

**Quaderns
de salut
mental
8**

CONSEJO
ASESOR
SOBRE
ASISTENCIA
PSIQUIÁTRICA
Y SALUD
MENTAL

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

**Quaderns
de salut
mental
8**

CONSEJO
ASESOR
SOBRE
ASISTENCIA
PSQUIÁTRICA
Y SALUD
MENTAL

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Grup de Treball sobre el Trastorn Límit de la Personalitat

Trastorno límite de la personalidad (TLP). _ (Quaderns de salut mental ; 8)
A la portada: Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.
_ Bibliografía
I. Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental
(Catalunya) II. Servei Català de la Salut III. Títol IV. Col·lecció: Quaderns
de salut mental. Castellà ; 8
1. Trastorn límit de la personalitat _ Tractament _ Catalunya
616.89(467.1)

Grupo de trabajo sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

Presidente
Dr. Carles Ballús, psiquiatra

Coordinador
Dr. Enric Vicens, psiquiatra
San Juan de Dios. Servicios de Salud Mental

Secretaria técnica
Sra. Montserrat Grané, técnico
Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental. CatSalut

Vocales
Dr. Luís de Ángel, psiquiatra
Centro de Salud Mental de Adultos Dreta de l'Eixample

Dr. Jaume Claret, psiquiatra
Hospital San Juan de Dios de Esplugues de Llobregat

Dra. Nilda Díaz, psiquiatra
Responsable Programa SATMI –Centro de Salud Mental
de Adultos Ciutat Vella

Dr. Fernando Gutiérrez, psicólogo
Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

Dr. Josep Lluís Macho, psiquiatra
Centro de Salud Mental de Adultos. Badalona

Dr. Lluís Mauri, psiquiatra
Fundación Hospital San Pedro Claver

Sra. María José Muñoz, psicólogo
UCA. Benito Menni. Complejo Asistencial en Salud Mental

Dr. Víctor Pérez Solà, psiquiatra
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

Sra. Carmen Sánchez, psicólogo
Fundación Sanitaria de Igualada

Sr. Àngel Soto, psicólogo
Fundación Sanitaria de Igualada

Sr. Ramon Torra, psicólogo
Asociación Catalana de Ayuda al Trastorno
límite de la personalidad

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Índice	
Introducción	5
Definición del trastorno límite de la personalidad (TLP)	7
Epidemiología del trastorno límite de la personalidad	8
Modelos teóricos etiopatogénicos y factores de predisposición	8
Historia natural, clínica y curso del trastorno límite de la personalidad	10
Etapa inicial	11
Segunda etapa – Inicio de la vida adulta	11
Tercera etapa – Vida adulta	11
Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad	12
Diagnóstico clínico	12
Instrumentos de evaluación	12
Comorbilidad del trastorno límite de la personalidad	14
Problemas específicos ligados al trastorno límite de la personalidad	15
Trastorno límite de la personalidad y abuso de sustancias	15
Trastorno límite de la personalidad y conducta suicida	15
Trastorno límite de la personalidad y entorno sociofamiliar	16
Trastorno límite de la personalidad y ley	16
Tratamientos actuales	17
Tratamientos farmacológicos	17
Tratamientos psicosociales	18
Tratamientos hospitalarios	20
Problemática en la asistencia del trastorno límite de la personalidad	20
Recursos actuales	21
Propuestas del grupo de trabajo	22
Bibliografía	28
SIGLAS	31

Introducción

Son varias las razones que justifican la creación de un grupo de trabajo sobre el **Trastorno límite de la personalidad (TLP)**, conocido también como trastorno borderline. Una de las primeras y más evidentes es que el TLP es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, que se diferencia en sus determinantes etiológicos y en sus formas clínicas y comportamentales de presentación, no sólo de un individuo a otro sino, incluso, de una etapa a otra en la evolución del mismo paciente. Esto conlleva que su definición e incluso su diagnóstico resulten a menudo problemáticos, pese a la existencia de criterios definidores, como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (versión IV) (DSM-IV), que, por otro lado, no siempre son aceptados de forma unánime.

Cabe decir que estas dificultades contrastan con la elevada prevalencia del TLP, variable además de un país a otro a causa de las mismas limitaciones que hemos apuntado. A pesar de ello, en la actualidad, los pacientes diagnosticados ya ocupan un espacio bastante amplio de la salud mental. No cabe duda, sin embargo, de que su número aumentaría si se mejoraran el nivel de conocimiento y los medios de filtrado de estos trastornos entre la población general, especialmente en la adolescente. También debemos tener en cuenta la importancia y trascendencia del TLP en el ámbito de la salud mental y en el sanitario en general, y considerar sus características clínicas, entre las cuales es conocida su elevada comorbilidad, que se da en los trastornos psicóticos y del humor, ya sean de tipo depresivo o bipolar, de la impulsividad, los trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivos, alimentarios (anorexia y bulimia), drogadicciones, tendencias suicidas, etc., sin olvidar la simultaneidad con síntomas de otros trastornos de la personalidad como son los de tipo antisocial, paranoide, evitativo y esquizotípico. Si a todo esto le sumamos las graves repercusiones en el ámbito familiar de estos pacientes y los problemas que acarrearán en el ámbito social, jurídico e incluso económico, se hace evidente que nos encontramos ante un trastorno psicopatológico que merece un mayor interés, tanto por parte de los estamentos sanitarios

y administrativos como de todos aquellos que trabajan en los correspondientes sectores y niveles de la asistencia psiquiátrica.

Ante esta situación, el grupo de trabajo sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP), consciente y conocedor de las limitaciones y deficiencias actuales sobre esta patología, se ha propuesto redactar este documento informativo para que, partiendo de la realidad actual –en los aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y asistenciales en general, entre otros– contribuya a evidenciar la necesidad de un programa que despierte el interés sobre el TLP en todos los implicados en un tema tan polifacético y en la sociedad en general, y también para que active la precaria investigación sobre sus factores etiológicos, biológicos y psicosociales, y sobre la asistencia que debería ofrecerse para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de sus familiares.

Debemos reconocer que en los últimos decenios las cuestiones referentes al TLP han empezado a ser objeto de atención científica y asistencial en varios países, incluyendo el nuestro, pero también ser conscientes de todo lo que nos queda todavía por avanzar. Confiamos en que este grupo de trabajo avance en este sentido.

Definición del trastorno límite de la personalidad (TLP)

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de personalidad más frecuente en poblaciones clínicas. Su manejo y su tratamiento son uno de los retos más difíciles con los que se enfrenta la salud mental. En la práctica clínica, diagnosticar los TLP no resulta sencillo y la impresión general es que se infradiagnostica o que, incluso, se diagnostica erróneamente.

La característica esencial del TLP es un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos. Lo más frecuente es que estas características se manifiesten al inicio de la etapa adulta y estén presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo. El trastorno límite de la personalidad causa un malestar significativo y genera desadaptación social, ocupacional y funcional general. Este trastorno está asociado a elevadas tasas de comportamientos autodestructivos, como son las tentativas de suicidio y los suicidios consumados.

Siguiendo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (versión IV); edición revisada por la American Psychiatric Association el año 1994 (DSM-IV (APA, 1994)), los criterios diagnósticos son los siguientes:

- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- Impulsividad, como mínimo en dos áreas, que es potencialmente nociva para el propio individuo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, etc.).
- Inestabilidad afectiva a causa de una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad).
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (muestras frecuentes de mal genio, mal humor constante, peleas físicas recurrentes).

- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
- Alteración de la identidad; inestabilidad acusada y persistente de la autoimagen y/o del sentido de sí mismo.
- Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.
- Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Epidemiología del trastorno límite de la personalidad

La prevalencia de los trastornos límite se sitúa entre el 1,1% y el 4,6% y la media se establece en un 2% (APA, 1994; Mattia y Zimmerman, 2001), es decir, que la prevalencia del TLP dobla la de la esquizofrenia. Se diagnostica predominantemente en mujeres, en una ratio de 3:1. A falta de estudios sobre la prevalencia en nuestro medio, y aceptando la tasa del 2%, en Cataluña podrían sufrir este trastorno unas 120.000 personas. Según los datos que constan en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros de Salud Mental (CMBDCSM) del CatSalut, durante el año 2003 se atendieron 1.076 pacientes diagnosticados como TLP en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) y de adultos (CSMA), lo que da una idea del bajo nivel de diagnóstico del trastorno al cual hacíamos referencia anteriormente.

El trastorno se identifica en todas las culturas, si bien el contexto cultural determina la expresión de las presentaciones clínicas, lo que puede explicar el alcance de las tasas de prevalencia atendida encontradas.

El momento de máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la vida adulta, aunque encontramos las primeras manifestaciones de este trastorno en la adolescencia y la preadolescencia. Los síntomas se atenúan con la edad y alrededor de los 40 o 45 años declinan los más relacionados con la impulsividad. Al llegar a este punto de la vida, la mitad de los pacientes se habrán estabilizado, pero la otra mitad se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un severo deterioro personal y relacional. Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta la mediana edad, un 70% habrá cometido algún intento de suicidio y un 50% lo repetirá incluso diversas veces a lo largo de su vida. Entre un 8% y un 10% lo consumará.

Por otro lado, nos estamos refiriendo a una población con un gran consumo sanitario, que representa aproximadamente el 10% de los sujetos visitados en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20% de los pacientes psi-

quiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad, los TLP se sitúan entre el 30% y el 60% (American Psychiatric Association, APA 1994). Los pacientes con TLP pueden presentar una gran variabilidad de síntomas, desde síntomas depresivos, ansiosos o irritabilidad hasta conductas suicidas persistentes y clínica paranoide. También se observa una elevada comorbilidad con diagnósticos sintomáticos y es frecuente que reciban tres o cuatro diagnósticos diferentes antes de llegar al de trastorno de la personalidad.

Modelos teóricos etiopatogénicos y factores de predisposición

Los factores etiológicos y mantenedores del TLP siguen siendo bastante desconocidos. Los modelos teóricos vigentes en la actualidad se centran en diferentes determinantes biológicos, psicológicos y sociales, pero en estos momentos no disponen aún de suficiente soporte empírico. En su mayoría se trata de modelos generales centrados en la personalidad, y en ellos el TLP aparece señalado como uno de los trastornos de la personalidad que provoca más incapacitación.

TABLA 1: MODELOS TEÓRICOS

Modelo	Características
Classificación psiquiátrica: DSM	<p>El DSM (APA, 1994) se fundamenta en el modelo médico tradicional y utiliza el concepto de categoría entendido como un conjunto limitado de síntomas que se suponen relacionados y forman un prototipo frecuente en la clínica.</p> <p>Pretende ser ateórica y no plantea hipótesis explicativas. Se ha aceptado por consenso como taxonomía oficial. Trata de describir y clasificar operativamente los trastornos de la personalidad con el objetivo de aumentar la fiabilidad diagnóstica.</p> <p>Presupone la existencia de límites claros entre normalidad y patología y entre los diferentes trastornos, que se consideran entidades independientes.</p>
Modelos de rasgos	<p>Se basan en un concepto dimensional de la personalidad. Los sujetos se sitúan a lo largo de unos rasgos continuos: neuroticismo-estabilidad; extraversión-introversión; afiliación-dureza; impulsividad-control; etc. Presentan un mayor soporte empírico que los modelos categóricos y reflejan mejor la naturaleza continua de las diferencias individuales.</p> <p>Los trastornos de la personalidad son la expresión de características extremas en una o varias de estas dimensiones. Así pues, el diagnóstico de TLP se aplica a sujetos con rasgos extremos de neuroticismo, impulsividad, necesidades de estimulación, dependencia, etc.</p> <p>Algunos de estos modelos se apoyan en una base casi exclusivamente estadística [el de Cattell (1965), los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992)]. Otros han encontrado relaciones entre los rasgos y las estructuras cerebrales o variables psicofisiológicas [los modelos de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1985), Gray (1982), Zuckerman (1986), Cloninger (1994) o Siever y Davis (1991)].</p>
Modelos cognitivos	<p>Utilizan conceptos de procesamiento de la información. Los trastornos de la personalidad son consecuencia de sesgos perceptivos (por ejemplo detección de amenazas), pensamientos irracionales (p.e., "me abandonará") o esquemas disfuncionales (p.e., "necesito que cuiden de mí"). Se han desarrollado diferentes teorías cognitivas de los trastornos de la personalidad (Beck y Freeman, 1992; o Young, 1994).</p>
Modelos psicodinámicos	<p>Destacan las propuestas de Kernberg (1984), basadas en el modelo de las relaciones objetuales. El TLP se produce por un fallo en el proceso de diferenciación y se caracteriza por el síndrome de difusión de identidad, con prueba de realidad conservada, impulsividad, disregulación afectiva, predominio de afectos negativos, baja tolerancia a la frustración y ansiedades intensas.</p> <p>Como mecanismos de defensa inconscientes, el paciente con TLP utiliza la escisión, la idealización y la devaluación, la negación, la omnipotencia y la identificación proyectiva. También se produce un establecimiento de reacciones transferenciales intensas, en ocasiones masivas.</p> <p>Otros autores, como Gunderson (2001) o Stone (1980), también han realizado contribuciones fundamentales sobre los motivos que conducen al trastorno.</p>
Modelos biosociales	<p>El de Millon (Millon y Davis, 1996) es un modelo categórico que integra, no obstante, variables dimensionales, postulados evolucionistas e hipótesis etiopatogénicas que incluyen factores biológicos y experiencias tempranas del aprendizaje.</p> <p>En el TLP destacan tres características clínicas: ansiedad por separación, conflictos cognitivos e inestabilidad afectiva y comportamental. Este modelo considera que el TLP es la exacerbación de otros trastornos de gravedad más moderada.</p> <p>Linehan (1993) introduce un modelo cognitivo-conductual del TLP que considera la desregulación emocional y el efecto de un ambiente invalidante como mecanismos etiopatogénicos y mantenedores del trastorno.</p>

Factores de predisposición

La aparición de un trastorno de la personalidad en un individuo siempre estará causada por el desarrollo y la suma de diferentes factores (genéticos, perinatales, del desarrollo, de temperamento, estilos educativos, etc.), que, si bien no pueden considerarse causales, sí que implican factores de riesgo para sufrir un trastorno límite de la personalidad (TLP).

1. Trastornos psicopatológicos que se inician en la infancia

La hiperactividad constituye un marcador central de la mala adaptación general a la etapa adulta. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, junto con otras variables como las relaciones familiares poco definidas, la falta de límites y un posible trauma en la infancia, se considera el patrón más asociado a un posterior desarrollo del trastorno límite de la personalidad. Un segundo diagnóstico asociado al desarrollo de este trastorno es el trastorno negativista desafiante, caracterizado por el negativismo, la rabia, los problemas de comportamiento, la hostilidad y la inadaptación.

2. Acontecimientos vitales y hechos psicosociales

- Carencias afectivas y distorsiones relacionales de la primera infancia (Kernberg, Kohut, Mahler, Masterson y Erikson).
- Los estilos educativos y actitudes de los padres, ligados o no a trastornos psicopatológicos de éstos, parecen tener un papel que predispone a la aparición del trastorno.
- Desestructuraciones y disfunciones familiares graves que inciden directamente en los estilos de comunicación familiar.
- Una incidencia más elevada de abusos sexuales durante la infancia en pacientes diagnosticados de trastorno límite.

Historia natural, clínica y curso del trastorno límite de la personalidad

Los trastornos límite de la personalidad se inician normalmente en la adolescencia o al principio de la edad adulta. En la adolescencia la personalidad todavía se está desarrollando, por tanto, diagnosticar cualquier trastorno en este momento supone muchas limitaciones. Además, hay pocos estudios sobre el trastorno límite de la personalidad en esta etapa de la vida.

Según los criterios actuales de clasificación de las enfermedades mentales referidos a los trastornos de la personalidad (DSM-IV), para diagnosticar un trastorno de la personalidad en un sujeto menor de 18 años, es necesario que los síntomas estén presentes como mínimo durante un año.

Las áreas de la persona que se ven afectadas más directamente por el TLP son las siguientes:

Área emocional: ansiedad, irritabilidad, ira y su expresión con respuestas emocionales cambiantes y excesivas y con descompensaciones depresivas.

Área interpersonal: relaciones caóticas, intensas y difíciles. Intensos esfuerzos para evitar el abandono.

Área conductual: conducta impulsiva, abuso de drogas, conductas bulímicas, delictivas, promiscuidad sexual. Conducta suicida y parasuicida.

Área cognitiva: desregulación del pensamiento, fenómenos de despersonalización, disociación, etc. Episodios psicóticos.

Problemas de identidad: falta de sentido de sí mismo, sentimientos de vacío, duda de su propia identidad.

Etapa inicial

Dado que la adolescencia es una etapa de la vida durante la cual son frecuentes las disfunciones emocionales y conductuales, se identifican algunos indicadores que pueden ayudar a detectar la población adolescente con riesgo de sufrir un trastorno de mala adaptación permanente como es el trastorno límite de la personalidad.

Los indicadores son los siguientes:

- Mala adaptación social y escolar.
- Comportamientos antinormativos, disociales.
- Déficits en la regulación de los afectos.
- Elevada impulsividad.
- Tentativas de suicidio repetidas
- Depresiones graves.

Segunda etapa – Inicio de la vida adulta

Esta etapa se sitúa al final de la adolescencia, justo en el momento en que la personalidad queda más conformada hasta llegar a la edad adulta. A menudo encontramos que aquellas evoluciones que apuntaban disfuncionamiento se mantienen y se intensifican en este periodo.

Una característica del TLP es la gran variabilidad de los síntomas interindividualmente e intraindividualmente, lo que conlleva que éste sea un grupo heterogéneo y, al mismo tiempo, presente unos síntomas cambiantes en el tiempo.

Es habitual que al inicio de la vida adulta predomine una sintomatología disruptiva conductual y se sucedan las autolesiones y las conductas parasuicidas.

En este momento también aparecen las crisis emocionales intensas, a causa de la especial valoración que estos pacientes suelen atribuir a las relaciones interpersonales. El consumo de tóxicos y la propia inestabilidad llevan a cuestionar la

autonomía personal y aparecen conflictos con el entorno en general. Es entonces cuando llegan al sistema sanitario, con consultas en los servicios de urgencias, y toman los primeros contactos con los recursos de salud mental. No es necesario recalcar que otros casos presentan claros rasgos de inadaptación de la personalidad desde las primeras fases de la adolescencia.

Tercera etapa – Vida adulta

Hacia la mitad de la vida adulta se observan dos procesos evolutivos diferenciados que esquemáticamente podríamos describir así:

- Mejora sintomática. A pesar de que la persona presenta un cierto desajuste psicosocial (familiar, laboral, etc.) el deterioro no es progresivo, la persona se estabiliza y esto le permite alcanzar suficiente autonomía personal y social.
- Persistencia de la sintomatología. En estos casos el desajuste personal, familiar y social se mantiene y se acentúa. Aparecen implicaciones familiares (pérdida de vínculos, desgaste familiar), sociales (vivienda, trabajo), sanitarias (consumo de tóxicos), legales (arrestos), etc.

Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad

Diagnosticar el trastorno límite de la personalidad es una tarea compleja a causa de la variabilidad de sus presentaciones clínicas. Además, la existencia de otras patologías asociadas y de características no siempre bien definidas subestima o sobrestima el propio diagnóstico. En consecuencia, nos encontramos con errores diagnósticos tanto por defecto como por exceso.

Se considera importante detectar el trastorno lo antes posible, ya que esto nos permitirá abordar la enfermedad de una forma más correcta. El no hacerlo implica más dificultad en la relación terapéutica y no detectar situaciones de riesgo como son las tentativas de suicidio, problemas legales del paciente, etc. De esta forma se ejerce una influencia nula en la evolución natural del trastorno.

Diagnóstico clínico

La entrevista clínica es la herramienta de evaluación que nos permite identificar, diagnosticar y evaluar los trastornos psiquiátricos. En el caso del TLP observamos que el diagnóstico mediante la entrevista clínica merece poca fiabilidad entre los evaluadores, lo que plantea la necesidad de buscar otros sistemas que permitan incrementar la eficacia diagnóstica. Ante la sospecha de un TLP se aconseja incluir los siguientes elementos de evaluación en la entrevista clínica:

- Antecedentes biográficos negativos.
- Antecedentes familiares.
- Evaluación psicopatológica.
- Psicobiografía (recordemos que el TLP se caracteriza por ser un patrón persistente).
- Historia toxicofílica.
- Problemas con la ley.
- Gravedad psicosocial: datos biográficos, ambientales.

- Funcionamiento relacional (social, laboral, familiar).

Instrumentos de evaluación

En la TABLA 2 se presentan los instrumentos de evaluación más utilizados en la clínica.

La ausencia de una medida universalmente aceptada exige por parte del clínico unos criterios prácticos para escoger los instrumentos más idóneos con los que valorar a sus pacientes que presentan patologías de la personalidad.

Existen algunas directrices de carácter general sobre la utilización de instrumentos psicométricos en estos trastornos:

- Las entrevistas ofrecen algunas ventajas respecto a los cuestionarios autoadministrados: el entrevistador puede aclarar mejor las preguntas y evitar el problema del analfabetismo, discriminan mejor los estados y los rasgos, permiten recoger respuestas más complejas y reducen al mínimo las respuestas incompletas o inapropiadas. Por otro lado, el mismo paciente responde a los cuestionarios, de manera que ahorran tiempo al evaluador, reducen costes y permiten una amplia utilización en la clínica.
- Los instrumentos dimensionales reflejan, de forma más fiel que los categóricos, la naturaleza cuantitativa de los rasgos de personalidad, además evitan dilemas diagnósticos y proporcionan un mayor soporte empírico y mejores propiedades psicométricas.
- En cualquier caso, siempre es aconsejable recurrir a instrumentos estandarizados (entrevistas o cuestionarios) que complementen la evaluación clínica, aunque el objetivo no sea la investigación.
- Son más útiles los instrumentos "multirasgos" o "multitrazos" con cobertura máxima del ámbito de la personalidad. Los instrumentos para un único trastorno requieren el conocimiento previo del diagnóstico.

TABLA 2: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Instrumentos categóricos	
a. Entrevistas estructuradas	<p>Entrevista estructurada para el DSM-IV-Eje II (SCID-II (Entrevistas clínicas estructuradas para determinación de los trastornos de personalidad del Eje II según DSM-IV)). Incluye los 10 diagnósticos del DSM-IV y también los trastornos de personalidad depresivo, pasivo-agresivo y no especificado. El entrevistador debe tener experiencia clínica y una formación específica para llevar a cabo esta entrevista. Existe una versión española (First y col., 1999).</p> <p>Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE). Promovido por la OMS y la FDA americana, consta de dos módulos que evalúan respectivamente criterios DSM-IV y CIE-10. Para llevar a cabo este examen se requiere personal experimentado y con un entrenamiento previo. Se dispone de una adaptación española (OMS, 1996).</p> <p>Entrevista estructurada para personalidad del DSM-IV (SIDP-IV (Entrevista estructurada para determinación de la personalidad según el DSM-IV)). La SIPDP-IV (Pfohl, Blum y Zimmerman, 1997) es una entrevista semiestructurada, algo más extensa que las anteriores (entre 90 y 120 minutos) y que puede correr a cargo de personal no autorizado, con un entrenamiento previo. Evalúa criterios DSM-IV organizados en diecisiete secciones temáticas para facilitar la semejanza con una entrevista clínica.</p> <p>Entrevista diagnóstica para el trastorno límite – revisada (DIB-R (Entrevista para el diagnóstico del TLP: discriminación entre el TLP y otros trastornos del Eje II)).</p>
b. Cuestionarios autoadministrados	<p>Versión revisada de la entrevista DIB que ha demostrado más eficacia diagnóstica y más especificidad ante otros trastornos del Eje II que la DIB original (Zanarini y col., 1989). Evalúa en el TLP 5 ámbitos de contenido: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, psicosis y relaciones interpersonales.</p> <p>Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Es un instrumento formado por 24 escalas clínicas que valoran tanto la patología de la personalidad, según DSM-IV, como los trastornos de estado más prevalentes (Millon, Millon y Davis, 1994). Su realización requiere un tiempo comprendido entre los 20 y los 30 minutos.</p> <p>Cuestionario diagnóstico de la personalidad (PDQ-4+). Es una translación directa de los criterios diagnósticos del DSM-IV para los trastornos de la personalidad (Hyler, 1994) que evalúa los 10 diagnósticos oficiales, además del depresivo y el pasivo-agresivo. Se puede responder en media hora aproximadamente y se conocen las propiedades psicométricas de la adaptación española (Calvo y col., 2002).</p>
Instrumentos dimensionales	
Inventario NEO de la personalidad revisado (NEO PI-R)	<p>Inspirado en el modelo precursor de Cattell, el modelo de los cinco factores básicos de la personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad) está obteniendo un gran soporte empírico. El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992) se puede responder en 30 ó 40 minutos y se dispone de una versión castellana.</p>
Inventario del temperamento y el carácter (TCI)	<p>Cloninger (Cloninger y col., 1994) ha desarrollado progresivamente desde los años ochenta un modelo que integra el papel de dimensiones temperamentales heredables (percata de novedades, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) y variables caracterológicas que se modifican durante el desarrollo (autodirección, cooperación y autotrascendencia). El TCI está mostrando una concordancia aceptable con los trastornos de la personalidad del DSM-IV y se dispone de una validación española (Gutiérrez y col., 2001).</p>

Comorbilidad del trastorno límite de la personalidad

Como consecuencia de la variada sintomatología que presenta, sumada a la inestabilidad afectiva y a la disminución del control que caracterizan este patrón y que provocan la aparición periódica de diferentes trastornos del Eje I, síndromes ansiosos, somatoformes, depresivos, esquizofrénicos y abusos de sustancias (Dolan-Sewell y col., 2001), es muy probable que este trastorno se manifieste junto con otros trastornos de la personalidad.

La comorbilidad determinada con diagnósticos del Eje I es la siguiente:

93% presenta un trastorno afectivo

- 83% depresión mayor
- 38% distimia
- 9% bipolares II

88% presenta un trastorno de ansiedad

- 56% trastornos por estrés postraumático (61% de las mujeres y 35% de los hombres)
- 48% crisis de angustia (trastorno de pánico)
- 46% fobia social
- 32% fobia simple
- 16% trastorno obsesivo compulsivo
- 13% trastorno por ansiedad generalizada
- 12% agorafobia

64% presenta un trastorno por uso de sustancias (65% de hombres y 41% de mujeres)

- 52% abuso/dependencia del alcohol
- 46% abuso/dependencia de otras sustancias

53% presenta un trastorno del comportamiento alimentario

- 26% bulimia (30% de mujeres y 10% de hombres)
- 21% anorexia (25% de mujeres y 7% de hombres)

De hecho, los TLP suelen estar asociados a trastornos del Eje I y, a menudo, a causa de esta alta comorbilidad, antes de ser diagnosticados como TLP han recibido otros muchos diagnósti-

cos. Parece que la asociación de un trastorno afectivo o de ansiedad con un trastorno de la impulsividad (un trastorno por uso de sustancias o un trastorno alimentario) es un indicador que permite predecir con bastante eficacia la presencia de un TLP en el Eje II.

Los estudios son unánimes a la hora de manifestar que los trastornos del Eje I presentan una peor evolución cuando se asocian a un TLP. Esto se ha comprobado ampliamente con pacientes diagnosticados de trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por abuso o dependencia de sustancias, trastornos de control de impulsos y trastornos adaptativos.

Estos pacientes presentan tasas más elevadas de abandono de los tratamientos prescritos, con un deficiente cumplimiento de las prescripciones. En consecuencia, la respuesta a los tratamientos, a menudo es peor y presenta una mayor tendencia a la cronicidad.

La comorbilidad con diagnósticos del Eje II:

El TLP suele ser comórbido con otros trastornos de la personalidad, en concreto con el trastorno antisocial, el evitativo, el histriónico, el narcisista y el esquizotípico.

Problemas específicos ligados al trastorno límite de la personalidad

Trastorno límite de la personalidad y abuso de sustancias

Los trastornos por abuso de sustancias son muy frecuentes en los pacientes con TLP. Su coexistencia tiene grandes implicaciones para el tratamiento, ya que los pacientes con TLP que abusan de sustancias por lo general presentan una peor evolución y un mayor riesgo de suicidio y de muerte por accidente. Habitualmente, el abuso se produce de forma impulsiva y contribuye a reducir la distancia que los separa de otras conductas autodestructivas, como las automutilaciones o la promiscuidad sexual.

A menudo estos pacientes son poco conscientes de la naturaleza y de la gravedad de su abuso, especialmente en las primeras fases del tratamiento. Por esta razón, es importante investigar específicamente el consumo de sustancias desde el principio y educar a los pacientes respecto al riesgo que corren.

Es esencial incluir en los programas de tratamiento de los pacientes con TLP cualquier tipo de abuso de sustancias. En el supuesto de que el tratamiento ambulatorio sea ineficaz, puede ser necesario el ingreso para desintoxicación y la inclusión en programas de deshabitación.

Trastorno límite de la personalidad y conducta suicida

El TLP es el trastorno de la personalidad que más se asocia con la conducta suicida. De hecho es el único que incluye la conducta autodestructiva como uno de los criterios diagnósticos.

Un 70% de los TLP cometen algún intento de suicidio a lo largo de su vida. Un 50% de ellos repite, con una media de tres intentos por caso. Las conductas de riesgo, las autoagresiones y los gestos suicidas son aún más frecuentes, ya que afectan al 90% de los pacientes. De hecho, muchos autores consideran que las automutilacio-

nes (el 80% se provoca cortes), las conductas temerarias y el abuso de sustancias pueden representar aspectos indirectos de la tendencia suicida en estos pacientes.

La tasa de suicidio consumado en estudios longitudinales oscila entre el 8% y el 10%. La media de edad en que la gravedad de los intentos es más elevada se sitúa alrededor de los 30 años. La tasa de suicidio es más alta en los dos años posteriores a un intento grave que haya requerido hospitalización, máxima en el año siguiente (75%) y va decreciendo y normalizándose a partir de los 5 años.

Los siguientes son factores que aumentan el riesgo de suicidio:

- Historia previa de intentos de suicidio (es el principal factor predictivo de suicidio consumado).
- No tener pareja, estar sin trabajo y encontrarse aislado socialmente.
- Historia de abuso sexual.
- Nivel educativo elevado (posiblemente por rotura de expectativas).
- Mayor gravedad de trastorno (más impulsividad).
- La comorbilidad con abuso de sustancias y con episodio depresivo mayor.

La disminución de las conductas autodestructivas es uno de los objetivos prioritarios en el tratamiento de los pacientes con TLP y es necesario evaluar continuamente el riesgo de llevarlas a cabo. A menudo hay que poner límites dentro del marco terapéutico e indicar al paciente las condiciones que son necesarias para la viabilidad del tratamiento. Para conseguirlo se identifican aquellas conductas que son destructivas hacia el mismo paciente, hacia el terapeuta y hacia la relación terapéutica, y de esta manera se le ayuda a pensar sobre las consecuencias de sus acciones. Cuando el riesgo de provocar o provocarse daño es elevado, puede ser necesario el in-

greso hospitalario. También deben tenerse en cuenta las reacciones contratransferenciales intensas que estos pacientes despiertan en los profesionales que los tratan, ya que su manejo inadecuado puede aumentar el riesgo autolítico.

Trastorno límite de la personalidad y entorno sociofamiliar

En Cataluña, y según los datos de la Associació Catalana d'Ajuda i Investigació del Trastorn límit de la Personalitat (ACAI-TLP), el 80% de las demandas de asistencia a los enfermos de TLP son formuladas por los mismos familiares. Este hecho es un indicador del alto grado de afectación que sufren las familias en relación con esta patología. Además, los familiares se ven plenamente inmersos en las situaciones de crisis que presentan los pacientes (ingresos, altas hospitalarias, problemas judiciales, etc.).

La respuesta que ofrecen los familiares ante esta situación es bastante variada:

- Negación del trastorno.
- Hipervigilancia.
- Codependencia (sobreimplicación).
- Búsqueda incesante de recursos (asistenciales, sociales, etc.).
- Búsqueda de protección jurídica (demandas de incapacitación, ingresos involuntarios, etc.).

Además, el TLP tiene consecuencias directas sobre los miembros de la familia:

- Desgaste emocional.
- Cuadros depresivos.
- Problemas de pareja.
- Violencia doméstica.

En cuanto al entorno social, observamos que las personas que sufren TLP presentan una tasa de desempleo muy elevada, a pesar de sus aparentes capacidades sociales e intelectuales, pero la inestabilidad emocional, el miedo al rechazo y al fracaso y la impulsividad hacen que les resulte muy difícil mantener la estabilidad laboral.

Por otro lado, su círculo relacional es muy reducido, con relaciones amistosas, pero superficiales, en las que el miedo al rechazo los vuelve especialmente vulnerables. Esto provoca que a menudo entren en conflictividad relacional y personal.

Trastorno límite de la personalidad y ley

La frecuente coexistencia, hasta un 25%, de características inherentes al trastorno antisocial de la personalidad entre los TLP es la causa de que estos pacientes adopten un patrón de conducta que conlleva problemas con la ley. Las implicaciones legales en las que se ven involucrados los TLP son significativas. En este sentido, cabe destacar los delitos contra la salud pública (consumo de sustancias), escándalo público (conductas explosivas y/o provocativas, peleas), los delitos contra la seguridad vial (conducción temeraria) e incluso la conducta violenta con daños a terceros.

Cuando el TLP llega al ámbito judicial se plantean cuestiones abiertas, como las siguientes:

- Responsabilidad de estos individuos en los actos cometidos.
- Competencia y/o capacidad para autogobernarse de una manera adecuada (buena administración económica, cuidado de sí mismo, habilidades instrumentales de la vida cotidiana).

Tratamientos actuales

El tratamiento del TLP es uno de los retos más difíciles con el que se enfrentan la psiquiatría y la psicología. Tal y como ya hemos avanzado, los pacientes con TLP pueden presentar una gran variabilidad de síntomas que van desde la clínica depresiva hasta la conducta suicida permanente, pasando por la clínica autoreferencial. Estos síntomas fluctúan, pero su severidad es muy importante ya que alteran gravemente las relaciones interpersonales, la actividad laboral, la calidad de vida y la capacidad para recibir una asistencia psiquiátrica adecuada.

En los últimos años, se considera que el tratamiento más eficaz para estos pacientes es la combinación de abordajes psicológicos y farmacológicos, con la finalidad de aliviar los síntomas y las conductas que más alteran su calidad de vida. No obstante, ninguno de los dos tratamientos ha demostrado suficiente eficacia terapéutica y a menudo han generado una notable controversia. Los motivos que impiden constatar la eficacia terapéutica de los tratamientos son:

1. La validez de los criterios diagnósticos para el TLP.
2. La elevada frecuencia de comorbilidad.
3. Las altas tasas de abandono del tratamiento y el escaso cumplimiento, que oscilan entre el 23% y el 67%.

Tratamientos farmacológicos

La diversidad observada en la psicopatología hace que estos pacientes sean buenos candidatos para la aplicación de un gran abanico de fármacos. La elección de estos medicamentos puede hacerse según la relación entre los síntomas más relevantes y el comportamiento, los afectos o las cogniciones.

En general, se considera mejor abordar el tratamiento en el ámbito del comportamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, sertralina, venlafaxina) o con eutimizantes (litio, valproato, carbamazepina) y dejar los antipsicóticos para el tratamiento de las afecciones cognitivas (haloperidol, perfe nazina, clozapina, olanzapina, risperidona). En la TABLA 3 se presenta la eficacia de esta medicación en el trastorno límite de la personalidad.

Para una revisión más amplia del tratamiento farmacológico en el TLP, véase APA (2001).

TABLA 3 – EFICACIA DE LA MEDICACIÓN EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Tipos de medicación	Estado de ánimo	Impulsividad/ autodestructividad	Cognición/ percepción	Autoimagen/ roles interpersonales
ISRS	++	++	=	+
ADT	+	+/-	+/-	=
Antipsicóticos clásicos	+	+	+	=
Antipsicóticos atípicos	+	+	+	?
Anticomociales	+/-	++	+	=
Benzodiazepines (α)	=	-	?	=
Litio	+	+	?	?

ADT: Antidepresivo tricíclico; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina; +: mejora posible/leve; ++: mejora habitual/clara; +/-: puede mejorar o empeorar; =: sin acción; -: cierto empeoramiento.
α: Sólo hacen referencia a las variantes farmacológicas de acción corta.

Tratamientos psicosociales

La mayor evidencia del tratamiento psicoterapéutico efectivo hasta el momento proviene de la terapia dialéctico-conductual de Linehan (1993), de la psicoterapia psicodinámica de Kernberg (1984) y de la psicoterapia interpersonal.

Debe tenerse en cuenta que los pacientes con TLP movilizan fuertes sentimientos en los terapeutas, fundamentalmente a causa de la gran emotividad y la falta de control que despliegan a lo largo del proceso terapéutico. Ello obliga a plantear abordajes específicos, bien estructurados y continuados en el tiempo, que puedan ayudar a afrontar la inestabilidad propia del trastorno y a contenerla.

Por regla general, los objetivos de la mayoría de las psicoterapias que se aplican a los TLP, están orientadas a conseguir la disminución de la intensidad y la prevalencia de las conductas auto-destructivas, el autocontrol emocional, la mejora de las relaciones interpersonales del paciente, y la consecución de una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales.

Psicoterapias psicodinámicas

Estas psicoterapias parten de la combinación de diferentes modelos teóricos: psicología del yo, relaciones objetuales y psicología del *self*. Se pretende que el paciente tome conciencia de formas de funcionamiento inconsciente para incrementar la tolerancia a los afectos, dotar de capacidad de retraso a las acciones impulsivas, proporcionar conocimiento sobre problemas relacionales, aumentar la función reflexiva, integrar aspectos disociados, aumentar la fortaleza del yo, disminuir la fragmentación e incrementar el sentido de cohesión en la experiencia hacia uno mismo y hacia los demás, fortalecer las defensas, mejorar la autoestima, internalizar (o interiorizar) la relación terapéutica y generar una mayor capacidad para hacer frente a sentimientos desagradables.

Técnicamente se utilizan intervenciones del tipo interpretaciones, confrontaciones, clarificaciones

y otras, de forma focalizada y tanto transferenciales como extratransferenciales.

Los pacientes con TLP tienen problemas de adherencia a los tratamientos en general a causa de su propia inestabilidad relacional. Es necesario realizar un intenso trabajo sobre la alianza terapéutica. Como consecuencia de estas dificultades, muchos pacientes con TLP son tratados con psicoterapia de refuerzo, que se caracteriza por plantear objetivos claros y definidos y enfocarlos hacia el funcionamiento de la vida cotidiana. La actitud del terapeuta es activa, no neutral; no ofrece interpretaciones y sí que da explicaciones sobre el funcionamiento personal y relacional manteniendo una transferencia positiva (gratificaciones vinculares). La frecuencia de la terapia es de una vez a la semana y de larga duración (5-10 años).

Según Roth y Fonagy (1996), la mayoría de las modalidades terapéuticas coinciden en los aspectos siguientes a la hora de tratar a los pacientes con TLP:

- Necesidad de “cuidar” al máximo la relación con el paciente.
- Papel activo del terapeuta.
- Límites claros en el encuadre del tratamiento.
- Actitud flexible por parte del terapeuta.
- Capacidad del terapeuta para crear una atmósfera cálida y empática.
- Control de la contratransferencia.

Algunos estudios (Bateman y Fonagy, 1999; 2001), sugieren la eficacia de las terapias psicodinámicas en pacientes con TLP para disminuir las conductas autoagresivas, los intentos de suicidio, las conductas violentas, el uso de drogas ilegales, los síntomas de ansiedad y depresión, el ajuste social, el número de visitas médicas por cuestiones somáticas y los problemas interpersonales, así como la hospitalización. Cuando la duración del tratamiento ha sido como mínimo

de un año, mejora el 75% de los pacientes, mientras que entre el 87% y el 95% lo hacen con dos años de tratamiento.

Los efectos secundarios que pueden derivarse provienen del establecimiento de relaciones de gran dependencia o de las reacciones contra-transferenciales que a menudo los pacientes con TLP pueden provocar en los terapeutas y que pueden llevarles a transgredir límites profesionales a través de intervenciones inapropiadas o inefectivas.

Nos encontramos ante tratamientos difíciles que requieren de mucha formación y flexibilidad por parte del terapeuta y en los que los límites del *setting* se ponen constantemente a prueba. La supervisión es muy necesaria.

Terapias cognitivo-conductuales (TCC)

Desde principios de los años noventa, algunos grupos de trabajo en TCC inician propuestas de tratamiento de los trastornos de la personalidad (TP) que intentan ir más allá de las aproximaciones sintomáticas (Eje I) con el fin de conseguir una comprensión suficiente y necesaria de los TP. Estas propuestas se han polarizado fundamentalmente en torno a los modelos de terapia cognitiva (Beck y Freeman, 1992; Young, 1994) basados en el tratamiento de aquellas "visiones del mundo en relación con uno mismo" que favorecen creencias disfuncionales que provocan desadaptación y fracaso adaptativo. Estos modelos no han publicado estudios controlados para evaluar la eficacia. Desde un planteamiento arraigado en la terapia de conducta, el grupo liderado por la profesora M. Linehan propuso en los años noventa (Linehan, 1993) un programa de tratamiento perfectamente estructurado llamado Terapia Dialéctica Conductual (TDC).

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC), o Dialectical Behavior Therapy (DBT), fue publicada en 1991 por Marsha Linehan, Universidad de Washington, Seattle, Washington. La base teórica de la TDC reside en un modelo bisocial de los trastornos de personalidad. Por una lado aparece una disfunción biológica en el sistema de re-

gulación emocional que, junto con un ambiente invalidante, da lugar a una disregulación emocional dominante propia del TLP.

Las técnicas utilizadas están basadas en la filosofía dialéctica, la terapia conductual, cognitiva y en técnicas de meditación, así como en otras específicas (contacto telefónico, intervención en crisis, etc.). La terapia se centra principalmente en el paciente, pero también tiene en cuenta el entorno ambiental con otras intervenciones como los grupos de familiares o la consulta al paciente, entre otros.

El programa de tratamiento propuesto por Linehan es de un año de terapia individual (1 hora semanal) y un grupo de habilidades (2-3 horas semanales). El objetivo principal es trabajar el manejo de la conducta suicida y parasuicida, aunque también tiene otros (conductas que interfieren en el proceso terapéutico, calidad de vida, objetivos personales, autorespeto, habilidades interpersonales de regulación emocional y de tolerancia al estrés, etc.). La TDC es un programa estructurado de soporte vital en el que se equilibran la aceptación de la situación del paciente y el cambio para mejorar su vida. Un punto esencial es la relación terapéutica, tanto la relación terapeuta-paciente como la necesidad de que el terapeuta forme parte de un grupo de consulta en el que reciba supervisión técnica y soporte emocional.

Existen estudios controlados que valoran la eficacia del tratamiento y estudios de seguimiento (Linehan y col., 1991, 1993, 1994) que han revelado diferencias significativas respecto a otros tratamientos normalmente utilizados hacia una mayor disminución de conductas parasuicidas, más retención del paciente en terapia, menos días de ingreso psiquiátrico, disminución de la ira, mejor funcionamiento global y mejor ajuste social.

Terapias de grupo

Sus objetivos son parecidos a los de las terapias individuales: estabilización del paciente y manejo de la impulsividad y otros síntomas. Estas terapias permiten ofrecer soporte social adicional y favorecen el aprendizaje de relaciones interpersonales.

No existen estudios controlados con series amplias de pacientes. Parece que las terapias de grupo muestran la máxima eficacia en el momento de consolidar la mejoría obtenida después de hospitalizaciones, y también cuando los pacientes comparten un determinado traumatismo (p.e. grupos de TLP con antecedentes de abuso sexual en la infancia).

Clínicamente parece que la utilización conjunta de terapia individual y de terapia de grupo es más eficaz que la utilización de cualquiera de ambas por separado.

Se han descrito efectos secundarios: interacciones hostiles y destructivas entre los pacientes, ansiedad ante la exposición emocional al grupo y fenómenos de contagio sintomático entre los participantes. La elección del tipo de grupo debería considerar los siguientes aspectos: grupos con diagnósticos homogéneos o diversos, tratamiento único o combinado y modificación de las técnicas grupales.

Terapia familiar

La introducción de las intervenciones psicoeducativas estructurales dirigidas a las familias ha tenido una buena acogida. Los objetivos son mejorar el conocimiento del trastorno por parte de los familiares, implicarlos en los objetivos terapéuticos, adquirir habilidades de trato con el paciente, mejorar la comunicación y disminuir las hostilidades hacia el paciente.

Tratamientos hospitalarios

Ya en la década de los sesenta, los terapeutas de orientación psicodinámica que trabajaban con el TLP, utilizaban la hospitalización articulada con el tratamiento psicoterapéutico (comunidad terapéutica). Las modalidades de hospitalización incluían desde las prolongadas hasta las parciales. Con el paso del tiempo han resultado más efectivos los tratamientos en los hospitales de día (hospitalización parcial). Las hospitalizaciones prolongadas generaban un aumento de las conductas de dependencia y pasividad y potenciaban los aspectos más regresivos de los pacientes, por lo que dificultaban su rehabilitación social, relacional y personal.

Problemática en la asistencia del trastorno límite de la personalidad

Referida al propio Trastorno límite de la personalidad

Presentación clínica inespecífica, irregular, normalmente urgente, que no siempre permite una evaluación esmerada del caso y limita la identificación adecuada del trastorno.

Los cambios en las ideas, los planes, los sentimientos, las necesidades frecuentes, etc., provocan que sea especialmente costosa la adherencia al tratamiento y a la relación terapéutica.

La comorbilidad implica la intervención de diferentes profesionales en un mismo usuario.

Las implicaciones legales conllevan que determinados TLP terminen en centros de reclusión.

Referida a los profesionales

Los trastornos de personalidad en general, y los trastornos límites en particular, están considerados trastornos de gran complejidad en cuanto a su manejo.

La práctica clínica está muy centrada en aspectos clínicos sintomáticos. Se echa en falta una visión más global e integral que considere aspectos psicosociales y la intervención familiar.

Faltan una cultura y experiencia evaluadora de los trastornos e, incluso, formación en los trastornos de personalidad por parte de los propios profesionales.

Se consideran trastornos inmodificables, inaccesibles, en los que la aportación del profesional para mejorarlos es muy limitada. No existe una especificidad de tratamiento.

Referida a la organización

La propia presión asistencial en los centros de salud mental lleva a dar prioridad a aquellos enfermos más vinculados y a no trabajar con aquellos que son considerados "menos enfermos", como los TLP, a menudo mal vinculados.

Los servicios muy centrados en la programación de visitas, presentan dificultades para acceder a determinadas patologías como es el caso del TLP.

Los TLP están desubicados asistencialmente; en su tratamiento participan múltiples centros y servicios, de manera que se genera una gran falta de coordinación.

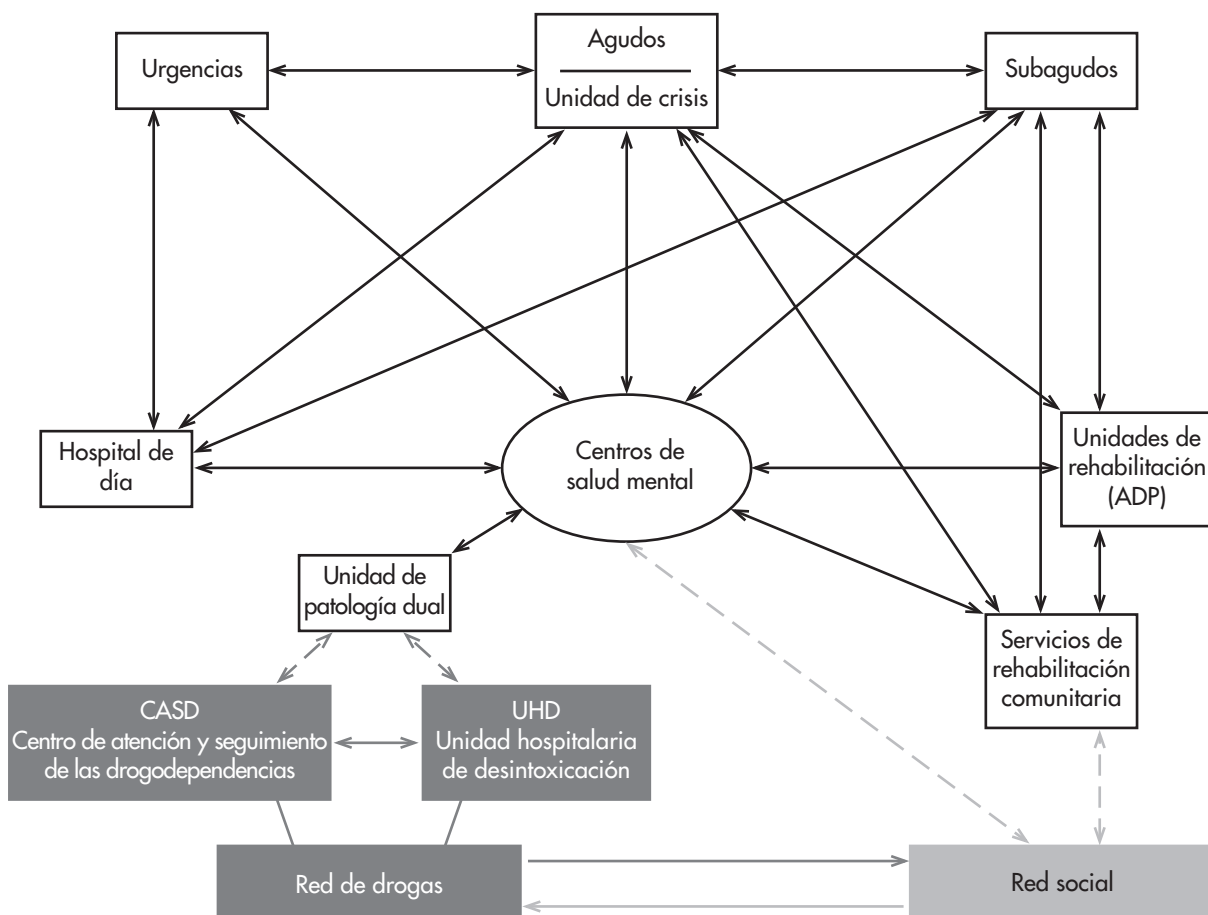
Recursos actuales

En Cataluña, los servicios de salud mental integran un conjunto de equipamientos que toman como modelo organizativo el trabajo en red y que engloban desde la atención primaria en salud mental (CSMIJ y CSMA), hasta la rehabilitación psicosocial pasando por los diferentes niveles de hospitalización total o parcial. Con el fin de garantizar una continuidad asistencial adecuada en los diferentes niveles asistenciales, es necesaria la coordinación entre los diferentes equipos que intervienen en el proceso asistencial y rehabilitador del enfermo. Los CSMA, en el ca-

so de los adultos, y los CSMIJ, para la población infantil y juvenil, desempeñan un papel clave en la coordinación de este proceso. Las reuniones interdisciplinarias del conjunto de la red son la herramienta necesaria para consensuar los planes individuales de tratamiento (PTI) y evitar así la fragmentación de la asistencia.

Los esfuerzos de estos últimos años para adecuar los recursos de salud mental se han centrado en mejorar el itinerario asistencial de los enfermos mentales más graves, que son los que requieren más dedicación por parte de los profesionales de los centros y, por tanto, de los propios servicios. En este sentido, el desarrollo del Programa de Atención Específica al Trastorno Mental Severo (PAE-TMS) y el Plan de Servicios Individualizados (PSI) están demostrando su eficacia en el tratamiento de estos enfermos.

El gráfico recoge, de forma muy esquemática, la organización de la red de salud mental, así como su interrelación con otras redes (red de drogas y red social).



Propuestas del grupo de trabajo

Las propuestas de actuación que el grupo de trabajo ha elaborado se estructuran en torno a los ejes siguientes:

- Prevención.
- Detección del TLP.
- Tratamiento.
- Estudios e investigación.

Prevención

Actualmente no disponemos de conocimientos que permitan una prevención específica del trastorno límite de la personalidad. La mejor actitud preventiva es la que se dirige a la detección y al tratamiento de los factores que predisponen a la enfermedad, tal y como ya queda recogido en el capítulo 4 de este documento.

El grupo considera que existen evidentes similitudes entre el riesgo de sufrir una enfermedad mental y el de sufrir un trastorno de la personalidad. El hecho de verse incluido en un grupo de riesgo no conlleva, necesariamente, sufrir un trastorno. Más específicamente en el caso de los trastornos de personalidad, debe tenerse en cuenta que existen factores moduladores de la persona que generan un buen desarrollo personal y evitan que enferme.

El trastorno de la personalidad, tal y como queda recogido en el documento, no es diagnosticable hasta los 18 años de edad. Así pues, en menores es necesario que los síntomas persistan durante un año. Por ello la identificación de la población en riesgo es muy importante. Esta identificación recae básicamente en padres, educadores, pediatras y equipos de seguimiento especializado (CSMIJ, Centro de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAP), Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA), Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA), servicios sociales de base, etc.).

Por todo ello, el grupo considera que sería necesario:

- Llevar a cabo campañas de sensibilización hacia el TP, principalmente a educadores, trabajadores sociales y pediatras.
- A causa de las repercusiones en todos los niveles del trastorno, se considera que ante la sospecha o la evidencia de alteraciones de la conducta, los equipos básicos deben derivar hacia los equipos especializados.
- Trabajo de coordinación entre los equipos de salud mental infantil y juvenil para el seguimiento de casos detectados.

Detección del trastorno límite de la personalidad

A pesar de que no hay suficiente evidencia científica de que la realización de un diagnóstico precoz de un TLP y la posterior aplicación de un tratamiento signifiquen un mejor pronóstico, el grupo considera que detectar lo antes posible este trastorno es el mejor mecanismo del que se dispone actualmente para atenuar los riesgos y minimizar la cronificación y las consecuencias sociales no deseables que son inherentes en gran parte de los pacientes que sufren un TLP.

Así pues, el grupo considera que para mejorar la detección de los TLP es necesario mejorar la capacidad evaluadora de los profesionales de la red de salud mental sobre los trastornos de personalidad y, más específicamente, el trastorno límite.

Los trastornos de la personalidad están infradiagnosticados, tal y como ya hemos mencionado anteriormente, según los datos epidemiológicos que se conocen y la todavía escasa investigación que existe.

Por todo ello, proponemos la realización de programas de formación específica para los profesionales de la red de salud mental (psiquiatras y psicólogos) que les permitan familiarizarse mejor con los instrumentos de evaluación que han demostrado más fiabilidad diagnóstica.

Debemos tener muy presente que no todos los TLP requieren el mismo grado de asistencia y que, además, no todos los casos llegan a la red sanitaria, ya sea general o especializada. Muchos TLP no consideran padecer ninguna alteración para la que sea necesario recibir ayuda o realizar alguna consulta; otros consultan, de manera esporádica, a su médico de cabecera y llegan a la red especializada (red de salud mental o red de drogodependencias) aquellos trastornos que conllevan un deterioro mayor del funcionamiento global de la persona o unas consecuencias psicosociales o familiares graves.

Los profesionales de la atención primaria de salud deben colaborar en la detección del TLP. Consideramos que diagnosticar un cuadro tan complejo como el TLP desde la atención primaria de salud no es una tarea fácil. En aquellos casos que presenten una clínica psiquiátrica polimorfa (cambios bruscos en el estado de ánimo, sintomatología psicótica, etc.), conductas impulsivas o de riesgo o tentativas autolíticas reiteradas es recomendable una derivación a los servicios especializados con el fin de realizar una evaluación clínica esmerada del posible trastorno.

El grupo sugiere que se valore la conveniencia de disponer de alguna unidad de valoración, dentro de la red de salud mental y de carácter suprasectorial, para casos de gran complejidad diagnóstica.

Tratamiento

Para abordar el tratamiento del TLP es necesario definir cuidadosamente el modelo de atención, los objetivos terapéuticos y de tratamiento, el tipo de profesional que debe realizarlo y el lugar más adecuado para su aplicación.

Modelo de atención

El TLP es un trastorno con una multitud de áreas afectadas y a menudo presenta repercusiones severas para la vida de la persona y su entorno.

Estos casos considerados como TMS deberían ser atendidos siguiendo el modelo de asistencia definido en el PAE-TMS. Además, los pacientes con TLP, no sólo son tratados por los diferentes equipos de salud mental, sino que también utilizan otros recursos o redes, como el de drogodependencias, lo que implica un esfuerzo complementario de coordinación.

La intervención dependerá de la evaluación de las necesidades individuales de cada paciente y del soporte psicosocial del que se disponga. Si estos recursos son escasos o inexistentes, será necesario implicar a los diferentes recursos socio-comunitarios que se hallen al alcance.

Tal y como se describe en el PAE-TMS, la intervención terapéutica en los TLP más graves, pasa por la definición de unos objetivos individualizados, diseñados y consensuados de manera interdisciplinaria entre los diferentes servicios asistenciales, que deben formalizarse en el proyecto terapéutico individualizado (PTI). Este PTI debe prever la relación de un análisis de las necesidades y competencias del paciente y su entorno sociofamiliar más inmediato. El PTI debe estar temporalizado y es necesario que sea evaluable.

Objetivos terapéuticos y de tratamiento

Hemos comentado anteriormente que los TLP presentan una gran variabilidad de síntomas, así como diferentes niveles de gravedad. Por este motivo, la autoevaluación individualizada de las áreas más afectadas de cada paciente nos debe permitir llegar a una definición de los objetivos más prioritarios.

Los miembros del grupo, como orientación, **proponen los siguientes objetivos de intervención**, escalonados en diferentes intensidades según la gravedad de TLP:

- Creación de un vínculo terapéutico.
- Alivio sintomático.
- Reducción de las tentativas de autólisis.

- Detección y tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas y somáticas.
- Mejora de la conciencia del trastorno por parte del paciente.
- Favorecimiento de la integración social y familiar.
- Favorecimiento de la potenciación de mecanismos de adaptación.
- Atención al entorno familiar.
- Aumento de la autonomía personal.

Dónde se trata

A causa de la gran variabilidad que presenta el TLP, en sus diferentes fases evolutivas, consideramos que no existe un único tratamiento ni un único recurso asistencial para aplicarlo. Así pues, creemos que una vez diagnosticado un TLP, lo más importante es la evaluación de las áreas disfuncionales del sujeto, que son las que determinan el lugar y la manera de tratarlo.

Centros de salud mental

En general, el grupo considera que los centros de salud mental son los equipos más adecuados para detectar y seguir aquellos TLP que requieran una asistencia más especializada y deberían ser el referente dentro de la red de salud mental tal y como ya ocurre con otras patologías psiquiátricas que frecuentan más los recursos asistenciales. Por tanto, su papel es clave en el momento de garantizar una buena coordinación de los recursos que intervienen en el tratamiento de estos pacientes y en el diseño de los PTI que deben permitir una adecuada continuidad asistencial.

Al tratarse de una patología grave y con frecuentes cambios evolutivos, cada TLP, igual que ocurre con los enfermos mentales más graves, ha de tener un profesional de referencia, preferentemente psiquiatra o psicólogo. En los casos en que se considere necesario, este referente debería tener como función

principal el tratamiento y la vinculación del paciente y su familia en todo lo relacionado con las diferentes estrategias y los diversos objetivos recogidos en el PTI. Su función permitirá lograr detectar las posibles descompensaciones, los riesgos o las desvinculaciones del tratamiento con el propósito de darles solución. El profesional de referencia podría variar si se produjeran cambios evolutivos del propio paciente que implicaran modificaciones significativas en el proyecto terapéutico individual (PTI).

A causa de las particularidades que presentan los pacientes con TLP, y que ya hemos comentado ampliamente, los centros de salud mental han de disponer de suficientes espacios (reserva de agenda) para atender la demanda espontánea o sin cita previa que pudiera generarse. Estos pacientes deben estar incluidos en los programas de psicoterapia que actualmente se encuentran en fase de diseño.

Asimismo, y a causa de la dificultad para manejar a estos pacientes, se recomienda que el equipo de profesionales de referencia pueda contar con una supervisión y orientación específica que permita ofrecer elementos de garantía al profesional y al equipo que lleve a cabo el tratamiento.

Hospitalización parcial

Si la situación de crisis ocasiona que se presenten dificultades importantes para el manejo ambulatorio, deberá considerarse una hospitalización parcial. Los criterios para una hospitalización parcial son:

- Peligrosidad, comportamiento impulsivo que no puede ser controlado adecuadamente en régimen ambulatorio.
- Falta de adherencia al tratamiento ambulatorio y deterioro del cuadro clínico.
- Comorbilidad compleja que requiera un seguimiento clínico más intensivo de la respuesta al tratamiento.
- Síntomas lo suficientemente graves como para interferir en el funcionamiento, el trabajo o la vida familiar y que no responden al tratamiento ambulatorio.

El grupo considera que:

- El régimen de hospitalización parcial es el más adecuado para el tratamiento intensivo de los pacientes con TLP. Es necesario profundizar en esta modalidad terapéutica y formar especialmente a los profesionales de los hospitales de día con el fin de diseñar los programas de evaluación y de intervención específica.
- Las modalidades de tratamiento psicoterapéutico, psicodinámico y el dialéctico-conductual son las elegidas.
- El período de tratamiento aconsejable ha de oscilar entre los 12 y los 18 meses, con una frecuencia de visitas de una a dos por semana. Esto conlleva un cambio sustancial en el modelo de atención que actualmente se sigue en los hospitales de día de la red de salud mental de Cataluña.
- Es necesario diseñar un programa especial de duración definida para los hospitales de día para que los pacientes diagnosticados con TLP, y con una indicación que se ajuste a los criterios de inclusión de tratamiento intensivo, puedan ser tratados por psiquiatras y/o psicólogos de una manera intensiva y con visitas individuales y/o de grupo. En estos casos debe definirse de nuevo el PTI del paciente con TLP de forma coordinada y consensuada con el circuito asistencial (CSM) y delimitar la función de los profesionales que intervengan en el abordaje global (asistencia a la familia, coordinación con los equipos de soporte comunitario y sanitario, etc.).

Hospitalización breve

Suponiendo que la evolución del paciente plantee riesgos para su integridad o para la de los demás, debe considerarse una hospitalización breve (entre una y dos semanas) en una unidad de agudos o en unidades de crisis con los siguientes criterios:

- Peligro inminente para los demás.
- Pérdida de control de impulsos suicidas o intentos de suicidio graves.

- Episodios psicóticos transitorios asociados a la pérdida de control de impulsos o pérdida de noción de la realidad.

- Síntomas lo suficientemente graves como para interferir en el funcionamiento laboral o familiar que no responden al tratamiento ambulatorio ni a la hospitalización parcial.

Atención en crisis

El paciente con TLP, en la fase más aguda, presenta continuas reagudizaciones sintomáticas, por lo que se hace necesaria una intervención flexible pero rápida en el tiempo. A menudo realizan consultas en los servicios de urgencias, pero es muy importante que estas intervenciones no queden desligadas del proceso general del plan de tratamiento, en especial cuando se trate de pacientes ya conocidos por la red de salud mental. En el caso de aquellos pacientes que estén vinculados a un recurso concreto (CSM u hospital de día, u hospital psiquiátrico en una fase posterior al alta), la crisis deberá ser atendida en la misma unidad con el fin de garantizar la continuidad asistencial.

En el caso de pacientes no conocidos, será necesario que la intervención en urgencias no sea una acción puntual y aislada sino que se aproveche para orientar el caso hacia las estructuras asistenciales que se consideren más adecuadas, básicamente a los centros de salud mental.

Unidades de rehabilitación hospitalaria (Alta Dependencia Psiquiátrica – ADP)

Se considera que sólo una pequeña parte de los pacientes con trastorno límite de la personalidad se podrían beneficiar de ingresos más prolongados (1-2 años). Éstos podrían hacerse en las nuevas unidades de alta dependencia psiquiátrica, ya que en estas unidades se potencian los aspectos de reinserción social, familiar y laboral.

Las indicaciones para un ingreso prolongado son:

- Idea suicida persistente y severa, autoagresividad, falta de adherencia al tratamiento.

- Trastorno comórbido del Eje I refractario que presenta riesgo vital potencial.
- Riesgo continuado de comportamiento violento hacia los demás, incluso después de un ingreso hospitalario breve.
- Abuso o dependencia comórbida severa de sustancias que no responden al tratamiento ambulatorio ni a la hospitalización parcial ni breve.

La complejidad y especificidad de algunos trastornos límite plantean necesidades de asistencia muy concretas. Por este motivo, el grupo propone la conveniencia de que se valore la posibilidad de crear una o dos unidades suprasectoriales de referencia por toda Cataluña.

Los criterios de ingreso en esta unidad serían los que hemos citado anteriormente, pero con un tipo de intervención más dirigida a trabajar los aspectos más negativos del trastorno de una manera diferente (comunidad terapéutica) a la que se plantea para los enfermos mentales habituales.

A causa de las **características del paciente y del propio tratamiento**, estas unidades deberían contar con una dotación de personal más elevada que las de alta dependencia psiquiátrica. También se considera que la estancia media en esta unidad debería ser de entre 6 y 24 meses.

Servicios de rehabilitación comunitaria (centros de día)

Siguiendo la línea anteriormente comentada, es necesario prever el diseño de algún programa específico de rehabilitación comunitaria de pacientes con TLP que pueda llevarse a cabo desde algunos centros de día existentes actualmente en la red de salud mental. En los casos en que el deterioro de las relaciones familiares sea muy importante, con desajustes sociales graves, se deberá estudiar la posibilidad de disponer de pisos supervisados y vinculados a la red sociosanitaria.

Consideramos que la rehabilitación del trastorno límite de la personalidad debe incluir la reinserción laboral. Mejorar la formación profesional y promover incorporaciones progresivas y supervisadas beneficiará el precario funcionamiento social de algunas personas afectadas de TLP.

Estudios e investigación

En este ámbito, el grupo de trabajo recomienda lo siguiente:

- Realizar estudios de investigación dirigidos a conocer la prevalencia real de los TLP en nuestro medio y detectar los factores psicosociales que puedan influir de forma preventiva o positiva en la historia natural del trastorno.
- Realizar estudios que evalúen la eficacia de los tratamientos, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos.

Estos estudios se podrían canalizar a través de las convocatorias anuales de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas (AATM).

Criterios mínimos que deben garantizarse en un programa específico de atención al TLP (desde los hospitales de día)

(Para adolescentes y población adulta)

- Plan de atención individualizado con objetivos terapéuticos concretos y temporalizados. Se prevé una duración máxima de 18 meses.
- Asignación de un terapeuta responsable (psiquiatra o psicólogo).
- 1 visita semanal, como mínimo.
- 1 visita familiar al mes, como mínimo. (En aquellos casos en los que exista familia referente).
- 1 visita de evaluación social al inicio del tratamiento y cada 6 meses.
- Sistema de atención preferente a las situaciones de crisis o a las visitas espontáneas o no programadas.
- Mecanismos para garantizar la adherencia del paciente al programa.

Bibliografía

APA, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)". Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994 [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995].

APA, "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder". Washington, DC: American Psychiatric Association, 2001 [Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L., 2002].

APA, Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona: Ars Medica, 2002.

Bateman A., Fonagy P. "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial". *Am J Psychiatry*, 1999; 156, 1563-9.

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

Beck A.T., Freeman A. "Cognitive therapy of personality disorders". Nueva York: Guilford Press, 1992 [Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Paidós, 1995]

Bohus, M.H.B., Stiglmayer, C. "Evaluation of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder-a prospective study". *Behavior Research and Therapy*, 2000; 38 (9), 875-87.

Calvo N., Caseras X., Gutiérrez F., Torrubia R. "Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+)". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2002; 30, 7-13.

Cattell R.B. "The scientific analysis of personality". Chicago: Aldine, 1965.

Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D. "The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use". St. Louis, Missouri: Washington University, Center for Psychobiology of Personality, 1994.

Costa P.T., McCrae R.R. "Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)". Odessa: Psychological Assessment Resources, 1992 [NEO PI-R. Inventario de Personalidad NEO Revisado. Madrid: TEA Ediciones, 1999].

Dolan-Sewell R.T., Krueger R.F., Shea M.T. "Co-Occurrence with Syndrome Disorders". A Livesley WJ (Ed.), "Handbook of personality disorders". Nueva York: Guilford, 2001.

Eysenck H.J., Eysenck M.W. "Personality and Individual Differences. A natural science approach". Nueva York: Plenum, 1985.

First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Benjamin L.S. "Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders (SCID-I) (Version 2.0)". Washington DC: American Psychiatric Press, 1997 [Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la Personalidad del Eje I del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1999].

Gray J.A. "The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septohippocampal system". Oxford: Oxford University Press, 1982.

Gunderson J., Gabbard G. Psicoterapia en los trastornos de personalidad. Barcelona: Ars Medica, 2002.

Gunderson J.G. "Borderline Personality Disorder: A Clinical guide". Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001 [Trastorno Límite de la Personalidad: Guía Clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L., 2002].

Gunderson J.G., Kolb J.E., Austin V. "The diagnostic interview for borderline patients". *Am J Psychiatry*, 1981; 138, 896-903.

Gutiérrez F., Torrens M., Boget T., Martín-Santos R., Sangorrín J., Pérez G., Salamero M. "Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population". *Acta Psych Scand*, 2001; 103, 143-7.

Hylér S.E. "PDQ-4 Personality Questionnaire". New York State Psychiatric Institute: Manuscrito no publicado, 1994.

Kernberg O.F. "Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies". New Haven, Conn, Yale University Press, 1984.

Koons C.R., Robins C.J., Tweed J.L. et al. "Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with borderline personality disorder". *Behavior Therapy*, 2001; 32, 371-390.

Linehan M.M. "Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder". New York: Guilford Press, 1993.

Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A., Allmon D., Heard H.L. "Cognitivebehavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients". *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48, 1060-4.

Linehan M.M., Heard H.L., Armstrong H.E. "Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients". *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50, 971-4.

Linehan M.M., Tutek D.A., Heard H.L., Armstrong H.E. "Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients". *Am J Psychiatry*, 1994; 151, 1771-6.

Linehan M.M. "Skills Training Manual for Borderline Personality Disorders". Nueva York: Guilford Press, 1993.

Linehan M.M., Smidt H.I., Dimeff L.A. et al. "Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence". *American Journal of Addictions*, 1999; 8, 279-92.

Linehan M.M., Dimeff L.A. et al. "Dialectical Behavior Therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder". *Drug Alcohol Dependence*, 2002; 67,13-26.

Low G., Jones D., Duggan C. et al. "The treatment of deliberate self-harm in BPD using DBT". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2001; 29, 85-92.

Livesley W.J. (Ed.) "Handbook of personality disorders". Nueva York: Guilford, 2001.

Mattia J.I., Zimmerman M. Epidemiology. A Livesley W.J. (Ed.), "Handbook of personality disorders". Nueva York: Guilford, 2001.

Millon T., Davis R.D. "Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond". Nueva York: John Wiley & Sons, 1996 [Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1998]

Millon T., Millon C., Davis R. "MCMI-III Manua". Minneapolis: National Computer Systems, 1994.

OMS, IPDE. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Madrid: Meditor, 1996.

Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. Servei Català de la Salut (Departament de Sanitat i Seguretat Social). *Programa d'Atenció Específica als Trastorns*

Mentals Severs (PAE-TMS). Barcelona, octubre 1997.

Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental.

Servei Català de la Salut (Departament de Sanitat i Seguretat Social – Generalitat de Catalunya). Pla de Serveis Individualitzats (PSI). Barcelona, diciembre 1995

Pfohl B., Blum N., Zimmerman M.

“Structured Interview for DSM-IV Personality: SIDP-IV”. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.

Roth A., Fonagy P. “What works for whom.

A critical review of Psychotherapy Research”. Nueva York: The Guilford Press, 1996.

Siever L.J., Davis K.L. “A psychobiological perspective on the personality disorders”. *Am J Psychiatry*, 1991; 48, 1647-58.

Springer T., Silk K. “A review of inpatient group therapy for borderline personality disorder”. *Harvard Review of Psychiatry*, 1996; 3, 268-278.

Stone M.H. “The borderline syndromes”.

Nueva York: McGraw-Hill, 1980.

Van den Bosch L.M., Verheul R.,

Schippers G.M. *et al.* “Dialectical Behavior Therapy for borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long term effects”. *Addiction Behavior*, 2002; vol. 27 (6): 911-23.

Young J.E. “Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach”.

Sarasota, FL.: *Professional Resource Press*, 1994.

Zanarini M.C., Gunderson J.G.,

Frankenburg F.R., Chauncey D.L. “The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders”. *J Pers Dis*, 1989; 3, 10-18.

Zuckerman M. “Sensation Seeking: a comparative approach to a human trait”. *Brain Behav Sci*, 1984; 7, 413-71.

SIGLAS

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (versión IV)
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (versión IV)

DSM-IV (SIDP-IV) Structured Interview for DSM-IV Personality
Entrevista estructurada para determinación de la personalidad según el DSM-IV

DSM-IV (APA, 1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (versión IV) revisada por la American Psychiatric Association en el año 1994
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (versión IV); edición revisada por la American Psychiatric Association en el año 1994

SCID-II Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders
Entrevistas clínicas estructuradas para determinación de los trastornos de personalidad del Eje II según el DSM-IV

SIDP-IV Structured Interview for DSM-IV Personality
Entrevista estructurada para determinación de la personalidad según el DSM-IV

TCI Temperament and Character Inventory
Inventario del temperamento y el carácter

DIB-R Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders
Entrevista para el diagnóstico del TLP: discriminación del TLP de otros trastornos del Eje II

MCMI-III Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III

PDQ-4 Personality Questionnaire
Cuestionario diagnóstico de la personalidad

NEO PI-R Revised NEO Personality Inventory
Inventario NEO de la personalidad revisado

