótica, se basa en el tipo de mecanismos de defensa empleados, siendo que en las primeras impera la represión (mecanismo avanzado) y en las segundas impera la escisión (mecanismo primitivo). En cuanto al juicio de realidad, este se encuentra ausente en la organización psicótica, pero presente en la organización límite y neurótica. Finalmente, se tienen en cuenta otros criterios de “debilidad del yo” como la tolerancia a la ansiedad, el control de los impulsos y la capacidad de sublimación (Kernberg, 2002; Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015).

La organización límite de la personalidad que describe Kernberg incluye los trastornos límite, narcisista, esquizoide, esquizotípico y paranoide. La TFP considera que los patrones disfuncionales de la relación interpersonal se activan dentro de la relación terapéutica en forma de transferencia y contratransferencia, como decíamos, y que éstos

pueden entenderse con la interpretación. Busca la integración de las representaciones de los objetos, la modificación de las defensas y la resolución de la difusión de la identidad que sufren estos pacientes, por medio del análisis de la transferencia (Clarkin et al., 2007a).

En la TFP la prioridad es reducir la difusión de la identidad y facilitar el funcionamiento reflexivo, así como mejorar el funcionamiento laboral y social (Clarkin et al., 2007a).

La TFP es una terapia individual, cara a cara, que requiere dos sesiones semanales durante dos años. Un año de la misma se incrementa la coherencia narrativa y la función reflexiva de los pacientes, aunque lo recomendable es que el paciente permanezca en terapia un mínimo de 2 años (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007b; Levy et al, 2006).

b) Terapia Basada en la Mentalización (MBT)

La *Psicoterapia Basada en la Mentalización*, MBT (Bateman y Fonagy, 1999), se basa en la noción de que los pacientes con TLP tienen una ausencia o deterioro de la regulación emocional, del control atencional y de la capacidad de mentalizar (la capacidad implícita y explícita de entender los estados mentales propios y los de los demás).

El objetivo es aumentar la capacidad reflexiva del paciente, focalizando en desarrollar el reconocimiento y la comprensión de las emociones que ellos evocan en otros y de las emociones que evocan los demás en ellos.

El modelo de la mentalización se nutre de la teoría del apego, de teorías cognitivas y evolutivas, de aportaciones de las neurociencias y de autores psicodinámicos como Bion (Melendo y Cabrera, 2009; Zanarini, 2009).

Los primeros estudios sobre MBT se desarrollaron en hospitales de día, y más recientemente, en entornos ambulatorios (NICE, 2009). El tratamiento permite conseguir

una mayor adherencia al tratamiento, disminuir los intentos autolíticos y autolesivos y mejorar el funcionamiento social (Bateman y Fonagy, 1999).

c) Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

La *Terapia Dialéctica Conductual*, TDC (Linehan, 1993), se basa en el modelo biosocial, partiendo de la base de que existe una disfunción biológica en el sistema de regulación emocional que junto con un ambiente invalidante (que tiende a castigar o trivializar la expresión de las emociones), da lugar a una desregulación emocional propia del TLP.

Las técnicas utilizadas están basadas en la filosofía dialéctica (diálogo entre diferentes puntos de vista, aceptación de distintas posiciones para acercarse a una realidad integrada), la terapia conductual, la cognitiva y en técnicas de meditación.

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. Se utilizan técnicas de cuatro grupos de procedimientos cognitivos-conductuales: entrenamiento en habilidades, manejo de contingencias, exposición y modificación cognitiva.

El grupo de entrenamiento de habilidades incorpora los siguientes módulos: habilidades de conciencia, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. Incluye también reuniones semanales de supervisión e interconsulta para los terapeutas que trabajan en equipo. Así mismo, incluye consultas telefónicas, mediante las cuales los terapeutas están a disposición de los pacientes fuera del horario de atención normal, para así favorecer el manejo de situaciones de crisis y la generalización de habilidades al ambiente natural.

El objetivo primario es reducir la frecuencia de los intentos de suicidio, las ideas suicidas y el nivel de depresión, así como disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y del ingreso psiquiátrico (Soler et al., 2009).

El programa de tratamiento es de un año de terapia individual (1 hora semanal) y un grupo de habilidades (2-3 horas semanales), centrado en el paciente. Se plantean también grupos familiares.

d) Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La *Terapia Cognitivo-Conductual*, TCC (Davidson, 2000), es un tratamiento centrado en ayudar a establecer conexiones entre pensamientos, sentimientos y conductas. La TCC en principio se desarrolló para el tratamiento de la depresión, pero posteriormente se adaptó para el tratamiento de TP y TLP.

Tiene en cuenta experiencias previas en el desarrollo de creencias nucleares, a las que también se denomina “esquemas”.

Se suele realizar en sesiones semanales que duran entre 30 y 90 minutos, durante un período de entre 9 y 36 meses. A los pacientes se les pide que hagan unas tareas en casa, entre las sesiones. En algunos casos también se proporciona acceso telefónico con el terapeuta, si se produce alguna crisis (Davidson, 2000).

e) Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

La *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*, STEPPS (Blum, Pfohl, John, Monahan y Black, 2002) combina elementos cognitivo-conductuales y de aprendizaje de habilidades.

El objetivo de este programa de tratamiento es proporcionar a las personas con TLP información acerca de los síntomas propios de este trastorno y dotarles de habilidades específicas para el manejo de sus emociones y de su conducta. El programa también

pretende que aquellos amigos y familiares que el paciente identifica como parte de su "equipo de refuerzo" aprendan a reforzar y apoyar las habilidades recién aprendidas. Se ha diseñado para que se utilice de forma complementaria a otros tratamientos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011).

Se realizan sesiones de 2 horas durante un período de 20 semanas. Incluye una sesión de 2 horas para los familiares, con el objetivo de presentarles los conceptos y las habilidades que les permitirán dar apoyo y refuerzo a los pacientes.

f) Terapia Cognitivo-Analítica (TCA)

La *Terapia Cognitivo-Analítica*, TCA (Ryle, Leighton y Pollock, 1997), se basa en la idea de que toda actividad cognitiva, afectiva o conductual puede ser descompuesta en episodios denominados "secuencias procedimentales", los cuales tienen una función adaptativa y se mantienen o se modifican según su éxito en alcanzar el fin que se proponen. Estas se desarrollan estableciendo un fin, desarrollando una secuencia comportamental y comprobando las consecuencias.

Considera que el paciente con TLP sufre un daño grave y generalizado en el yo, que se debe, en gran parte, a experiencias prolongadas de privación y trauma en personas de alta vulnerabilidad. Esto causa disociación, un deterioro de la capacidad de autorreflexión y del sentido de la identidad, la afectación 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 relación con uno mismo y con los demás (Thompson et al., 2008).

g) Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas (TCE)

La *Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas*, TCE (Young, Klosko y Weishaar, 2003), es una psicoterapia integradora que combina elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, gestalt, constructivismo y elementos dinámicos.

Considera que los pacientes presentan esquemas cognitivos disfuncionales producidos por causas biológicas o sociales aprendidos en la juventud y que ciertos procesos de mantenimiento, evitación y compensación hacen que sean negativos, inflexibles y que impidan un nuevo aprendizaje (Beck, Davis y Freeman, 2017).

Con la terapia, se anima al paciente a que analice hasta qué punto estas creencias le han ayudado a adaptarse a circunstancias adversas anteriores y si son apropiadas para ayudarle a adaptarse a su situación actual. El tratamiento trata de facilitar la conexión afectiva y el reaprendizaje (Young, 1994).

En la última revisión de la *Cochrane* sobre la eficacia de los distintos tratamientos psicoterapéuticos disponibles para el TLP (Stoffers et al., 2012), se evaluaron 28 estudios aleatorizados en los que participaron un total de 1804 pacientes diagnosticados de TLP. En la línea que ya estableció Gabbard (2007), la revisión de Stoffers et al. (2012) indica que cualquier aproximación sistemática, pensada y diseñada específicamente para el tratamiento del TLP sería útil, con independencia de las técnicas empleadas y de las teorías sobre las que se sustentan, pues todas las intervenciones psicológicas estudiadas ejercieron efectos beneficiosos en la clínica del TLP. La revisión señala que son necesarios más estudios y con mejores diseños para confirmar los efectos terapéuticos observados.

4.2. TRATAMIENTOS FAMILIARES

Las intervenciones a nivel familiar son una modalidad de tratamiento que ha ganado relevancia en las últimas décadas para la atención de diferentes trastornos

mentales, bien sea como psicoterapias individuales o grupales, psicoeducativas, de entrenamientos en habilidades o grupos multifamiliares. Dichos tratamientos familiares centran su atención en la persona afectada por el trastorno y en el contexto relacional en el que éste se manifiesta (Arenaz Romero, 2016).

En el caso del TLP el abordaje terapéutico familiar es beneficioso, pues las dificultades interpersonales de los pacientes suelen afectar el entorno familiar, a la vez que dicho entorno puede tener también una influencia negativa en la persona afectada por el trastorno.

Pese a la importancia de los tratamientos familiares, existe escasa evidencia empírica de este ámbito de intervención hasta el momento (Clarkin, Marzial y Munroe-Blum, 1991). No obstante, se trata de una modalidad de tratamiento emergente, especialmente en el tratamiento de adolescentes y en combinación con intervenciones psicológicas individuales.

4.3.FARMACOLOGÍA DEL TLP

La psicoterapia es el tratamiento de elección para el TLP, siendo la farmacoterapia un soporte terapéutico destinado principalmente a manejar algunos aspectos de la vulnerabilidad del trastorno y algunos síntomas, tales como la sintomatología depresiva o la agresividad (APA, 2001; Leichsenring et al., 2011). De hecho, tal como señalaba Binks, sigue sin haber un claro consenso sobre qué tratamiento farmacológico es realmente eficaz en el TLP y sobre si su combinación con psicoterapia es o no beneficiosa (Binks et al., 2006).

No existe ningún trabajo que haya demostrado alguna especificidad o eficacia de ningún tratamiento farmacológico en el tratamiento del TLP, y esto podría estar en relación con: dificultades metodológicas en el diseño de los estudios, gran variabilidad de criterios diagnósticos y heterogeneidad clínica, alta frecuencia de comorbilidad de eje I y/o eje II, efectos modestos de los medicamentos, duración no realista de los ensayos clínicos (6-12 semanas), o bien alta tasa de abandonos y de incumplimiento terapéutico asociada a la inestabilidad del paciente con TLP (Hori, 1998; Kapfhammer y Hippus, 1998; Silk, 2000).

En la práctica clínica, se utilizan neurolépticos, antidepresivos, ansiolíticos, carbonato de litio y eutimizantes, así como otros más recientes como la naltrexona y los ácidos grasos omega-3 que ayudan al control de la impulsividad. En casos de comorbilidad con trastorno depresivo mayor grave, incluso se ha utilizado terapia electroconvulsiva. Las benzodiacepinas deben usarse con mucha precaución ya que con frecuencia pueden generar abuso o dependencia por parte de los pacientes (APA, 2013). Cabe destacar que el uso de psicofármacos para tratar ciertos síntomas del TLP viene avalado por múltiples estudios (Keshavan, Shad, Soloff, Schooler, 2004; Lieb, Vollm, Rucker, Timmer y Stoffers, 2010; Paris, 2008; Paris, 2011; Ripoll, Triebwasser y Siever, 2011; Vita, De Peri, Sacchetti, 2011). Aún así, es importante señalar que la *US Food and Drug Administration* no ha aprobado ninguna medicación para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Oldham et al., 2007).

En la Tabla 10 mostramos un ejemplo del uso sintomático que puede realizarse de los diferentes psicofármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Marín y Fernández, 2007).

Tabla 10

Tratamiento sintomático de los trastornos de la personalidad

<p>TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social (esquizoide): antidepresivos, antipsicóticos - Agitación (paranoide, límite): ansiolíticos, antipsicóticos - Analgesia, bloqueo (límite): antagonistas opiáceos - Ansiedad e insomnio: ansiolíticos - Ansiedad fóbica (evitativo): antidepresivos - Automutilación (límite): antagonistas opiáceos - Alteraciones cognitivas (obsesivo-compulsivo): eutimizantes - Crisis de angustia (dependiente): ISRS - Déficit de atención con hiperactividad (antisocial): psicoestimulantes - Síntomas Depresivos (esquizoide, narcisista): antidepresivos - Descompensaciones psicóticas (esquizotípicos): antipsicóticos - Síntomas de Desrealización (esquizotípico, histriónico): antipsicóticos - Disfunción cognitivo-perceptiva (esquizotípico, límite): antipsicóticos - Síntomas disociativos (esquizotípico, límite): neurolépticos, antagonistas opiáceos - Fluctuaciones del estado del ánimo (límite): eutimizantes - Hipomanía (límite, narcisista): eutimizantes - Impulsividad, agresividad (antisocial, límite): ISRS, litio, antipsicóticos, β- bloqueantes - Inestabilidad afectiva (límite): antidepresivos - Ira, hostilidad (límite, antisocial): antipsicóticos - Síntomas obsesivos (paranoide, obsesivo-compulsivo): antidepresivos, antipsicóticos, eutimizantes - Síntomas psicóticos (esquizotípico, límite): antipsicóticos - Sociabilidad (esquizoide): antipsicóticos
--

4.4. MANEJO DE LAS CRISIS

Las personas que presentan TLP con frecuencia sufren crisis con autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, comportamiento sexual de riesgo, hurtos, atracones, purgas, agresión impulsiva, síntomas psicóticos transitorios, además de una intensa ansiedad, depresión e ira.

Las crisis son el principal motivo que hace que los pacientes acudan a servicios psiquiátricos y a servicios de urgencias hospitalarias. Es importante ayudar a la persona a recuperar un nivel más estable de funcionamiento mental, reducir sus emociones, impulsos y comportamientos hasta un nivel manejable, manteniendo siempre que sea posible, su autonomía y garantizando su seguridad y la de los demás (NICE, 2009).

La atención a las situaciones de crisis (riesgo y tentativas de suicidio) 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.

Los dispositivos a los que puede acudir una persona con TLP en una fase de crisis son los *Centros de Salud Mental (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.

Es muy importante que estas intervenciones en los servicios de urgencias no queden desligadas del plan general asistencial del paciente, sobre todo cuando se trate de pacientes ya conocidos por la *Red de Salud Mental*. Cuando un paciente está vinculado a un recurso asistencial concreto, 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, 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, acompañando 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 que lo trata, 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.

5. RECURSOS SANITARIOS Y DISPOSITIVOS ASISTENCIALES.

En este apartado veremos los recursos y dispositivos existentes en nuestra red asistencial para las personas con TLP.

5.1. RECURSOS SANITARIOS

Los pacientes con TLP demandan mucha atención y asistencia por parte de los recursos sanitarios, pues son mucho más proclives a consumir distintos servicios de salud: un 72% de los pacientes que presentan TLP han visitado a más de 8 profesionales versus un 8% que no ha cambiado nunca de terapeuta; un 55% ha estado ingresado en una unidad de agudos, un 25% ha permanecido más de 6 meses asintomático; a un 60% de pacientes se les ha prescrito más de 20 psicofármacos diferentes, de los cuales el 70% reconoce no haberlos tomado correctamente, un 8% ha recibido terapia electroconvulsiva (Rubio, 2002).

El *Sistema Nacional de Salud* 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 (coexisten, por ejemplo, dispositivos de atención y tratamiento sectoriales, con dispositivos de atención suprasectoriales), configurándose realidades asistenciales diferentes, con organización diversa y, por tanto, distinta capacidad para dar respuesta a las necesidades de estas personas. 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 (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011).

5.2. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Hay pacientes que debido a la sintomatología y momento evolutivo en el que se encuentran requieren rotar por diferentes niveles asistenciales hasta conseguir estabilizarse para poder seguir su tratamiento se forma ambulatoria. Otros pacientes, con más recursos personales y más apoyo en su entorno, pueden no requerir recursos de internamiento o utilizarlos de manera esporádica. Desde el *Ministerio de Sanidad* se ha elaborado un directorio de los dispositivos de salud mental en funcionamiento en los servicios regionales de salud.

5.2.1. Servicios de atención primaria

La atención médica general se realiza en los centros de atención primaria, cuyas actuaciones en relación a la población con TLP son identificar a la población en riesgo de padecer el trastorno, así como identificar a quien ya lo sufre y no está en tratamiento. En ambos casos hay que establecer un primer diagnóstico y, según el riesgo, se derivará al paciente a atención secundaria, CSMA o CSMIJ, según la edad.

Los profesionales, además de atender las necesidades de salud física, pueden tener que atender a los pacientes con TLP cuando acuden a la consulta por angustia, autolesiones o crisis. Conocer los síntomas del TLP y su manejo puede ayudar a mantener al paciente en atención primaria y a determinar el momento idóneo para su derivación a secundaria (NICE, 2009).

5.2.2. Servicios de atención secundaria: CSMA/CSMIJ

En nuestro entorno la atención a los menores de 18 años se realiza desde los *Centros de Salud Mental Infanto-juvenil* (CSMIJ) y para mayores de 18 años en los *Centros de Salud Mental de Adultos* (CSMA). Ambos son dispositivos de la red de atención sanitaria especializada en salud mental y han de atender a los pacientes con estrategias terapéuticas específicas para el TLP, así como articular intervenciones con otros servicios de ámbito comunitario (primaria, servicios sociales, enseñanza,...) o con los equipamientos del circuito asistencial de salud mental.

5.2.3. 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 tratamiento, o para manejar las crisis si se valora riesgo grave de daño contra sí mismo o contra otras personas y se considera que la situación no puede ser contenida ambulatoriamente.

Debe intentarse, siempre que sea posible, la hospitalización voluntaria. Si se niegan a la hospitalización y si su estado de crisis es grave, se realizará un ingreso involuntario según las normas legales vigentes (*Constitución Española 1978; Ley General de Sanidad 1986; Código Civil; Código Penal 1995*). 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.

Como se ha mencionado, los pacientes con TLP son usuarios frecuentes de los servicios de urgencias y de los servicios de hospitalización. No obstante, la efectividad del ingreso hospitalario como intervención global sigue siendo incierta, principalmente por la ausencia de evidencias de calidad que valoren el impacto de la asistencia hospitalaria en la evolución del TLP (Bateman y Tyrer, 2004). Sin embargo, en la literatura, existe un consenso general de que es poco probable que los ingresos prolongados en unidades

psiquiátricas estándar sean útiles para el tratamiento del TLP 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 (Fagin, 2004). Es prudente establecer este período de tiempo en el momento del ingreso para evitar los vínculos regresivos, idealizados o dependientes. La prolongación de estancias en el hospital, 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, existiendo escasa evidencia empírica de su eficacia hasta el momento. Es necesario tener un plan de alta hospitalaria gradual y cuidadoso ya que muchos suicidios se cometen inmediatamente después del alta o justo antes de un alta involuntaria (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011).

En situaciones excepcionales, de larga evolución, extrema gravedad, 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: agudos, subagudos, otras unidades de subagudos como la comunidad terapéutica, y en unidades rehabilitadoras de hospitalización.

- Unidad de hospitalización de agudos

Es un dispositivo de internamiento breve, al que se suele acceder por derivación de los servicios de urgencias o de los CSMA. 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 pronto regreso al entorno habitual una vez el paciente se ha estabilizado.

- Unidad de hospitalización de subagudos

Es un dispositivo de internamiento para pacientes con mayor gravedad, que no mejoran con hospitalización en unidad de agudos, y necesitan un internamiento de más larga duración (hasta 3 meses) para posteriormente reanudar el tratamiento en otro nivel asistencial. Posibilita un tratamiento intensivo, en un entorno contenedor, en pacientes que no disponen en aquel momento de recursos personales ni de un ambiente que les permitan sostener su tratamiento a nivel ambulatorio.

- 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, fomenta una vida en grupo equitativa y democrática en un entorno variado y permisivo, pero también seguro. Se comentan abiertamente los problemas interpersonales y emocionales y sus miembros pueden establecer relaciones estrechas. El feedback mutuo ayuda a los miembros a afrontar sus problemas y a desarrollar una conciencia de las acciones interpersonales (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011).

- Unidades rehabilitadoras de hospitalización

Son dispositivos de hospitalización (hasta 24 meses) con finalidad rehabilitadora. Se dirige a pacientes graves, de larga evolución, con gran deterioro en el funcionamiento

psicosocial, los cuales no han presentado mejoría con otros tratamientos previos, con gran dificultad 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.

5.2.4. Servicios de hospitalización parcial: hospitales de día

Son dispositivos de hospitalización a tiempo parcial, de alta intensidad que permiten dar continuidad al tratamiento después de una crisis (después de una hospitalización total) o también para tratar de evitarla (riesgo de crisis).

En general se atiende a los pacientes de gravedad moderada-alta que presentan un mal funcionamiento sociofamiliar, falta de actividad laboral, que no mejoran o no se vinculan a un tratamiento ambulatorio, que presentan una alta comorbilidad, y que precisan de programas especiales para TLP que impliquen un abordaje integral (Asociación Española de Neuropsiquiatría -AEN-, 2009).

El programa de intervención en HD, trabaja con el paciente y su entorno, proporciona evaluación diagnóstica con un abordaje terapéutico específico intensivo (alrededor de las 15 horas semanales), y los componentes terapéuticos son diversos y permiten tratar al paciente en función de sus necesidades, motivación y síntomas característicos en aquel momento. Con el tratamiento se pretende conseguir una estabilización sintomática consistente como para permitir la continuidad de cuidados de forma ambulatoria, así como elaborar un proyecto rehabilitador (rehabilitación básica, prelaboral, formativa y/o acompañamiento a la inserción laboral o estudios) (AEN, 2009).

5.2.5. Servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral

El apoyo a la capacitación e inserción socio-laboral 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 rehabilitador.

- **Servicios de rehabilitación comunitaria**

El *Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC)* es un servicio especializado que realiza funciones de atención en salud mental y de rehabilitación psiquiátrica en la comunidad. Son servicios adecuados para pacientes que siguen tratamiento en el CSMA, 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.

- **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, y que los centros de apoyo para la reinserción laboral normalizados resultan insuficientes a causa de las dificultades que presentan por su patología.

El TLP 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.

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta lo revisado en las páginas anteriores sobre el tratamiento de los pacientes con TLP, planteamos las siguientes hipótesis y objetivos

OBJETIVOS

Analizar y comparar la gravedad clínica del perfil de los pacientes, el funcionamiento psicosocial y la comorbilidad en eje I, de los pacientes derivados al Programa TLP del HD en los siguientes tiempos:

- 1) al ingreso en el programa de tratamiento especializado para TLP.
- 2) al finalizar el tratamiento.
- 3) a los 5 años de la finalización de dicho tratamiento.

HIPÓTESIS

Hipótesis 1:

Los pacientes mejoran en todos los síntomas característicos del trastorno, tras efectuar el tratamiento específico en Hospital de Día, y los cambios se mantienen en el seguimiento a los 5 años.

Hipótesis 2:

Los pacientes empeoran significativamente en el funcionamiento psicosocial en el seguimiento a los 5 años.

Hipótesis 3:

La comorbilidad en eje I, se estabiliza al final del tratamiento y en el seguimiento a los 5 años.

III. MATERIAL Y METODO

6. PROGRAMA ESPECÍFICO PARA TLP EN EL HOSPITAL DE DÍA CPB-SSM

6.1. DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL

El Hospital de Día del Centre de Psicoterapia de Barcelona Serveis de Salut Mental (HD CPB SSM), está integrado en una red de Servicios de Salud Mental dentro del sistema de concertación multisectorial con el Servei Català de la Salut (Generalitat de Catalunya).

El Hospital de Día es un centro de hospitalización parcial para tratamientos de media estancia, intensivos y de carácter multidimensional, tanto farmacológicos, como psicoterapéuticos e institucionales. La funcionalidad general de un hospital de día es abordar el tratamiento del paciente en condiciones que eviten al máximo su desvinculación de la comunidad, mejorar sus relaciones con el núcleo familiar y social, y superar el estigma y la marginación que suele acompañar al sufrimiento psíquico del paciente. Los objetivos del tratamiento guardan relación con una aceptación teórica y una praxis terapéutica centrada en la relación interpersonal y en el valor que la palabra toma en dicha relación.

6.2. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA

Actualmente en el HD CPB-SSM hay 3 programas de tratamiento especializados según diferentes trastornos o diferentes momentos clínicos y necesidades del paciente.

- **Programa Estándar:** El programa de asistencia estándar tiene como objetivos la estabilización psicopatológica del paciente y el desarrollo de estrategias psicoterapéuticas que posibiliten una reinserción consolidada en el ámbito socio-familiar. Se dirige fundamentalmente a trastornos psicóticos y trastornos afectivos.

- **Programa de Acogida Rápida (PAR):** Presta atención a pacientes en situación de crisis, descompensación o pre-descompensación en un plazo inferior a las 72 horas. Los objetivos de tratamiento están limitados a corto plazo y en el contexto de una continuidad asistencial y en coordinación con estructuras hospitalarias (urgencias, unidades de agudos) y extra hospitalarias (centros de salud mental de adultos).
- **Programa TLP:** Programa de atención a los trastornos graves de personalidad (organización límite de personalidad según la clasificación de Otto Kernberg, con exclusión del trastorno antisocial puro). Programa en el que se centra el presente estudio.

6.3. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

En el HD CPB-SSM, se diseñó en el año 2005 un programa específico de tratamiento para pacientes con TLP, que se amplió y rediseñó en 2009, y que sigue en pleno desarrollo en la actualidad.

A continuación realizaremos una breve descripción de las principales características del programa de tratamiento para pacientes con TLP, de la población a la que se dirige, y las diferentes fases del tratamiento.

6.3.1. Características del programa

El programa terapéutico es multicomponente y proporciona a los pacientes evaluación psicodiagnóstica y tratamiento intensivo variable (máximo 15h/semana),

adaptándose al perfil y gravedad de los pacientes atendidos, con una estancia media de 6 meses.

Predominan estrategias terapéuticas que combinan la psicofarmacología y la psicoterapia individual y grupal, con una alta especificidad técnica conseguida en base a la integración y adaptación de 3 modalidades psicoterapéuticas de evidencia científica: La TFP, la MBT y la DBT (explicadas en la introducción, punto 4.1.). Se planifica el tratamiento de forma jerarquizada, abordando en primer lugar las conductas autodestructivas, disfuncionales e impulsivas, para trabajar posteriormente el aumento de la función reflexiva o capacidad de mentalización, el sentimiento de vacío y la difusión de la identidad.

- La *Terapia Dialéctico-Conductual* (DBT de M. Linehan): Se usa en fases iniciales del tratamiento para pacientes que presentan conductas autodestructivas, disfuncionales y marcada impulsividad.
- La *Terapia Basada en la Mentalización* (MBT de A. Bateman): Se trabaja en todos los espacios institucionales, centrándose en el análisis de aspectos relacionales o de inestabilidad emocional, para potenciar el aumento de la función reflexiva o capacidad de mentalización.
- La *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia* (TFP de O. Kernberg): Se usa en fases más avanzadas del tratamiento cuando el paciente presenta un cierto nivel de control impulsivo y de insight, trabajando aspectos como el sentimiento de vacío y la difusión de la identidad.

Las mencionadas modalidades de tratamiento se implementan en terapia individual según una evaluación y una indicación precisa y rigurosa. El contexto en el que se desarrolla el tratamiento está diseñado siguiendo modelos de comunidad terapéutica

de Jones (1970), donde cada componente tiene finalidades terapéuticas, trabajando todas las dinámicas relacionales que se dan tanto en los grupos como en el espacio intersticial, entendido éste como todo el tiempo de actividad no reglada, todos los espacios que rodean a los pacientes (momentos de encuentro en los pasillos, entrada, sala de espera...).

Dentro del programa de tratamiento, se incluyen espacios terapéuticos dirigidos a otras dificultades psicosociales características del trastorno que tienen en cuenta la gravedad de los pacientes atendidos.

Así mismo, tal y como recomiendan tanto las guías clínicas como los expertos, se trabaja con un contrato terapéutico con cláusulas anticipatorias, prestando especial atención a la responsabilización del paciente en el tratamiento.

El programa incluye acciones concretas que facilitan la integración, la coherencia, la continuidad de cuidados, el relevo terapéutico y el trabajo específico de la transversalidad. La transversalidad es entendida como el momento en que un paciente termina el tratamiento en un dispositivo asistencial y lo inicia en otro, momento en que los profesionales se coordinan para facilitar este cambio terapéutico, dada la fragilidad que puede ocasionar este relevo en el paciente (Paris, Gunderson y Weinberg, 2007).

El equipo es interdisciplinario. Hay dos profesionales responsables permanentes para cada paciente en el programa (un psiquiatra o psicólogo como terapeuta referente, y una enfermera), y dos auxiliares psiquiátricos que realizan algunas de las actividades grupales.

Los terapeutas referentes están altamente formados en alguna de las 3 modalidades terapéuticas que se implementan, a la vez que todo el equipo está familiarizado con ellas. Como señalábamos en el apartado 4.1. Tratamientos psicoterapéuticos, es importante que el equipo terapéutico comparta un mismo modelo teórico, y ello no es incompatible con la utilización de diversas modalidades terapéuticas,

ya que lo importante es que el terapeuta este especializado y que el equipo conozca cada modalidad terapéutica.

Semanalmente el equipo se reúne con una supervisora externa para hablar del funcionamiento del grupo de pacientes, de las dinámicas que pueden estar aconteciendo entre los pacientes o el equipo, así como de los objetivos del tratamiento, del seguimiento clínico y proyecto terapéutico de cada paciente.

6.3.2. Población a la que se dirige

El programa de tratamiento para pacientes TLP del HD CPB-SSM está indicado a los pacientes que sufren trastornos graves de la personalidad según la Organización Límite de la Personalidad (OLP) de Otto Kernberg, que se corresponde con las características de los trastornos de la personalidad incluidos en el clúster B del DSM-IV (APA, 2001), sistema utilizado para diagnosticar a los pacientes de la muestra.

Los pacientes atendidos presentan sintomatología grave, impulsiva y, a la vez, presentan elevada comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria, trastornos afectivos y trastornos por abuso de sustancias. La gran heterogeneidad en cuanto a los estilos de transferencia y de apego, son tenidos en cuenta a la hora de desarrollar las estrategias del tratamiento. Todos los pacientes tienen una elevada desregulación emocional, graves déficits en su capacidad de mentalización y difusión de la identidad.

6.3.3. Fases de la intervención

6.3.3.1. Evaluación inicial: diagnóstico y plan terapéutico

Cuando un paciente es derivado al Hospital de Día CPB-SSM, es entrevistado por un terapeuta (psiquiatra o psicólogo) que recoge la anamnesis (historia personal, la

información detallada de la historia psiquiátrica y de los antecedentes relativos al actual ingreso) y la exploración psicopatológica del momento.

Después de esta entrevista inicial y exploratoria, si se sospecha que el paciente puede sufrir un trastorno de personalidad, se le programan una serie de entrevistas en las cuales se aplicará un protocolo de evaluación psicodiagnóstica de personalidad (en el apartado 9 se detallan las características de estos instrumentos):

- Entrevista Diagnóstica Estructural (Kernberg, 1993). Entrevista estructural donde se valora la estructura de la personalidad como neurótica, psicótica o borderline.
- Inventario de Organización de la Personalidad IPO (Clarkin, Foelsch y Kernberg, 2001). Versión auto informada sobre la organización de la Personalidad de Kernberg.
- Entrevista estructurada para trastornos de personalidad - SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997). Entrevista semiestructurada basada en la taxonomía del DSM-IV.
- Entrevista diagnóstica para pacientes con trastorno límite revisada - DIB-R (Zanarini et al., 1989; adaptación española de Barrachina et al, 2004). Entrevista semiestructurada diagnóstica basada en los criterios DSM del TLP (evalúa presencia de síntomas en los dos últimos años).
- Y como medida de cambio, la Escala de Impresión Clínica Global para la evaluación del TLP, ICG – TLP (Pérez, 2007).

Si se confirma el diagnóstico de TLP o de TP susceptible de beneficiarse del programa específico de tratamiento de TLP, el paciente entra en el programa de tratamiento.

En la Figura 1 puede verse un resumen del proceso de intervención a partir de la primera visita.

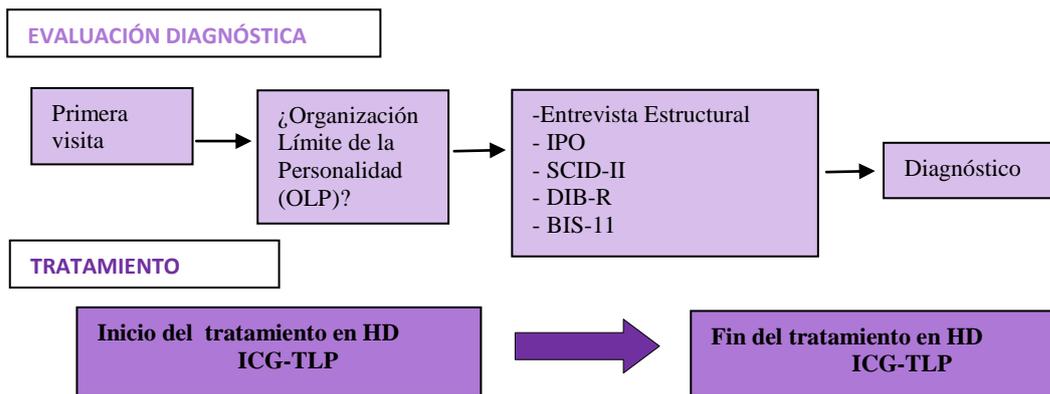


Figura 1. Proceso de evaluación y tratamiento para TLP en HD.

7. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

7.1. ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INDIVIDUAL

Al inicio del tratamiento se analiza la interacción del paciente con la dinámica institucional, se realiza un diseño del plan terapéutico que seguirá (objetivos del tratamiento, tipo de actividades, grado de vinculación, duración), y se formaliza un contrato terapéutico con inclusión de cláusulas anticipatorias (control pulsional, transgresión de normas institucionales, incumplimiento terapéutico, etc.).

Se utiliza un encuadre de trabajo y técnicas de las modalidades terapéuticas descritas anteriormente, como la clarificación, la confrontación, la integración, la neutralidad técnica, el análisis de la transferencia y la contratransferencia.

La mayor parte de los pacientes son candidatos a recibir una o dos sesiones de psicoterapia individual a la semana. Esta psicoterapia, integrada en la globalidad del tratamiento tiene como objetivo acompañar al paciente a un espacio de reflexión personal sobre su estado actual y su proyecto de alta, abordando aspectos como: conciencia de

enfermedad y cuidado de sí mismo, mejorar las relaciones familiares y sociales, integración socio-laboral, conflictiva intrapersonal e interpersonal, así como las cuestiones que moviliza la dinámica de relaciones dentro del hospital.

La técnica psicoterapéutica utilizada, así como el nivel de profundidad de la misma, depende de las características de cada paciente (diagnóstico, gravedad de la psicopatología, nivel cognitivo o capacidad de insight).

7.2. ATENCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA

Casi la totalidad de pacientes tratados en HD reciben también tratamiento psicofarmacológico, el cual se va ajustando en función de la evolución.

Se procura orientar a los pacientes hacia un mejor conocimiento y responsabilización de su tratamiento psicofarmacológico, siendo éste un indicador indirecto de la conciencia de enfermedad, trabajando aspectos como el rechazo a los fármacos, la automedicación o la dependencia excesiva. A la familia se la implica en estos problemas, tratando de modificar las situaciones de refuerzo de la automedicación o de toma de control de la misma.

7.3. ATENCIÓN GRUPAL

El programa de atención grupal incluye diferentes actividades actividades (la distribución horaria puede verse en la Tabla 11):

- Grupo de psicoterapia dialéctico - conductual
- Grupo psicoterapéutico de mentalización con aspectos de la terapia focalizada en la transferencia.
- Taller de lectura

- Grupo de orientación y motivación social
- Expresión artística
- Taller de objetivos
- Grupo de promoción de la salud
- Grupo de Mindfulness y relajación
- Tertulia

Tabla 11

Horario de actividades grupales del programa

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
10:30	ACOGIDA	ACOGIDA		ACOGIDA	ACOGIDA
11:00	TDC (terapia dialéctica conductual)	GRUPO DE TERAPIA DE MENTALIZACIÓN	TDC (terapia dialéctica conductual)	TALLER DE LECTURA	GRUPO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
12:00	DESCANSO				
12:15	EXPRESIÓN ARTÍSTICA	TALLER DE OBJETIVOS	MINDFULNESS/ RELAJACIÓN		TERTULIA (quincenal)

7.4. ATENCIÓN FAMILIAR

La atención familiar tiene lugar desde el primer contacto que se establece con el paciente para la valoración del ingreso, y continúa durante todo el periodo de hospitalización con una determinada periodicidad en función del caso.

Se convoca, generalmente, a los miembros que conviven con el paciente (núcleo familiar), aunque dependiendo de la situación se puede valorar la posibilidad de trabajar por subsistemas separados, o la de citar a algún miembro significativo de la familia extensa o incluso a alguna persona significativa que no pertenece a la familia.

El objetivo fundamental es que las familias se incorporen y participen activamente en el proceso terapéutico del paciente.

En las entrevistas familiares se trabaja: estrategias para hacer frente a las crisis, equilibrio entre tolerancia y límites, adecuar las expectativas y exigencias, establecimiento de pequeños objetivos, estrategias de convivencia familiar, modular el agotamiento, el pesimismo y la falta de perspectivas, así como intentar matizar el sentimiento de culpa. En algunos casos se recomienda la asistencia a un grupo familiar para ofrecer información y apoyo emocional.

7.5. ATENCIÓN SOCIAL

El proceso terapéutico del hospital incluye la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes, con el objetivo de vincularlos a recursos normalizados o terciarios.

La trabajadora social proporciona información, orientación, apoyo y acompañamiento en demandas de tipo social, así como gestión concreta de tramitaciones diversas.

En la Tabla 12 se pueden ver globalmente todos los componentes del programa de tratamiento para TLP de HD CPB-SSM.

Tabla 12
Componentes del programa de tratamiento

Psicoterapias	De grupo e individual: TDC, MBT, TFP
Atención a Familias	Entrevistas psicoterapéuticas unifamiliares Grupo de familias
Espacios socio-terapéuticos	Grupo de orientación y motivación social Tertulia Taller literario
Espacios focalizados en la atención, la ansiedad y la planificación	Mindfulness Relajación Objetivos
Espacios de salud y expresivos	Grupo de promoción de la salud Expresión artística

7.6. FASE DE FINALIZACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

La finalización del tratamiento es importante marcarla con tiempo suficiente, para poder elaborar la separación en el seno de la relación terapéutica, velando para atenuar los síntomas derivados de la ruptura.

Suele realizarse una desvinculación progresiva del programa de tratamiento grupal, en la que acostumbra a haber cierta regresión del paciente. Resulta fundamental trabajar antes de la finalización del tratamiento la preparación del relevo terapéutico a recursos ambulatorios.

8. DISEÑO Y MUESTRA DEL ESTUDIO

Para el presente trabajo de Tesis Doctoral, se analizó y comparó la gravedad clínica del perfil de los pacientes, el funcionamiento psicosocial y la comorbilidad en eje I, de los pacientes derivados al Programa TLP del HD en los siguientes tiempos: al ingreso en el programa de tratamiento especializado para TLP, al finalizar el tratamiento, y a los 5 años de la finalización de dicho tratamiento.

El criterio de inclusión de la muestra fue cumplir criterios diagnósticos para el TLP según el DSM-IV-TR, y los de exclusión fueron: trastorno del eje I como diagnóstico principal, presencia de crisis que precisaran de intervención en urgencias y trastornos antisociales de la personalidad.

- 1) **Al inicio:** Se seleccionaron de forma retrospectiva, los pacientes que ingresaron en el Programa de Tratamiento Especializado para TLP del HD CPB-SSM durante los años 2008 al 2011 y que firmaron el consentimiento informado para participar en el mismo, conformando la *muestra inicial* (n=190).

- 2) **Al finalizar el tratamiento:** Se seleccionaron de la muestra inicial (n=190), de forma retrospectiva, aquellos pacientes que finalizaron el tratamiento con alta clínica, conformando la *muestra al final del tratamiento* (n=117).
- 3) **Seguimiento:** Se seleccionaron de la muestra *al final del tratamiento* (n=117), de forma prospectiva, aquellos pacientes que fueron localizados y aceptaron seguir en el estudio, conformando la *muestra de seguimiento a los 5 años* (n=84).

Al realizar el seguimiento a los 5 años, de la muestra al final del tratamiento, 5 pacientes refirieron no querer participar en el estudio, 2 pacientes habían fallecido por suicidio y 26 pacientes no fueron localizados (de los cuales 3 habían trasladado su residencia a otro país). Al comparar las características sociodemográficas y clínicas de los 84 pacientes incluidos en el estudio, con las de los 96 no localizados, no se apreciaron diferencias significativas. El proceso de determinación de las diferentes muestras, puede consultarse en la Figura 2.

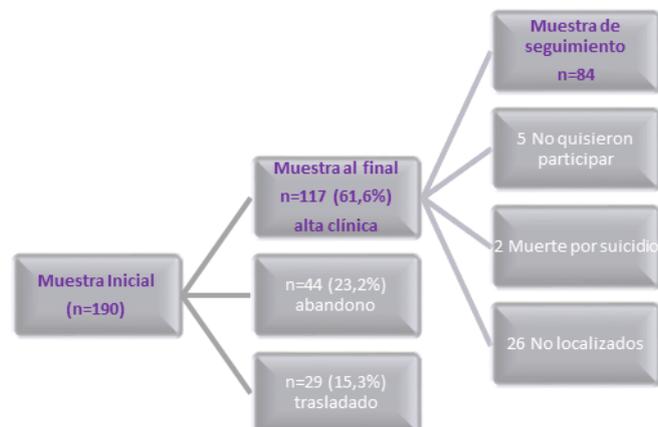


Figura 2. Muestras de los estudios.

La presente investigación no vulnera ninguno de los principales principios éticos fundamentales. Se actúa con beneficencia, pues el paciente se beneficia del tratamiento en HD aunque no acepte ceder sus datos, así como con autonomía, pues los pacientes están bien informados de lo que implica el tratamiento, y de lo que significa ceder sus datos de forma confidencial y anónima.

A los pacientes se les entregó el consentimiento informado, donde la investigadora se compromete a mantener el anonimato y a asegurar la confidencialidad refiriendo que en el estudio no hay ningún dato que pueda identificarlos. Por otro lado, también se explicita que solo la investigadora tendrá acceso a los datos brutos, y que existe la posibilidad, si lo desean, de proporcionarles una devolución de los principales resultados sobre sus respuestas. El consentimiento se entrega al principio del proceso de evaluación diagnóstica para que los pacientes lo lean y lo firmen si están de acuerdo, firmándolo posteriormente la investigadora. Se informa a los pacientes de la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento (Ver Anexo 1).

9. SELECCIÓN DE VARIABLES Y PROCEDIMIENTO

9.1. VARIABLES

VARIABLES que se analizaron en los tres tiempos de medición (al inicio, al final del tratamiento y en el seguimiento a los 5 años) con el fin de mirar si se cumple el objetivo del estudio:

- La evaluación de la *gravedad clínica del perfil* de los pacientes se evaluó a través de la ICG-TLP (ICG-TLP, Pérez et al., 2007).
- El *funcionamiento psicosocial* se evaluó mediante el estado civil, el nivel académico, la situación laboral y GAF (Jones, Thornicroft, Coffey y Dunn, 1995) de los pacientes en los tres tiempos de medición.
- La *comorbilidad* en eje I se evaluó según criterios clínicos.

El total de variables que se seleccionaron fueron las siguientes:

- Variables socio-demográficas: género, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, y psicosocial (acontecimientos traumáticos en la infancia).
- Variables clínicas: GAF, DIB-R, número de intentos de suicidio, número de hospitalizaciones psiquiátricas, años de evolución del trastorno, ICG-TLP y comorbilidad en eje I.

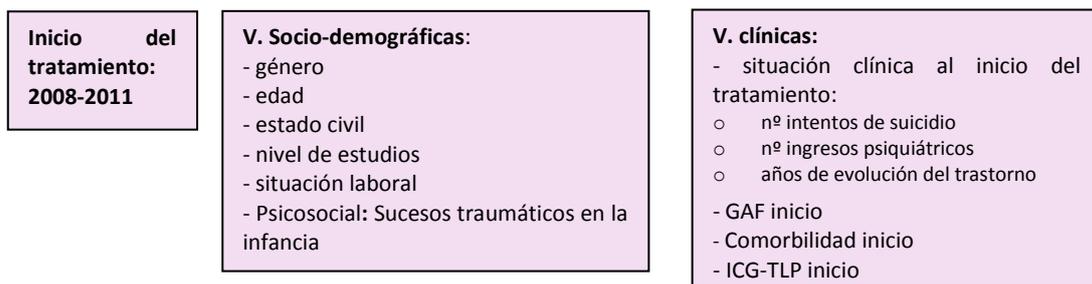
9.2. PROCEDIMIENTO

En el ingreso en HD, después de una primera visita en la que se recogió la anamnesis y la exploración psicopatológica, se administró a los pacientes el protocolo de evaluación diagnóstica: entrevista Clínica Semi-estructurada para el eje II del DSM-IV (SCID-II, First et al., 1997) y la Entrevista Diagnóstica para pacientes con Trastorno Límite Revisada (DIB-R, Zanarini et al., 1989; adaptación española de Barrachina et al., 2004).

Posteriormente, se recogieron todas las variables socio-demográficas y clínicas en el momento del ingreso.

Al finalizar el tratamiento, se recogieron nuevamente las variables clínicas.

Trascurridos 5 años de la finalización del tratamiento en HD, se contactó telefónicamente con los pacientes seleccionados para el estudio de seguimiento, registrándose nuevamente variables socio-demográficas (estado civil, nivel de estudios, situación laboral actual) y clínicas (GAF, tratamiento actual, presencia de autolesiones, consulta en urgencias, ingresos hospitalarios, intentos de suicidio). Se recogieron también la presencia de trastornos comórbidos y la gravedad clínica del perfil de los pacientes, evaluada mediante la ICG-TLP (Ver Figura 3).



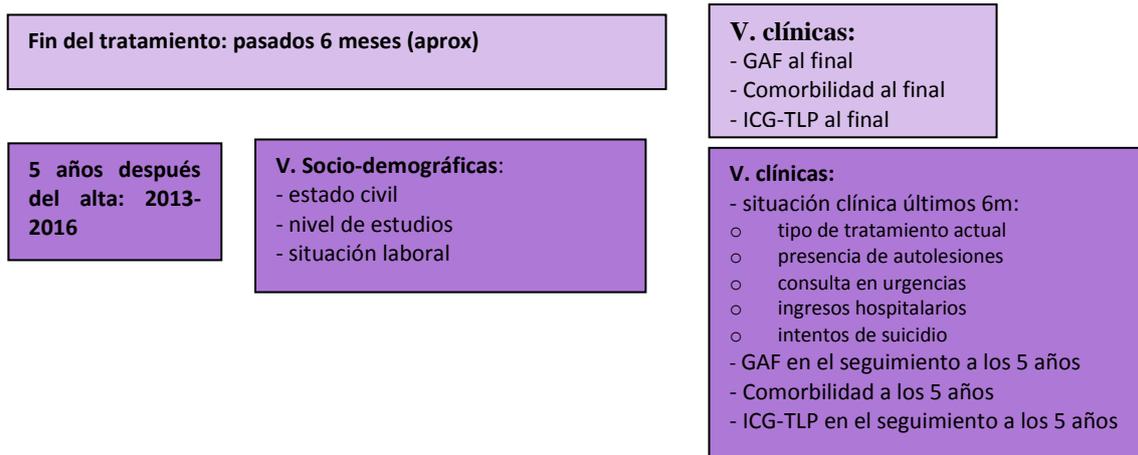


Figura 3. Proceso de recogida de datos.

9.3. INSTRUMENTOS

A continuación realizaremos una breve descripción de cada uno de los instrumentos utilizados para el presente estudio.

- **Entrevista Clínica Semi-estructurada para el eje II del DSM-IV, SCID-II** (First et al, 1997).

La Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II basada en la taxonomía psiquiátrica del DSM-IV, es una entrevista semiestructurada destinada a realizar diagnósticos de eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados "3", es decir, que el criterio está presente). La entrevista consta de 119 ítems, más otros adicionales, y su administración requiere de un tiempo no inferior a 90 minutos. Evalúa la presencia de los doce TP que se incluyen en el DSM-IV, además del no especificado.

- **Entrevista Diagnóstica para pacientes con Trastorno Límite Revisada, DIB-R** (Zanarini et al., 1989, adaptación española de Barrachina et al., 2004).

Entrevista semiestructurada diagnóstica basada en los criterios DSM del TLP, que evalúa presencia de síntomas típicos del TLP limitando la exploración a los 2 años previos a la entrevista. La duración de la entrevista es de 45-60 minutos. La DIB-R permite determinar la gravedad del trastorno y evaluar 5 ámbitos de contenido: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, cognición y relaciones interpersonales. La DIB-R mostró una buena consistencia interna global (alfa de Cronbach de 0,89) y una alta fiabilidad entre evaluadores (coeficiente de correlación intraclase de 0,94). Utilizando un análisis de regresión logística se estableció como punto de corte diagnóstico los valores iguales o superiores a 6, con una elevada sensibilidad (0,81), especificidad (0,94) y con una moderada convergencia diagnóstica con la SCID-II (kappa de 0,59).

- **Escala de Impresión Clínica Global para la evaluación del TLP, ICG-TLP** (Pérez, et al., 2007).

La ICG-TLP es una adaptación de la escala ICG y fue diseñada con el objetivo de evaluar tanto la gravedad del trastorno como el cambio post-intervención en pacientes diagnosticados de TLP. Está compuesta por 10 ítems que puntúan los nueve dominios psicopatológicos relevantes del trastorno (miedo al abandono, relaciones inestables, alteración de la identidad, impulsividad, suicidio, inestabilidad afectiva, sensación crónica de vacío, ira e ideación paranoide) y una puntuación global adicional. La escala consta de dos formatos: la ICG-TLP-S para evaluar la gravedad actual y la ICG-TLP-M para evaluar la mejoría. En cada ítem, el terapeuta realiza una serie de preguntas que le permiten adjudicar una puntuación determinada, la cual puede oscilar entre 1 ("Normal, no está enfermo") y 7 ("Muy gravemente enfermo"). La ICG-TLP muestra unas buenas características de fiabilidad (0,89) y validez (0,85). La correlación intra-clase es de 0,78 para la fiabilidad y de 0,86 en la validez. Además, la escala

muestra una adecuada sensibilidad al cambio y una estructura factorial de dos factores que explican el 67,4% de la varianza total.

- **Evaluación Global de Funcionamiento, GAF** (Jones et al., 1995).

Se trata de una escala que se adjunta al DSM-IV para la valoración del nivel de funcionamiento a lo largo de un continuo de salud-enfermedad, hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo (1-100) de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). La evaluación es del funcionamiento de la persona durante los últimos 12 meses. Consta de única puntuación entre 1 (expectativa manifiesta de muerte) y 100 (actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de su vida, es valorado/a por lo demás a causa de sus abundantes cualidades positivas). Se puntúa a través de una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente, siendo a mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

- **Ficha de recogida de datos**

Para facilitar el trabajo de recogida de datos de los pacientes incluidos en el estudio, se diseñó una ficha de recogida de datos, en la cual se marcaba la respuesta del paciente. Ver Anexo 2.

10. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los estadísticos descriptivos utilizados a lo largo de todo el apartado de resultados serán la media y la desviación típica, cuando las variables son continuas y la frecuencia y el

porcentaje, cuando las variables son categoriales. Las variables *situación laboral* y *estudios* fueron recodificadas con la intención de disminuir el número de categorías y poder realizar los análisis con una muestra suficiente. Se indicarán en el texto aquellos casos en que los contrastes no se pudieron realizar por tener una muestra demasiado pequeña.

En primer lugar se realizó un estudio descriptivo de la muestra inicial (n=190) de las siguientes variables:

1. Datos sociodemográficos para valorar el funcionamiento psicosocial.
2. Gravedad clínica (ICG-TLP) al inicio del tratamiento.
3. Comorbilidad en eje I.
4. Relación de la edad con la gravedad clínica (ICG-TLP), el funcionamiento psicosocial, y la comorbilidad en eje I, a través de los siguientes análisis.

- a. Se estudió la distribución de la variable edad y se formaron los grupos intentando que las *n* de los diferentes grupos fueran lo más homogéneas posibles. Los grupos formados fueron, aquellos pacientes con 20 años o menos, los que tenían entre 21 y 30, los que tenían entre 31 y 40 y finalmente los mayores de 40 años.

El estudio se realizó tanto para las variables sociodemográficas como clínicas. Las variables categoriales (estado civil, estudios, situación laboral, presencia de comorbilidad, etc...) se compararon entre los grupos a partir de pruebas de Chi-cuadrado (χ^2), mientras que las variables continuas (escalas de la ICG-TLP, DIB-R, etc...) se compararon utilizando ANOVAs de un factor de forma independiente para cada variable.

5. Tipo de alta: Relación del tipo de alta (altas clínicas, abandonos y traslados) con las variables sociodemográficas (edad, estado civil, estudios y situación laboral) y clínicas

(puntuación ICG-TLP inicio del tratamiento, DIB-R, número de tentativas suicidas, duración del tratamiento, presencia de comorbilidad, etc...).

El estudio de las diferencias de la muestra inicial en función del tipo de alta que habían recibido se realizó a partir de pruebas chi-cuadrado o ANOVAs de un factor en función de si la variable a contrastar era categorial o continua.

En segundo lugar se realizó un estudio de la muestra de respuesta al tratamiento (n=117). Se realizaron cuatro tipos de análisis:

1. Análisis de los datos sociodemográficos para valorar el funcionamiento psicosocial.
2. Un análisis comparativo entre el inicio y el final del tratamiento de las puntuaciones de la gravedad clínica de los pacientes (ICG-TLP) que se realizó a través de un ANOVA de medidas repetidas de dos factores [momento de la medida: (inicio-tratamiento vs. final-tratamiento) x medidas (9 escalas de la ICG-TLP)], en la muestra total de pacientes que acabaron el tratamiento con alta clínica (n = 117).
3. Un análisis sobre el efecto de otros factores o covariables en las diferencias observadas en los resultados del análisis comparativo citado anteriormente entre el inicio y el final del tratamiento de las puntuaciones de la gravedad sintomatológica de los pacientes (ICG-TLP). Dicho análisis se realizó repitiendo el ANOVA anterior pero incluyendo la variable a estudiar como covariable, si era una variable continua, o como factor si se trataba de una variable categorial. Por lo tanto, se repitió de forma independiente el ANOVA de medidas repetidas de dos factores [momento de la medida: (inicio-tratamiento vs. final-tratamiento) x medidas (9 escalas de la ICG-TLP)], para cada una de las variables a estudiar.
4. La comparación de la frecuencia de trastornos comórbidos en eje I de la muestra de seguimiento entre el inicio y final del tratamiento se realizó utilizando la prueba de McNemar. El cambio en la frecuencia de algunos de los trastornos comórbidos no

pudo ser comparado estadísticamente por el bajo número de diagnósticos realizados en alguna de las evaluaciones comparadas.

En tercer lugar se realizó un estudio de la muestra de seguimiento (n=84). Se comparó la muestra de seguimiento con los pacientes que no pudieron ser evaluados en el seguimiento a los 5 años. Para ello se usaron pruebas T para grupos independientes, para comprobar si había diferencias entre ambas. Posteriormente se realizaron los siguientes análisis:

1. Se estudiaron las diferencias en el funcionamiento psicosocial de los pacientes, entre el final del tratamiento y el seguimiento a los 5 años a través de pruebas de McNemar. Esta prueba permite comparar variables categóricas en grupos relacionados.
2. La comparación de la gravedad clínica de los pacientes (final tratamiento vs. seguimiento a los 5 años) fue estudiada a partir de un ANOVA de medidas repetidas, como en el caso anterior, de dos factores [momento de medida (final-tratamiento vs. seguimiento) x medidas (9 escalas de la ICG-TLP)]. Además, debido a que la prueba implica un gran número de contrastes y esto incrementa mucho los grados de libertad, se realizó otro ANOVA de medidas repetidas para estudiar las diferencias en los tres momentos de medidas incluidos en el presente estudio (inicio-tratamiento vs. final-tratamiento vs. seguimiento). Este ANOVA, por lo tanto, es igual que el comentado con anterioridad a la hora de analizar el seguimiento, pero el factor momento de la medida incluye 3 niveles [(inicio-tratamiento vs final-tratamiento vs seguimiento) x (9 escalas de la ICG-TLP)]
3. Para estudiar si el cambio observado entre el final-tratamiento y el seguimiento estaba relacionado con las variables sociodemográficas o clínicas incluidas en el estudio, en el ANOVA de medidas repetidas de dos factores momento de medida (final-tratamiento vs. seguimiento) x medidas (9 escalas de la ICG-TLP), se incluyeron de forma independiente cada una de las variables a estudiar. Las variables cuantitativas fueron

incluidas como covariables, mientras que las variables categoriales fueron incluidas como factores. Como en el objetivo anterior, primero se analizó la influencia de las variables sociodemográficas y posteriormente la de las clínicas.

4. La comparación de la frecuencia de trastornos comórbidos en eje I de la muestra de seguimiento en los dos momentos temporales (final y seguimiento a los 5 años), se realizó utilizando la prueba de McNemar. El cambio en la frecuencia de algunos de los trastornos comórbidos no pudo ser comparado estadísticamente por el bajo número de diagnósticos realizados en alguna de las evaluaciones comparadas.

IV. RESULTADOS

En este apartado se presentarán los resultados del análisis de la gravedad clínica del perfil de los pacientes, del funcionamiento psicosocial y de la comorbilidad en eje I: al ingreso en el programa de tratamiento especializado para TLP, al finalizar el tratamiento, y en el seguimiento a los 5 años.

11. ANÁLISIS AL INGRESO EN EL PROGRAMA

11.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA AL INICIO DEL TRATAMIENTO (n=190)

Los pacientes de nuestra muestra no presentaban la mayoría de los indicadores de buen pronóstico que refiere la bibliografía científica, pues se trata de pacientes adultos-jóvenes que acuden a los servicios de tratamiento especializado con una larga evolución del trastorno, con un nivel académico medio, que presentan antecedentes de tentativas de suicidio y comorbilidad en eje I, siendo pacientes que han sufrido eventos traumáticos en la infancia (maltrato físico y psicológico, abusos sexuales) con el consecuente impacto de esas experiencias sobre la salud psíquica (Camps, Castillo y Cifre, 2014; Skodol et al., 2002; Zanarini et al., 2006).

A nivel socio-demográfico la mayoría de la muestra son mujeres (89,5%) jóvenes (edad media de 32,55 años – rango 18-58), solteras (61,6%), sin estudios universitarios (80%), sin trabajo (41,1%) o de baja laboral (25,8%). Clínicamente presentan una gravedad moderada-alta (DIB = 7,13), han sufrido estresores traumáticos en la infancia (45,3%), específicamente malos tratos físicos (40,5%) y abusos sexuales (23,7%). El 74,2% de la muestra refiere haber realizado intentos de suicidio previos. La evolución media del trastorno es de 11,53 años desde el diagnóstico, y con una media de 2,56 (0-15)

hospitalizaciones psiquiátricas. Presentan un GAF de 43. El global de los datos puede verse en la Tabla 13.

Tabla 13
Descriptivos de la muestra al ingreso

	Muestra inicial (n=190) n(%)
Género	
Mujeres	89,5
Hombres	10,5
Estado Civil	
Soltero	61,6
Casado/en pareja	17,9
Separado/viudo	20,5
Estudios	
No universit.	80
Universitarios	20
Situación Laboral	
Con trabajo	10,5
Sin trabajo	41,3
ILT	25,8
Pensionista	22,6
Sucesos traumáticos en la infancia	
Maltrato infancia	40,5
Abusos sexuales	23,72
Intentos de suicidio	
Presentes	74,2
	Media (DE)
Edad	32,55 (7,570)
Gravedad DIB-R	7,13 (1,888)
Nº intentos suicidio	2,31 (2,131)
Hospitaliz.	2,56 (2,615)
Años evolución	11,53 (6,717)
GAF	43 (2,157)

11.2. GRAVEDAD CLÍNICA (ICG-TLP) AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

La gravedad clínica de los pacientes (escalas de la ICG-TLP) al inicio del tratamiento muestra un perfil de pacientes moderada/marcadamente enfermos. Los datos exactos de las medias pueden consultar-se en la Tabla 14.

Tabla 14
Medias ICG-TLP Inicio

	Inicio (n=190)
	Media (DE)
ICG abandono	5,05 (1,51)
ICG rel inestables	5,00 (1,47)
ICG identidad	5,04 (1,31)
ICG impulsividad	4,85 (1,40)
ICG suicidio	4,26 (1,64)
ICG afectiva	5,25 (1,04)
ICG vacío	5,00 (1,21)
ICG ira	4,63 (1,45)
ICG paranoia	3,82 (1,55)

11.3. COMORBILIDAD EN EJE I

Al ingreso en el programa de tratamiento hay marcada prevalencia en trastornos afectivos y trastornos por abuso de sustancias.

Tabla 15
*Comorbilidad en eje I
al inicio del tratamiento (n=190)*

	Inicio
	n (%)
Trastornos Psicóticos	1 (1,2)
Trastornos Afectivos	34 (40,5)
Trastornos de Ansiedad	7 (8,3)
Tr por Abuso de Sustancias	23 (27,4)
Tr Conducta Alimentaria	10 (11,9)
Tr Adaptativo	2 (2,4)

11.4. ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Los resultados de la muestra inicial (n=190) al ingreso en el programa, se analizaron agrupando la muestra en función de la edad y del tipo de alta de los pacientes, pues tal como refiere la bibliografía con evidencia científica, son dos variables que pueden condicionar la certeza de los resultados obtenidos.

La muestra inicial del estudio (n=190) se ha subdividido en cuatro grupos de edad: <20 años, 21-30, 31-40 y >40, con el fin de ver si se observa diferentes perfiles clínicos entre los pacientes. En este apartado se analizó y comparó la gravedad clínica del perfil de los pacientes, el funcionamiento social a través de la influencia de las variables psicosociales y clínicas, y la comorbilidad en eje I, según la edad.

11.4.1. Diferencias en la gravedad clínica del perfil de los pacientes (ICG-TLP) según grupos de edad

Al comparar la gravedad clínica de los pacientes (escalas de la ICG-TLP) al inicio del tratamiento entre los grupos en función de la edad, no se observaron diferencias significativas en ninguna de las escalas de la ICG-TLP; ICG abandono ($F_{(3,186)}=0,62$; $p=0,60$), ICG rel inestables ($F_{(3,186)}=0,17$; $p=0,91$), ICG identidad ($F_{(3,186)}=1,09$; $p=0,35$), ICG impulsividad ($F_{(3,186)}=1,66$; $p=0,17$), ICG suicidio ($F_{(3,186)}=0,88$; $p=0,44$), ICG afectiva ($F_{(3,186)}=0,86$; $p=0,46$), ICG vacío ($F_{(3,186)}=0,31$; $p=0,81$), ICG ira ($F_{(3,186)}=0,46$; $p=0,70$), ICG paranoia ($F_{(3,186)}=0,48$; $p=0,69$).

11.4.2. Diferencias en las variables sociodemográficas según grupos de edad

Al comparar la variable *estudios*, no se observaron diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2_{(3)}=5,75$; $p=0,12$). Sin embargo, al comparar la variable *estado civil*, se observaron diferencias significativas entre los grupos de pacientes ($\chi^2_{(6)}=19,85$; $p=0,003$). Esta diferencia viene marcada por una mayor frecuencia de separados o viudos entre los mayores de 40 años (13; 39,4%) y una mayor frecuencia de solteros entre los pacientes con edades comprendidas entre los 21 y los 30 años (49; 75,4%). También se observaron diferencias significativas al comparar la variable *situación laboral* ($\chi^2_{(9)}=37,26$; $p<0,001$). Esta diferencia vino marcada por una mayor frecuencia de pensionistas entre los mayores de 40 años (17; 51,5%) y una mayor frecuencia de pacientes sin trabajo entre los menores de 20 años (8; 80,0%) que en los otros grupos. El global de datos puede verse en la Figura 4.

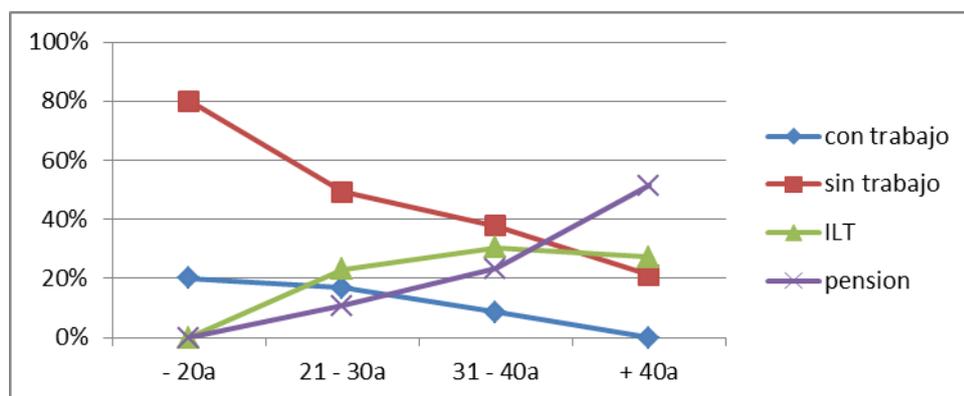


Figura 4: Situación laboral de los pacientes según edad ($p<0,001$)

11.4.3. Diferencias en las variables clínicas según la edad

No se observaron diferencias significativas entre los grupos en las variables: *número de tentativas suicidas* ($F_{(3,189)}=1,03$; $p=0,38$), ni en la *DIB-R total* ($F_{(3,189)}=0,59$; $p=0,62$), ni en la frecuencia de *sucesos traumáticos en la infancia* ($\chi^2_{(3)}=2,69$; $p=0,44$), ni en el GAF ($F_{(3,189)}=0,43$; $p=0,32$). Se observó, sin embargo, una diferencia significativa en la *duración del tratamiento* ($F_{(3,189)}=3,22$; $p=0,02$). El análisis de esta

diferencia mostró que fueron los pacientes de más edad los que permanecieron más tiempo en el tratamiento [Menores de 20 años: 5,2; (3,68), de 21 a 30 años: 5,65; (2,51), de 31 a 40 años: 5,29; (2,62), y de más de 40 años: 7,27; (5,00)]. También se observaron diferencias significativas en el tipo de *finalización del tratamiento* ($\chi^2_{(3)}=24,95$; $p=0,01$), incrementándose con la edad, las frecuencia de altas clínicas.

11.4.4. Diferencias en la comorbilidad en eje I según la edad

Las comparaciones de la comorbilidad al inicio del tratamiento según la edad, mostraron que no hay diferencias entre los grupos por lo que respecta a trastornos psicóticos ($\chi^2_{(3)}=2,05$; $p=0,56$), trastornos de ansiedad ($\chi^2_{(3)}=1,91$; $p=0,59$), o trastornos alimentarios ($\chi^2_{(3)}=0,84$; $p=0,84$). Sin embargo, sí se observaron diferencias en el trastorno por abuso de sustancias: $\chi^2_{(3)}=15,96$; $p=0,001$. Esta diferencia mostró un incremento progresivo en la presencia del trastorno por abuso de sustancias en los pacientes a medida que aumenta la edad y un descenso a partir de los 40 años [menores de 20 años (4; 2,1%), de 21 a 30 años, (23; 12,1%), de 31 a 40 años (43; 22,6%), y de más de 40 años (10; 5,3%)].

También se observaron diferencias en la presencia de trastornos afectivos ($\chi^2_{(3)}=21,41$; $p=0,00$). Menores de 20 años: (2; 2,9%), de 21 a 30 años: (16; 23,5%), de 31 a 40 años: (27; 39,7%), y de más de 40 años: (23; 33,8%). El global de diagnósticos del eje I se puede ver en la Figura 5.

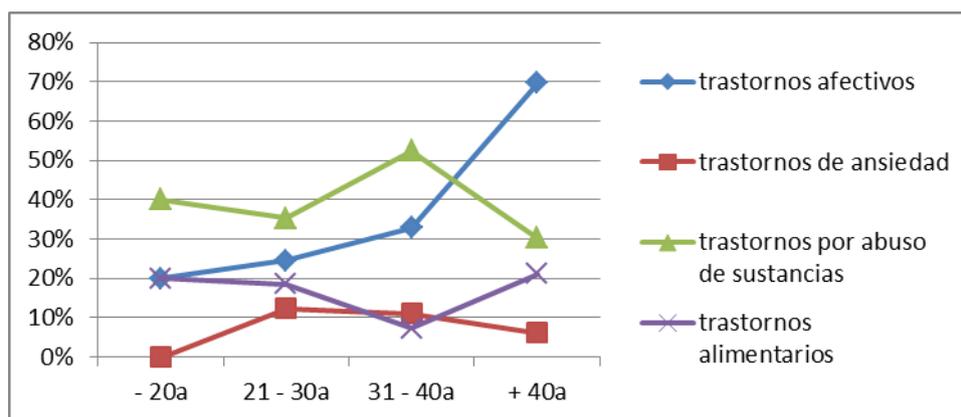


Figura 5. Comorbilidades en eje I al inicio del tratamiento según edad.

11.5. ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ALTA

De la muestra inicial de pacientes ($n=190$), 117 (61,6%) pacientes recibieron el alta clínica al finalizar el tratamiento, 44 (23,2%) lo abandonaron antes de finalizar, y 29 (15,3%) fueron trasladados a otro dispositivo asistencial por empeoramiento clínico o para tratar patología comórbida de eje I (Figura 2). En este apartado se analizó y comparó la gravedad clínica del perfil de los pacientes, el funcionamiento social a través de la influencia de las variables psicosociales y clínicas, y la comorbilidad en eje I según el tipo de alta.

Los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas, según el tipo de alta se muestran en la Tabla 16.

Tabla 16
Descriptivos de la muestra en función del tipo de alta

	Alta clínica		Abandono		Traslado	
	n	%	n	%	n	%
	117	61,6	44	23,2	29	15,3
Género						
Mujeres	108	92,3	37	84,1	25	86,2
Hombres	9	7,7	7	15,9	4	13,8
Estado Civil						
Soltero	71	60,7	26	59,1	21	72,4
Casado/en pareja	19	16,2	10	22,7	5	17,2
Separado/viudo	27	23,1	8	18,2	3	10,3
Estudios						
No universit.	89	76,1	40	90,9	23	79,3
Universitarios	28	23,9	4	9,1	6	20,7
Situación Laboral						
Con trabajo	16	13,7	3	6,8	1	3,4
Sin trabajo	39	33,3	24	54,5	15	51,7
ILT ¹	34	29,1	10	22,7	5	17,2
Pensionista	28	23,9	7	15,9	8	27,6
Sucesos traumáticos en la infancia						
Maltrato infancia	53	45,3	12	41,4	21	47,7
Abusos sexuales	33	28,2	4	13,8	8	18,2
Intentos de suicidio						
Presentes	89	76,1	26	89,7	26	59,1
	89	76,1	26	89,7	26	59,1
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad	33,38	7,44	31,07	8,13	31,45	6,90
Gravedad DIB-R	6,97	1,87	7,27	1,88	7,55	1,93
Nº intentos suicidio	2,21	1,99	2,30	2,67	2,69	1,73
Hospitaliz.	2,21	2,25	2,48	1,94	4,14	4,02
Años evolución	11,66	6,97	10,89	6,31	12,00	6,36
GAF	46	1,76	44	1,82	41	1,85

1 Incapacidad laboral transitoria

11.5.1. Diferencias en la gravedad clínica del perfil de los pacientes (ICG-TLP) según el tipo de alta

Al comparar la gravedad clínica de los pacientes (escalas de la ICG-TLP) entre los grupos según tipo de alta, tal y como se muestra en la Tabla 17, se observaron diferencias significativas en seis de las nueve escalas que incluye la ICG-TLP. En concreto, los análisis post-hoc de estas significaciones muestran que no hay diferencias en las escalas de la ICG-TLP entre los pacientes que reciben el alta clínica y aquellos que abandonan antes de acabar el mismo; mientras que al comparar la ICG-TLP de estos dos grupos con aquellos

que son trasladados, se observa que los que recibieron el alta clínica presentaban una menor gravedad sintomatológica en el inicio del tratamiento en las escalas de Abandono ($t_{(144)}=2,86$; $p=0,005$), Identidad ($t_{(144)}=3,21$; $p=0,002$), Impulsividad ($t_{(144)}=2,67$; $p=0,008$), Suicidio ($t_{(144)}=2,46$; $p=0,01$), Afectiva ($t_{(144)}=2,07$; $p=0,04$) y Vacío ($t_{(144)}=4,04$; $p<0,001$); y los que abandonaron el tratamiento, en comparación con aquellos que fueron trasladados, mostraron menor gravedad sintomatológica en cinco de las escalas del ICG-TLP [Abandono: ($t_{(71)} = 2,24$; $p = 0,03$), Identidad: ($t_{(71)} = 2,64$; $p = 0,01$), Suicidio: ($t_{(71)} = 3,07$; $p = 0,003$), Afectiva: ($t_{(71)} = 2,67$; $p = 0,009$) y Vacío: ($t_{(71)} = 3,35$; $p = 0,001$)], pero no en impulsividad ($t_{(71)} = 1,38$; $p = 0,17$). El global de diferencias puede verse en la Figura 6.

Tabla 17
Comparación ICG-TLP y tipo de alta

ICG-TLP al inicio	Tipo de fin	n	Media	DE	F (2, 187)	Sig.
ICGsAbando	clínica	117	5,05	1,51	3,79	,02
	abandono	29	5,11	,93		
	traslado	44	5,89	1,71		
ICGsRInestables	clínica	117	5,00	1,47	2,85	,06
	abandono	29	5,45	1,21		
	traslado	44	5,51	1,04		
ICGsIdentit	clínica	117	5,04	1,31	4,94	,008
	abandono	29	5,11	,78		
	traslado	44	5,86	1,38		
ICGsImpulsib	clínica	117	4,85	1,40	3,65	,02
	abandono	29	5,15	1,26		
	traslado	44	5,62	1,47		
ICGsSuicidio	clínica	117	4,25	1,64	4,42	,01
	abandono	29	3,95	1,36		
	traslado	44	5,06	1,61		
ICGsIAfectiva	clínica	117	5,25	1,04	3,34	,03
	abandono	29	5,06	,84		
	traslado	44	5,68	1,04		
ICGsVacío	clínica	117	5,00	1,21	7,67	,001
	abandono	29	5,96	,77		
	traslado	44	5,96	1,49		
ICGsIra	clínica	117	4,63	1,45	,63	,53
	abandono	29	4,79	1,47		
	traslado	44	4,79	1,36		
ICGsParanoide	clínica	117	3,82	1,55	,33	,71
	abandono	29	4,06	1,70		
	traslado	44	4,06	1,56		

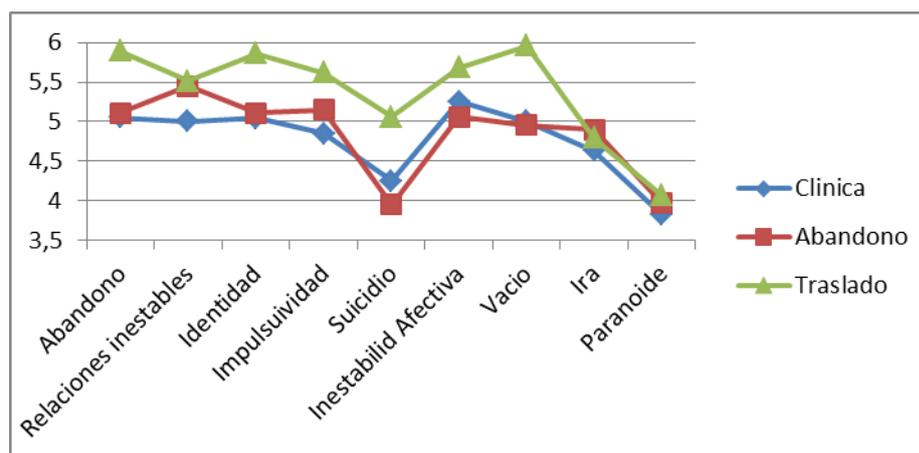


Figura 6: Puntuación media en la ICG-TLP al inicio según tipo de alta

11.5.2. Diferencias en las variables sociodemográficas según el tipo de alta

Al comparar el tipo de alta de los pacientes (Clínica vs. Abandono vs. Traslado) con la variable *edad*, no había diferencias significativas entre los grupos ($F_{(2,187)}=1,88$, $p=0,16$). Tampoco se observaron diferencias significativas entre los grupos en el *nivel de estudios* ($\chi^2_{(2)}=4,41$; $p=0,11$), ni en la *situación laboral* ($\chi^2_{(6)}=10,25$; $p=0,11$). Los descriptivos de la muestra inicial en función del tipo de alta se han mostrado en la Tabla 16.

11.5.3. Diferencias en las variables clínicas según el tipo de alta

Al comparar los grupos de pacientes según el tipo de alta recibida (Clínica vs. Abandono vs. Traslado), no habían diferencias significativas en el *número de tentativas suicidas* ($F_{(2, 187)}=0,58$, $p=0,56$), ni en la puntuación total de la DIB-R ($F_{(2, 187)}=1,25$, $p=0,29$) ni en la frecuencia de pacientes que refirió haber sufrido eventos traumáticos en la infancia ($\chi^2_{(2)}=0,28$; $p=0,86$), ni el GAF ($F_{(3,189)}=0,46$; $p=0,23$) entre los grupos.

11.5.4. Diferencias en la comorbilidad en eje I según tipo de alta

En las comorbilidades al inicio del tratamiento no se observaron diferencias significativas entre los grupos en la frecuencia de trastornos psicóticos ($\chi^2_{(2)}=0,98$; $p=0,61$), en trastornos afectivos ($\chi^2_{(2)}=2,12$; $p=0,34$), en trastornos de ansiedad ($\chi^2_{(2)}=2,76$; $p=0,25$), ni en trastornos alimentarios ($\chi^2_{(2)}=2,158$; $p=0,34$). Sin embargo, se observó una mayor frecuencia de trastornos por abuso de sustancias comórbido en los pacientes que abandonaron el tratamiento ($\chi^2_{(2)}=7,34$; $p=0,02$).

12. RESULTADOS AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO

En este apartado se mostrarán los resultados obtenidos en la gravedad del perfil clínico, el funcionamiento social y la comorbilidad en eje I, al finalizar el programa de tratamiento especializado para TLP.

Se mostrarán en primer lugar la descripción de la muestra al finalizar el tratamiento ($n=117$), posteriormente los cambios en la gravedad clínica (ICG-TLP) inicio-final, así como si dichos cambios están relacionados con otras variables sociodemográficas y/o clínicas, y finalmente la comorbilidad en eje I al finalizar el tratamiento.

12.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA AL FINAL DEL TRATAMIENTO (N=117)

A nivel socio-demográfico, la mayoría de la muestra son mujeres (92,3%) jóvenes (edad media de 33,38 años – rango 18-58), solteras (59,8%), sin estudios universitarios (76,1%), sin trabajo (33,3%) o de baja laboral (29,1%). Clínicamente presentan una gravedad moderada-alta (DIB = 6,97), han sufrido estresores traumáticos en la infancia (45,3%), específicamente

malos tratos físicos (40,2%) y abusos sexuales (28,2%). Refieren antecedentes de intentos de suicidio previos (76,1%), una media de 2,21 cada paciente, y una evolución media del trastorno de 11,61 años desde el diagnóstico, y con una media de 2,21 (0-10) hospitalizaciones psiquiátricas. Presentan un GAF de 55. El total de los datos puede verse en la Tabla 18.

Tabla 18
Descriptivos de la muestra al final

	Muestra inicial (n=190) n(%)	Muestra final (n=117) n(%)
Género		
Mujeres	89,5	92,3
Hombres	10,5	7,7
Estado Civil		
Soltero	61,6	59,8
Casado/en pareja	17,9	16,2
Separado/viudo	20,5	24,0
Estudios		
No universit.	80	76,1
Universitarios	20	23,9
Situación Laboral		
Con trabajo	10,5	13,7
Sin trabajo	41,3	33,3
ILT	25,8	29,1
Pensionista	22,6	23,9
Sucesos traumáticos en la infancia		
Maltrato infancia	40,5	40,2
Abusos sexuales	23,72	28,2
Intentos de suicidio		
Presentes	74,2	76,1
	Media (DE)	Media (DE)
Edad	32,55 (7,570)	33,38 (7,448)
Gravedad DIB-R	7,13 (1,888)	6,97 (1,873)
Nº intentos suicidio	2,31 (2,131)	2,21 (1,995)
GAF	43 (2,157)	55 (2,534)

12.2. DIFERENCIAS EN LA GRAVEDAD CLÍNICA DEL PERFIL DE LOS PACIENTES (ICG-TLP) AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO

Al comparar la gravedad clínica del perfil de los pacientes (ICG-TLP) entre el inicio y final del tratamiento (n=117), se observaron diferencias significativas en las escalas de la

ICG-TLP ($F_{(8,928)}=7,28$; $p<0,001$; $\eta^2=0,06$). Las pruebas post-hoc mostraron que los pacientes puntuaban más bajo en todas las escalas del ICG-TLP al final del tratamiento (ver Tabla 19).

Tabla 19
Contrastes post-hoc ANOVA de medidas repetidas ICG-TLP Inicio y Final del tratamiento

	Inicio (n=117)	Final (n=117)	Inicio/final		
	Media (DE)	Media (DE)	$F_{(1)}$	Sig.	η^2
ICG abandono	5,05 (1,51)	3,21 (1,33)	181,92	< 0,001	,61
ICG rel inestables	5,00 (1,47)	3,21 (1,18)	164,25	< 0,001	,59
ICG identidad	5,04 (1,31)	3,41 (1,22)	221,68	< 0,001	,66
ICG impulsividad	4,85 (1,40)	2,61 (1,15)	296,80	< 0,001	,72
ICG suicidio	4,26 (1,64)	2,17 (1,07)	229,54	< 0,001	,66
ICG afectiva	5,25 (1,04)	3,14 (1,13)	278,03	< 0,001	,71
ICG vacío	5,00 (1,21)	3,26 (1,36)	141,15	< 0,001	,55
ICG ira	4,63 (1,45)	2,61 (1,04)	201,55	< 0,001	,63
ICG paranoia	3,82 (1,55)	3,21 (1,33)	145,60	< 0,001	,56

12.2.1. Relación de las variables sociodemográficas con el cambio de gravedad (ICG-TLP) clínica al final del tratamiento

La disminución en la gravedad de la sintomatología límite observada en los pacientes al final del tratamiento en comparación con el inicio (ICG-TLP), no está relacionada con la variable *edad* ($F_{(8,920)}=0,73$; $p=0,66$; $\eta^2=0,01$), ni *situación laboral* ($F_{(24,904)}=0,70$; $p=0,85$; $\eta^2=0,02$), ni *estudios* ($F_{(8,920)}=1,08$; $p=0,37$; $\eta^2=0,01$), ni *estado civil* ($F_{(16,912)}=0,91$; $p=0,55$; $\eta^2=0,02$).

12.2.2. Relación de las variables clínicas con el cambio de gravedad (ICG-TLP) clínica al final del tratamiento

La disminución en la gravedad de la sintomatología límite en la ICG-TLP observada en los pacientes al final del tratamiento en comparación con el inicio, no está

relacionada con haber sufrido *experiencias traumáticas* ($F_{(8)}=1,289$; $p=0,251$; $\eta^2=0,011$), ni con el *número de tentativas suicidas* ($F_{(8)}=1,06$; $p=0,39$; $\eta^2=0,01$) ni con *la duración del tratamiento* ($F_{(8,920)}=1,79$; $p=0,05$; $\eta^2=0,01$), ni con el GAF ($F_{(8,920)}=1,54$; $p=0,14$; $\eta^2=0,02$). Sin embargo, la puntuación *total de la DIB-R* ($F_{(8,920)}=1,99$; $p=0,04$; $\eta^2=0,02$) indicó en el análisis post-hoc que aquellos pacientes que puntuaban más alto en la DIB-R, también lo hacían en las escalas de la ICG-TLP [rango de las β : 0,15 – 0,34 (ICG-Vacío – ICG-Abandono); todas las $p \leq 0,02$].

Al comprobar si el cambio observado en la ICG-TLP estaba asociado a la presencia de alguna comorbilidad del eje I, no se observaron diferencias con trastorno psicótico (no se presentan resultados del ANOVA porque el número de casos era 1), ni trastorno afectivo ($F_{(8, 920)}=1,03$; $p=0,41$; $\eta^2=0,01$), ni trastorno por abuso de sustancias ($F_{(8, 920)}=1,36$; $p=0,21$; $\eta^2=0,01$), ni trastorno de la conducta alimentaria ($F_{(8, 920)}=1,33$; $p=0,22$; $\eta^2=0,01$). Sin embargo, sí resultó significativa la interacción con los trastornos de ansiedad ($F_{(8,920)}=2,64$; $p=0,007$; $\eta^2=0,02$). Los análisis post-hoc intra-grupo al comparar la ICG-TLP del inicio con el del final del tratamiento, se observó una reducción significativa en todas las escalas en los pacientes sin trastorno de ansiedad comórbido (todas las $F_{(1,115)} > 127,47$; $p < 0,001$; $\eta^2 > 0,53$), mientras que en el caso de los pacientes con trastorno de ansiedad se redujo la sintomatología en la mayoría de las escalas (todas las $F_{(1, 115)} > 4,22$; $p < 0,04$; $\eta^2 > 0,03$), excepto en ira ($F_{(1, 115)}=2,42$; $p=0,12$; $\eta^2=0,03$) y Paranoia ($F_{(1,115)}=2,70$; $p=0,10$; $\eta^2=0,02$).

12.3. DIFERENCIAS EN LA COMORBILIDAD EN EJE I AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO

En la comparación de la frecuencia de trastornos comórbidos en eje I entre el inicio y el final del tratamiento, se observó un aumento de trastornos comórbidos afectivos y de

la conducta alimentaria al finalizar el tratamiento. En la Tabla 20 se pueden observar las frecuencias de los trastornos comórbidos.

Tabla 20
Comparación de comorbilidades en eje I entre inicio y final del tratamiento (N=84)

	Inicio	Final	Inicio vs final
	n (%)	n (%)	p
Trastornos Psicóticos	1 (1,2)	11 (13,1)	---
Trastornos Afectivos	34 (40,5)	48 (57,1)	,016
Trastornos de Ansiedad	7 (8,3)	7 (8,3)	1,00
Tr por Abuso de Substancias	23 (27,4)	24 (28,6)	1,00
Tr Conducta Alimentaria	10 (11,9)	21 (25)	,043
Tr Adaptativo	2 (2,4)	28 (33,3)	---

13. SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS

En este apartado se mostrarán los resultados obtenidos en la gravedad del perfil clínico y el funcionamiento social y la comorbilidad en eje I, en el seguimiento a los 5 años. Se mostrarán en primer lugar las características de la muestra de seguimiento (n=85), y se analizarán las diferencias respecto al inicio y al final del tratamiento. Posteriormente los cambios en la gravedad clínica (ICG-TLP) entre el final del tratamiento y el seguimiento a los 5 años, así como si dichos cambios están relacionados con otras variables sociodemográficas y/o clínicas, y finalmente la comorbilidad en eje I al finalizar el tratamiento.

Al comparar la muestra al final del tratamiento (n=117) con la muestra de seguimiento (n = 84), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras (ver análisis de los datos).

13.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN EL SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS (N=85)

A nivel socio-demográfico destaca que la mayoría de la muestra de seguimiento son mujeres (91,7%) jóvenes (edad media de 32,86 años – rango 19-58), solteras (51,2%), sin estudios universitarios (82,1%), sin trabajo (36,9%) o de baja laboral (27,4%). Clínicamente presentan una gravedad moderada-alta (DIB=6,87), han sufrido estresores traumáticos en la infancia (53,6%), específicamente han sufrido malos tratos físicos (42,9%) y abusos sexuales (28,6%). Refieren antecedentes de intentos de suicidio previos (61,9%), una media de 1,88 intentos cada paciente, y una evolución media del trastorno de 11,61 años desde el diagnóstico, y con una media de 1,95 (0-7) hospitalizaciones psiquiátricas. Presentan un GAF de 59. En la Tabla 21 se presentan las comparativas en % de las tres muestras.

Tabla 21
Descriptivos de la muestra al inicio, al final y en el seguimiento a 5 años

	Muestra inicial (n=190) n(%)	Muestra final (n=177) n(%)	Muestra seguimiento (n=84) n(%)
Género			
Mujeres	89,5	92,3	91,7
Hombres	10,5	7,7	8,3
Estado Civil			
Soltero	61,6	59,8	53,6
Casado/en pareja	17,9	16,2	27,4
Separado/viudo	20,5	24,0	19,1
Estudios			
No universit.	80	76,1	79,8
Universitarios	20	23,9	20,2
Situación Laboral			
Con trabajo	10,5	13,7	22,6
Sin trabajo	41,3	33,3	17,9
ILT	25,8	29,1	1,2
Pensionista	22,6	23,9	58,3
Sucesos traumáticos en la infancia			
Maltrato infancia	40,5	40,2	42,9
Abusos sexuales	23,72	28,2	28,6
Intentos de suicidio			
Presentes	74,2	76,1	61,9
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Edad	32,55 (7,570)	33,38 (7,448)	32,86 (6,873)
Gravedad DIB-R	7,13 (1,888)	6,97 (1,873)	6,87 (1,861)
Nº intentos suic	2,31 (2,131)	2,21 (1,995)	1,88 (2,252)
Hospitaliz.	2,56 (2,615)	2,21 (2,253)	1,95 (1,827)
Años evolución	11,53 (6,717)	11,61 (6,979)	11,61 (6,391)
GAF	43 (2,157)	55 (2,534)	59 (2,764)

13.2. DIFERENCIAS EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL, ENTRE LA MUESTRA INICIAL Y LA MUESTRA DE SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS.

A nivel de funcionamiento psicosocial, no se han observado cambios significativos en el *estado civil* ($p=0,73$), ni en el *nivel de estudios* ($p=0,95$) entre la muestra al inicio del tratamiento y la muestra de seguimiento a los 5 años. Sin embargo, se observó un mayor número de *pensionistas* ($p<0,001$) y un mayor GAF ($p<0,001$), en el seguimiento a los 5 años que en el momento de inicio del tratamiento. Ver detalles en Tabla 21.

13.3. DIFERENCIAS EN LA GRAVEDAD CLÍNICA DEL PERFIL DE LOS PACIENTES (ICG-TLP) ENTRE EL FINAL Y EL SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS

El estudio de la evolución de la sintomatología TLP de los pacientes a los 5 años indicó que habían diferencias en las medidas de la ICG-TLP evaluadas en el final del tratamiento y en el seguimiento ($F_{(8,664)}=2,60$; $p=0,008$; $\eta^2=0,03$). Los contrastes post-hoc de la interacción indicaron que los pacientes puntuaban más bajo en la escala Impulsividad en el seguimiento que en el final del tratamiento ($F_{(1,83)}=4,66$; $p=0,03$; $\eta^2=0,05$). Aunque no significativa, se observa una tendencia a la significación en la escala de Labilidad Afectiva, en la que los pacientes puntúan más alto en el seguimiento comparado con el final del tratamiento ($F_{(1,83)} = 3,94$; $p = 0,06$; $\eta^2 = 0,04$) (ver Tabla 22).

Tabla 22
Contrastes post-hoc ANOVA de medidas repetidas final vs. Seguimiento

	Final	Seguimiento	Final/seguimiento		
	Media (DE)	Media (DE)	F _(1, 83)	Sig.	Eta ²
ICG abandono	3,49 (1,51)	3,70 (2,04)	,80	,37	,01
ICG rel inestables	3,43 (1,41)	3,24 (1,88)	,86	,35	,01
ICG identidad	2,96 (1,50)	3,14 (1,70)	,82	,36	,01
ICG impulsividad	3,54 (1,41)	3,06 (1,97)	4,66	,03	,05
ICG suicidio	2,40 (1,53)	2,11 (1,49)	2,08	,15	,02
ICG afectiva	3,54 (1,49)	3,93 (1,85)	3,49	,06	,04
ICG vacío	3,65 (1,60)	3,71 (1,97)	,08	,77	,001
ICG ira	2,86 (1,29)	2,68 (1,857)	,72	,39	,009
ICG paranoia	2,31 (1,19)	2,25 (1,57)	,10	,74	,001

Al comparar la puntuación de la ICG-TLP entre en inicio del tratamiento con el final y el seguimiento a los 5 años, los pacientes presentan una menor gravedad en todas las

esferas sintomatológicas en el final del tratamiento y en el seguimiento comparado con el inicio del tratamiento ($F_{(16, 1328)}=2,63$; $p<0,001$; $\eta^2=0,03$) Ver Figura 7.

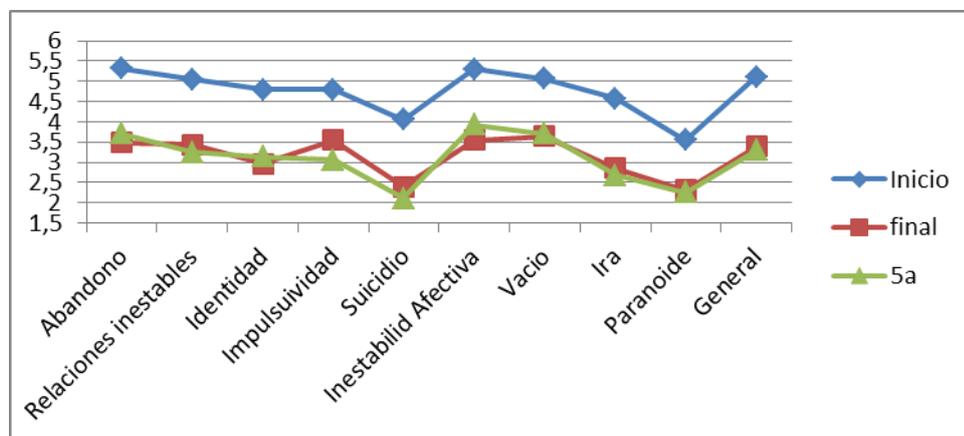


Figura 7. Comparación de medias.

13.3.1. Relación de las variables sociodemográficas con el cambio de gravedad (ICG-TLP) clínica en el seguimiento a los 5 años

La disminución en la gravedad de la sintomatología límite en la ICG-TLP observada en los pacientes al final del tratamiento en comparación con el seguimiento a los 5 años, no está relacionada con la variable *edad* ($F_{(8,656)}= 0,76$; $p = 0,64$; $\eta^2= 0,01$), ni con la *situación laboral* ($F_{(16,648)}= 0,93$; $p = 0,53$; $\eta^2= 0,02$), ni con los *estudios actuales* ($F_{(8,656)}= 1,41$; $p = 0,13$; $\eta^2= 0,03$) ni con el *estado civil* ($F_{(16,648)}= 0,61$; $p = 0,88$; $\eta^2= 0,01$), ni con el *tipo de alta* ($F_{(16,648)}= 1,03$; $p = 0,83$; $\eta^2= 0,02$).

13.3.2. Relación de las variables clínicas con el cambio de gravedad (ICG-TLP) clínica en el seguimiento a los 5 años

La disminución en la gravedad de la sintomatología límite en la ICG-TLP observada en los pacientes al final del tratamiento en comparación con el seguimiento a los 5 años, no está relacionada con la puntuación *total de la DIB-R* medida al inicio del

tratamiento ($F_{(8,656)}=1,42$; $p=0,18$; $\eta^2=0,02$), ni con haber sufrido *sucesos traumáticos en la infancia* ($F_{(8,656)}=0,68$; $p=0,71$; $\eta^2=0,01$), ni con el GAF ($F_{(8,920)}=1,45$; $p=0,23$; $\eta^2=0,01$). Tampoco está relacionada con la presencia de *comorbilidad* en trastornos afectivos ($F_{(8,656)}=0,72$; $p=0,676$; $\eta^2=0,01$), ansiosos ($F_{(8,656)}=1,24$; $p=0,27$; $\eta^2=0,01$), de abuso de sustancias ($F_{(8,656)}=1,29$; $p=0,24$; $\eta^2=0,02$) o en trastornos alimentarios ($F_{(8,656)}=1,48$; $p=0,16$; $\eta^2=0,02$).

No se observó que en los últimos 6 meses que el *número de visitas a urgencias psiquiátricas* ($F_{(8,656)}=1,09$; $p=0,38$; $\eta^2=0,01$), el *número de hospitalizaciones* ($F_{(8,656)}=1,23$; $p=0,28$; $\eta^2=0,01$), o el *número de autolesiones* ($F_{(8,656)}=0,94$; $p=0,76$; $\eta^2=0,01$), afectara a la estabilidad en las puntuaciones de ICG-TLP observadas en el seguimiento. Sin embargo, *las tentativas de suicidio en los últimos 6 meses* se relacionaron significativamente con las puntuaciones en la gravedad del perfil clínico ($F_{(8,656)}=5,49$; $p<0,001$; $\eta^2=0,06$). Las pruebas post-hoc de esta interacción significativa indicaron que la tentativas suicidas en los últimos 6 meses no se relacionaban con las medidas de la ICG-TLP en el final del tratamiento (todas las $p_s \geq 0,32$), pero si lo estaban con las medidas de la ICG-TLP en el seguimiento en las escalas de la ICG-TLP de Paranoide ($\beta=0,28$; $t_{(82)}=3,18$; $p=0,002$; $\eta^2=0,11$) y en la de Suicidio ($\beta=0,45$; $t_{(82)}=6,15$; $p<0,001$; $\eta^2=0,32$) y que puntuaban más bajo en la escala de Impulsividad ($\beta= -0,27$; $t_{(82)}=2,80$; $p=0,006$; $\eta^2=0,09$).

13.4. DIFERENCIAS EN LA COMORBILIDAD EN EJE I EN EL SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS

En la comparación de la frecuencia de trastornos comórbidos en eje I entre la muestra entre el final del tratamiento y el seguimiento a los 5 años, se observó una disminución de trastornos comórbidos afectivos, por abuso de sustancias y de la conducta

alimentaria en el seguimiento a los 5 años. En la Tabla 23 se pueden observar las frecuencias de los trastornos comórbidos que presentaron los pacientes en cada uno de los momentos de evaluación

Tabla 23
Comparación de comorbilidades en eje I al final del tratamiento y en el seguimiento (N=84)

	Final N (%)	Seguimiento N (%)	Final vs Seguimiento <i>p</i>
Trastornos Psicóticos	11 (13,1)	1 (1,2)	---
Trastornos Afectivos	48 (57,1)	29 (34,5)	,005
Trastornos de Ansiedad	7 (8,3)	15 (17,9)	,134
Tr por Abuso de Substancias	24 (28,6)	9 (10,7)	,001
Tr Conducta Alimentaria	21 (25)	9 (10,7)	,029
Tr Adaptativo	28 (33,3)	0 (0)	---

En la Figura 8 se puede observar la representación visual de las frecuencias de trastornos comórbidos del eje I en los tres tiempos de evaluación del presente estudio.

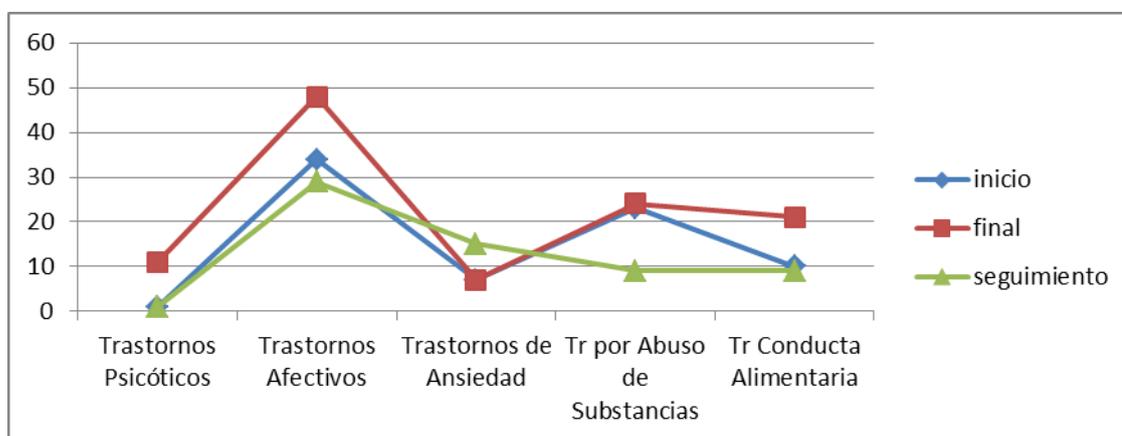


Figura 8: Comparación de medias

V. DISCUSIÓN

14. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se ha analizado y comparado, en pacientes derivados al Programa TLP del HD, la gravedad clínica del perfil, el funcionamiento psicosocial y la comorbilidad en eje I, en tres momentos: al ingreso en el programa de tratamiento especializado para TLP (muestra inicial de 190 pacientes), al finalizar el tratamiento (muestra de respuesta al tratamiento de 117 pacientes), y a los 5 años de la finalización de dicho tratamiento (muestra de seguimiento de 84 pacientes).

En síntesis, los resultados observados muestran que los pacientes mejoran tras efectuar el programa de tratamiento específico en TLP en todas las áreas del perfil típicas del trastorno, según la ICG-TLP. Dichos resultados varían en función de la gravedad de los pacientes medida con la DIB-R al inicio del tratamiento y en función de la comorbilidad con trastorno de ansiedad. Así mismo, los pacientes mantienen la mejoría clínica en el seguimiento a los 5 años, siendo la mejoría máxima en impulsividad y la mínima en afectividad, resultados que están influenciados por la variable intentos de suicidio.

En cuanto al funcionamiento psicosocial, en el seguimiento a los 5 años se observa que los pacientes mantienen la mejoría en el funcionamiento global, pero están gravemente limitados en la capacidad laboral.

En referencia a la comorbilidad en el eje I, ésta no mejora al finalizar el tratamiento, pero sí lo hace en el seguimiento a los 5 años, disminuyendo en trastornos afectivos, en trastornos por abuso de sustancias y en trastornos de la conducta alimentaria.

El PRIMER OBJETIVO de la investigación era **analizar y comparar la gravedad clínica del perfil de los pacientes con TLP**, a fin de valorar si éstos mejoraban tras realizar un tratamiento intensivo en HD, y si esta mejoría se mantenía en el seguimiento a los 5 años.

Los resultados obtenidos corroboran la **primera hipótesis** en la que se planteaba que los pacientes con TLP mejoraban en todas las áreas de gravedad clínica del perfil, tras efectuar el tratamiento específico en Hospital de Día, y los cambios se mantenían el seguimiento a los 5 años.

Al analizar el cambio en la gravedad clínica del perfil de los pacientes entre el inicio y final del tratamiento, se observó que los pacientes mejoraban tras el tratamiento específico en HD en todas las áreas de la ICG-TLP. De dichos resultados, se puede inferir que la terapia resulta efectiva.

Tal como se recoge en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011), la alta especialización técnica y la intensidad terapéutica de los HD promueve mejorías muy significativas en síntomas clínicos y en funcionamiento psicosocial (Antonsen et al., 2017; Bateman y Fonagy, 2006). Otros estudios han corroborado que el tratamiento en HD resulta eficaz para reducir tanto los intentos de suicidio (Petersen et al., 2008), como las autolesiones y los síntomas ansiosos y depresivos (Bateman y Fonagy, 1999; Gratz, Lacroce y Gunderson, 2006).

La mejoría en la sintomatología límite de la ICG-TLP observada en los pacientes al final del tratamiento en comparación con el inicio, no está influida por las covariables sociodemográficas y clínicas del estudio. Sin embargo, se observó que aquellos pacientes más graves al inicio del tratamiento (con una mayor puntuación en la *DIB-R*), presentaban también una mayor puntuación en las escalas de la ICG-TLP, *Vacío* y *Abandono* al final del tratamiento, es decir, que la gravedad de los pacientes guarda relación con rasgos de la estructura de personalidad (como vacío y miedo al abandono) que son más perdurables en el tiempo y difíciles de evaluar (Rosowsky y Gurian, 1991; Stevenson et al., 2003), y no tanto con manifestaciones clínicas sintomáticas que son más agudas y suelen remitir más rápido (Zanarini et al., 2007).

La mejoría también está influida por la covariable *trastorno de ansiedad*. En los pacientes sin trastorno de ansiedad comórbido, se observó una reducción significativa en todas las escalas de la ICG-TLP, mientras que en el caso de los pacientes con trastorno de ansiedad, se redujo la sintomatología en la mayoría de las escalas excepto en *Ira* y *Paranoia*. Igual que en el presente estudio, otros estudios (Fortes, Sánchez y Antequera, 2012) apuntan a que la hostilidad, desconfianza e ira, potencian la ansiedad, los sentimientos de insuficiencia, los intentos de suicidio, y predicen peor evolución y mayor tendencia a la cronicidad. Por otra parte, los pacientes con más ira y paranoia son pacientes con mayores problemas en el área cognitiva, más cercanos a síntomas del clúster A y, consecuentemente, con mayores problemas de ansiedad (Phillips et al., 2001).

Al analizar el cambio en la sintomatología clínica del TLP entre el final del tratamiento y el seguimiento a los 5 años, se observó que se mantenía la estabilidad clínica en todas las áreas sintomatológicas del trastorno. Es decir, como sostienen otros estudios de seguimiento (Katerud et al., 2003; Stevenson et al., 2003; Zanarini et al., 2003), los pacientes mantienen la mejoría clínica, sobre todo en el área de la impulsividad. Ésta, en

efecto, mejora con la edad, pues a través de los tratamientos, con el paso de los años al aprender de las consecuencias negativas del descontrol impulsivo, los pacientes desarrollan estrategias y técnicas para controlarla.

Aun no llegando a la significación, hay un cierto empeoramiento en el área de *labilidad afectiva*, en el seguimiento a los 5 años. A pesar de que no existe un claro consenso sobre la evolución de la sintomatología afectiva, diferentes estudios refieren que los síntomas afectivos son los que menos remiten (Stepp y Pilkonis, 2008; Zanarini et al., 2003), siendo posible que la labilidad afectiva responda a un malestar vital, consecuente con una toma de conciencia de los daños que el trastorno les ha ocasionado (Reisch et al., 2008).

La mejoría en la sintomatología límite de la ICG-TLP observada en los pacientes en el seguimiento a los 5 años, en comparación con el final del tratamiento, no está influida por las covariables sociodemográficas y clínicas del estudio. Sin embargo, se observó que los pacientes que informaban de un mayor número de *tentativas suicidas en los últimos 6 meses* antes del seguimiento, puntuaron más alto en las escalas de la ICG-TLP *Paranoia* y *Suicidio*, y más bajo en la escala de *Impulsividad*.

El aumento en la puntuación de la escala *Paranoia*, puede ser debido, tal como se ha comentado anteriormente, a que la hostilidad, desconfianza e ira, que pueden ser tomadas como señales de síntomas paranoides, aumenten el riesgo de intentos de suicidio (Fortes et al., 2012).

Como es de esperar, el aumento en la puntuación de la escala *Suicidio* de la ICG-TLP en los pacientes que han realizado más intentos de suicidio en los últimos 6 meses es congruente, pues estos pacientes presentan más ideas de suicidio, y por tanto mayor puntuación en dicha escala. En el presente estudio, un 21,4% de los pacientes han llevado a cabo intentos de suicidio en los últimos 6 meses, porcentaje muy inferior al que refieren

otros estudios, que sostienen que entre un 60%-78% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio (Gunderson y Links, 2002), siendo un 55% en menos de quince días después de recibir el alta (Bickley, Hunt, Windfuhr, Shaw, Appleby y Kapur, 2013; Pirkola, Sohlman y Wahlbeck, 2005). El *suicidio consumado*, en el presente estudio es de un 2% del total de la muestra, porcentaje muy inferior al 8% y el 13% que refieren las guías (DSM-IV-TR; APA, 2001; Oldham, 2006; Paris, 2008). Hay que tener presente que en nuestro estudio, un 50% de los pacientes no pudieron ser localizados en el seguimiento a los 5 años, y por tanto se ignora cuál ha sido su evolución, tanto a nivel de tentativas como de suicidio consumado.

La disminución en la escala de *Impulsividad*, es un dato no esperado, pues la impulsividad aumenta el riesgo de intentos de suicidio (Carpiniello, Lai, Pirarba, Sardu y Pinna, 2011; Johnson et al., 2002), correlacionando más con el número de intentos que con la letalidad de los mismos (Chesin, Jeglic y Stanley, 2010; Oldham, 2006). Sin embargo, diferentes estudios de Ferratz et al (2009, 2013) encontraron que la impulsividad u otros rasgos del temperamento, no predecían el número o la gravedad de intentos de suicidio. El hecho que los intentos de suicidio no estén relacionados con la impulsividad puede ser debido a que dichos intentos de suicidio sean más graves y respondan a una decisión pensada por parte del paciente, y por tanto con mayor riesgo de llevarse a cabo; o bien a que tras el tratamiento intensivo en HD, los pacientes han aprendido a tener mayor control de la impulsividad y se mantenga esta mejoría (Stevenson et al., 2003; Zanarini et al., 2007).

EL SEGUNDO OBJETIVO de la investigación era **analizar y comparar el funcionamiento psicosocial**, evaluado a través del estado civil, el nivel académico, la situación laboral y GAF de los pacientes en los tres tiempos de medición.

Se cumple parcialmente la segunda hipótesis, pues los pacientes en el seguimiento a los 5 años mejoran a nivel de funcionamiento global, pero con un grave empeoramiento a nivel laboral.

Respecto al *estado civil*, la mayoría de los pacientes están solteros, dato similar al de otros estudios, que presentan cifras entre el 69% - 70,8% (Hayward y Moran, 2007; Zanarini, Frankenburg, Khera y Bleichmar, 2001), y no hay cambios significativos al final del tratamiento, ni a los 5 años, a pesar de que en el seguimiento aumenta el número de pacientes casados o con pareja. El hecho de mantener la relación de pareja ya es un indicativo de mejoría, tal como se observa también en el área de relaciones de la ICG-TLP.

La mayoría de pacientes tienen un *nivel de estudios* no universitarios (80%), dato parecido a estudios previos (Livesley, 2001; Swartz et al., 1990) y que no se modifica con el paso del tiempo. Es posible que la dificultad para lograr estudios superiores se deba a que la edad en que se cursan coincida con la mayor presencia de los síntomas del trastorno y ello dificulte sostener los proyectos académicos, a pesar de que tampoco se observan cambios significativos si el nivel de estudios es agrupado según si son primarios o secundarios.

En cuanto a la *situación laboral*, en la muestra inicial la tasa de *desempleo* es de un 41,3%, porcentaje parecido al 20%-40% que refieren otros estudios (Roca, 2004), o en estudios realizados en unidades de psiquiatría general con valores que van desde el 35% (Hayward y Moran, 2007) al 63,90% (Stevenson, Datyner, Boyce y Brodaty, 2011).

El porcentaje de *sujetos en activo* de nuestra muestra asciende a 36,3% (un 25,8% de baja laboral y un 10,5% en activo), datos muy parecidos al 36,10% de pacientes en activo reportados por los estudios sobre este ámbito (Stevenson et al., 2011).

La proporción de pacientes en situación de *Incapacidad Laboral Permanente* es un 22,6%. Sansone y Sansone (2012) realizaron una revisión bibliográfica encontrando once estudios sobre desempleo y TLP, concluyendo que casi el 50% de los pacientes con TLP están desempleados, y de estos, sólo una cuarta parte busca trabajo; mientras que un 20% - 45% reciben algún tipo de pensión por incapacidad laboral.

En el seguimiento a los 5 años, los datos no son nada esperanzadores, pues como refieren otros estudios sólo un 33% de los pacientes consigue mantener un trabajo a tiempo completo (Gunderson et al., 2011), y en el presente estudio un 58,3% de los pacientes recibe una pensión por incapacidad laboral permanente. En el seguimiento, estos pacientes no están vinculados a ningún recurso *rehabilitador o de inserción laboral* para tratar de reincorporarse al mundo laboral; y ello a pesar de que casi la totalidad están vinculados a algún tipo de tratamiento y clínicamente no han empeorado (Bender et al., 2001).

Al inicio del tratamiento los pacientes presentan en promedio un GAF de 43, que corresponde a una gravedad alta. Los pacientes manifiestan síntomas graves y alteración grave de la actividad social, laboral o escolar, observándose mejoría al final del tratamiento en HD, ya que la puntuación final (GAF=51) corresponde a síntomas moderados y dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.

En el seguimiento a los 5 años, continúa la mejoría (GAF=59), sobre todo a nivel sintomático, pero no a nivel de la actividad laboral. Otros estudios (Karterud et al., 2003), concluyen que los pacientes mejoran de manera sustancial a nivel clínico y de funcionamiento psicosocial, después de un tratamiento intensivo en hospital de día de un año de duración. Hay que tener presente que en dicho estudio el tratamiento duraba el

doble que en el nuestro, y que la evaluación de resultados se realizó a través de otros instrumentos.

Hay estudios que sostienen que, en la cuarta década de la vida, el funcionamiento psicosocial mejora para aproximadamente dos tercios de los pacientes con TLP, mientras que un tercio permanece gravemente afectado (Mehlum et al., 1991). Esos datos son parecidos a los del presente estudio, a pesar de que el funcionamiento laboral mengua de forma muy significativa. Estos resultados adquieren más relevancia si tenemos en cuenta que se trata de pacientes muy jóvenes (edad media 35 años), que no están ni siquiera en la mitad de su vida laboral, y que a nivel clínico no han empeorado (no presentan más tentativas de suicidios, ni autolesiones, ni hospitalizaciones, ni visitas en urgencia). Las dificultades laborales de los pacientes con TLP pueden atribuirse a una falta de estabilidad para ajustarse a unos estudios o a un trabajo, así como a la falta de recursos u orientación para realizar una reinserción socio-laboral adecuada, pues los programas de rehabilitación y reinserción laboral existentes están preferentemente orientados a atender a pacientes con trastornos mentales graves (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad, 2011).

En síntesis, pues, nuestros resultados corroboran las observaciones realizadas en diferentes estudios, respecto a que los pacientes con TLP suelen mejorar mucho más en manifestaciones clínicas sintomáticas que en los rasgos patológicos de personalidad y en el funcionamiento psicosocial (Biskin, 2015; Grilo y McGlashan, 2005; Martínez-Taboas y Cordero-Soto, 2015; Morey y Meyer, 2012).

EL TERCER OBJETIVO de la investigación era **analizar y comparar los cambios en la comorbilidad en eje I**, a fin de valorar si estos mejoraban tras realizar un tratamiento intensivo en HD, y si esta mejoría se mantenía en el seguimiento a los 5 años.

Los resultados observados muestran que se cumple parcialmente la tercera hipótesis, pues al finalizar el tratamiento en HD hay más pacientes con diagnóstico en eje I, pero los diagnósticos se estabilizan y disminuyen en el seguimiento a los 5 años.

En la comparación de la frecuencia de trastornos comórbidos en eje I entre el inicio y el final del tratamiento, se observó un aumento de *trastornos afectivos* al finalizar el tratamiento. Otros estudios realizados en hospitales psiquiátricos refieren una comorbilidad elevada con los trastornos depresivos (Espinosa, Blum Grynberg y Romero Mendoza, 2009; Franco, San Martín y Ubago, 2003). Este aumento puede ser debido a que a los pacientes no se les hubiera detectado el trastorno afectivo, al ser más “ruidosos” los síntomas del TLP, o puede ser debido a que al estar haciendo un tratamiento intensivo en HD, hayan tomado más conciencia de sus dificultades y consecuentemente se encuentren peor a nivel afectivo, es decir, que el paciente aprenda formas más adaptativas de expresar el dolor emocional.

En la comparación de la frecuencia de comorbilidad del eje I entre el final del tratamiento y el seguimiento a los 5 años, se observó una disminución de los *trastornos afectivos, de los trastornos por abuso de sustancias y de los trastornos de conducta alimentaria*. Hay estudios que sostienen que la mejoría en la comorbilidad es debida a la mejoría en la sintomatología límite, es decir, en los pacientes en los que la sintomatología límite disminuye con el tiempo, hay también una disminución de la patología comórbida,

especialmente en el trastorno por *abuso de sustancias* (Lorenzo, Nieto y Martínez, 2016; Zanarini et al., 2004a).

Cabe destacar la importancia de seguir ahondando en estudios sobre comorbilidad y TLP dada la falta de investigaciones en nuestro territorio (Fernández-Guerrero y Palacios-Vicario, 2017).

A continuación se realizará la discusión del resto de variables incluidas en el estudio:

Respecto a la *edad*, en la muestra inicial se encontró una edad media de 32,55 años, edad media parecida a la que reportan otros estudios, donde refieren que a los 33 y 37,9 años de edad los pacientes acuden a realizar tratamiento en unidades intensivas (Gabbard et al., 2000; Steinert et al., 2008).

La presencia de *eventos traumáticos en la infancia* está en casi la mitad de los pacientes (45,3%), mientras que la literatura refiere un rango muy amplio, entre el 30% y el 90% (Battle et al., 2004; Bornovalova et al., 2013; Lobbestael, 2010; Zanarini, 2000). Concretamente, el porcentaje de presencia de malos tratos físicos observado en nuestro estudio (40,5%), se halla entre el 25% y 73% que se observan en otros estudios (Golier et al., 2003). La presencia de abusos sexuales en nuestra muestra (23,7%) es inferior al 40% - 71% que refieren otros estudios en este ámbito (Lobbestael, 2010; Zanarini, 2000), quizá debido a que al ser preguntado en la entrevista y no valorado a través de una escala, los pacientes minimicen los abusos recibidos, o sientan vergüenza de explicarlos.

Son pacientes que la mayoría han hecho más de un *intento de suicidio* a lo largo de su vida, y han tenido más de una *hospitalización psiquiátrica*, la mayoría con una evolución del trastorno de casi 12 años, es decir, que tenían más de 20 años de edad en el momento del diagnóstico (Gross et al., 2002; Molina Ramos, Carrasco Perera, Pérez Urdaniz y Sánchez Iglesias, 2002).

A continuación vamos a discutir los resultados de la muestra inicial (n=190) en función de la edad, con el fin de ver si se observaban diferentes perfiles clínicos según distintos intervalos de edades de los pacientes; y en función del tipo de alta, dado el elevado número de pacientes que abandona el tratamiento.

Al estudiar *las **diferencias en función de la edad*** de la muestra inicial (n=190) a través de la ICG-TLP al inicio tratamiento, no se observaron diferencias significativas en ninguna de las escalas de la ICG-TLP, al igual que en el estudio de Tracie Shea et al. (2009) donde no se apreciaban diferencias en su expresión sintomatológica con el transcurso de los años.

En la comparación de variables sociodemográficas, según los distintos intervalos de edad se observaron diferencias significativas en el *estado civil*, habiendo más pacientes solteros entre los jóvenes, y más pacientes separados o viudos entre los mayores de 40 años, como también ocurre en la población normal (Oldham et al., 2007).

Resultan muy significativas las diferencias en función de la edad respecto a la *situación laboral*. Hay más pensionistas entre los mayores de 40 años y más pacientes sin trabajo entre los menores de 20 años. Con el transcurso de los años, cada vez hay menos pacientes con trabajo o en paro, y cada vez más con ILT o pensión. El *Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental* (Grup de Treball sobre el Trastorn Límit de la Personalitat, 2006) refiere que las personas que sufren TLP presentan una tasa de desempleo muy elevada, a pesar de sus aparentes capacidades intelectuales, pero la inestabilidad emocional, el miedo al rechazo y al fracaso y la impulsividad hace que les resulte muy difícil mantener un trabajo.

En la comparación de las variables clínicas en función de la edad, se observaron diferencias significativas en el *tipo de finalización* del tratamiento y en la *duración del tratamiento* en HD, medida como los meses que un paciente permanece en HD. Los pacientes de más edad son los que finalizaron el tratamiento con alta clínica, y por tanto, permanecieron más tiempo en el tratamiento. Con los años, los pacientes son menos impulsivos y, en consecuencia, abandonan menos los tratamientos (Arens et al., 2013; Morgan et al., 2013; Rosowsky y Gurian, 1991; Stepp y Pilkonis, 2008; Stevenson et al., 2003).

Al mismo tiempo, como antes comentábamos, el consumo de sustancias es menos prevalente y aumenta la sintomatología afectiva y el riesgo de suicidio: los pacientes experimentan mayor malestar subjetivo, mayor sufrimiento, y ello facilitaría una mayor responsabilidad e implicación en la terapia (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 2013; Paris, 2002).

En la comparación de la edad con la comorbilidad en eje I, se observó un incremento progresivo en la presencia del *trastorno por abuso de sustancias* en los participantes a medida que aumenta la edad y un descenso a partir de los 40 años, resultado congruente con la bibliografía (Zanarini, Frankenburg, Weingeroff, Reich, Fitzmaurice y Weiss, 2011). A la vez, la presencia de *trastornos afectivos* fue aumentando con la edad, cifra que en el presente estudio se triplica en 20 años. El que a los 40 años disminuya de forma tan brusca el consumo de sustancias y aumente la sintomatología depresiva, podría explicarse porque el consumo tape y dificulte explorar los cambios en el estado de ánimo (Fernández, 2002; Nace, Davis y Gaspari, 1991).

El *Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental* (Grup de Treball sobre el Trastorn Límit de la Personalitat, 2006), sostiene que hacia la mitad de la vida adulta se observan dos procesos evolutivos: a) la mejora sintomática a pesar de la

presencia de un cierto desajuste psicosocial (familiar, laboral, etc.), donde el deterioro no es progresivo, la persona se estabiliza y esto le permite alcanzar suficiente autonomía personal y social; o b) la persistencia y acentuación de la sintomatología, con mayor desajuste personal, familiar y social.

Resumiendo, con los años los pacientes con TLP no cambian la expresión clínica de los síntomas típicos del trastorno, presentan peor funcionamiento laboral, menos trastornos por abuso de sustancias y más trastornos afectivos

Al estudiar las **diferencias en función del tipo de alta** de la muestra inicial (n=190), se observó que los pacientes que abandonaron el tratamiento significaron una cuarta parte de la muestra inicial. Sobre este resultado no hay estudios previos en HD que permitan comparar este dato con otros de referencia, si bien podemos concluir que es una tasa baja comparada con estudios en tratamiento ambulatorio que refieren porcentajes de abandono entre un 30 y un 70% (Zanarini, 2009).

Los pacientes que abandonan el tratamiento, igual que muestran otros estudios, son más *impulsivos* (Barnicot, Katsakou, Marougka y Priebe, 2011; Kelly et al., 1992), y presentan más trastorno por *abuso de sustancias* (Rusch et al., 2008) que los pacientes que reciben el alta clínica. Es posible que una variable influya a la otra, es decir, al ser más impulsivos recaen más en el consumo. Diferentes estudios refieren que si no se aborda el problema del consumo de forma adecuada, los pacientes presentan menor adherencia al tratamiento y más probabilidades de abandono (Fernández-Montalvo et al., 2004; Martínez González, Robles Lozano y Trujillo Mendoza, 2003).

El perfil de pacientes que abandona los tratamientos es un tema sobre el que no existe un consenso claro, pues mientras que en otros estudios, igual que en el presente, no

encontraron ninguna variable sociodemográfica como predictora del abandono (Barnicot et al., 2011), otros estudios destacan el nivel de estudios como un factor predictor (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons y Thompson, 2008; Perroud, Uher, Dieben, Nicastro y Huguelet, 2010; Swift y Greenberg, 2012). Según nuestros resultados, la gravedad sintomática no resulta ser predictiva de abandono (Barnicot et al., 2011), a pesar de que el consumo podría ser uno de los factores que explicaría que éstos pacientes abandonen el tratamiento, porque no están predispuestos a dejar de consumir y por tanto el tratamiento les confronta con su estilo de vida poco saludable, y saben que si no tratan en terapia el problema del consumo, esto puede ser motivo para interrumpir el tratamiento, ante lo cual, para no ser expulsados del hospital, deciden abandonar ellos primero el tratamiento.

Resumiendo, en los pacientes que abandonan el tratamiento, la gravedad de los síntomas no es predictor de abandono, pero si presentan más *impulsividad* y más trastorno por *abuso de sustancias*.

15. APORTACIONES, LIMITACIONES Y CONCLUSIONES

Una de las principales aportaciones de la presente Tesis doctoral es haber realizado, en nuestro territorio, un estudio sobre el tratamiento específico para pacientes con TLP en Hospital de Día, dado que en la actualidad no existen estudios en nuestro ámbito. Esto también supone una dificultad en cuanto a la posibilidad de comparación.

La presente Tesis doctoral presenta una serie de limitaciones:

- En primer lugar debemos hacer referencia al tamaño de la muestra, que ha venido definido por las limitaciones temporales en la recogida de datos y a que no han podido ser localizados todos los pacientes para realizar el seguimiento.
- El bajo número de pacientes, en la influencia de alguna covariable, podría ser insuficiente para generalizar dichos resultados y sería necesario ampliar la muestra para confirmar la tendencia a la mejoría observada en nuestro estudio.
- Respecto al estudio de seguimiento, debido a limitaciones de tiempo y económicas, éste se realizó a través de una entrevista telefónica, y ello ha podido restar fiabilidad a la evaluación.

Creemos que nuestro estudio, que engloba la evaluación de la gravedad clínica del perfil, del funcionamiento psicosocial y de los trastornos comórbidos, puede aportar nuevas posibilidades y abrir caminos de reflexión que optimicen la utilización de los recursos hospitalarios, mejoren el diagnóstico y adecuen los tratamientos, identificando posibles dianas terapéuticas y marcadores de eficacia de las intervenciones para este trastorno.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones señaladas, consideramos que nuestro estudio -que engloba la evaluación de la gravedad clínica del perfil, del funcionamiento psicosocial y de los trastornos comórbidos- puede aportar nuevas posibilidades y abrir caminos de reflexión que optimicen la utilización de los recursos hospitalarios, mejoren el diagnóstico y adecuen los tratamientos, identificando posibles dianas terapéuticas y marcadores de eficacia de las intervenciones para este trastorno. A nuestro juicio las aportaciones principales de esta Tesis serían las siguientes:

- El tratamiento intensivo y especializado en HD, es beneficioso y necesario para los pacientes que sufren TLP, pues mejoran de forma muy significativa en todas las áreas de gravedad clínica del perfil, tanto al final de la intervención como en el seguimiento a los 5 años. La integración de los distintos abordajes psicoterapéuticos (DBT, MBT, TFP) y la aplicación de los mismos en función del tipo de paciente atendido, favorece la remisión de las manifestaciones clínicas sintomáticas.
- Es fundamental tratar aspectos relacionados con rasgos de estructura de personalidad, que son más difíciles de evaluar y más resistentes al cambio. Sería beneficioso en un futuro poder implementar estrategias preventivas y programas de detección precoz en adolescentes o adultos jóvenes para detectar y tratar estos rasgos estructurales asociados a la evolución del trastorno a lo largo de la vida.
- Con los años disminuye la comorbilidad en eje I, muy probablemente debido a que la mejoría en la comorbilidad es debida a la mejoría en la sintomatología límite.
- A más edad de los pacientes no se aprecian diferencias en la expresión clínica de los síntomas, los pacientes presentan peor funcionamiento laboral, menos trastornos por abuso de sustancias pero contrariamente más trastornos afectivos.
- Una cuarta parte de los pacientes abandona el tratamiento, sin ser la gravedad de los síntomas predictora del abandono. Presentan, sin embargo, más impulsividad y más trastorno por abuso de sustancias. A pesar de ello, los resultados sugieren que la aceptabilidad y la adherencia al tratamiento de los pacientes en el HD es alta, y más si se tiene en cuenta que se trata de un tratamiento de elevada duración e intensidad en pacientes graves.

- El suicidio consumado está presente en un porcentaje bajo de la muestra. Aún así, cabe destacar que la mitad de los pacientes no pudieron ser localizados en el seguimiento a los 5 años, y por tanto se ignora cuál ha sido su evolución, tanto a nivel de tentativas como de suicidio consumado. El suicidio sigue siendo un factor de gran riesgo que siempre tiene que ser evaluado por el clínico, a pesar de que en muchas ocasiones pueda responder a intentos de buscar la atención, de evitar separaciones o de manipular por parte de los pacientes.
- El funcionamiento psicosocial de los pacientes se mantiene en el seguimiento a los cinco años en cuanto a estado civil, nivel académico y GAF, pero resulta grave la pérdida de capacidad en cuanto a funcionamiento laboral.

Resulta necesario implementar intervenciones orientadas a mejorar la rehabilitación y adaptación socio-laboral para valorar si los pacientes con TLP serían capaces de sostener un proyecto laboral, en muchos casos adaptado a su patología, o si por el contrario, el contacto con el mundo laboral y la exigencia que esto supone, provocaría crisis y desestabilizaciones que requerirían nuevas hospitalizaciones.

Sería recomendable que estas intervenciones se focalizaran en la rehabilitación cognitiva, en aumentar las habilidades en el manejo diario, tanto en las actividades cotidianas como en la relación social y en el desempeño laboral, contando con un equipo terapéutico especializado y formado, en estrecha coordinación con los equipos de los CSM, evaluando, si resulta necesario, el grado de discapacidad del paciente para facilitar la tramitación de un certificado de disminución a fin de poder acogerse a trabajos protegidos.

VI. REFERENCIAS

- Antonsen, B. T., Kvarstein, E. H., Urnes, O., Hummelen, B., Karterud, S., y Wilberg, T. (2017). Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study. *Psychotherapy Research, 27*(1), 51-63.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (1ª Ed)*. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (2ª Ed)*. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (3ª Ed)*. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Cuadernos técnicos, 12*. Barcelona.
- Arenaz Romero, S. (2016). Tratamiento a familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad.
- Arens, E. A., Stopsack, M., Spitzer, C., Appel, K., Dudeck, M., Völzke, H., ... Barnow, S. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *Journal of personality disorders, 27*(2), 196-207.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., y Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder—a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(5), 327-338. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., ... Sola, V. P. (2004). Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatría, 32*, 293-298.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., y Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(2), 247. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry, 156*(10), 1563-1569.

- Bateman, A., y Fonagy, P. (2006). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A. W., y Tyrer, P. (2004). Services for personality disorder: organisation for inclusion. *Advances in psychiatric treatment*, 10(6), 425-433.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... McGlashan, T. H. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of personality Disorders*, 18(2), 193-211.
- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C., y Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology Sex Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and psychopathology*, 21(03), 735-770.
- Beck, A. T., Davis, D. D., y Freeman, A. (2017). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Artmed Editora.
- Bender, D.S., Dolan, R.T., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., Dyck, I.R., y McGlashan, T.H. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295–302.
- Bickley, H., Hunt, I. M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study. *Psychiatric Services*, 64(7), 653-659.
- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., y Duggan, C. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
- Biskin, R. S., y Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 184(16), 1789-1794. doi:10.1503/cmaj.112055.
- Biskin, R. S. (2015). The lifetime course of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 303-308.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., y Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue), 226-239.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., y Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.
- Bornoalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., y Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 180-194.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1), 67-74.

- Carpiniello, B., Lai, L., Pirarba, S., Sardu, C., & Pinna, F. (2011). Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 188*(1), 40-44.
- Casey, P. R., y Tyrer, P. J. (1986). Personality, functioning and symptomatology. *Journal of psychiatric research, 20*(4), 363-374.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 301*(5631), 386-389.
- Cervera, G., y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Ed. Médica Panamericana.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., ... Clarkson, V. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 193*(6), 477-484.
- Chesin, M. S., Jeglic, E. L., y Stanley, B. (2010). Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder. *Archives of Suicide Research, 14*(4), 342-362.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., y Kernberg, O. F. (2001). The inventory of personality organization. *White Plains, NY: The Personality Disorders Institute, Weill College of Medicine of Cornell University*.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., y Kernberg, O. (2007b). Evaluating three treatments for BPD: a multiwave study. *American Journal Psychiatry, 164*, 922-928.
- Clarkin, J. F., Marziali, E., y Munroe-Blum, H. (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. *Psychiatric Services, 42*(10), 1038-1043.
- Clarkin, J. F., Marziali, E. E., y Munroe-Blum, H. E. (1992). *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives*. Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., y Kernberg, O. F. (2007a). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Pub.
- Cohen, B. J., Nestadt, G., Samuels, J. F., Romanoski, A. J., McHugh, P. R., y Rabins, P. V. (1994). Personality disorder in later life: a community study. *The British Journal of Psychiatry, 165*(4), 493-499.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin, 135*(3), 495-510.
- Davidson, K. M. (2000). *Cognitive therapy for personality disorders: a guide for therapists*. Hodder Arnold.
- De Girolamo, G., y Dotto, P. (2000). Epidemiology of personality disorders. *New Oxford textbook of psychiatry, 1*, 959-964.

- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., ... Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry*, 54(11), 1284-1293.
- Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B., y Romero Mendoza, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317-325.
- Fagin, L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(2), 93-99.
- Fernández-Guerrero, M. J., y Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clínica y Salud*.
- Fernández Miranda, J. J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. In *Anales de Psiquiatría* (Vol. 18, No. 9, pp. 421-427). Aran Ediciones.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 271-283.
- Ferraz, L., Portella, M. J., Vállez, M., Gutiérrez, F., Martín-Blanco, A., Martín-Santos, R., y Subirà, S. (2013). Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry research*, 210(3), 980-985.
- Ferraz, L., Vállez, M., Navarro, J. B., Gelabert, E., Martín-Santos, R., y Subirà, S. (2009). Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 140-146.
- Ferrer, M., Di Genova, A., Calvo, N., Gancedo, B., Matalí, J., Valero, S., ... Casas, M. (2012). The SCID-II and DIB-R interviews: Diagnostic association with poor outcome risk factors in Borderline Personality Disorder. *Psicothema*, 24(4), 523-528.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B., y Benjamin, L. (1997). *The structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Fortes Álvarez JL, Sánchez Cabezudo A, Antequera Iglesias J. Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? *Cómo reconocerlo*. fml. 2012; 16(12):9p
- Franco, F., San Martín, A., y Ubago, G. (2003). Comorbilidad entre los trastornos mentales y los de personalidad. *Roca M et al. trastornos de la personalidad. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. España: Editorial ARS Médica*, 387-400.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En S. Freud *Obras completas*, 14, 235-255. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1932). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. En S. Freud *Obras completas*, 22. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Fyer, M. R., Frances, A. J., Sullivan, T., Hurt, S. W., y Clarkin, J. (1988). Comorbidity of borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45(4), 348-352.
- Gabbard, G. O. (2007). Do all roads lead to Rome? New findings on borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 853-855.
- Gabbard, G. O., Coyne, L., Allen, J. G., Spohn, H., Colson, D. B., y Vary, M. (2000). Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders. *Psychiatric Services*, 51(7), 893-898.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., ... Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Gratz, K.L., Lacroce, D.M., y Gunderson, J.G. (2006). Measuring changes in symptoms relevant to borderline personality disorder following short-term treatment across partial hospital and intensive outpatient levels of care. *Journal Psychiatric Practice*, 12(3), 153-9.
- Grilo, C. M., y McGlashan, T. H. (2005). Course and outcome of personality disorders. In J. M. Oldman, A. E. Skodol, y D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders*, pp. 103-115. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., ... Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53-60.
- Grup de Treball sobre el Trastorn Límit de la Personalitat (2006). *Trastorn límit de la personalitat*. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. Quaderns de salut mental, 8. Barcelona.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad*. Barcelona: Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Adiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Gunderson, J.G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530-539.
- Gunderson, J. G., y Links, P. S. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: guía clínica*. Ars Medica.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... Ansell, E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37.

- Hayward, M., y Moran, P. (2007). Personality disorder and pathways to inpatient psychiatric care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(6), 502-506.
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K., ... Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological psychiatry*, 50(4), 292-298.
- Herpertz, S. C., Zanarini, M., Schulz, C. S., Siever, L., Lieb, K., Möller, H. J., ... Siever, L. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(4), 212-244.
- Hori, A. (1998). Pharmacotherapy for personality disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 52(1), 13-19.
- Icart, A. (2012). Trastornos límites de la personalidad. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 19, 44-35.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., y Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 600-606.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., y Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Jones, M. (1970). *La psiquiatría social en la práctica: la idea de la comunidad terapéutica*. Americalee.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., y Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654-659.
- Kapfhammer, H. P., y Hippus, H. (1998). Special feature: pharmacotherapy in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(3), 277-288.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, O., ... Urnes, O. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 243-262.
- Kelly, T., Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A., Lis, J. A., y Ulrich, R. (1992). Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 417-433. doi: 10.1521/pedi.1992.6.4.417.
- Keshavan, M., Shad, M., Soloff, P., y Schooler, N. (2004). Efficacy and tolerability of olanzapine in the treatment of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia research*, 71(1), 97-101.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.

- Kernberg, O. F. (2002). The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 517-545.
- Kim, Y. R., y Tyrer, P. (2010). Controversies surrounding classification of personality disorder. *Psychiatry investigation*, 7(1), 1-8.
- Lamont, S., y Brunero, S. (2009). Personality disorder prevalence and treatment outcomes: A literature review. *Issues in mental health nursing*, 30(10), 631-637.
- Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., y Russell, J. (2011). Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of personality disorders*, 25(4), 448-462.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., y Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553-564.
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., y Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1027.
- Lexikoninstitut, F. (1995). *Lexikon der Psychologie*. Gütersloh, München: Bertelsmann.
- Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., y Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 4-12.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford press.
- Livesley, W. J. (Ed.). (2001). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Lobbestael, J., Arntz, A., y Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of personality disorders*, 24(3), 285-295.
- Loranger, A. W., Lenzenweger, M. F., Gartner, A. F., Susman, V. L., Herzig, J., Zammit, G. K., ... Young, R. C. (1991). Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 720-728.

- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., ... Jacobsberg, L. B. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215-224.
- Lorenzo, S. V., Nieto, A. J., y Martínez, J. J. (2016). Los límites del límite. Cuando ajustar expectativas es el mejor pronóstico. *Revista de Patología Dual*, 3(1), 2.
- Marín, J. L., y Fernández Guerrero, M. (2007). Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18(3), 259-285.
- Martínez González, J. M., Robles Lozano, L., y Trujillo Mendoza, H. M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3).
- Martinez-Taboas, A., y Cordero-Soto, M. M. (2015). Estudios Longitudinales Sobre el Trastorno de Personalidad Límitrofe: ¿Qué nos están señalando? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26(1).
- McDermut, W., y Zimmerman, M. (2008). Personality disorders, personality traits, and defense mechanisms measures. *Handbook of psychiatric measures*, 687-729.
- McGlashan, T. H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study: III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43(1), 20-30.
- Mehlum, L., Friis, S., Irion, T., Johns, S., Karterud, S., Vaglum, P., y Vaglum, S. (1991). Personality disorders 2–5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(1), 72-77.
- Melendo, J.J., y Cabrera C. (2009). Guía del Trastorno Límite de la Personalidad. Guía para el profesional. Madrid: IMC.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., y Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(6), 969-981.
- Molina Ramos, R., Carrasco Perera, J. L., Pérez Urdaniz, A., y Sánchez Iglesias, S. (2002). Factores asociados al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Actas españolas de Psiquiatría*, 30(3), 153-159.
- Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A., y Borges, G. (2013). *La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol*. Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Morey, L. C., y Meyer, J. K. (2012). Course of personality disorder. *The Oxford handbook of personality disorders*, 275-295. New York: Oxford University Press.
- Morgan, T. A., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., y Zimmerman, M. (2013). Differences between older and younger adults with borderline personality disorder on clinical presentation and impairment. *Journal of psychiatric research*, 47(10), 1507-1513.
- Nace, E. P., y Davis, C. W. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *The American journal of psychiatry*, 148(1), 118-120.

- NICE Clinical Guideline (2009). Borderline Personality Disorder: treatment and management. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence.
- New, A. S., Carpenter, D. M., Perez-Rodriguez, M. M., Ripoll, L. H., Avedon, J., Patil, U., ... Goodman, M. (2013). Developmental differences in diffusion tensor imaging parameters in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 47(8), 1101-1109.
- New, A. S., Goodman, M., Triebwasser, J., y Siever, L. J. (2008). Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 441-461.
- Oldham, J. M. (2005). Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Focus*, 3(3), 396-400.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., y Bender, D. S. (2007). *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Oltmanns, T. F., y Balsis, S. (2011). Personality disorders in later life: Questions about the measurement, course, and impact of disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 321-349.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *Journal of Personality disorders*, 17(6), 479-488.
- Paris, J. (2008). Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 517-526.
- Paris, J. (2011). Pharmacological treatments for personality disorders. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 303-309.
- Paris, J., Brown, R. y Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 530-542.
- Paris, J., Gunderson, J., y Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 145-154.
- Paris, J. y Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J., Campins, M. J., Puigdemont, D., y Álvarez, E. (2007). Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(4), 229-235.
- Pérez Urdániz, A., Vega Fernández, F. M., Martín Navarro, N., Molina Ramos, R., Mosqueira Terrón, I., Rubio Larrosa, V., y Pérez, A. (2005). Discrepancias diagnósticas entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 244-253.

- Perroud, N., Uher, R., Dieben, K., Nicastró, R., y Huguelet, P. (2010). Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy. *Journal of personality disorders, 24*(5), 634-650. doi: 10.1521/pedi.2010.24.5.634.
- Petersen, B., Toft, J., Christensen, N. B., Foldager, L., Munk-Jørgensen, P., Lien, K., y Valbak, K. (2008). Outcome of a psychotherapeutic programme for patients with severe personality disorders. *Nordic journal of psychiatry, 62*(6), 450-456.
- Phillips, K. A., Shea, M. T., Warshaw, M., Dyck, I., Bruce, S., y Keller, M. (2001). The relationship between comorbid personality disorders and treatment received in patients with anxiety disorders. *Journal of personality disorders, 15*(2), 157-167.
- Pirkola, S., Sohlman, B., y Wahlbeck, K. (2005). The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation—a nationwide register study. *BMC psychiatry, 5*(1), 32.
- Plakun, E. M., Burkhardt, P. E., y Muller, J. P. (1985). 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 26*(5), 448-455.
- Polaino-Lorente, A., Truffino, J. C., y del Pozo Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Reisch, T., Ebner-Priemer, U. W., Tschacher, W., Bohus, M., y Linehan, M. M. (2008). Sequences of emotions in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(1), 42-48.
- Ripoll, L. H., Triebwasser, J., y Siever, L. J. (2011). Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 14*(9), 1257-1288.
- Roca Bennasar, M. (2004). Trastornos de personalidad. *Barcelona: Psiquiatría editores, SL*.
- Romero Clausell, M., Navarro Haro, M. V., Osma López, J. J., y García Palacios, A. (2017). La percepción de control de la ansiedad en el trastorno límite de la personalidad.
- Rosowsky, E., y Gurian, B. (1991). Borderline personality disorder in late life. *International Psychogeriatrics, 3*(01), 39-52.
- Rubio Larrosa V. (2002). Perfil clínico del trastorno límite de la personalidad y de los trastornos del grupo A. Barcelona: Prous.
- Rubio, V. y Pérez, A. (2003). Trastornos de la personalidad. Madrid: Ed. Elsevier.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., ... Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(12), 800-809.
- Rüsch, N., Van Elst, L. T., Ludaescher, P., Wilke, M., Huppertz, H. J., Thiel, T., ... Hennig, J. (2003). A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. *Neuroimage, 20*(1), 385-392.

- Ryle, A., Leighton, T., y Pollock, P. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. John Wiley & Sons Inc.
- Sadock, B. J. (2004). Kaplan-Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría. 9ª edición*. Barcelona: Waverly Hispanica, SA.
- Salavera, C., y Puyuelo, M. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar. *Anales de psicología*, 25(2), 261.
- Sansone, R. A., y Sansone, L. A. (2012). Employment in borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(9).
- Sansone, R. A., y Wiederman, M. W. (2014). Sex and age differences in symptoms in borderline personality symptomatology. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 18(2), 145-149.
- Schmahl, C. G., Vermetten, E., Elzinga, B. M., y Bremner, J. D. (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 122(3), 193-198.
- Seivewright, H., Tyrer, P., y Johnson, T. (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *The Lancet*, 359(9325), 2253-2254.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Shrout, P. E., Spitzer, R. L., y Fleiss, J. L. (1987). Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of general Psychiatry*, 44(2), 172-177.
- Silk, K. R. (2000). Overview of biologic factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 61-75.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., y Siever, L. J. (2002a). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, 51(12), 936-950.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... Pagano, M. E. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487-504.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., y Widiger, T. A. (2002b). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological psychiatry*, 51(12), 951-963.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353-358.
- Stein, D. J., Hollander, E., Cohen, L., Frenkel, M., Saoud, J. B., DeCaria, C., ... Cohen, L. (1993). Neuropsychiatric impairment in impulsive personality disorders. *Psychiatry Research*, 48(3), 257-266.

- Steinert, T., Eisele, F., Goeser, U., Tschoeke, S., Uhlmann, C., y Schmid, P. (2008). Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), 27.
- Stepp, S.D. y Pilkonis, P.A. (2008). Age-Related Differences in Individual DSM Criteria for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 427-432.
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*.
- Stevenson, J., Datyner, A., Boyce, P., y Brodaty, H. (2011). The effect of age on prevalence, type and diagnosis of personality disorder in psychiatric inpatients. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(9), 981-987.
- Stevenson, J., Meares, R. y Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 165-166.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Library*.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., y Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4(3), 257-272.
- Swift, J. K., y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis.
- Thompson, A. R., Donnison, J., Warnock-Parkes, E., Turpin, G., Turner, J., y Kerr, I. B. (2008). Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 131-137.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6), 624-632.
- Torgersen, S., Kringlen, E., y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Tracie Shea, M., Edelen, M. O., Pinto, A., Yen, S., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., ... Daversa, M. T. (2009). Improvement in borderline personality disorder in relationship to age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2), 143-148.
- Van Elst, L. T., Hesslinger, B., Thiel, T., Geiger, E., Haegele, K., Lemieux, L., ... Ebert, D. (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological psychiatry*, 54(2), 163-171.
- Van Velzen, C. J., y Emmelkamp, P. M. (1996). The assessment of personality disorders: Implications for cognitive and behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 655-668.
- Vilaplana, M., Mckenney, K., Riesco, M. D., Autonell, J., y Cervilla, J. A. (2010). Comorbilidad depresiva en los trastornos de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 4-12.

- Vita, A., De Peri, L., y Sacchetti, E. (2011). Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(5), 613-624.
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., y Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(1), 8-19.
- World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1). World Health Organization.
- Yeomans, F. E., Clarkin J. F. y Kernberg, O. F. (2015). *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... Zanarini, M. C. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), 510-518.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, D. W., y Gunderson, J. G. (1995). Family images of borderline adolescents. *Psychiatry*, 58(2), 164-172.
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zaheer, J., Links, P.S. y Liu, E. (2008). Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 527-543.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373-377.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., y Silk, K. R. (2004a). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108-2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., y Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of personality disorders*, 19(5), 505-523.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B. y Silk, KR. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-32.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., y Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., y Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 42(2), 144-150.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B. y Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 663-667.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I. y McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 929–935.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Vujanovic, A. A., Hennen, J., Reich, D. B., y Silk, K. R. (2004b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 416-420.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J. L., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., y Weiss, R. D. (2011). The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Addiction*, 106(2), 342-348.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., y Chauncey, D.L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 8-10.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 225-245.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Esther Verdaguer, estudiante del Doctorado en Psicología de la Universidad Ramon Llull,

DECLARO QUE con esta tesis pretendo justificar la importancia de analizar y comparar la gravedad clínica, el funcionamiento psicosocial y la presencia de trastornos comórbidos, de los pacientes derivados al Programa TLP del Hospital de Día CPB-SSM al inicio, final del tratamiento, y en un seguimiento a los 5 años.

QUE por eso me propongo usar técnicas cuantitativas.

QUE la información que me proporcione cada paciente que participe en el estudio será analizada por mí y tratada globalmente, respetando la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de las personas que, libremente y voluntariamente, han accedido a acompañarme en este proceso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación titulado: Evaluación y seguimiento a cinco años de un programa de tratamiento para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en Hospital de Día.

Investigador Principal: Esther Verdaguer Rosàs. Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis Salut Mental (CPB-SSM)

Objetivos

Le solicitamos su participación en este proyecto de investigación cuyo objetivo principal es realizar un estudio de investigación de Tesis Doctoral para analizar y comparar la gravedad clínica, el funcionamiento psicosocial y la presencia de trastornos comórbidos, de los pacientes derivados al Programa TLP del Hospital de Día CPB-SSM al inicio, final del tratamiento, y en un seguimiento a los 5 años.

Beneficios

Es posible que de su participación en este estudio no se obtenga un beneficio directo. Sin embargo, la identificación de posibles factores relacionados con el Trastorno límite de personalidad podría beneficiar en un futuro a otros pacientes que la sufren y contribuir a un mejor conocimiento y tratamiento de esta enfermedad.

Procedimientos del estudio

Si decide participar, se le pasarán todo un protocolo de entrevistas y pruebas psicométricas destinadas a evaluar la gravedad clínica, el funcionamiento psicosocial y la presencia de trastornos comórbidos.

Protección de datos personales

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada por métodos informáticos en condiciones de seguridad.

De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al facultativo que le atiende en este estudio.

Si necesita más información sobre este estudio puede contactar con la investigadora principal, Esther Verdaguer del Centre Psicoteràpia Barcelona Serveis Salut Mental (CPB-SSM) Tel. 93-418.91.93.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, y si decide no participar recibirá todos los cuidados médicos que necesite y la relación con el equipo médico que le atiende no se verá afectada.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Evaluación y seguimiento a cinco años de un programa de tratamiento para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en Hospital de Día.

Yo, (nombre y apellidos): _____, acepto participar en la investigación incluida en la tesis doctoral de la Sra. Esther Verdaguer, que tiene como objetivo analizar y comparar la gravedad clínica, el funcionamiento social y la presencia de trastornos comórbidos, de los pacientes derivados al Programa TLP del Hospital de Día CPB-SSM al inicio, final del tratamiento, y en un seguimiento a los 5 años.

Por eso, dejo constancia que:

- Se me han explicado los objetivos y la finalidad de la investigación.
- He podido hacer las preguntas que he necesitado sobre el estudio.
- He sido informada que mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento de la investigación, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y psicoterapéuticos.
- Autorizo a su publicación, protegiendo la confidencialidad de mi identidad.
- Acepto a que se contacte conmigo pasados 5 años del final del tratamiento en Hospital de Día para una entrevista de valoración de mi estado clínica y social en ese momento.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

El/la participante

Esther Verdaguer

Responsable de la investigación

ANEXO 2

Ficha de recogida de datos en el seguimiento a los 5 años

PROGRAMA TLP

Nombre:

NHAP:

TLF:

Fecha de ingreso:

Fecha de alta:

Fecha de seguimiento a los 5 años:

Dispositivo

- | |
|---------------|
| 0. HD Coll |
| 1. HD Córsega |

Protocolo a los 5 años

Tractament fets aquests anys i durada:

- | |
|--------------------|
| 1: CSMA |
| 2: Tract específic |
| 3. Privat |
| A. SRC |
| B. Pre-laboral |

Diagnòstic Servei derivant EIX I

Tr Psicotic:	0	Aus 1.	Pres
Tr afectius	0	1	
Tr. Ansietat	0	1	
Tòxics	0	1	
Tr alimentaris	0	1	
Tr adaptatius	0	1	
Sense diagnòstic	0	1	

Diagnòstic Servei derivant EIX II

- | |
|---------------------|
| 1. TLP |
| 2. Clúster B |
| 3. TPNE |
| 4. Sense diagnòstic |

Estat civil

- | | |
|--------------|--|
| 1. Soltero | |
| 2. Casado/ a | |
| 3. En pareja | |
| 4. Separado, | |
| Divorciado/a | |
| 5. Viduo/ a | |

Fills

- | |
|-------------|
| 1. Sí fills |
| 2. No fills |

Estudis

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Sin estudios | |
| 2. Estudios primarios | |
| 3. Estudios secundarios | |
| 4. Formación no reglada | |
| 5. Estudios universitarios | |

Situació laboral ACTUAL

- | |
|----------------------|
| 1. Activo |
| 2. Atur |
| 3. Trabajo protegido |
| 4. Pensionista |
| 5. Sin trabajo |
| 6. Estudiante |
| 7. ILT |
| 8. Otros |

Visites a urgència últims 6 mesos:

- | |
|-----------------|
| 0: no |
| 1: Si |
| Num de visites: |

Ingressos / Hospitalitzacions últims 6 mesos:

0: no
1: Si
Num de ingresos:
Temps total ingressat:

Aulolesions últims 6 mesos:

0: no
1: Si
Num de AL:
Forma:

Intents suïcidi últims 6 mesos:

0: no
1: Si
Num de AL:
Forma:

ICG severitat als 2 anys

1. Abandono
1 2 3 4 5 6 7
2. Respuestas Inestables
1 2 3 4 5 6 7
3. Identitat
1 2 3 4 5 6 7
4. Impulsivitat
1 2 3 4 5 6 7
5. Suïcidi
1 2 3 4 5 6 7
6. Labilitat Afectiva
1 2 3 4 5 6 7
7. Vacío
1 2 3 4 5 6 7
8. Ira
1 2 3 4 5 6 7
9. Paranoide
1 2 3 4 5 6 7
10. TLP General
1 2 3 4 5 6 7

