GPC

Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad

Versión completa

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

GPC01/2011

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

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

Se recomienda que esta guía sea citada de la siguiente manera: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

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

Edita: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. 1ª edición, junio 2011, Barcelona
Corrección: Víctor Igual
Diseño: Isabel Parada (AIAQS)
Depósito legal: B. 27331-2011

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

Autoría y colaboraciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Núria Puigdellívol Morta, psicóloga. Servicios de Rehabilitación Comunitaria. CHM Les Corts (Barcelona).

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

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

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

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

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

Coordinación

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

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

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

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

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

Colaboración

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

Antoni Parada Martínez, documentalista, AIAQS (Barcelona).

Revisión externa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entidades colaboradoras

Esta GPC ha sido revisada externamente por las siguientes entidades:

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

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

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

Agradecimientos

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

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

Esta guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.

Índice

Presentación **11**
Preguntas para responder **12**
Niveles de evidencia y grados de recomendación **17**
Recomendaciones de la GPC **18**
1. Introducción **32**
2. Alcance y objetivos **33**
3. Metodología **36**
4. Consideraciones Generales acerca del trastorno límite de la personalidad (TLP) **42**
4.1. Definición y evolución del concepto 42
4.2. Epidemiología, curso clínico y pronóstico 43
4.3. Etiología 44
4.3.1. Vulnerabilidad genética 45
4.3.2. Alteración de los neurotransmisores 45
4.3.3. Disfunción neurobiológica 45
4.3.4. Factores psicosociales 45
4.3.5. Proceso de apego 46
4.4. Diagnóstico e instrumentos de evaluación 46
4.4.1. Instrumentos de evaluación para el diagnóstico de TLP o para valorar cambios en sus manifestaciones clínicas 48
4.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 56
4.5. Líneas generales y manejo del TLP 59
4.5.1. Aspectos generales del manejo y sus componentes 59
4.5.2. Valoración del paciente 61
4.5.3. Plan de tratamiento para el paciente con TLP 63
4.6. Consideraciones acerca de la prevención del TLP 64
4.6.1. Introducción 64
4.6.2. Intervenciones psicosociales preventivas 65
5. Intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento del TLP **69**
5.1. Introducción 69
5.1.1. Consideraciones generales sobre las intervenciones psicológicas 74
5.1.2. Dificultades en la administración de las intervenciones 74
5.2. Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves 75
5.2.1. Terapia cognitiva asistida por manual (TCAM) (Manual-assisted cognitive therapy - MACT) 76
5.2.2. Psicoeducación 78
5.3. Terapias psicológicas individuales y grupales 80
5.3.1. Terapia cognitivo-conductual 83
5.3.2. Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) 85
5.3.3. Terapia cognitiva centrada en esquemas 87
5.3.4. Terapia cognitivo-analítica 91
5.3.5. Terapia grupal interpersonal 94

5.3.6. Terapia centrada en el cliente 95
5.3.7. Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT) 96
5.4. Programas de terapias psicológicas 100
5.4.1. Terapia dialéctico-conductual 104
5.4.2. Terapia basada en la mentalización 123
5.4.3. Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación 127
5.4.4. Terapia icónica 128
5.5. Intervenciones familiares 130
5.5.1. Introducción 130
5.5.2. Psicoeducación 131
5.5.3. Terapia dialéctico-conductual (TDC) adaptada para adolescentes suicidas 131
5.5.4. Terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (Integrative borderline adolescent family therapy (I-BAFT)) 133
5.6. Terapias combinadas 134
5.6.1. Terapia interpersonal y terapia cognitiva combinada con fluoxetina 134
5.7. Rehabilitación funcional e integración laboral 137
5.7.1. Rehabilitación funcional 137
5.7.2. Integración laboral 139
5.8. Recomendaciones generales de práctica clínica 141
6. Tratamiento farmacológico 143
6.1. Introducción 143
6.2. Anticonvulsivantes 147
6.2.1. Introducción 147
6.2.2. Comentario general sobre los estudios de anticonvulsivantes 158
6.2.3. Eficacia de los anticonvulsivantes según variables de resultado 158
6.3. Antidepresivos 167
6.3.1. Introducción 167
6.3.2. Comentario general sobre los fármacos antidepresivos 173
6.3.3. Eficacia de los antidepresivos según variables de resultado 173
6.4. Antipsicóticos 182
6.4.1. Introducción 182
6.4.2. Comentario general sobre los fármacos antipsicóticos 196
6.4.3. Eficacia de los antipsicóticos según variables de resultado 196
6.5. Otros 208
6.5.1. Ansiolíticos 208
6.5.2. Ácidos grasos 208
6.5.3. Naloxona 213
6.6. Recomendaciones generales de práctica clínica 215
7. Gestión de la crisis 218
7.1. Introducción 218
7.1.1. La fase de crisis en personas con TLP 218
7.1.2. Prevalencia de la conducta suicida en personas con TLP 218
7.2. Revisión de la evidencia científica 219
7.2.1. Revisión de la evidencia científica en las situaciones de crisis 219
7.2.2. Revisión de la evidencia científica en las situaciones de suicidio 220

7.3. Manejo general ... 222
7.3.1. Manejo farmacológico ... 223
7.3.2. Manejo psicológico ... 225
7.3.3. Manejo familiar ... 226
7.3.4. Decisión de hospitalización ... 226
7.3.5. Plan asistencial general después de una situación de crisis ... 227
8. Organización de servicios y programas ... 228
8.1. Introducción ... 228
8.2. Dispositivos, ámbitos de intervención e itinerario asistencial ... 231
8.2.1. Servicios de atención primaria ... 232
8.2.2. Servicios de atención secundaria: atención ambulatoria especializada: CSMA/CSMIJ ... 234
8.2.3. Servicios de hospitalización total ... 237
8.2.4. Servicios de hospitalización parcial: hospitales de día ... 243
8.2.5. Servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral ... 246
8.2.6. Itinerario asistencial ... 249
8.3. Programas especializados de continuidad de cuidados en la red ... 254
8.4. Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios ... 256
9. Difusión e implementación ... 260
10. Recomendaciones de investigación ... 261
10.1. Cuestiones preliminares: limitaciones metodológicas de los estudios revisados en la presente GPC ... 261
10.2. Consideraciones generales acerca del TLP y su prevención ... 262
10.3. Intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento del TLP ... 262
10.3.1. Programas de terapia psicológica para personas con TLP ... 263
10.3.2. Intervenciones familiares ... 264
10.3.3. Intervenciones de rehabilitación funcional e integración laboral ... 264
10.4. Tratamiento farmacológico ... 264
10.5. Gestión de la crisis ... 265
10.6. Organización de servicios y programas ... 265
Anexos ... 267
Anexo 1. Declaración de intereses ... 268
Anexo 2. Otros aspectos metodológicos ... 269
Anexo 3. Diagnóstico e instrumentos de evaluación ... 276
Glosario metodológico ... 284
Abreviaciones ... 288
Bibliografía ... 294

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación y criterios en base a la CIE-10 (Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad) y el DSM-IV-TR (Trastorno Límite de la Personalidad) 47

Tabla 2. Estudios identificados por la GPC del NICE (2009) y el grupo de trabajo de la guía sobre terapias psicosociales preventivas 66

Tabla 3. ECA sobre terapias psicológicas 72

Tabla 4. Descripción de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas 73

Tabla 5. Características de los ECA de TCAM y Psicoeducación 75

Tabla 6. Características de los ECA de terapias psicológicas individuales 81

Tabla 7. Características de los ECA de programas de terapias psicológicas 101

Tabla 8. Dimensiones clínicas analizadas e instrumentos utilizados en el metanálisis 114

Tabla 9. Características de los estudios de las intervenciones familiares 130

Tabla 10. Características de los ECA de terapia combinada 134

Tabla 11. ECA identificados por la GPC del NICE (2009) y el grupo de trabajo de la guía 144

Tabla 12. Descripción de los ECA incluidos en las revisiones sistemáticas 146

Tabla 13. Estudio de las características de los ECA sobre anticonvulsivantes 148

Tabla 14. Resumen de la evidencia científica sobre anticonvulsivantes según estudio y variables de resultado analizadas 159

Tabla 15. Características de los ECA sobre antidepresivos 168

Tabla 16. Resumen de la evidencia científica sobre antidepresivos según estudio y variables de resultado analizadas 174

Tabla 17. Resumen de las características de los estudios sobre antipsicóticos considerados en la elaboración del apartado 183

Tabla 18. Resumen de la evidencia científica sobre antipsicóticos según estudio y variables de resultado analizadas 197

Tabla 19. Características de los estudios controlados con placebo sobre la eficacia de los ácidos grasos omega 3 209

Tabla 20. Resumen de la evidencia científica sobre ácidos grasos según estudio y variables de resultado analizadas 210

Tabla 21. Características de los ECA sobre la naloxona 214

Tabla 22. Estudios identificados por la GPC del NICE (2009) (sobre factores de riesgo de suicidio en personas con TLP) 221

Tabla 23. Artículos incluidos de Dispositivos, ámbitos de intervención e itinerario asistencial 230

Tabla 24. Estudios incluidos en las revisiones 231

Tabla 25. Itinerario asistencial 250

Tabla 26. Recomendaciones de investigación según intervención 263

Índice de figuras

Figura 1. Estrategia de búsqueda y selección de GPC y RSEC 38
Figura 2. Estrategia de búsqueda de ECA 39
Figura 3. Dimensión aceptabilidad: abandonos 115
Figura 4. Dimensión ansiedad 116
Figura 5. Dimensión depresión: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) 116
Figura 6. Dimensión depresión: Beck Depression Inventory (BDI) 117
Figura 7. Dimensión evaluación psiquiátrica 117
Figura 8. Dimensión ira 118
Figura 9. Dimensión actos autolesivos y actos suicidas 118
Figura 10. Dimensión actos autolesivos (no suicidas) 119
Figura 11. Dimensión suicidio y autolesión: Beck Suicidal Ideation Scale (BSIS) 119
Figura 12. Dimensión intento de suicidio 119
Figura 13. Dimensión hospitalización 120
Figura 14. Dimensión estancia media en una unidad psiquiátrica 120
Figura 15. Dimensión abandonos 191

Presentación

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

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

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

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

Joaquim Esperalba Iglesias
Director
Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios
Departamento de Salud
Generalitat de Catalunya

Preguntas para responder

Consideraciones generales

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

Intervenciones psicológicas y psicosociales

- ¿Qué tipo de intervención psicosocial muestra una mayor eficacia y efectividad en población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia cognitiva asistida por manual (TCAM)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la psicoeducación?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia cognitiva analítica (TCA)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia grupal interpersonal (TGI)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia centrada en el cliente?

  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la psicoterapia psicodinámica/psicoanalítica: psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia dialéctico-conductual (TDC)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia basada en la mentalización (TBM)?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia icónica?
- ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la intervención familiar psicoeducativa en familiares de población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia dialéctico-conductual adaptada para adolescentes suicidas?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP?
- ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la terapia interpersonal (TI) y la terapia cognitiva (TC) combinada con fluoxetina en población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?
- ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la rehabilitación funcional en población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?
- ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de la integración laboral en población con manifestaciones o diagnóstico de TLP?

Tratamiento farmacológico

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

Anticonvulsivantes

  - ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional?
  - ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de impulsividad?
  - ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales?
  - ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de las conductas autolíticas?
  - ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el control de los síntomas cognitivo perceptuales?
  - ¿Cuál es la eficacia de los anticonvulsivantes en el funcionamiento global?
  - ¿Cuál es la seguridad de los anticonvulsivantes en el tratamiento de las personas que sufren TLP?

Antidepresivos

- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la inestabilidad emocional?
- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad?
- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad de las relaciones interpersonales?
- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de conductas autolíticas y autolesivas?
- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales?
- ¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos en el funcionamiento global?
- ¿Cuál es la seguridad de los antidepresivos en el tratamiento de las personas que sufren TLP?

Antipsicóticos

- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional?
- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad?
- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad de las relaciones interpersonales?
- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos en el control de las conductas autolíticas y autolesivas?
- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales?
- ¿Cuál es la eficacia de los antipsicóticos en el funcionamiento global?
- ¿Cuál es la seguridad de los antipsicóticos en el tratamiento de las personas que sufren TLP?

Ansiolíticos

- ¿Cuál es la eficacia de los ansiolíticos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional?
- ¿Cuál es la eficacia de los ansiolíticos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad?
- ¿Cuál es la eficacia de los ansiolíticos en el control de las conductas autolíticas y autolesivas?
- ¿Cuál es la eficacia de los ansiolíticos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad de las relaciones interpersonales?

- ¿Cuál es la eficacia de los ansiolíticos en el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales?
- ¿Cuál es la seguridad de los ansiolíticos en el tratamiento de las personas que sufren TLP?

Ácidos grasos (AG) omega 3

- ¿Cuál es la eficacia de los AG omega 3 en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional?
- ¿Cuál es la eficacia de los AG omega 3 en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad?
- ¿Cuál es la eficacia de los AG omega 3 en el control de las conductas autolíticas y autolesivas?
- ¿Cuál es la eficacia de los AG omega 3 en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad de las relaciones interpersonales?
- ¿Cuál es la eficacia de los AG omega 3 en el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales?
- ¿Cuál es la seguridad de los AG omega 3 en el tratamiento de las personas que sufren TLP?

Gestión de la crisis

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

Organización de servicios y programas

- ¿Cuáles son los dispositivos, ámbitos de intervención e itinerarios asistenciales más adecuados para optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los centros de atención primaria a la hora de optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los centros de atención secundaria (atención ambulatoria especializada) a la hora de optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados?

  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los servicios de hospitalización total y parcial en el seguimiento y la continuidad de cuidados?
  - ¿Cuál es la forma más efectiva de acceder a los servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral?
- ¿Cuál es el itinerario asistencial más eficaz para los pacientes con TLP?
- ¿Cuáles son los programas de seguimiento y apoyo adecuados para su tratamiento en la red?
- ¿Cuál es la formación especializada necesaria para trabajar con pacientes con TLP?

Niveles de evidencia y grados de recomendación

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

Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN

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

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

Buena práctica clínica

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

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

[a] http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/apartado07/formulacion.html

Recomendaciones de la GPC

Resumen tipos de recomendación SIGN[b]

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

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

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

Consideraciones generales

Diagnóstico e instrumentos de evaluación	
√	Se recomienda utilizar el diagnóstico de TLP con prudencia, hacer un uso restrictivo en menores, y usarlo preferentemente a partir de los 16 años, siempre y cuando el trastorno se haya manifestado a lo largo de 1 año.
Instrumentos de evaluación	
√	Se recomienda utilizar instrumentos de medida para conseguir el diagnóstico fiable de los trastornos de la personalidad, ya que se dispone de entrevistas y cuestionarios con buenas propiedades psicométricas y utilidad clínica.
√	Se recomienda utilizar entrevistas semiestructuradas, basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM, para realizar el diagnóstico de los trastornos de la personalidad ya que, actualmente, son el estándar de referencia. No parece haber ventajas apreciables de unas entrevistas sobre otras en cuanto a su calidad.
√	Se recomienda, para agilizar el tiempo destinado a la exploración diagnóstica, la utilización, en primer lugar, de un inventario autoadministrado para identificar qué aspectos deben ser explorados más exhaustivamente en la entrevista.
Diagnóstico diferencial y comorbilidad	
√	Se recomienda realizar un correcto diagnóstico diferencial con otros trastornos tanto del eje I, como con otros trastornos de la personalidad y con trastornos por consumo de sustancias y patologías médicas.
√	Se recomienda valorar la presencia de trastornos psicopatológicos comórbidos, el uso de sustancias o la existencia de enfermedades médicas.
Líneas generales y manejo	
Aspectos generales del manejo y sus componentes	
√	Se recomienda establecer una alianza terapéutica con el paciente, para obtener información, crear un vínculo y facilitar su colaboración e implicación en el tratamiento.
√	Se recomienda favorecer la autonomía y participación del paciente en la elección de las opciones asistenciales y en la resolución de sus problemas.

[b] http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/apartado07/formulacion.html

√	Se recomienda evaluar periódicamente el estado psicopatológico así como los factores desestabilizadores o de riesgo de precipitar las crisis.
√	Se recomienda promover la participación activa de la familia y los cuidadores, previo consentimiento explícito del paciente.
√	Se recomienda proveer al paciente y a su familia de psicoeducación respecto al trastorno y su tratamiento, de forma continuada a lo largo del proceso, y así facilitar que el paciente y la familia intervengan activamente en el tratamiento.
√	Se recomienda facilitar la comprensión y la adaptación del paciente a los efectos psicosociales del trastorno: relaciones interpersonales, condiciones del trabajo y vida, y otras necesidades médicas relacionadas con la salud.
√	Se recomienda apoyar al paciente en el ejercicio de sus funciones parentales.
√	Se recomienda identificar los factores que precipitan o exacerban las crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas.
√	Se recomienda proporcionar ayuda al paciente para acceder a los servicios necesarios y coordinación de los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios implicados en la atención.
Valoración del paciente	
√	Se recomienda informar al paciente del alcance y finalidad del proceso de valoración en términos comprensibles y clarificar sus dudas.
√	Se recomienda realizar una valoración inicial completa que incluya la historia psiquiátrica y médica general, tanto a nivel personal como familiar; la historia psicosocial, exploración de abusos, posibles maltratos o negligencias; exploración psicopatológica; neuropsicológica, si se requiere, y valoración de factores de riesgo, así como las exploraciones complementarias pertinentes.
√	Se recomienda examinar específicamente la presencia de comorbilidad con otros trastornos del eje I, muy frecuente en los pacientes con TLP, y que puede confundirse con los rasgos estables de personalidad.
√	Se recomienda evaluar de forma sistemática en estos pacientes factores de riesgo como el consumo de tóxicos, el riesgo de agresiones y/o autolesiones.
√	Se recomienda valorar el riesgo de suicidio y atender a la comorbilidad de trastornos afectivos, abusos de sustancias y a la presencia de intentos previos de suicidios.
√	Se recomienda informar al paciente de los resultados de la valoración y ofrecerle apoyo para su aceptación o para la elaboración de contenidos dificultosos o traumáticos aparecidos.
Plan de tratamiento para el paciente con TLP	
√	Se recomienda elaborar un plan de tratamiento integral, coordinado y consensuado con el paciente y su familia, que incluya como objetivos la mejora del estado del paciente, la reducción de la frecuencia, la gravedad y las consecuencias psicosociales de los episodios de desestabilización y posibilite la optimización del funcionamiento psicosocial
√	Se recomienda reevaluar periódicamente el plan de tratamiento en función de la evolución clínica del paciente y, como mínimo, una vez al año.
√	Se recomienda elaborar un plan específico de manejo de los factores de riesgo y las crisis.

Consideraciones acerca de la prevención del TLP	
Terapia cognitiva analítica (TCA)	
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de TCA como intervención psicosocial preventiva para la población con riesgo de TLP o TLP incipiente.
Recomendaciones generales sobre las intervenciones psicosociales preventivas para la población con riesgo de TLP o TLP incipiente	
√	Se recomiendan intervenciones preventivas que incluyan a jóvenes y adolescentes con riesgo de TLP, dirigidas a reducir los síntomas presentes y no limitarse a las manifestaciones del TLP ya consolidado.
√	Se recomiendan intervenciones específicas de atención temprana para mejorar la sintomatología subsindrómica del TLP y prevenir un declive en el funcionamiento global del paciente.
√	Se recomienda la educación sanitaria dirigida a los profesionales de la salud, a los profesionales en contacto con la población de riesgo y la población general, para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población, especialmente en jóvenes.
√	Se recomienda realizar una aproximación cuidadosa a la sintomatología y sufrimiento presente, tanto con el paciente como con la familia, con una actitud empática y esperanzadora.

Intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento del TLP

Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves	
Terapia cognitiva asistida por manual (TCAM) (Manual-assisted cognitive therapy – MACT)	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TCAM en pacientes con TLP.
Psicoeducación	
√	Se recomienda la psicoeducación como una intervención inicial para mejorar la información de los pacientes acerca de su trastorno.
Terapias psicológicas individuales y grupales	
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TCC en pacientes con TLP.
Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia STEPPS en pacientes con TLP.
Terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE)	
C	Se recomienda la TCE para mejorar la sintomatología del TLP así como la recuperación clínica y la calidad de vida.

Terapia cognitiva analítica (TCA)	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TCA en pacientes con TLP.
Terapia grupal interpersonal (TGI)	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TGI en pacientes con TLP.
Terapia centrada en el cliente	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia centrada en el cliente en pacientes con TLP.
Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la PFT en pacientes con TLP.
Programas de terapias psicológicas	
Terapia dialéctico-conductual (TDC)	
B	Se recomienda la TDC en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, y disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico.
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TDC-EH en pacientes con TLP.
Terapia basada en la mentalización (TBM)	
C	Se recomienda la TBM ambulatoria en hospital de día para conseguir mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejora de la función social, laboral e interpersonal.
Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación en pacientes con TLP.
Terapia icónica	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia icónica en pacientes con TLP.
Intervenciones Familiares	
Psicoeducación	
√	Se recomienda la psicoeducación en familiares de pacientes con TLP para disminuir la carga familiar percibida y mejorar las habilidades de afrontamiento del entorno familiar frente al trastorno.
Terapia dialéctico-conductual (TDC) adaptada para adolescentes suicidas	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la TDC adaptada para adolescentes suicidas con TLP.
Terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (I-BAFT)	
	No existe evidencia para recomendar el uso de la terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (I-BAFT) en pacientes con TLP.

Terapias combinadas	
Terapia interpersonal y terapia cognitiva combinada con fluoxetina	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de las terapias combinadas en pacientes con TLP.
Rehabilitación funcional e integración laboral	
Rehabilitación funcional	
√	Se recomienda ofrecer programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria a aquellas personas con TLP que presentan deterioro funcional con objeto de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida.
√	Se recomienda ofrecer programas de apoyo a la ocupación del tiempo libre a las personas con diagnóstico de TLP que lo requieran.
√	Se recomienda ofrecer intervenciones de rehabilitación cognitiva a las personas con TLP y alteración cognitiva, integradas en programas más amplios de rehabilitación psicosocial e incorporadas al plan de tratamiento.
Integración laboral	
√	Se recomienda ofrecer programas de inserción laboral a las personas con TLP carentes de actividad laboral con objeto de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida.
Recomendaciones generales de práctica clínica	
√	Se recomienda que, para introducir una intervención psicológica, se consideren la gravedad, objetivos, necesidades, actitudes, motivación y capacidad de cada paciente.
√	Se recomienda considerar los objetivos terapéuticos, vitales y las preferencias de cada paciente en relación a las modalidades de intervención psicológica y psicosocial disponibles.
√	Se recomienda que, cuando se proporcione tratamiento psicológico, el equipo de tratamiento y el terapeuta responsable apliquen un planteamiento teórico explícito, que deberán compartir con el paciente.
√	Se recomienda que la intervención psicológica o psicosocial se incorpore en el marco terapéutico general, y se ofrezca como parte esencial de una asistencia integral y estructurada.
√	Se recomienda que las intervenciones psicológicas cuenten con espacios de supervisión que garanticen la adecuación de las técnicas empleadas y el seguimiento de los procesos terapéuticos.
√	Se recomienda monitorizar los efectos de la intervención sobre los síntomas del TLP, sobre las variables de resultado comúnmente aplicadas y sobre el funcionamiento global del paciente.

Tratamiento farmacológico

Anticonvulsivantes	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional del paciente con TLP.
	No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de la impulsividad del paciente con TLP.
	No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de las conductas autolíticas del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales del paciente con TLP.
	No hay evidencia para recomendar el uso de anticonvulsivantes en el tratamiento del funcionamiento global del paciente con TLP.
√	En el caso de usar un fármaco anticonvulsivante en el tratamiento del TLP, se recomienda monitorizar el estado de salud general del paciente así como vigilar la aparición de posibles efectos secundarios propios de cada fármaco.
Antidepresivos	
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad del paciente con TLP.
	No hay evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de inestabilidad de las relaciones interpersonales del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de conductas autolíticas del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de antidepresivos en el tratamiento del funcionamiento global del paciente con TLP.
√	En el caso de usar un fármaco antidepresivo en el tratamiento del TLP, se recomienda monitorizar el estado de salud general del paciente así como vigilar la aparición de posibles efectos secundarios propios de cada fármaco.
√	Se desaconseja el uso de amitriptilina en el tratamiento de pacientes con TLP por su toxicidad en caso de sobredosificación.
Antipsicóticos	
	No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de la inestabilidad emocional del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de la impulsividad y agresividad del paciente con TLP.

	No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de inestabilidad en las relaciones interpersonales del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de las conductas autolíticas del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento de síntomas cognitivo perceptuales del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar antipsicóticos en el tratamiento del funcionamiento global del paciente con TLP.
√	En el caso de usar un fármaco antipsicótico en el tratamiento del TLP, se recomienda monitorizar el estado de salud general del paciente así como vigilar la aparición de posibles efectos secundarios propios de cada fármaco, tanto extrapiramidales como especialmente el riesgo metabólico y el aumento de peso.
Ansiolíticos	
√	Se recomienda evitar el uso de benzodiacepinas, en especial aquellas de vida media corta, como tratamiento de mantenimiento por el riesgo de abuso y dependencia.
Ácidos grasos	
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de la inestabilidad emocional del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de la impulsividad del paciente con TLP.
	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de las conductas autolíticas del paciente con TLP.
	No hay evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales del paciente con TLP.
	No hay evidencia para recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales del paciente con TLP.
Recomendaciones generales de práctica clínica	
√	Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP, dado que ningún fármaco posee dicha indicación aprobada, será de cumplimiento el RD 1015/2009 por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
√	Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP se deberá proceder según la ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, lo que incluye proceder al consentimiento informado.
√	Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP se deberá adecuar la prescripción a la Guía de prescripción terapéutica en la que se expone la información de medicamentos autorizados en España.
√	Se debe considerar el tratamiento farmacológico de forma coadyuvante a una intervención psicoterapéutica o psicosocial para mejorar de forma global o alguno de sus síntomas característicos como la disregulación emocional o la impulsividad.
√	El tratamiento farmacológico siempre se debe considerar en aquellos casos de comorbilidad con otros trastornos que sí tienen un tratamiento farmacológico con evidencias de eficacia (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

√	El tratamiento farmacológico en pacientes con TLP debe ser sometido a una monitorización del estado de salud del paciente para detectar posibles efectos secundarios.
√	El tratamiento farmacológico en pacientes con TLP se debe revisar periódicamente, dada la inestabilidad del trastorno, con el objetivo de retirar fármacos innecesarios o no efectivos así como para evitar la polimedicación.

Gestión de la crisis

Revisión de la evidencia científica	
	No se dispone de estudios en relación a la atención a la crisis que permitan realizar recomendaciones basadas en la evidencia
Manejo general	
√	Se recomienda atender la crisis en el dispositivo que asiste al paciente.
√	Se recomienda coordinar los diferentes dispositivos implicados en la atención a la crisis para garantizar la continuidad asistencial del paciente y la coherencia del plan de tratamiento.
√	Se recomienda facilitar la derivación a los centros de salud mental (CSM) a los pacientes atendidos en situación de crisis en los servicios de urgencias que no están vinculados a la red de salud mental.
√	Se recomienda acompañar al paciente en el itinerario asistencial interservicios.
√	Se recomienda integrar las intervenciones en los servicios de urgencias en el plan general asistencial.
Manejo farmacológico	
√	Se recomienda asegurar que exista un consenso entre los prescriptores y los demás profesionales implicados sobre el fármaco que se debe administrar e identificar al prescriptor principal (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda determinar los posibles riesgos de la prescripción (consumo de alcohol y drogas) (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda tener en cuenta la función psicológica de la prescripción (tanto para la persona afectada como para el prescriptor) y el impacto de la misma en la relación terapéutica y en el plan asistencial general, así como en las estrategias de tratamiento a largo plazo (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda asegurar que no se utilice un fármaco en sustitución de otras intervenciones más apropiadas en una situación de crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda administrar un único fármaco, y evitar, siempre que sea posible, polimedicar al paciente (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

√	Se recomienda acordar con el paciente la duración del tratamiento farmacológico instaurado durante la crisis, pero no debe ser un tiempo superior a una semana.
√	Se recomienda usar la dosis mínima efectiva que presente un perfil de efectos secundarios bajo, escasas propiedades adictivas, un potencial de abuso mínimo y una seguridad relativa en caso de sobredosis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda prescribir tomas más frecuentes, con menos píldoras por toma, si existe un riesgo significativo de sobredosis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda consensuar con la persona los síntomas a tratar, el plan de monitorización y la duración prevista del tratamiento (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda realizar y consensuar un plan de adherencia al tratamiento con la persona (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda dejar de administrar un tratamiento si los síntomas a tratar no mejoran después de un período de prueba con el fármaco, y, si los síntomas a tratar no mejoran o no disminuye el nivel de riesgo, se deben plantear tratamientos alternativos (incluidos los psicológicos) (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda concertar una visita para revisar el plan asistencial general, así como los tratamientos farmacológicos y de otro tipo que éste pueda incluir para el tratamiento del TLP, una vez ha remitido la crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda plantear, con precaución, la administración de ansiolíticos a corto plazo dentro del marco del plan de tratamiento general a las personas con TLP que sufren una crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
Manejo psicológico	
√	Se recomienda mantener una actitud calmada y no amenazadora (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda tratar de entender la crisis desde el punto de vista de la persona afectada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda analizar las razones de la angustia de la persona afectada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda efectuar preguntas abiertas que expresen empatía, realizar afirmaciones de validación, identificar el inicio y la evolución (pronóstico) de los problemas actuales (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda tratar de estimular a la persona afectada para que reflexione sobre posibles soluciones (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda evitar minimizar los motivos por los que la persona afectada dice que ha sufrido la crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda abstenerse de ofrecer soluciones antes de recibir una plena aclaración de los problemas (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

√	Se recomienda analizar otras opciones antes de plantear el ingreso o la hospitalización (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda ofrecer un seguimiento apropiado al cabo de un período consensuado con la persona afectada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
Manejo familiar	
√	Se recomienda incorporar a los familiares en la intervención de la crisis con el consentimiento del paciente, tanto en la recogida de información, valoración de la crisis y sus causas como en la formulación del plan de intervención.
Decisión de hospitalización	
√	Se recomienda realizar un ingreso, si se requiere según el juicio clínico del profesional, después de un intento de suicidio grave o cuando existe importante riesgo de suicidio, en pacientes con pocos recursos personales y escaso apoyo del entorno, y, en especial, cuando hay antecedentes recientes de intento de suicidio, consumo de tóxicos y comorbilidad con trastornos afectivos.
√	Se recomienda mantener el ingreso en función de la evolución clínica del paciente y de la disminución del riesgo.
Planes de crisis	
√	Se recomienda realizar una revisión de la crisis y sus antecedentes, y considerar los factores ambientales, personales y relacionales que pudieran desencadenarla (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda realizar una revisión del tratamiento farmacológico en la situación de crisis, de sus efectos beneficiosos, efectos secundarios, posibles problemas de seguridad y de su función dentro de la estrategia general de tratamiento (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda reevaluar la necesidad de mantener el tratamiento farmacológico instaurado durante la crisis una vez resuelta ésta o en el plazo de una semana. La frecuencia de esta revisión se debe consensuar con la persona afectada y debe quedar registrada en el plan asistencial general (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda monitorizar con regularidad la efectividad, los efectos secundarios, el posible abuso y dependencia del fármaco en aquellas situaciones en que el tratamiento instaurado durante la crisis no se puede dejar de administrar (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda realizar una revisión de los tratamientos psicológicos, así como de su función dentro de la estrategia general de tratamiento y del hecho de que puedan haber sido un factor que haya precipitado la crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

Organización de servicios y programas

Dispositivos, ámbitos de intervención e itinerario asistencial	
Servicios de atención primaria	
√	Se recomienda derivar a los CSM para valoración y tratamiento, si procede, a las personas atendidas en los centros de AP en las que se han detectado: autolesiones repetidas, conducta de riesgo persistente o una inestabilidad emocional pronunciada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda derivar a los CSM de atención a la población infantojuvenil, a los menores de 18 años en los que se sospecha la presencia de un TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda contener sintomáticamente la crisis de los pacientes con TLP que acuden a AP y derivarlos a los servicios de salud mental para una atención especializada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda coordinar la atención entre los profesionales de salud mental y otros profesionales sanitarios para evitar problemas de división y confrontación entre los mismos.
√	Se recomienda proporcionar una atención integral al paciente que incorpore los problemas de salud a menudo presentes en estos pacientes, tanto por sus estilos de vida como por sus hábitos cotidianos.
Servicios de atención secundaria: atención ambulatoria especializada: CSMA/CSMIJ	
√	Se recomienda que los ECSM sean los responsables de la evaluación, el tratamiento y la continuidad asistencial de las personas con TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda disponer en los CSM de un programa específico para pacientes con TLP adaptado a las necesidades y características de esta población.
√	Se recomienda evaluar a una persona con posible TLP considerando (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía): El funcionamiento psicosocial y sociolaboral, estrategias de afrontamiento, puntos fuertes y vulnerabilidades ▪ Los problemas sociales y trastornos mentales comórbidos ▪ Las necesidades de los familiares a su cargo, especialmente sus posibles hijos dependientes
C	Se recomienda ofrecer tratamiento en los CSM en cuanto podría disminuir las muertes por suicidio y los ingresos hospitalarios en las personas con enfermedades mentales graves (incluidas las personas con TLP).
C	Se recomienda tratar a las personas con enfermedades mentales graves (incluidas las personas con TLP) en un CSM dado que proporciona mayor aceptación y satisfacción del tratamiento en los pacientes del servicio en relación a la atención estándar.
√	Se recomienda desarrollar un plan asistencial integral, adaptado a las necesidades y evolución del paciente, que incorpore la atención a la comorbilidad física y psíquica, la gestión de los riesgos, especialmente los referidos a autolesiones y tentativas de suicidio, y un plan de atención a la crisis.
√	Se recomienda implicar y comprometer al paciente en su tratamiento formalizado en el establecimiento de un contrato que especifique el marco terapéutico y las responsabilidades de los profesionales, paciente y familia, si procede.

√	Se recomienda aconsejar psicoterapia, si el paciente reconoce su implicación en lo que le ocurre y manifiesta deseo de cambio. Hay que tener en cuenta su grado de deterioro y severidad, las posibilidades de mantenerse en el marco de la relación terapéutica, y la disponibilidad y posibilidades reales del equipo para ofrecer el tratamiento.
√	Se recomienda ofrecer una atención coherente y consistente, y evitar cambios frecuentes de servicio o de los profesionales designados como referentes del paciente o la familia.
√	Se recomienda proporcionar apoyo, información y formación a los equipos de AP del sector en relación a su papel en la atención a los pacientes con TLP.
Servicios de hospitalización total	
√	Se recomienda el tratamiento en un entorno ambulatorio y, en caso de situación de crisis, valorar un ingreso hospitalario (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda la hospitalización ya que puede resultar útil para el manejo de las crisis, el control del riesgo suicida y el tratamiento de los síntomas clínicos, aunque no para tratar el TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
Servicios de hospitalización parcial: hospitales de día	
C	Se recomienda ofrecer programas de psicoterapia en hospital de día para reducir las hospitalizaciones e intentos de suicidio, mejorar la estabilización psicosocial y disminuir las quejas.
C	Se recomienda el tratamiento en hospital de día para mejorar el estado de ánimo, la desregulación emocional, las conductas parasuicidas y la severidad sintomática.
√	Se recomienda un tratamiento de duración superior a 6 meses para conseguir cambios significativos en el funcionamiento global, en las relaciones interpersonales, en el funcionamiento vocacional y en la calidad de vida.
Servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral	
√	Se recomienda ofrecer intervenciones de rehabilitación cognitiva a las personas con TLP y alteración cognitiva, integradas en programas más amplios de rehabilitación psicosocial e incorporadas al plan de tratamiento.
√	Se recomienda que los equipos de rehabilitación y reinserción laboral tienen que ser flexibles y específicos, es decir, adaptados a las situaciones y necesidades de cada paciente con TLP.
√	Se recomienda a los pacientes con TLP y déficits cognitivos, su participación en programas específicos de rehabilitación neurocognitiva para mejorar los parámetros neuropsicológicos disfuncionales y aumentar las habilidades en el manejo diario, tanto en las actividades cotidianas como en la relación social y en el desempeño laboral.
√	Se recomienda que los equipos de rehabilitación y reinserción laboral deben contar con la figura del “insertor laboral”, especializado y formado en la problemática del TLP, y en estrecha coordinación con los equipos de los CSM que intervienen a nivel psicológico, psiquiátrico y social en la asistencia a esta patología.
√	Se recomienda que la vinculación a programas de reinserción y formación laboral sea incluida en el proyecto terapéutico individualizado (PTI), del paciente, y debe estar consensuado con el paciente, los profesionales y los equipos que intervienen simultáneamente en el caso.

√	Se recomienda que, en pacientes con dificultad de inserción en el mercado laboral ordinario, puede ser necesario evaluar su grado de discapacidad y facilitar la tramitación del certificado de disminución con el fin de acogerse a las prestaciones que éste ofrece.
Itinerario asistencial	
√	Se recomienda indicar tratamiento en el ámbito y dispositivo más adecuado y efectivo, según el estado del paciente.
C	Se recomienda realizar tratamientos más largos de 18 meses para conseguir cambios estables en la personalidad.
√	Se recomienda disponer de tiempo y recursos para responder adecuadamente a la demanda de los pacientes.
√	Se recomienda elaborar, consensuar e implementar protocolos que definan y diferencien claramente las funciones e indicaciones de cada dispositivo asistencial para garantizar la continuidad de cuidados entre dispositivos.
√	Se recomienda realizar un proyecto terapéutico interservicios, reflejado en un documento escrito, en el que se establezca también el compromiso del paciente
√	Se recomienda evaluar los procesos asistenciales y los resultados terapéuticos.
√	Se recomienda ofrecer programas de tratamiento ambulatorio específico para los pacientes con TLP en períodos de cierta estabilización sintomática de su trastorno. En nuestro contexto, debería estar disponible en los CSM del sector.
√	Se recomienda disponer de programas de atención específica para los pacientes con TLP, en los hospitales de día y las distintas unidades de hospitalización.
√	Se recomienda favorecer la incorporación a dispositivos formativos, o de inserción laboral o prelaboral, de los pacientes con mejoría sintomática consistente que siguen tratamiento en el CSM y no pueden acceder a recursos normalizados.
√	Se recomienda derivar a tratamiento específico en régimen de hospitalización parcial (hospital de día), si se valora la existencia de sintomatología que no mejora, hay altos niveles de estrés y ansiedad, los pacientes piden ayuda especializada, o existe alto grado de severidad que requiere mayor intensidad de intervención que la que se ofrece en el CSM.
√	Se recomienda iniciar itinerario asistencial en el hospital de día, y posteriormente, si procede, en los CSM y en servicios de rehabilitación comunitaria, con los pacientes que presenten una situación clínica pre o postcrisis, y/o un alto grado de severidad a nivel psicosocial.
√	Se recomienda realizar internamientos breves, programados, preferentemente voluntarios y focalizados en situación de crisis (unidad de agudos de sector), previa valoración de otros diagnósticos comórbidos como diagnóstico principal.
√	Se recomienda ingresar en unidades de rehabilitación hospitalaria a pacientes con mayor grado de severidad, larga evolución, mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, que sean resistentes a tratamientos previos, con escaso soporte sociofamiliar, y con discapacidad funcional para conseguir mejoras sostenidas que posibiliten posteriormente el tratamiento ambulatorio.
Programas especializados de continuidad de cuidados	
√	Se recomienda incorporar a la red asistencial programas especializados de continuidad de cuidados (PGC/TAC), para proporcionar atención a las personas con TLP de larga evolución, funcionamiento desorganizado, poco apoyo en su entorno y dificultades de vinculación a los servicios asistenciales.

Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios	
D	Se recomienda la formación clínica en TLP para mejorar las actitudes frente a los pacientes con este trastorno, tanto de los médicos de urgencias como de los de salud mental, con el objetivo de mantener actitudes positivas y respuestas empáticas.
D	Se recomienda que el abordaje a largo plazo de las patologías graves, como el TLP, se realice con dedicación y una sólida formación por parte del terapeuta y su grupo de apoyo.
√	Se recomienda disponer en cada dispositivo de profesionales expertos, con formación específica respecto al TLP: identificación de síntomas y manejo de elementos diagnósticos, principales modelos de comprensión y principales modelos de intervención (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda proporcionar espacios de supervisión llevados a cabo, preferentemente, por profesionales externos al equipo (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda conocer los límites de la medicación como modulador de la intensidad de los síntomas y la inefectividad y/o iatrogenia de los cambios de medicación en función de la inestabilidad emocional y sintomática del TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda conocer las diferentes fases en la evolución de los tratamientos y, en especial, el manejo cuidadoso de su finalización (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

1. Introducción

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

Es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente. La variabilidad de las presentaciones clínicas del TLP conlleva que sea un trastorno infradiagnosticado con una demora en su diagnóstico de 9,5 años en mujeres y de 6,5 años en hombres[1]. En consecuencia, para los afectados suele ser difícil mantener relaciones interpersonales y desenvolverse correctamente en los distintos ámbitos sociales. Las personas con TLP pueden experimentar dificultades como: significantes cambios de humor, pérdida de la confianza, conductas impulsivas y de autodestrucción, abuso de sustancias, excesiva sensibilidad y temor al rechazo y a la crítica. Cabe señalar que el suicidio es un riesgo particular del TLP, con un 8-10% de los intentos de suicidio consumados[2].

Teniendo en cuenta lo mencionado, no es de extrañar que la población con TLP haga un gran consumo de recursos sanitarios. Concretamente, el paciente con TLP usa los servicios de salud mental más que los otros grupos de pacientes de salud mental, a excepción de los esquizofrénicos, y representa el 10% de las consultas en centros ambulatorios de salud mental y en torno al 15-20% de los pacientes ingresados[2].

Actualmente, hay respuestas asistenciales diferentes y no consensuadas que comportan una gran variabilidad en la práctica clínica de los profesionales y servicios y, por ello, a nivel estatal e internacional, se han formado grupos para la investigación o la atención al paciente con TLP de los que han surgido publicaciones, protocolos, recomendaciones, etc. Por ejemplo, a nivel estatal destacan los cuadernos de salud mental sobre el TLP[3] o las monografías de Rubio Larrosa y Pérez Urdániz[1]; a nivel internacional destacan las GPC de la American Psychiatric Association (APA, 2001)[2] y la GPC del National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE, 2009)[4]. Como se puede observar, la mayor parte de estos trabajos son poco recientes, publicados antes del año 2005, y el documento más actual, la GPC del NICE (2009)[4], no se ha llevado a cabo en nuestro contexto sanitario. Se hace así patente la necesidad de elaborar una guía a nivel nacional realizada con la mejor metodología posible y basada en la mejor evidencia científica disponible para su aplicación en el SNS.

2. Alcance y objetivos

2.1. Alcance de la GPC

2.1.1. Población diana

La presente guía pretende dar respuesta al diagnóstico e intervenciones realizadas en la población con diagnósticos de TLP así como aquellas poblaciones en las que existe una presunción de dicho diagnóstico. El diagnóstico de TLP suele utilizarse en mayores de 18 años, momento en el que se considera que la personalidad ya está establecida. Aun así es posible usar este diagnóstico en menores de 18 años cuando la sintomatología propia de este trastorno se manifiesta de forma estable a lo largo de 1 año. Raramente se realiza este diagnóstico en menores de 16 años.

Esta guía se centrará en el tratamiento específico del TLP. El TLP se asocia a menudo a otras patologías como trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por estrés postraumático, trastornos de identidad disociativos y trastornos por déficit de atención, etc. Cuando se requiera recomendaciones para el tratamiento de las patologías comórbidas asociadas al TLP se aconseja recurrir a las guías de práctica clínica elaboradas para el abordaje terapéutico de las mismas.

2.1.2. Ámbito sanitario

Esta GPC incorporará recomendaciones para la atención proporcionada a la persona afectada de TLP desde los dispositivos asistenciales del SNS, particularmente los servicios especializados de salud mental como centros de salud mental infantil y juvenil, centros de salud mental de adultos, servicios de urgencias, unidades de hospitalización de agudos y subagudos, hospitales de día, comunidades terapéuticas, servicios de rehabilitación comunitaria y unidades de tratamiento específico.

2.1.3. Ámbitos clínicos e intervenciones

Las áreas clínicas que la GPC incluirá son:

a) Prevención: primaria, secundaria –detección precoz– y terciaria.

b) Diagnóstico: descripción y confirmación de los criterios diagnósticos en uso y validez de las pruebas diagnósticas.

c) Intervenciones: valoración del uso apropiado de las mismas pero también aspectos relacionados con el inicio, la duración, los efectos adversos y la discontinuidad del tratamiento.

- Intervenciones psicológicas y psicosociales: intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves, terapias psicológicas individuales y grupales, programas de terapias psicológicas, intervenciones familiares, terapia combinada, rehabilitación funcional e integración laboral.

- Tratamiento farmacológico: anticonvulsivantes, antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, ácidos grasos y naloxona.
- Organización de servicios y programas: servicios de atención primaria (AP), servicios de atención comunitaria, servicios de hospitalización total, servicios de hospitalización parcial/hospital de día, servicios de rehabilitación comunitaria, programa de continuidad de cuidados e itinerario asistencial.

2.1.4. Ámbitos e intervenciones excluidos en la guía

a) Ámbitos e intervenciones no incluidos en el SNS.

b) Intervenciones exclusivas para las condiciones comórbidas al TLP.

c) Intervenciones específicas para poblaciones especiales: poblaciones penitenciarias y personas sin hogar.

2.1.5. Resultados (finales o intermedios) de interés o relevantes en la toma de decisiones en la atención del TLP

a) Eficacia/efectividad según el tipo de intervención (psicosocial, farmacológica u otros):

- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas
- Impulsividad
- Relaciones interpersonales íntimas
- Inestabilidad afectiva
- Depresión
- Ansiedad
- Autoimagen
- Ideación paranoide
- Funcionamiento psicosocial

b) Seguridad según el tipo de intervención (psicosocial, farmacológica u otros):

- Efectos adversos
- Efectos secundarios
- Riesgos asociados

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo principal

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

2.2.2. Objetivos específicos

a) Mejorar la atención preventiva, terapéutica y rehabilitadora a las personas con TLP en los dispositivos asistenciales del SNS, en particular en los servicios especializados de salud mental.

b) Dar apoyo a los profesionales de la AP de Salud (APS) en la atención al paciente con TLP y en la toma de decisiones que conlleva la práctica clínica. Se realizará una versión que facilite su uso en este medio.

c) Facilitar a los usuarios y a sus familias información acerca de las diversas opciones terapéuticas y rehabilitadoras para la toma de decisiones informadas en aquello que afecte a su tratamiento y rehabilitación. Se realizará una versión que facilite su uso en este ámbito.

d) Promover el desarrollo de indicadores para la evaluación de la implementación en la práctica clínica de las recomendaciones establecidas en esta GPC. Se realizará una publicación posterior.

e) Establecer recomendaciones para la investigación sobre el TLP que permita avanzar en su conocimiento y manejo.

2.3. Principales usuarios

Esta GPC va dirigida a todos aquellos profesionales de la salud que tienen contacto directo o toman decisiones en relación a las personas afectadas con TLP. En concreto, esta guía está dirigida a aquellos especialistas en salud mental que se encargan del tratamiento y la atención de personas con TLP en los que se incluyen: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadores y educadores sociales y terapeutas ocupacionales y demás profesionales del SNS.

3. Metodología

La metodología empleada en la presente guía se recoge de forma detallada en el Manual Metodológico para la elaboración de GPC en el SNS[5].

3.1. Grupo de trabajo de la guía

La configuración del grupo de trabajo de la guía ha tenido en cuenta las necesidades metodológicas de la guía y de atención al trastorno que requiere esta población: asesora en metodología (n = 1), psiquiatras (n = 9), psicólogos (n = 11), enfermera (n = 1) y trabajadora social (n = 1).

A partir del grupo de trabajo de la guía, se organizó un grupo coordinador y tres subgrupos según el área de intervención, cada uno de ellos coordinado por uno o dos profesionales del mismo grupo de trabajo.

El grupo coordinador se formó por un coordinador clínico, tres coordinadoras técnicas y una asesora metodológica. Este grupo coordinador se ha encargado de la organización y de la ejecución del proceso de elaboración de la GPC, de los aspectos metodológicos, de la redacción y supervisión de la estructura y contenidos de la guía, y de su edición.

Los tres subgrupos de trabajo participaron también en el desarrollo del alcance y objetivo de la guía, las preguntas clínicas, la selección de la evidencia científica así como su lectura crítica y síntesis y en la elaboración de recomendaciones. Los coordinadores de cada uno de los subgrupos de trabajo se encargaron de su dinamización y de la comunicación con el grupo coordinador técnico.

Además de la asesoría metodológica, la AIAQS ha participado durante todo el proceso de elaboración de la guía en las siguientes tareas: búsqueda bibliográfica y gestión documental, valoración de la calidad del borrador mediante el instrumento Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE)[6], revisión del formato y edición de la guía y formación en lectura crítica de los tres subgrupos de trabajo.

3.2. Formulación de preguntas clínicas

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

1. **P**aciente: grupos de edad, fase del trastorno, presencia de comorbilidades, etc.
2. **I**ntervención: intervenciones farmacológicas, psicosociales, pruebas de diagnóstico, etc.

3. **C**omparación: alternativa al punto 2.
4. **O**utcomes o Resultados: variables de resultado consideradas de relevancia clínica para valorar la eficacia de una intervención en el caso de un tratamiento, la validez de una prueba en relación al diagnóstico, etc.

Esta guía dispone de material metodológico en formato electrónico en el que se presentan las preguntas clínicas en formato PICO.

3.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica y selección, evaluación y síntesis de la literatura biomédica

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica general de GPC y de revisiones sistemáticas (RSEC) de ensayos controlados sobre el manejo del TLP y que por características de la población, temas, intervenciones y metodología cumplieran con los objetivos y alcances de esta GPC. La búsqueda se llevó a cabo entre el 19 y el 23 de octubre de 2007 y no se establecieron límites temporales ni idiomáticos.

Además, se realizaron búsquedas específicas de ensayos controlados aleatorizados (ECA) entre diciembre de 2008 y enero de 2009 con la finalidad de encontrar evidencia relevante que pudiera responder a las preguntas clínicas establecidas y/o complementar la búsqueda general anterior. No se establecieron límites temporales ni idiomáticos. La búsqueda se completó con la revisión manual de la bibliografía de los documentos incluidos, la consulta de páginas web de las asociaciones y sociedades científicas más relevantes de ámbito nacional e internacional y la revisión de los documentos facilitados por el grupo de trabajo de la guía y los revisores externos.

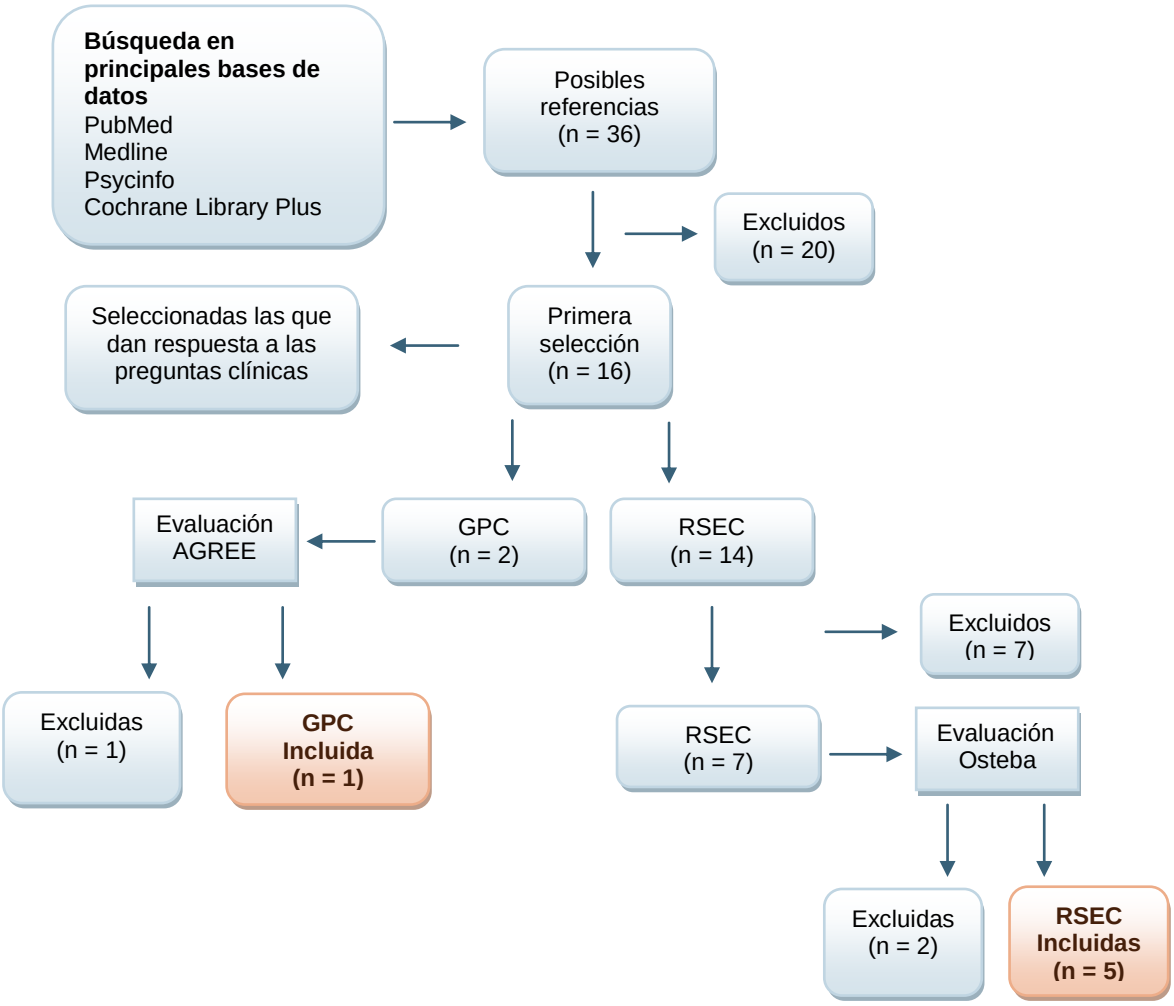
Posteriormente, se realizó una actualización de la búsqueda bibliográfica general de GPC y RSEC en mayo de 2010 (ver Anexo 2).

En aquellos casos en que no se localizaron ECA sobre una determinada intervención de la cual se tenía conocimiento que se estaba aplicando en nuestro contexto sanitario, se ampliaron las búsquedas incluyendo estudios de menor calidad metodológica, estudios de cohortes y cuasi-experimentales. En tales casos, dicho procedimiento ha quedado recogido en los apartados correspondientes de la guía.

Se asumió como punto de partida toda aquella literatura biomédica seleccionada y analizada en la GPC del NICE (2009)[4] la cual se complementó con la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía siguiendo el procedimiento descrito antes.

Tal y como aparece en la Figura 1, en la búsqueda general se encontraron 36 posibles referencias. En relación a guías de práctica clínica, en la primera selección se identificaron dos GPC sobre el tratamiento del TLP[2,4]. Para valorar su calidad metodológica, tres evaluadores independientes utilizaron el AGREE y, posteriormente, se procedió al análisis y síntesis de las recomendaciones de la única GPC seleccionada (ver Anexo 2).

Figura 1. Estrategia de búsqueda y selección de GPC y RSEC



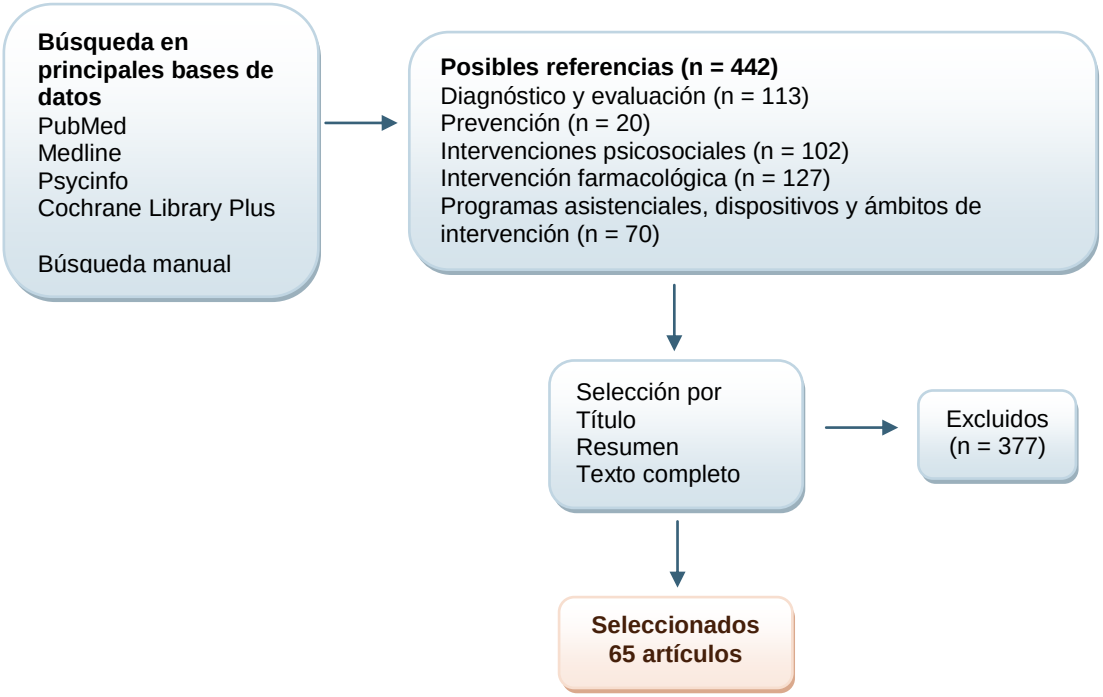
La valoración AGREE[6] de la GPC de la American Psychiatric Association (2001)[2] señalaba la necesidad de modificaciones para poderla incluir. Además, su fecha de publicación era bastante anterior (2001) a la de la GPC del NICE (2009)[4]. Finalmente, se seleccionó la GPC del NICE (2009)[4] teniendo en cuenta este aspecto que, además, obtuvo una valoración máxima en el AGREE[6]. Ver Anexo 2.2 (valoración de la calidad de las GPC según instrumento AGREE).

En relación a las RSEC de ensayos controlados aleatorios, se identificaron 14 posibles documentos. En un primer cribado, se desestimaron dos documentos por idioma (diferente al inglés o al español) y uno por tipo de publicación (libro). De los 11 restantes, sólo siete cumplían los criterios de RSEC y fueron evaluados con las plantillas de lectura crítica del software informático de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, conocida como Osteba, (FL crítica versión 1.0.7 Osteba)[7]. Cabe señalar que, a través de este software, dos evaluadores entrenados, según la modalidad de intervención, valoraron la calidad de las diferentes RSEC con plantillas de lectura crítica informatizadas. Dichas revisiones se incorporaron a cada uno de los apartados de la GPC correspondientes. Los cuatro documentos restantes fueron excluidos por no constituir RSEC.

En cuanto a la búsqueda centrada en ECA, se identificaron en un primer momento un total de 432 referencias de las que finalmente se seleccionaron un total de 65 (ver Figura 2). Posteriormente, dos evaluadores entrenados valoraron los artículos seleccionados mediante las plantillas de lectura crítica del software informático Osteba (FL crítica versión 1.0.7 Osteba)[7] y establecieron el nivel de evidencia correspondiente siguiendo la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network o SIGN modificado[8] (ver apartado Niveles de evidencia y grados de recomendación).

Los datos así obtenidos se estructuraron en tablas de evidencia para la posterior elaboración de recomendaciones. En aquellos casos en que se recurrió a estudios de menor calidad, estudios de cohortes y cuasi-experimentales, se procedió también a asignarles los niveles correspondientes de la citada clasificación del SIGN[8] (ver apartado Niveles de evidencia y grados de recomendación). Cabe señalar que la GPC del NICE (2009)[4] utilizó esta misma clasificación para la asignación de niveles de evidencia, lo que facilitó que éstos fueran asumidos para la elaboración de la presente GPC.

Figura 2. Estrategia de búsqueda de ECA



En cada uno de los apartados y para la síntesis de la evidencia se contó con las aportaciones de la GPC del NICE (2009)[4], los resultados de la búsqueda sistemática llevada a cabo por la AIAQS y las aportaciones del grupo de trabajo de la guía así como de los revisores externos. En cada uno de los apartados se presentan las características principales de cada estudio seleccionado en formato de tablas.

3.4. Elaboración de recomendaciones

Para la formulación de las recomendaciones se procedió a elaborar un juicio razonado considerando los siguientes aspectos clave en relación a las intervenciones seleccionadas:

- Cantidad, calidad y consistencia de la evidencia científica disponible
- Posibilidad de generalizar los resultados
- Aplicabilidad
- Impacto clínico

Para ponderar todos estos aspectos se utilizó la plantilla para la elaboración de recomendaciones mediante evaluación formal o juicio razonado del manual metodológico de GuíaSalud[5] (ver Anexo 3). Teniendo en cuenta todos estos aspectos, las recomendaciones se acompañaron de la correspondiente gradación de las tablas del SIGN[8] modificado (ver apartado Niveles de evidencia y grados de recomendación).

En ausencia de evidencia científica suficiente, el grupo de trabajo de la guía decidió recomendar actuaciones prácticas que consideró que debían formar parte del buen quehacer de los profesionales. Estas recomendaciones se recogen acompañadas del símbolo (√), como práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo de trabajo. En aquellas situaciones en las que no se ha detectado evidencia científica se ha optado por sombrear en color gris la casilla que corresponde a la gradación de las recomendaciones.

Cuando hubo evidencias controvertidas o falta de evidencia se recurrió al consenso del grupo de trabajo de la guía (según técnica informal) para formular recomendaciones. Cuando la evidencia disponible sobre un tema de especial interés no resultó suficiente, se sugirieron recomendaciones para la investigación.

La versión final de la guía completa ha sido revisada y aprobada por todo el grupo de trabajo de la guía.

3.5. Revisión externa de la GPC

Una vez obtenida la versión completa del borrador de la guía elaborada por el grupo de trabajo de la guía se procedió a su revisión externa por parte de sociedades científicas del ámbito de la salud mental a las que se hizo llegar la solicitud de revisión de la guía y expertos seleccionados por el grupo de trabajo de la guía teniendo en cuenta su experiencia y reconocimiento en el campo asistencial y científico.

El grupo de trabajo de la guía revisó los comentarios y sugerencias aportadas por los revisores externos y la adopción o no de dichos comentarios fue responsabilidad del grupo de trabajo de la guía, si bien no se comunicó a los revisores el resultado final de dicha valoración. Una vez finalizada la guía se volvió a enviar de nuevo a los revisores externos

para que confirmaran su acuerdo con la versión final de la misma y dieran su consentimiento a aparecer como revisores externos.

3.6. Actualización de la GPC

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

Para su actualización se seguirá la metodología propuesta por GuíaSalud.

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

Preguntas para responder

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

4.1. Definición y evolución del concepto

El TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos[2,9].

La heterogeneidad de la presentación clínica del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad han derivado en una gran cantidad de términos y en un desacuerdo entre los distintos autores en cuanto a los atributos esenciales que caracterizan esta entidad[10]. Stern en 1938 fue el primero en utilizar el término borderline en una publicación psicoanalítica para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las categorías neuróticas o psicóticas denominándolos “grupo límite de la neurosis”[11]. En los años posteriores diferentes autores utilizaron distintos términos para referirse a estos pacientes: “esquizofrenia ambulatoria”[12], “esquizofrenia pseudoneurótica”[13], “carácter psicótico”[14] u “organización borderline de la

personalidad"[15]. El estado actual del concepto "borderline" puede sintetizarse en función de las distintas concepciones sobre el trastorno. Se lo ha considerado, dentro del espectro del desorden esquizofrénico, como una forma grave de una organización estructural de la personalidad[15], como una forma específica de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos[16], dentro de los trastornos afectivos[17], como un trastorno de los impulsos[18]; y, en los últimos años, como una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático por la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos[19].

En 1980 se incorpora por primera vez el "trastorno límite de la personalidad" como entidad definida en el DSM-III[20]. A pesar de las numerosas críticas y propuestas alternativas, este término se ha mantenido en posteriores revisiones incluido el actual DSM-IV-TR[9]. En la CIE-10 finalmente se incorporó como "trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad" con dos subtipos: límite e impulsivo[21].

4.2. Epidemiología, curso clínico y pronóstico

El estudio epidemiológico de los trastornos de la personalidad es especialmente complejo, debido, entre otros factores, a la diversidad de instrumentos de evaluación para identificar el trastorno, y la existencia de un elevada comorbilidad. Existe además dificultad al comparar los datos obtenidos en diferentes épocas y países y con metodologías completamente distintas. Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP[22]. En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas[9] y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1[23]. Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio[24].

Hay muy pocos estudios sobre la prevalencia del TLP en personas jóvenes. Afecta entre el 0,9-3% de la población comunitaria menor de 18 años[25,26]. Si se aplican umbrales más bajos de presencia de síntomas, el porcentaje aumenta hasta entre el 10,8-14%[26,27]. Chanen et al. citan[28] datos que sugieren una tasa de prevalencia del 11% en pacientes ambulatorios adolescentes. En un estudio más reciente del mismo grupo se sugiere una tasa del 22% en pacientes ambulatorios[29]. Grilo et al[30] publican una tasa de prevalencia del 49% en adolescentes hospitalizados. Estas cifras, obtenidas de un número de estudios limitado, deberán confirmarse con posteriores estudios.

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

conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo.

En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral[31-33]. Zanarini et al[33] llevaron a cabo un estudio que incluía el seguimiento a 6 años de 362 pacientes ingresados con trastorno de la personalidad con el objetivo de realizar un estudio longitudinal de la fenomenología sindrómica y subsindrómica del TLP. De los 362 pacientes evaluados, 290 cumplieron criterios diagnósticos de TLP. De los pacientes con TLP, 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. Sólo el 5,9% de estos pacientes 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.

Los diferentes estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares[34-36]. Todos mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas pero dentro del rango de la normalidad. Paris et al[34] encontraron que sólo el 25% seguían cumpliendo criterios para el TLP pero con mejoría en todas las áreas. Aunque con mejor funcionamiento global, continúan presentando cierto grado de disfunción en distintas áreas y entre el 8 y el 10% fallecen por suicidio consumado, siendo la mayor tasa en los primeros 5 años. En un estudio de seguimiento a 27 años, Paris[32] señala que la mayoría de pacientes funcionaban aún mejor que la valoración a los 15 años, sólo un 8% de los pacientes cumplía criterios para TLP y un 22% cumplía criterios para trastorno distímico. Aunque las características del trastorno pueden estar presentes a lo largo de la vida de las personas con TLP, la intensidad sintomatológica puede variar. Por lo tanto, estos estudios ponen en entredicho la estabilidad en el tiempo del diagnóstico de TLP dado que, si los pacientes mejoran, ya no cumplen criterios diagnósticos.

4.3. Etiología

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

El conocimiento del que disponemos hoy en día 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.

4.3.1. Vulnerabilidad genética

Estudios en gemelos sugieren que el factor de heredabilidad del TLP es de 0,69[37], es decir, que la influencia genética en el TLP es del 69%. Aun así, es probable que los rasgos asociados a la agresión impulsiva y a la disregulación del estado de ánimo, y no tanto el propio trastorno límite de la personalidad, sean hereditarios. La evidencia actual sugiere que la influencia genética en los trastornos de la personalidad en general, no concretamente en el TLP, actúa a nivel tanto individual como en asociación a factores ambientales anómalos[38,39].

4.3.2. Alteración de los neurotransmisores

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

Existe poca evidencia sobre la influencia de las catecolaminas (los neurotransmisores noradrenalina y dopamina) en la disregulación del afecto[40,41].

Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la fenomenología del TLP son la acetilcolina[42], la vasopresina[43], el colesterol[44], y los ácidos grasos[45], así como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal[46].

4.3.3. Disfunción neurobiológica

En el TLP se han descrito evidencias de un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. Estas áreas son la amígdala[47], el hipocampo[48] y las regiones orbitofrontales[49-51]. Las personas con TLP muestran una mayor actividad en la corteza prefrontal, dorsolateral y en la cuña, y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso[52]. Asimismo, también se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas[53] o rostros emocionales[54].

4.3.4. Factores psicosociales

En estudios de familias se han identificado varios factores que pueden ser importantes en la aparición del TLP como, por ejemplo, la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares. La evidencia reciente también sugiere que la negligencia así como la falta de implicación emocional[55] por parte de los cuidadores, tienen repercusiones y pueden contribuir a las dificultades de socialización del niño y, tal vez, al riesgo de suicidio.

En un mismo contexto familiar pueden producirse abusos físicos, sexuales y emocionales de forma concurrente. La incidencia de estos malos tratos es muy alta en las personas con TLP[56]. Zanarini et al[57] publicaron que el 84% de quienes sufren un TLP describen de forma retrospectiva una experiencia de malos tratos psíquicos y negligencia por parte de ambos

progenitores antes de cumplir los 18 años. La negación emocional de sus experiencias por parte de quienes cuidaban de ellos es un predictor de TLP. Los malos tratos, por sí solos, no son ni necesarios ni suficientes para que una persona sufra TLP, y es probable que los factores predisponentes y las características contextuales de la relación progenitor-hijo sean factores que influyen en su aparición. Los estudios que han analizado el contexto familiar del trauma infantil en el TLP tienden a considerar que el principal facilitador de los malos tratos y la disfunción de la personalidad es un entorno familiar inestable y poco favorable para el desarrollo de la persona[58-61].

4.3.5. Proceso de apego

Son muchas y muy diversas las referencias bibliográficas sobre la relación entre los procesos de apego y la aparición del TLP[62-66]. Pese a que no existe una relación evidente entre el diagnóstico de TLP y una categoría de apego concreta, el trastorno está muy asociado a un apego inseguro (sólo en el 6-8% de los pacientes con TLP se codifica el apego como "seguro")[63]. Fonagy et al[67] sugieren que los efectos adversos derivados de relaciones de apego inseguro y/o desorganizado se deben a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización.

Esta formulación del apego concuerda con la importancia del entorno familiar invalidante descrito por Linehan[68] que incluye las experiencias emocionales negativas, la simplificación de la resolución de problemas, la negligencia, el apego inseguro, el abuso físico, sexual y emocional así como el trauma. Linehan[68] sitúa este factor en la génesis del TLP, idea que desarrollaron posteriormente Fruzzetti et al[69,70]. La persona que sufre TLP describe tensión y malestar familiar, y ansiedad y problemas psicológicos propios. También, refiere problemas relacionados con la cognición social, concretamente con la capacidad de identificar y diferenciar las emociones que siente la propia persona y las que sienten los demás. Junto con otros aspectos que contribuyen a la compleja interacción descrita como invalidante, existe por parte del entorno familiar un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene la persona en su propia mente.

4.4. Diagnóstico e instrumentos de evaluación

Los trastornos de la personalidad probablemente están entre los trastornos mentales más complejos de evaluar. El diagnóstico requiere del clínico la detección de un conjunto de rasgos, síntomas y conductas considerablemente más amplio y heterogéneo que para cualquier otro trastorno. Exige, además, la valoración adicional de la duración de esos criterios diagnósticos, de su inflexibilidad e invasividad, de su independencia de estados psicopatológicos del eje I, y del grado en que producen malestar emocional y deterioro funcional en distintos ámbitos de la vida. A esto se añade que los pacientes con trastorno de la personalidad no siempre son buenos informadores de sus propias peculiaridades.

En nuestro medio, se utilizan para el diagnóstico de los trastornos mentales tanto la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud, adaptación española del International statistical classification of diseases and related health problems en su versión CIE-10[71], como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, adaptación española del Diagnostic and statistical manual of mental disorders en

su versión DSM-IV-TR[72]. Por ello, se incluyen las tablas con los criterios pertenecientes a ambas clasificaciones (ver Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación y criterios en base a la CIE-10[71] (Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad) y el DSM-IV-TR[73] (Trastorno Límite de la Personalidad)

CIE-10	DSM-IV-TR
F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad **F60.30 Tipo impulsivo** A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60). B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2): 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata. 5) Humor inestable y caprichoso. **F60.31 Tipo limítrofe (borderline)** Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60). Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes: 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales). 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales. 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados. 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión. 5) Sentimientos crónicos de vacío.	**Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)** Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). 7) Sentimientos crónicos de vacío. 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

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

Diagnosticar el TLP en la adolescencia es relevante ya que está asociado a una morbilidad grave que parece perdurar décadas.[61] El problema de la estabilidad del diagnóstico, ya comentado en el Apartado 4.2, influye en la identificación, el diagnóstico y el tratamiento del TLP en jóvenes, período de importantes cambios en el desarrollo. Existe cierta evidencia de que el diagnóstico es estable entre el 21 y el 40% de los jóvenes durante un período de 2-3 años[29,74]. Sin embargo, otros estudios muestran las posibilidades de recuperación del trastorno y aconsejan tener precaución al realizar el diagnóstico de TLP en jóvenes, por el

estigma asociado al mismo[74]. En la práctica clínica habitual, el diagnóstico de TLP no suele hacerse antes de los 13 años sino más bien después de los 16 y siempre y cuando el diagnóstico se haya manifestado a lo largo de 1 año. El DSM-IV permite el diagnóstico de los trastornos de la personalidad para los menores de 18 años, con excepción del trastorno antisocial de la personalidad.

Atendiendo a dichas controversias y a la falta de evidencia en cuanto a la estabilidad de la sintomatología del TLP en la adolescencia, se recomienda:

Recomendaciones

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

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

La complejidad del diagnóstico hace aconsejable el uso de instrumentos estandarizados que complementen la evaluación clínica. En efecto, la entrevista clínica no estructurada, que se basa en la experiencia del profesional y es el método más extendido de diagnóstico, carece de exhaustividad y de fiabilidad[75-77]. Esa complejidad explica también la existencia de una amplia variedad de instrumentos con diferentes enfoques y formatos, y el hecho de que ninguno de ellos sea totalmente satisfactorio. Revisiones más completas, que profundizan en las características de cada instrumento, pueden encontrarse en Clark[78], McDermut[79] o Torrubia[80]. En este apartado se recogen algunos de los instrumentos más utilizados para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad según los siguientes criterios:

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

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

4.4.1.1. Instrumentos basados en la clasificación DSM

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

- Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV[81] (DIPD-IV)
- Examen internacional de los trastornos de la personalidad[82] (IPDE)

- Personality disorder interview-IV[83] (PDI-IV)
- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-eje II[84] (SCID-II)
- Structured interview for DSM-IV personality[85] (SIDP-IV)

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

- Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada[86] (DIB-R)
- Zanarini rating scale for borderline personality disorder[87] (ZAN-BPD)

Las entrevistas semiestructuradas presentan algunas ventajas sobre los cuestionarios autoinformados. Permiten recoger respuestas más complejas, interpretar síntomas vagos o inconsistentes, y reducir al mínimo las respuestas incompletas. Son por ello particularmente útiles si la credibilidad y la validez del diagnóstico pueden ser cuestionadas, como en los peritajes forenses. También parecen discriminar mejor entre rasgos de personalidad y trastornos del eje I,[88,89] aunque no son totalmente inmunes a distorsiones causadas por estados psicopatológicos transitorios. No parece haber por otra parte ventajas apreciables de unas entrevistas sobre otras en cuanto a su calidad, ya que todas ellas presentan propiedades psicométricas aceptables[90]. Las entrevistas Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV – eje II (SCID-II)[84,91], Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE)[82,92,93] y Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV)[85] han sido las más utilizadas, y por tanto sus propiedades psicométricas son mejor conocidas.

Pese a ser consideradas el estándar diagnóstico, las diferentes entrevistas presentan un pobre acuerdo entre sí[94]. Sin embargo, el mayor inconveniente de las entrevistas semiestructuradas es su coste en términos de tiempo del profesional. Los instrumentos para un solo trastorno como la Entrevista diagnóstica para el trastorno límite – revisada (DIB-R)[86,95,96] y la Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD)[87] son más breves, pero presuponen el conocimiento previo del diagnóstico y obvian el hecho de que no existen pacientes con TLP “puros”: éstos suelen cumplir criterios para uno o más trastornos adicionales que pueden ser clínicamente importantes. Por el contrario, las entrevistas multitrastorno tienen una cobertura máxima del ámbito de la personalidad y reducen el riesgo de que la evaluación desatienda rasgos relevantes, pero requieren una inversión de entre una y cuatro horas. Su uso se ha limitado por tanto a la investigación[97], y carecen de utilidad clínica.

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

- Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III[98] (MCMI-III; Millon)
- Cuestionario diagnóstico de la personalidad-4+[99] (PDQ-4+)
- Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2[100] (MMPI 2-PD)

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

- Borderline symptom list[101] (BSL-95)
- McLean screening instrument for borderline personality disorder[102] (MSI-BPD)

Los cuestionarios autoinformados tienen una mayor utilidad en la práctica clínica que las entrevistas semiestructuradas. Ahorran tiempo del profesional, permiten una amplia utilización, reducen la defensividad en las respuestas y, debido a su mayor estandarización, suelen presentar propiedades psicométricas superiores. Igualmente, mientras las entrevistas carecen de datos normativos, es decir, no permiten valorar en qué medida un sujeto se aleja de la población general en cuanto a la intensidad de sus rasgos, sí los tienen la mayor parte de los cuestionarios: Coolidge axis II inventory (CATI)[103-105], Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III)[98], Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2 (MMPI 2)[100,106], OMNI[107], Personality assessment inventory (PAI)[108-110] o Wisconsin personality inventory (WISPI)[111,112].

Los cuestionarios no están libres de desventajas. La principal es que no permiten asegurar, en el mismo grado que la entrevista, que los resultados reflejan realmente el funcionamiento a lo largo de la vida sin contaminación del estado psicopatológico actual. Sin embargo, no disponemos de otra evidencia sobre la supuesta superioridad diagnóstica de la entrevista. En el caso específico del TLP, ambos formatos muestran un bajo acuerdo, pero ninguno de ellos parece tener mayor validez predictiva que el otro[113].

Por otra parte, los cuestionarios y entrevistas basados en DSM presentan desventajas comunes que se derivan, no del formato del instrumento, sino del modelo subyacente[114]. La taxonomía oficial del DSM no es exhaustiva, abarca sólo el 40% de los problemas de la personalidad más frecuentes en la clínica[115]. Los constructos diagnósticos proceden de la observación no sistemática y de las opiniones de expertos, por lo tanto carecen de base empírica. En consecuencia, estos constructos son heterogéneos, compuestos por rasgos que no covarían especialmente, y presentan importantes solapamientos entre sí que producen dilemas clasificatorios. Esa carencia de validez discriminante entre los trastornos de la personalidad del DSM no permite el diagnóstico diferencial. Por último, la propia naturaleza categórica de los diagnósticos contradice el hallazgo bien establecido de que los rasgos de la personalidad son continuos. Así, pese a ser todavía la taxonomía oficial para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, el DSM se ha llegado a considerar científicamente insostenible[116].

En el caso de la evaluación de la población joven, la utilización de escalas y cuestionarios puede ser de utilidad en muchos casos. Entre ellas tenemos el Instrumento de cribado de Mc Lean para TLP, McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD)[102], el Cuestionario de personalidad borderline, Borderline personality questionary (BPQ)[117,118], la Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV – eje II, Structured clinical interview for DSM-IV axis II (SCID-II)[84,91] y el Procedimiento de valoración de Shedler y Westen para adolescentes, Shedler-Westen assessment procedure for adolescents (SWAP-A)[119], que han mostrado buena sensibilidad en el diagnóstico del TLP en jóvenes[120].

4.4.1.2. Instrumentos basados en modelos dimensionales

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

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

- Cuestionario para los cinco grandes factores NEO-PI-R[121]
- Cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman[122] (ZKPQ)
- Inventario de temperamento y carácter[123] (TCI y TCI-R)
- Cuestionario básico para la evaluación dimensional de la patología de la personalidad[124] (DAPP-BQ)

Aunque con orígenes muy diversos, estos instrumentos muestran mayor congruencia entre sí, y de hecho coinciden en medir un número limitado de dimensiones básicas de la personalidad que parecen ser universales: neuroticismo o emocionalidad negativa, extraversión o emocionalidad positiva, afiliación frente a dureza, y responsabilidad-control[125,126].

Los modelos dimensionales presentan claras ventajas respecto a la taxonomía oficial. Reflejan de forma más fiel la naturaleza continua de los rasgos de la personalidad, que se distribuyen en la población siguiendo una curva normal. Su estructura multifactorial no produce dilemas diagnósticos. La normalidad y la patología se entienden como puntos en un continuo más que como fenómenos cualitativamente distintos, considerándose los trastornos de la personalidad variaciones extremas de rasgos de la personalidad normales[127]. Su mayor validez externa permite también que instrumentos como el Inventario de temperamento y carácter (TCI)[123,128-131] o el Cuestionario para los cinco grandes factores (NEO PI-R)[121,132,133] puedan ser utilizados para guiar decisiones sobre el tratamiento más allá de lo que proporciona un diagnóstico de trastorno de la personalidad[90]. Por último, son modelos de mayor calidad científica, y sus instrumentos suelen presentar propiedades psicométricas más adecuadas que los categóricos (ver Widiger y Trull[134], para una revisión).

Pese a su clara superioridad, los modelos dimensionales no han llegado todavía a sustituir a los sistemas taxonómicos al uso. Sus principales inconvenientes son la pervivencia de ciertos desacuerdos sobre cuántas y cuáles son las dimensiones básicas de la personalidad y el carecer del concepto de “trastorno”, que sugiere al clínico la existencia de malestar o disfunción tributarios de tratamiento. De hecho, muchos de ellos se focalizan en la variación normal de la personalidad, y no cubren por tanto los extremos más patológicos de las dimensiones. Esto no se cumple, sin embargo, para cuestionarios como Dimensional assessment of personality pathology – Basic questionnaire (DAPP-BQ)[135-137] y Schedule for

nonadaptive and adaptive personality (SNAP)[138-140], que parten de la descripción de rasgos patológicos, y sirven de puente entre los modelos dimensionales tradicionales y la clasificación psiquiátrica.

4.4.1.3. Instrumentos de valoración del riesgo de suicidio y autolesiones

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

Las conductas suicidas y autolesivas en el TLP son las que más alarman a la familia y al clínico. Paradójicamente preocupan poco al propio paciente, que suele presentar ideación suicida desde una edad muy temprana y que utiliza las autolesiones para regular sus estados emocionales aversivos[141]. La ideación y las conductas suicidas y autolesivas deben explorarse en estos pacientes directa y exhaustivamente. Algunas recomendaciones sobre la evaluación y el abordaje del riesgo suicida y las autolesiones pueden encontrarse en textos específicos[4,73,142-144] y en el Apartado 7 de la presente guía que se centra en la gestión de la crisis y, específicamente, en la atención a la conducta de riesgo suicida.

Entrevistas como la Self-Injurious thoughs and behaviors interview[145] (SITBI), la Suicide attempt self-Injury interview[146] (SASII) o la Functional assessment of self-mutilation[147] (FASM) pueden resultar de gran utilidad al facilitar una recogida de datos más sistemática y sin omisiones. La elección del instrumento dependerá del propósito de la evaluación. Las dos primeras valoran pensamientos y conductas suicidas y autolesivas incluyendo frecuencia, grado de planificación, método, letalidad, propósito, facilitadores, atribución de causas, o probabilidad percibida de reincidencia. La Functional assessment of self-mutilation[147] (FASM) es más breve y se limita a las autolesiones no suicidas. Todas ellas recogen información de probable utilidad para la conceptualización del caso y la planificación del tratamiento. La Suicide attempt self-injury interview[146] (SASII) fue específicamente construida para pacientes con TLP, y sus propiedades han sido extensamente estudiadas en esta población. Por último, escalas más generales, como la Escala de ideación suicida[148] (SSI), tienen una amplia utilización y un sólido apoyo empírico, pero no registran autolesiones.

Lo mismo puede decirse de algunos instrumentos de autoinforme como la Beck suicidal ideation scale[149] (BSIS), que es la versión autoinformada de la Escala de ideación suicida[148,150] (SSI), y el Suicidal behaviors questionnaire[151] (SBQ). Aunque los autoinformes son en general más sensibles que las entrevistas y ambos instrumentos reúnen adecuadas propiedades psicométricas, sólo inquieren sobre pensamientos y conducta suicida. Una completa revisión de instrumentos de evaluación de suicidio y autolesiones puede encontrarse en Nock et al[152].

4.4.1.4. Instrumentos de valoración de gravedad y cambio

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

Los instrumentos dirigidos a evaluar los criterios generales y la desadaptación en los trastornos de la personalidad son escasos y de publicación reciente. La Multidimensional personality disorder rating scale[153] (MPDRS) es una entrevista estructurada que recoge los mencionados criterios generales del DSM. Desde otra perspectiva, el Severity index of personality problems[154] (SIPP-118) es un autoinforme que valora la presencia y la gravedad de un trastorno de la personalidad mediante la medida de algunos componentes nucleares del funcionamiento desadaptativo, como la capacidad de ejercer control sobre impulsos y emociones, de desarrollar un sentido de identidad o de mantener relaciones gratificantes y duraderas. Ambos instrumentos han obtenido inicialmente buenas propiedades psicométricas y se han propuesto como evaluación alternativa o suplementaria de los umbrales diagnósticos para los trastornos de la personalidad.

Otros instrumentos como la entrevista Objective behavioral index[155] (OBI) y el autoinforme Borderline evaluation of severity over time[156] (BEST) evalúan la presencia de indicadores de mal funcionamiento como suicidio, pérdidas de control, o uso de servicios sanitarios, que sean útiles para registrar tanto la gravedad como el cambio a lo largo del tiempo o secundario al tratamiento. A este respecto también el Severity index of personality problems[154] (SIPP-118) ha mostrado sensibilidad a los cambios adaptativos de personalidad después del tratamiento a medio y largo plazo.

Por último, se han llevado a cabo intentos de registrar cambios no tanto en el grado de disfunción como en los propios rasgos de la personalidad. El acento de la mayor parte de instrumentos en evaluar rasgos estables a lo largo de la vida los hacen en general poco adecuados para evaluar el cambio. Una excepción es la escala heteroaplicada Clinical global impression scale for borderline personality disorder[157] (CGI-BPD) que registra tanto la presencia como los cambios en los criterios de TLP y recoge la impresión clínica general. La Diagnostic interview for DSM-IV personality disorders[158,159] (DIPD) dispone también de una versión modificada para obtener una evaluación a lo largo del seguimiento del funcionamiento de la personalidad[160], y algunos instrumentos como la Borderline symptom list (BSL)[101], el Questionnaire of thoughts and feeling[161] (QTF) y la Zanarini rating scale for borderline personality disorder[87] (ZAN-BPD) han mostrado sensibilidad al cambio, aunque en estudios con muestras reducidas.

Se ha señalado, por otra parte, que el cambio, cuando se produce, suele incumbir a componentes específicos del trastorno como la suicidalidad o la inestabilidad, más que al constructo global[162]. Se ha sugerido, por tanto, que serán de mayor utilidad los instrumentos capaces de medir esos componentes, tal como hacen la Dimensional assessment of

personality pathology – basic questionnaire[135-137] (DAPP-BQ) y la Schedule for nonadaptive and adaptive personality[138-140] (SNAP).

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

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

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

- Entrevista diagnóstica para lostTrastornos de la personalidad del DSM-IV[159] (DIPD-IV)
- Examen internacional de los trastornos de la personalidad[93] (IPDE)
- Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad[91] (SCID-II)
- Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada[95] (DIB-R).

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

- Cuestionario diagnóstico de la personalidad[163] (PDQ-4+)
- Inventario clínico multiaxial de Millon-III[164] (MCMI-III)
- Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2[106] (MMPI 2-PD)
- Inventario de trastornos de la personalidad de Wisconsin[165] (WISPI-IV).

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

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

- Inventario de personalidad NEO – revisado[121] (NEO PI-R)
- Inventario de temperamento y carácter-revisado[131] (TCI-R)
- Escala de susceptibilidad al castigo y susceptibilidad a la recompensa[166] (SCSR)

- Zuckerman-Kulhman personality questionnaire[167] (ZKPQ)
- Cuestionario de personalidad de Eysenck-revisado[168] (EPQ-R).

Algunos instrumentos de patología dimensional tienen igualmente validación castellana:

- Evaluación dimensional de la patología de la personalidad-cuestionario básico[137] (DAPP-BQ)
- Personality psychopatology five[130] (PSY-5)
- Lista de adjetivos de la personalidad[169] (PACL)

Cabe señalar en cambio la ausencia de algunos autoinformes que han recibido gran atención en otros medios, como la Schedule for nonadaptive and adaptive personality[139] (SNAP) y el Inventory of interpersonal problems – personality disorder[170] (IIP-PD). No cuentan tampoco con validación española ninguno de los instrumentos basados en la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad: Questionnaire of thoughts and feelings[161] (QTF), Personality disorder beliefs questionnaire[171] (PDBQ), y el Personality belief questionnaire[172] (PBQ). El Cuestionario de esquemas de Young[173] (YSQ) ha sido traducido, pero no se ha publicado estudio de validación.

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

- Escala de impulsividad de Barratt[174] (BIS-11)
- Escala de búsqueda de sensaciones[175] (SSS-V)
- Inventario de hostilidad de Buss-Durkee[176] (BDHI).

En cambio, la única entrevista con validación española es el Listado de psicopatía-revisado[166] (PCL-R), que evalúa el constructo de psicopatía de Hare R. D[177].

No se han encontrado adaptaciones a nuestro medio de las pruebas que evalúan conducta suicida y autolesiva, sean entrevistas o cuestionarios: la Self-Injurious thoughs and behaviors interview[145] (SITBI), la Suicide attempt self-Injury interview[146] (SASII), la Functional assessment of self-mutilation[147] (FASM) o el Suicidal behaviors questionnaire[151] (SBQ). La excepción son las escalas de ideación suicida de Beck en formato de entrevista[148] (SSI) y el autoinforme Beck suicidal ideation scale[149] (BSIS). Sin embargo, para ninguna de las dos se ha encontrado publicada la validación.

4.4.1.6. Pruebas diagnósticas para valorar el cambio en la sintomatología

No se ha encontrado adaptación castellana para instrumentos como el Objective behavioral index[155] (OBI), la Borderline evaluation of severity over time[156] (BEST) o el Severity index of personality problems[154] (SIPP-118), específicamente diseñados para evaluar la gravedad y el cambio en el TLP. Lo mismo podemos decir de la versión modificada de la Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad de DSM-IV[160] (DIPD-IV), la Borderline symptom list[101] (BSL), el Questionnaire of thoughts and feeling[161] (QTF) o la Zanarini rating scale for borderline personality disorder[87] (ZAN-BPD), que en su versión original han mostrado sensibilidad al cambio, al menos de manera preliminar.

Sí contamos con la Impresión clínica global para pacientes con TLP[157] (ICG-TLP), desarrollada en nuestro medio. Esta entrevista valora tanto la intensidad de los criterios del TLP como los eventuales cambios producidos tras el tratamiento, y permite al clínico dar una impresión general de la gravedad del cuadro. Hay también versión castellana de la Evaluación dimensional de la patología de la personalidad[137] (DAPP-BQ), que se ha recomendado por ofrecer una valoración más específica de los subcomponentes de los trastornos de la personalidad.

Recomendaciones generales para el diagnóstico y la evaluación

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

4.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

4.4.2.1. Diagnóstico diferencial

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

Algunas características del TLP coinciden con las de los trastornos del estado de ánimo. Síntomas como la inestabilidad afectiva y la impulsividad pueden estar presentes en el TLP y en el trastorno bipolar II, aunque en el trastorno límite las variaciones en el estado de ánimo están muy influenciadas por incidencias en las relaciones interpersonales y la duración del estado de ánimo es menor que en el trastorno bipolar[2]. Asimismo puede ser

difícil diferenciar el trastorno distímico del TLP, porque la disforia crónica es muy frecuente en los pacientes con este trastorno. Son especialmente característicos en este trastorno los síntomas depresivos que comportan sentimientos de vacío, autorreproches, miedo al abandono, desesperanza, autodestructividad y conductas suicidas reiteradas. La similitud sintomatológica entre diferentes trastornos así como la coexistencia con otros hace que el diagnóstico diferencial de los pacientes con TLP sea particularmente complejo. Si se cumplen criterios para más de una patología, se han de hacer constar los diagnósticos pertinentes.

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

4.4.2.2. Comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos

Dada la amplia variedad de síntomas clínicos, hay que señalar la elevada probabilidad de presentar trastornos comórbidos. Respecto a los trastornos afectivos, las tasas de trastornos depresivos en pacientes con TLP oscilarían entre el 40 y el 87%, siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico de eje I más común[178]. En diferentes trabajos se muestra una tasa menor de comorbilidad con trastornos de ansiedad o psicóticos. También se ha descrito que los varones diagnosticados de TLP tienen tasas mayores de comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, sobre todo alcohol, y las mujeres con TLP con trastornos de la conducta alimentaria, en especial con la bulimia[178]. Asimismo, se ha descrito que el trastorno por estrés postraumático también es un trastorno comórbido frecuente en los pacientes con TLP[179], así como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDAH[180,181]. En concreto, la prevalencia del TDAH en pacientes con TLP se ha considerado alta situándose en el 41,5% en la infancia y en el 16,1% en la edad adulta[180]. El TLP con un TDAH comórbido se ha considerado que tiene una mayor complejidad diagnóstica, una mayor gravedad y un peor pronóstico sin el tratamiento adecuado[180,181]. Además, en la edad adulta existe solapamiento de síntomas entre ambos trastornos, por ello se ha planteado que en esta comorbilidad pueda subyacer una entidad nosológica única[182].

La presencia de comorbilidad entre los diferentes trastornos de personalidad es muy frecuente. En el caso del TLP, destaca la comorbilidad con el trastorno por dependencia con tasas del 50%, el evitativo con el 40%, el paranoide con el 30%, el antisocial con el 20-25% (principalmente en hombres) y el histriónico con tasas que oscilan entre el 25 y el 63%[183,184].

Los pacientes con discapacidad psíquica moderada o grave no deberían ser diagnosticados de TLP[4].

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

Los trastornos por consumo de sustancias son frecuentes en los pacientes con TLP. Al igual que ocurre en la población general, la sustancia de abuso más común para los pacientes límite es el alcohol, pero lo más específico de estos pacientes es que son politoxicómanos (cannabis, anfetaminas, etc.). Su abuso tiende a ser episódico e impulsivo, aunque no siempre, y consumen cualquier droga que esté a su alcance[185,186]. Este consumo tiene

importantes repercusiones en el tratamiento y la evolución de los pacientes, dado que suelen tener una peor evolución y un mayor riesgo de suicidio, muerte o lesión por accidente. Es frecuente que las personas con TLP abusen de sustancias de forma impulsiva, lo que contribuye a reducir el umbral de otros comportamientos autodestructivos como las autolesiones, la promiscuidad sexual o los comportamientos provocadores que incitan a la agresión[2].

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

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

4.4.2.4. Comorbilidad con otras enfermedades y antecedentes médicos

Como en la mayor parte de los trastornos mentales de larga evolución, los estilos de vida, y los deficientes controles médicos pueden ocasionar la aparición de numerosos problemas de salud. Por lo tanto, en función de las circunstancias particulares de cada caso, hay que considerar la evaluación de complicaciones médicas, como diabetes, problemas cardiovasculares, enfermedades infecciosas, etc. Si es necesario, deberá favorecerse el contacto del paciente con su médico de cabecera para garantizar la continuidad de la atención de las patologías médicas concomitantes.

Frankenburg et al[187] realizan un estudio de seguimiento a 6 años, en el que comparan el estado de salud de 200 pacientes con TLP en los que había remisión de su trastorno (no cumplían criterios la Diagnostic interview for borderline patients – revised (DIB-R)[86,95,96] ni DSM-III-R durante 2 años para el trastorno), con 64 pacientes con TLP en los que el trastorno no había remitido. Los resultados del estudio muestran que los pacientes en remisión tenían menos probabilidad de presentar síndromes como fatiga crónica, fibromialgia y síndrome temporo-mandibular. Aunque los pacientes en remisión tenían menor grado de obesidad que los pacientes TLP sin remisión, ésta estaba presente en los dos grupos, con los consecuentes problemas de salud: diabetes, hipertensión, dolor de espalda, incontinencia urinaria, que eran más frecuentes en el grupo de no remisión. Asimismo, el consumo de tabaco, alcohol, fármacos para el dolor y para dormir era más abundante en los pacientes con TLP sin remisión. Finalmente, los pacientes con TLP en remisión requirieron menos intervenciones de urgencias, ingresos o consultas médicas por sus problemas de salud.

Recomendaciones

√	Se recomienda realizar un correcto diagnóstico diferencial con otros trastornos tanto del Eje I, como con otros trastornos de la personalidad y con trastornos por consumo de sustancias y patologías médicas.
√	Se recomienda valorar la presencia de trastornos psicopatológicos comórbidos, el uso de sustancias o la presencia de enfermedades médicas.

4.5. Líneas generales y manejo del TLP

Para establecer las líneas generales y manejo del TLP, se han considerado, en primer lugar, los aspectos generales del manejo terapéutico y sus componentes, como son el establecimiento de la alianza terapéutica, la monitorización del estado del paciente, la provisión de cuidados y la elección del ámbito de tratamiento. En segundo lugar, se han tenido en cuenta los aspectos relacionados con las valoraciones pertinentes y la elaboración del plan de tratamiento.

Debido a la escasa evidencia científica que respalda las recomendaciones del manejo psiquiátrico del TLP, este apartado se ha elaborado a partir del consenso del propio grupo de trabajo de la guía que ha tomado como referencia la opinión de expertos clínicos[185,186,188] así como el contenido de otras GPC[2,4].

4.5.1. Aspectos generales del manejo y sus componentes

Se deben contemplar los aspectos siguientes:

- **Establecer y mantener una alianza terapéutica**. Constituye la base sobre la que se sustenta el tratamiento. Es importante que el profesional que trata al paciente establezca una alianza terapéutica de apoyo tanto para obtener información fundamental respecto al paciente, como para desarrollar un vínculo de confianza y un deseo de colaborar en el tratamiento. Con los pacientes con TLP el mantenimiento del vínculo terapéutico suele ser complejo debido a la desconfianza, idealización y desvalorización con la que el paciente suele relacionarse con el equipo terapéutico, principalmente en las etapas iniciales del tratamiento. La construcción de esta alianza se facilita con el establecimiento de un “contrato terapéutico” , a menudo formalizado en un documento escrito, en el que constan los objetivos del tratamiento y las responsabilidades y compromisos adquiridos por el paciente y el equipo terapéutico[2].
- **Introducir un enfoque favorecedor de la autonomía y participación del paciente** en la elección de las opciones asistenciales y en la resolución de sus problemas.
- **Evaluar el estado psicopatológico del paciente**. Se debe prestar atención a los cambios que puedan producirse en el estado psicopatológico y a la aparición de situaciones que han propiciado crisis con anterioridad. La colaboración con la familia y personas cercanas al paciente es importante.
- **Promover la participación activa de los familiares y cuidadores** en el proceso asistencial previo consentimiento explicativo del paciente.
- **Proveer al paciente y a la familia de psicoeducación respecto al trastorno y su tratamiento**. Los pacientes y las familias obtienen a menudo un beneficio de la educación sanitaria y de la información respecto a los síntomas y conductas asociadas al diagnóstico, la vulnerabilidad del paciente al estrés y la forma de abordar las conductas alteradas y alteradoras. Es frecuente que la capacidad del paciente y de la familia para comprender y retener esta información varíe a lo largo del tiempo. En consecuencia, este proceso debe ser continuado y debe brindarse información a lo largo del mismo para

facilitar que tanto el paciente como la familia intervengan de forma activa en el tratamiento.

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

Recomendaciones

√	Se recomienda establecer una alianza terapéutica con el paciente, para obtener información, desarrollar un vínculo y facilitar su colaboración e implicación en el tratamiento.
√	Se recomienda favorecer la autonomía y participación del paciente en la elección de las opciones asistenciales y en la resolución de sus problemas.
√	Se recomienda evaluar periódicamente el estado psicopatológico así como factores desestabilizadores o de riesgo de precipitar crisis.
√	Se recomienda promover la participación activa de familiares y cuidadores previo consentimiento explícito del paciente.
√	Se recomienda proveer al paciente y a su familia de psicoeducación respecto al trastorno y su tratamiento, de forma continuada a lo largo del proceso, para facilitar que el paciente y la familia intervengan de forma activa en el tratamiento.
√	Se recomienda facilitar la comprensión y la adaptación del paciente a los efectos psicosociales del trastorno: relaciones interpersonales, condiciones de trabajo y de vida, y otras necesidades médicas relacionadas con la salud.
√	Se recomienda apoyar al paciente en el ejercicio de sus funciones parentales.
√	Se recomienda identificar los factores que precipitan o exacerban las crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas.
√	Se recomienda proporcionar ayuda al paciente para acceder a los servicios necesarios y coordinar los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios implicados en la atención.

4.5.2. Valoración del paciente

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

La valoración inicial completa incluirá:

- **Antecedentes psiquiátricos personales y familiares**. Se debe recoger si ha habido consultas o ingresos anteriores por parte del paciente o algún miembro de la familia tanto para detectar situaciones de vulnerabilidad, como para valorar la funcionalidad o no de tratamientos anteriores.
- **Historia psicosocial**. Es importante recoger la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida, así como las relaciones significativas en el momento actual. La evaluación de la estructura familiar y el patrón relacional es importante para establecer un plan terapéutico y poder detectar en el entorno familiar y social del paciente factores que pueden actuar como elementos de estrés o vulnerabilidad así como los que pueden actuar como factores de protección. En este ámbito y por su gran prevalencia, se debe explorar específicamente la existencia de posibles situaciones de abuso (físico, sexual o emocional), maltrato o negligencia por

parte del entorno familiar. También se ha de recabar información sobre el funcionamiento premórbido que incluya el historial académico y laboral, el máximo alcanzado, el funcionamiento en el empleo, las relaciones significativas en el trabajo, y las dificultades específicas en cada ámbito. Los adolescentes con TLP presentan mayor deterioro funcional que los adolescentes con otros trastornos de la personalidad en relación al deterioro social, problemas escolares o laborales, síntomas psiquiátricos y comportamiento antisocial[61].

- **Exploración psicopatológica.** Es preciso realizar una exploración psicopatológica que permita detectar la sintomatología más relevante y valorar la presencia o no de patología comórbida en el eje I o en el eje II.
- **Exploración neuropsicológica.** Las funciones cognitivas, especialmente la atención, y las funciones ejecutivas a veces pueden estar alteradas en pacientes con TLP. Si la presencia del trastorno coincide con consumo de sustancias, autolesiones persistentes o intentos de suicidio puede ser necesario realizar una exploración de las funciones cognitivas para ver el impacto de éstas en su capacidad de organización y planificación de la vida cotidiana[189,190].
- **Valoración de factores de riesgo.** El consumo de alcohol o de otras drogas, y el riesgo de autolesiones o heteroagresiones debe evaluarse de forma específica y tomar las precauciones adecuadas para la protección del paciente o de otras personas. El riesgo suicida, que puede presentarse de forma aguda o crónica, debe evaluarse de forma cuidadosa y sistemática especialmente si hay presencia de trastornos afectivos o consumo de tóxicos. De este modo, se tratará de elaborar las estrategias de contención adecuadas (ver Apartado 4.4.1.3 sobre los instrumentos de valoración del riesgo suicidio; ver Apartado 7 en el que se trata la atención a la conducta de riesgo suicida). Aun así, a menudo es difícil de prever dado que es un comportamiento que suele producirse de manera impulsiva.
- **Evaluación médica general y exploración física**. Debe incluir el historial médico personal y familiar así como una exploración física que incluya medición de la talla, el peso y la presión sanguínea, un hemograma completo con valoración de la presencia de tóxicos, y una exploración neurológica. En función de las circunstancias de cada paciente pueden ser necesarias otras pruebas más específicas. Esta evaluación permitirá valorar el estado físico del paciente, la presencia o no de patologías médicas comórbidas y la compatibilidad o no de determinados tratamientos farmacológicos si se requieren.

Finalizada la valoración inicial, se informará al paciente de los resultados, explicando sus contenidos y el significado de los términos diagnósticos que se concluyan. Se ofrecerá, asimismo, apoyo para su correcta aceptación o para elaborar contenidos dificultosos o traumáticos aparecidos durante las exploraciones.

Recomendaciones

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

4.5.3. Plan de tratamiento para el paciente con TLP

Para la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con TLP se han de tener en cuenta cuestiones transversales como, por ejemplo, el estado clínico actual, y cuestiones longitudinales como el curso clínico y la frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios de desestabilización anteriores[2].

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

Los profesionales que participan en la atención al paciente han de trabajar para desarrollar un **plan de tratamiento integral y coordinado** dado que con frecuencia intervienen en la atención varios profesionales y servicios, tanto de forma simultánea como sucesiva. Asimismo, los profesionales que tratan al paciente han de crear un clima de confianza en el que éste pueda comentar sus dificultades en el proceso de tratamiento, con objeto de reducir al mínimo los abandonos. Es preciso reevaluar periódicamente con el paciente el plan de tratamiento a fin de adaptarse a su evolución y a las nuevas necesidades que pueden surgir en el proceso de atención.

Las diferentes alternativas de intervenciones psicosociales (psicológicas y de rehabilitación psicosocial) y de tratamiento farmacológico se desarrollarán en los Apartados 5 y 6 de esta GPC. En función del estado clínico, de la fase del trastorno y del tratamiento elegido se debe considerar el ámbito donde éste debe llevarse a cabo.

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

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

Recomendaciones

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

4.6. Consideraciones acerca de la prevención del TLP

4.6.1. Introducción

Históricamente, los clínicos han aceptado que el TLP no tiene tratamiento y que su desenlace no es ni mucho menos óptimo. Sin embargo, la literatura reciente sobre ensayos controlados del TLP[191] ha empezado a contradecir estas creencias. Datos recientes de estudios de "segunda generación" bien diseñados indican que se han obtenido resultados positivos como, por ejemplo, menos conductas suicidas, un menor uso de servicios de urgencias y menos hospitalizaciones, gracias a la instauración de intervenciones especializadas. Los buenos resultados de estas intervenciones hace que se valore la posibilidad de ser adaptadas para su uso en prevención e intervención precoz[192,193].

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

Numerosos estudios han mostrado la relación entre las alteraciones en la infancia y el desarrollo posterior de trastornos mentales. En relación al TLP, en los últimos años, se están desarrollando investigaciones con el objetivo de detectarlo en fases más iniciales de su

evolución a fin de poder minimizar el deterioro en el funcionamiento y relaciones del paciente. No hay evidencia de que los pacientes que han desarrollado un TLP en la edad adulta hayan presentado alteraciones sintomáticas graves antes de la pubertad. En muchos casos, la adolescencia representa un cambio cualitativo. Sin embargo, niños con TLP pueden mostrar algunos rasgos inhabituales como altos niveles de inestabilidad afectiva, impulsividad, y disfunción cognitiva[194]. Algunos de los síntomas característicos del TLP (como la crónica suicidabilidad) carecen de paralelismo en la infancia. Sin embargo, los niños pueden pensar o amenazar con el suicidio[195], pero los intentos son poco frecuentes antes de la pubertad[196]. Los precursores del TLP se encuentran más, posiblemente, como rasgos que como síntomas[197]. A partir de los datos disponibles parece que es posible dirigirse a grupos que presentan signos y síntomas precursores (prevención indicada)[193]. En este sentido, los síntomas depresivos y los trastornos de conducta disruptiva infantojuveniles son predictores de trastornos de la personalidad de cualquier tipo en adultos jóvenes. Asimismo, los trastornos por consumo de sustancias durante la adolescencia, concretamente por consumo de alcohol, son uno de los pocos predictores específicos del TLP en adultos jóvenes[193].

Aunque la intervención precoz en el TLP parece muy prometedora también puede verse menoscabada si las expectativas no son realistas. Sus posibles objetivos podrían ser mejorar la psicopatología límite y/o general, mejorar el funcionamiento psicosocial, así como reducir el riesgo de trastornos del eje I, de violencia, conductas delictivas, suicidio, autolesiones y conflictos interpersonales. Otros objetivos pueden ser reducir el uso de servicios sanitarios y las complicaciones iatrogénicas, así como evitar la gran dependencia del sistema sanitario característica de los pacientes con TLP de larga evolución. Para ello podría resultar necesario ofrecer programas de formación específicos para los profesionales, cuestionar las actitudes y las prácticas defensivas de los clínicos, así como implementar campañas públicas de “conocimiento de la salud mental”[61].

Los posibles beneficios de estas intervenciones se deben analizar siempre a la luz de los riesgos potenciales. No se sabe con seguridad si la detección y la intervención son siempre beneficiosas, ya que el TLP es una entidad altamente estigmatizada, lo que presenta un potencial de daño iatrogénico. También tendrá que demostrarse el coste-efectividad de dichas intervenciones[193].

4.6.2. Intervenciones psicosociales preventivas

En este apartado se describe la evidencia científica disponible sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales preventivas para personas en riesgo de TLP o TLP incipiente. Se buscaron ECA de calidad y se tomó como base la GPC del NICE (2009)[4]. Pese a que ésta no aborda este apartado directamente, en su búsqueda bibliográfica sí que identifica un ensayo controlado y aleatorizado en el que se trata el tema de la prevención del trastorno en adolescentes[120]. La búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía no identifica ningún ensayo controlado y aleatorizado sobre el tema pero sí se localizó en búsqueda manual un estudio cuasi-experimental[198] que amplía el trabajo del artículo[120] identificado por el NICE (2009)[4]. A continuación, se presentan a modo de tabla los trabajos identificados.

Tabla 2. Estudios identificados por la GPC del NICE (2009)[4] y el grupo de trabajo de la guía sobre terapias psicosociales preventivas

	Intervenciones psicosociales preventivas
Nº ensayos (Total participantes)	(1)1 ECA (78)[a] (2)1 Ensayo cuasi-experimental (110)[b,c]
Identificador	(1)Chanen 2008 (2)Chanen 2009
Nº/% mujeres	(1)78/75 (2)110/74
Edad media	(1,2)16
Trastornos eje I/II	(1,2)100% rasgos de TLP/ (de 2 a 9 criterios del DSM-IV)
Tratamiento	(1)TCA (2)TCA; intervención manualizada de buena práctica clínica (ambas llevadas a cabo por un servicio de intervención temprana especializado en TLP)
Comparación	(1)Intervención manualizada de buena práctica clínica (2)Treatment as usual (TAU)
Setting	(1,2)Ambulatorio
Duración tratamiento	(1,2)12 meses
Duración seguimiento	(1,2)1 año desde la finalización del tratamiento

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.
c Ampliación del estudio de Chanen[120] al que incrementa una muestra de 32 pacientes que recibe TAU.

4.6.2.1. Terapia cognitiva analítica

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

La GPC del NICE (2009)[4] identifica únicamente un estudio sobre este tema. Concretamente, identifica el ensayo controlado y aleatorizado de Chanen[120], ya mencionado, al que asigna un nivel de evidencia de 1++.

El estudio de Chanen[120] tiene como objetivo comparar la eficacia de 24 sesiones de TCA frente a una intervención manualizada de buena práctica clínica en la reducción de psicopatología, conducta parasuicida y funcionamiento global. Los participantes fueron adolescentes en tratamiento ambulatorio que cumplían entre dos y nueve criterios de DSM-IV para el diagnóstico del TLP. De los 86 pacientes aleatorizados, 78 fueron evaluados al seguimiento. El 76% de la muestra eran mujeres y la edad media era 16 años. Además, el 63% de la muestra presentaba trastornos afectivos, el 40% trastornos de ansiedad, el 4% trastornos de la alimentación, el 33% abuso de sustancias y el 26% trastornos de conducta. A los dos años de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre intervenciones en las variables estudiadas. Sin embargo, hubo alguna evidencia de que los pacientes que recibieron TCA mejoraron más rápidamente. El autor concluye afirmando que tanto la TCA como la intervención manualizada de buena práctica clínica son efectivas en la reducción de la psicopatología externalizante en adolescentes con TLP subclínico o clínico.

El grupo de trabajo de la guía localiza un estudio cuasi-experimental que amplía el estudio precedente de Chanen[120] considerando un nuevo grupo de comparación Chanen[198] y al que otorga un nivel de evidencia de 2++.

El objetivo de este estudio es comparar la efectividad de un servicio de intervención temprana especializado en TLP con el TAU. Para ello, los autores utilizan un diseño cuasi-experimental y comparan 32 pacientes en TAU con los 78 pacientes ya incluidos en el ECA de Chanen[120]. Todos los participantes eran pacientes ambulatorios de entre 15 y 18 años que cumplían de dos a nueve de los criterios diagnósticos del DSM-IV del TLP. Se esperaba que, en comparación con el TAU, los grupos en TCA y en intervención manualizada de buena práctica clínica mostraran una mayor reducción de psicopatología y conducta parasuicida, y una mejora superior en el funcionamiento global a los 24 meses de seguimiento. Después de este período, se observó que: 1) los pacientes en TCA tuvieron niveles más bajos y mejoras más rápidas en psicopatología internalizada y externalizada en comparación con el TAU; 2) los pacientes en intervención manualizada de buena práctica clínica mostraron niveles más bajos de psicopatología internalizada y una mejoría más rápida en funcionamiento global en comparación con el TAU, 3) los pacientes en TCA mostraron los más altos niveles de mejora en las cuatro variables de resultado consideradas a lo largo de los 24 meses de seguimiento y 4) no se observaron efectos adversos con ninguno de los tratamientos. Los autores concluyen afirmando que la intervención temprana especializada para el TLP subsindrómico o sindrómico es más efectivo que el TAU, y que la TCA es la intervención más efectiva. Según los autores, la reforma de los servicios utilizando este modelo de intervención temprana especializada para el TLP podría suponer mejoras sustanciales en los pacientes.

Resumen de la descripción evidencia

1++	La TCA al igual que la intervención manualizada de buena práctica clínica reduce la psicopatología y la patología parasuicida en la población subsindrómica y sindrómica de TLP, si bien los pacientes en TCA mejoran con mayor celeridad[120].
2++	La TCA es superior que el TAU en el tratamiento de la psicopatología internalizada y externalizada en la población subsindrómica y sindrómica de TLP[198].
2++	La TCA es superior que la intervención manualizada de buena práctica clínica y el TAU en el tratamiento de la psicopatología externalizada e internalizada, la conducta parasuicida y el funcionamiento global en la población subsindrómica y sindrómica de TLP[198].

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

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

Recomendaciones generales sobre las intervenciones psicosociales preventivas para la población con riesgo de TLP o TLP incipiente	
√	Se recomiendan intervenciones preventivas que incluyan a jóvenes y adolescentes con riesgo de TLP, dirigidas a reducir los síntomas presentes y no limitarse a las manifestaciones del TLP ya consolidado.
√	Se recomiendan intervenciones específicas de atención temprana para mejorar la sintomatología subsindrómica del TLP y prevenir un declive en el funcionamiento global del paciente.
√	Se recomienda educación sanitaria dirigida a los profesionales de la salud, profesionales en contacto con la población de riesgo y población general, para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población, sobre todo en jóvenes.
√	Se recomienda realizar una aproximación cuidadosa a la sintomatología y sufrimiento presente, tanto con el paciente como con la familia, con una actitud empática y esperanzadora.

5. Intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento del TLP

Preguntas para responder

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

5.1. Introducción

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

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

Sin embargo, las intervenciones psicológicas y psicosociales adquieren su máximo significado si las integramos en un marco asistencial de carácter general que presida los objetivos y los medios que se articulan en torno a las finalidades terapéuticas definidas e individualizadas.

Dicho marco asistencial ofrecido a los pacientes debe cumplir en consecuencia una función terapéutica, es decir, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el fin de promover la capacidad de vivir más

saludablemente[199]. Por otra parte, este marco asistencial debe garantizar también la continuidad de cuidados a lo largo de todo el proceso asistencial y facilitar la adaptación de las intervenciones psicológicas y psicosociales a cada uno de los momentos o fases evolutivas.

El espectro de las intervenciones psicológicas y psicosociales es muy amplio y abarca diversos tipos de intervenciones que, a menudo, se integran en un continuum asistencial, lo que dificulta la delimitación entre ellas.

Para la elaboración de este apartado se ha tomado como base la estructura y contenido del apartado de intervenciones psicológicas y psicosociales de la GPC-TLP del NICE (2009)[4] incorporando los resultados de la búsqueda sistemática realizada. De este modo, la agrupación de las terapias se ha organizado de la siguiente manera:

- Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves
- Terapias psicológicas individuales y grupales
- Programas de terapias psicológicas
- Intervenciones familiares
- Terapia combinada
- Rehabilitación funcional e integración laboral

Los cuatro primeros apartados corresponden a tratamientos psicoterapéuticos específicos, y los dos restantes se enmarcan en un ámbito de asistencia complementario.

Los tratamientos psicoterapéuticos tienen en común el hecho de estar basados en diversas técnicas específicas de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad científica y profesional. Se distinguen cuatro tipos de terapias psicológicas: en primer lugar, las intervenciones psicológicas breves, que se definen como intervenciones de baja intensidad administradas en períodos inferiores a 6 meses; en segundo lugar, las terapias psicológicas individuales y grupales, de mayor duración, que se ofrecen una o dos veces por semana en un entorno ambulatorio, y que no se llevan a cabo dentro de un programa de tratamiento combinado; en tercer lugar, los programas de terapia psicológica que combinan más de una modalidad de tratamiento (por ejemplo, terapia individual más terapia de grupo)[200] ofrecidos por más de un terapeuta como, por ejemplo, un equipo[4]; y en cuarto lugar, las intervenciones familiares.

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

La GPC-TLP del NICE (2009)[4] incluye en este apartado de intervenciones complementarias la arteterapia, aromaterapia, acupuntura y homeopatía, pero no pudo formular recomendaciones al respecto debido a la ausencia de estudios que valoraran su eficacia. En nuestro contexto, estas terapias no cuentan aún con suficiente evidencia científica y no se

suelen utilizar con frecuencia para tratar a las personas con TLP, y tampoco se han localizado estudios al respecto en nuestra búsqueda sistemática. Por estos motivos, no se han incluido en este apartado.

También se han excluido de este apartado las terapias de resolución de problemas y la terapia interpersonal psicodinámica (interpersonal psychodynamic therapy [IPT]), debido a que no cuentan aún con suficiente evidencia científica.

Por otro lado, la práctica clínica habitual en la asistencia a personas con TLP suele incluir formas inespecíficas de intervención psicológica, conocidas comúnmente como "psicoterapia de apoyo". Sin embargo, la falta de estandarización, la diversidad de modalidades y estilos para llevarla a cabo, así como la ausencia de estudios clínicos de la misma, han obligado a excluirla de la presente RSEC.

Cada uno de estos apartados se ha actualizado con los resultados de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía y que se ha centrado principalmente en ECA y RSEC.

En el apartado de Intervenciones Familiares y debido a la ausencia de ECA sobre esta modalidad terapéutica, se realizó una búsqueda específica de estudios cuasi-experimentales y descriptivos.

A continuación, se presentan a modo de tabla los ECA utilizados en la RSEC, diferenciando su origen según procedan de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)[4] o el grupo de trabajo de la guía.

Tabla 3. ECA sobre terapias psicológicas

	Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves	Terapias Psicológicas individuales y grupales	Programas de Terapias Psicológicas	Terapia Combinada
Nº ensayos (Total participantes)	2 ECA (100)[a] 1 ECA (50)[b]	7 ECA (708)[a] 5 ECA (272)[b]	8 ECA (401)[a] 10 ECA (834)[b]	2 ECA (74)[a] 0 ECA (00)[b]
Identificador del estudio	(1) Tyrer 2003[a] (2) Weinberg 2006[a] (3) Zanarini 2008[b]	(1) Blum 2008[a] (2) Chanen 2008[a] (3) Clarkin 2004[a] (4) Davidson 2006 [a] (5) Giesen-Bloo 2006[a] (6) Munroe-Blum 1995[a] (7)Turner 2000[a] (8) Spinhoven 2007[b,d] (9) Clarkin 2007[b,e] (10) Levy 2006[b,e] (11) Nadort, 2009[b] (12) Farrell 2009[b]	(1) Bateman 1999[a] (2) Clarkin 2004[a] (3) Carter 2010[a] (4) Koons 2001[a] (5) Linehan 1991[a] Linehan 1993[c] Linehan 1994[c] (6) Linehan 2006[a] (7) Turner 2000[a] (8) Van den Bosch 2002[a] (9) Gratz 2006[a] (10) Velheul 2003[b,f] (11) Van den Bosch 2005[b,f] (12) Harned 2008[b,g] (13) Mcmain 2009[b] (14) Levy 2006[b,e] (15) Soler 2009[b] (16) Clarkin 2007[b,e] (17) Bateman 2008[b] (18) Bateman 2009[b]	(1) Bellino 2006B[a] (2) Bellino 2007[a]
Tratamiento	(1)-(2) TCAM (3) Psicoeducación	(1) STEPPS (2) TCA (3) PFT (4) TCC (5) TCE (6) TGI (7) TDC (8) TCE (9) (10) PFT (11) (12) TCE	(1) TBM/ hospital de día (2)-(8) TDC (9) Intervención Grupal de Regulación Emocional basada en la Aceptación (10)-(16) TDC (17) TBM/ hospital de día (18) TBM	(1)-(2) TI+ Fluoxetina
Comparador	(1)-(2) Treatment as usual (TAU) (3) Lista espera.	(1) TAU (2)Intervención manualizada de buena práctica clínica (3) TDC o psicoterapia de apoyo psicodinámica (4) TAU (5) PFT (6) Psicoterapia dinámica individual (7) Psicoterapia centrada en el cliente (8) PFT (9) (10) TDC/psicoterapia de apoyo psicodinámica (11) TCE con soporte telefónico (12) TAU	(1) TAU (2) PFT o psicoterapia de apoyo psicodinámica (3) Control lista de espera (4)-(6) TAU (7) Terapia centrada en el cliente (8) TAU (9) TAU (10) (11) TAU (12) CTBE- tratamiento comunitario por expertos (13) Manejo general psiquiátrico por expertos (14) PFT/psicoterapia de apoyo psicodinámica modificada (15) TGI (16) PFT o psicoterapia de apoyo psicodinámica (17) TAU (18) Manejo clínico estructurado	(1) Fluoxetina (2) Fluoxetina + TC

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.
c Artículos que forman parte de la investigación de Linehan[201].
d ECA basado en la misma muestra que el estudio de Giesen-Bloo[202].
e ECA que han utilizado la misma población muestral que el estudio de Clarkin[203].
f ECA que han utilizado la misma población muestral que el estudio de Van den Bosch[204].
g ECA que ha estudiado la misma muestra de Linehan[205].

Las RSEC encontradas y utilizadas en la elaboración de este apartado sobre el tratamiento psicológico y psicosocial en pacientes con TLP son las siguientes: Binks[191], Leichsenring[206] y Verheul[207].

La RSEC de Binks[191], llevada a cabo por la Cochrane Collaboration, es un estudio metanalítico que incluye un total de siete ECA. Esta revisión tenía el objetivo de evaluar los efectos de las intervenciones psicológicas para las personas con TLP (tratamientos conductuales, cognitivo-conductuales, psicodinámicos y psicoanalíticos).

Pese a que este metanálisis fue revisado en 2008, fue realizado en 2005 y lleva a cabo una búsqueda de la literatura hasta diciembre de 2002. Por ello, el estudio más reciente que incluye es de este mismo año. Ésta ha sido utilizada como RSEC de referencia.

La RSEC de Leichsenring[206] es una revisión de la evidencia empírica de la eficacia de la psicoterapia psicodinámica en trastornos psiquiátricos específicos que incluye 22 ECA, de los cuales tan sólo dos ECA son específicos de pacientes con TLP[208-210]. Los estudios de Bateman[208,209] forman parte de un mismo estudio dividido en dos partes, ya que se realizó un seguimiento de los pacientes. La RS fue realizada en 2005 y lleva a cabo una búsqueda de la literatura hasta 2004.

La de Verheul[207] es una revisión narrativa de la evidencia y recomendaciones clínicas de la eficacia de varias modalidades de psicoterapia para trastornos de la personalidad en cuatro formatos diferentes (psicoterapia grupal, psicoterapia individual ambulatoria, psicoterapia en hospital de día y psicoterapia en ingreso hospitalario). Esta revisión incluye cuatro revisiones, dos metanálisis y 33 estudios, aunque los resultados fueron extraídos principalmente del metanálisis de Leichsering y Leibing[211]. A continuación se expone a modo de tablas las características principales de las tres revisiones sistemáticas y los ECA que incluyen.

Tabla 4. Descripción de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas

	Binks (2008)	Verheul (2007)	Leichsering (2005)
Nº ensayos	7 ECA	4 RSEC; 2 MA; 33 estudios	22 ECA
Identificador del estudio	Bateman 1999 Koons 2001 Linehan 1991 Linehan 1999 Linehan 2002 Turner 2000 Van den Bosch 2002	2 MA: Leichsering y Leibing 2003. Este MA incluye 22 estudios (11 con diseño randomizado y 11 con diseño naturalístico). Perry 1999. Este MA incluye 22 estudios, de los cuales, 13 están incluidos en el MA de Leichsering y Leibing 2003.	Thompson 1987 Shapiro 1994 Gellagher-Thompson 1994 Barkman 1996 Bögels 2003, 2004 Elrom 1989 Dare 2001 Gowers 1993 Fairburn 1986 Garner 1993 Bachar 1999 Svartberg 2004 Munroe-Blu 1995 Bateman1999, 2001 Woody 1983, 1990 Woody 1995 Sandahl 1998 Crits-Christoph 1999, 2001 Guthrie 1991 Creed 2003 Hamilton 2000 Monsen 2000

Para la elaboración de la guía se analizaron las diferentes revisiones. En primer lugar, la revisión de Verheul[207] se excluyó al ser una revisión narrativa. Las de Binks[191] y Leichsering[206] fueron valoradas a través del instrumento Osteba obteniendo ambas una calidad de la evidencia alta o 1++ según la metodología SIGN. Del total de nueve ECA específicos del TLP incluidos en ambas revisiones sistemáticas, siete de ellos, Bateman[209] (incluido en ambas RS), Koons[212], Linehan[201], Munroe-Blum[210], Turner[213] y Van den Bosch[204] están incluidos en la GPC-TLP del NICE (2009)[4].

5.1.1. Consideraciones generales sobre las intervenciones psicológicas

La calidad de las intervenciones psicológicas y psicosociales depende de que los terapeutas posean los conocimientos, la formación y las habilidades necesarias para implementar una intervención que ha sido efectiva en entornos de investigación, así como del apoyo organizativo imprescindible.

Las intervenciones psicológicas y psicosociales para las personas con TLP las realizan psicólogos, psiquiatras, personal de enfermería y otros profesionales de la salud mental que cuentan con formación avanzada sobre el método implementado y son supervisados con regularidad por especialistas[4].

5.1.2. Dificultades en la administración de las intervenciones

La GPC del NICE (2009)[4] detecta que no existe un consenso sobre cuál es el problema "nuclear" en el TLP. Como para su diagnóstico basta con que se cumplan cinco de un total de nueve criterios operativos, existen múltiples formas diferentes de cumplir los requisitos para su diagnóstico, lo que causa una heterogeneidad considerable entre las poblaciones de los ECA. A esta heterogeneidad y variabilidad de la gravedad cabe añadir, por otra parte, la frecuente presencia de otros trastornos de la personalidad y del eje I, cuyos pormenores a menudo no se indican[4].

Una dificultad asociada es la elección de las medidas de resultados, ya que cada tratamiento aborda un problema específico y, por tanto, utiliza unas medidas diseñadas para obtener un resultado determinado. Por ejemplo, un resultado que se mide con frecuencia es la incidencia de autolesiones deliberadas, pero sólo algunas de las personas que sufren TLP se autolesionan. Lo mismo cabe aplicar a otros criterios de valoración como, por ejemplo, la impulsividad y la hostilidad. Las medidas de síntomas más universales (como la depresión) tienen una aplicabilidad más amplia pero son menos específicas para el TLP per se. Por otra parte, en los ensayos pragmáticos se pueden medir variables relacionadas con el uso de servicios como, por ejemplo, la hospitalización o la calidad de vida relacionada con la salud[4].

Un reto a la hora de realizar los ensayos, que es un aspecto importante para desarrollar modelos de tratamiento clínicamente efectivos, es captar y mantener una muestra representativa de personas con TLP, ya que es frecuente la desconexión de los servicios sanitarios y en los ensayos suelen registrarse altas tasas de abandono[4].

Las implicaciones de estas dificultades son considerables a la hora de revisar la eficacia de los tratamientos del TLP. La heterogeneidad de las muestras poblacionales y las medidas de resultados hace que sea más difícil combinar estudios y formular generalizaciones sobre el TLP como un conjunto[4].

5.2. Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves

Las intervenciones psicológicas breves se definen como intervenciones psicológicas de baja intensidad administradas en períodos inferiores a 6 meses[4].

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

A continuación se presentan en modo de tabla los ECA identificados y utilizados para cada una de las intervenciones psicológicas, diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)[4] o el grupo de trabajo de la guía. También se describen las características principales de cada una de ellas.

Tabla 5. Características de los ECA de TCAM y Psicoeducación

	TCAM	Psicoeducación
Nº ensayos (Total participantes)	2 ECA (100)[a]	1 ECA (50)[b]
Identificador del estudio	(1) Tyrer 2003[a] (2) Weinberg 2006[a]	(1) Zanarini 2008[b]
Nº/% mujeres	(1) 70 (grupo TLP sólo) (2) 30/100	(1) 50/100
Edad media	(1) 31 (2) 18-40	(1) 19,3
Trastornos del eje I/II	TLP	(1) 100% TLP (78% trastorno afectivo, 40% trastorno por abuso de sustancias, 28% trastorno de ansiedad, 50% trastorno de alimentación)
Comparador	TAU	(1) Lista de espera
Intervención adicional	Ninguna	(1) Ninguna
Contexto	(1) Urgencias hospitalarias tras daño autoinfligido (2) Comunitario y ambulatorio	(1) Ambulatoria
Duración del tratamiento	(1) 3 meses (2) 8 semanas	(1) 12 semanas
Duración del seguimiento	(1) Ninguna (2) 6 meses	(1) Ninguna

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.

5.2.1. Terapia cognitiva asistida por manual (TCAM)[214] (Manual-assisted cognitive therapy - MACT)

La GPC del NICE (2009)[4] refiere que la TCAM se desarrolló como una intervención para personas con repetidos intentos de suicidio y no tanto para el TLP como tal. Sin embargo, un porcentaje elevado de esta población cumple los criterios del TLP. La intervención consiste en una terapia breve, de orientación cognitiva y focalizada en los problemas, que incluye hasta cinco sesiones a los 3 meses de un episodio autolesivo, con la opción de añadir dos sesiones de refuerzo al cabo de 6 meses. La biblioterapia (disciplina que utiliza la relación de las personas, con la forma y el contenido de libros, como recurso terapéutico), con un formato consistente en un folleto de 70 páginas[215], se utiliza para estructurar las sesiones del tratamiento y actúa a modo de recordatorio entre las sesiones. El manual cubre una evaluación del intento de autolesión, habilidades para tratar las crisis, técnicas cognitivas básicas de resolución de problemas para controlar las emociones y el pensamiento, y estrategias de prevención de recaídas[4].

La GPC del NICE (2009)[4] identifica dos ECA en relación a la TCAM (Manual assisted cognitive treatment [MACT] en la literatura inglesa), Tyrer[216] y Weinberg[217] a los que asigna un nivel de evidencia 1++ y 1+, respectivamente. Se descartaron aquellos estudios en los cuales no había datos específicos para el TLP.

En el estudio de Tyrer[216] se examinó una muestra de 70 pacientes con TLP en un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, con una edad media de 31 años, que fueron atendidos en un servicio específico de intervención frente a intentos autolíticos recurrentes. Se comparó la TCAM (n = 34) con el TAU (n = 36) con una duración de 3 meses.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- La TCAM consistía en cinco sesiones en 3 meses desde el episodio autolesivo más dos sesiones opcionales de refuerzo en 6 meses. El manual de la TCAM incluye: evaluación del intento de autolesión, habilidades en la crisis, solución de problemas, técnicas cognitivas básicas para controlar las emociones y los pensamientos, y prevención de recidivas.
- TAU: evaluación psiquiátrica inicial seguida de asistencia psiquiátrica ambulatoria, asistencia ocasional en centros de día o derivación de vuelta al médico de AP, dependiendo de la estructura organizativa del hospital. Los pacientes que ya recibían asistencia psiquiátrica continuaron con el tratamiento.

El resultado que se obtuvo fue que el riesgo de un nuevo intento autolítico era mayor en aquellos pacientes con intentos anteriores, en los más jóvenes y en aquellos que habían tenido un intento reciente.

El estudio de Weinberg[217] compara la TCAM con el TAU en una muestra de 30 mujeres diagnosticadas de TLP, con edades comprendidas entre los 18 y los 40 años, en un contexto comunitario y de atención ambulatoria. El tratamiento duró 8 semanas y se realizó

una evaluación de seguimiento a los 6 meses posteriores al tratamiento (TCAM n = 15; TAU n = 15).

El objetivo de este estudio era valorar la eficacia de la TCAM, que fue desarrollada para el tratamiento de los pacientes parasuicidas (intentos de suicidio o daño autoinfligido). En este ensayo, la TCAM fue modificada para centrarse en la autoagresión deliberada en pacientes con TLP.

A continuación se detalla la intervención comparada:

- TCAM para autolesiones: seis sesiones que incorporan terapia dialéctico-conductual (TDC), terapia cognitivo-conductual (TCC) y biblioterapia: análisis funcional del parasuicidio, regulación de emociones, solución de problemas, control de pensamientos y consumo de sustancias, prevención de la recaída.
- TAU: treatment as usual.

Se quería valorar su incidencia en la ideación suicida y daño autoinfligido. Para ello se pasó la Escala deliberate self-harm (DSH) (Episodios autolesivos deliberados [EAD]), antes del inicio del tratamiento, al final del mismo y a los 6 meses, con resultados significativos de reducción de la ideación suicida tanto al final como a los 6 meses posteriores al tratamiento.
El trabajo concluye que, según los resultados, la TCAM se asoció a una frecuencia significativamente menor de EAD al completar la intervención y a un descenso significativo de la frecuencia e intensidad de los EAD a los 6 meses de seguimiento. Además, la contribución de la TCAM a la reducción de la frecuencia e intensidad de los EAD fue mayor que la contribución debida a la cantidad de los tratamientos actuales. Por el contrario, la TCAM no afectó al nivel de ideaciones suicidas o al tiempo hasta la repetición de los EAD. En conclusión, la TCAM parece ser una intervención prometedora frente a los EAD en pacientes con TLP, por eso, es necesario efectuar estudios más concluyentes.

En la búsqueda de la AIAQS no se han detectado revisiones sistemáticas ni ECA sobre la modalidad psicológica de TCAM.

La GPC del NICE (2009)[4] concluye que aunque existe cierta evidencia de que una intervención de baja intensidad, como la TCAM, ejerce cierto efecto sobre la reducción de las autolesiones y los actos suicidas (descrito conjuntamente como medida continua), no se constata ningún efecto cuando se describen en forma de parasuicidio como medida dicotómica. Por otra parte, como estos dos criterios de valoración se describieron en un único estudio, es difícil extraer conclusiones firmes sin más estudios. No hubo evidencia de otros efectos sobre los síntomas del TLP[4].

Resumen de la descripción de la evidencia

1++	La mediana de tiempo desde el primer episodio parasuicida fue de 6 años. Las puntuaciones medias evaluadas por el observador o autoevaluadas de la depresión (media de MADRS: 23,9; media de HADS-D: 11,2) y la ansiedad (media de BAS: 17,3; media de HADS-A: 14,1) fueron relativamente altas, siempre por encima del umbral de la patología significativa, lo que indica que la mayoría de la población atendida habría satisfecho los criterios diagnósticos de ansiedad y depresión[216].
1+	La TCAM se asoció a un descenso significativamente mayor de la frecuencia de EAD después del tratamiento. La mejoría lograda por el tratamiento se mantuvo en el seguimiento a 6 meses respecto a la frecuencia e intensidad de los EAD. El número de tratamientos concurrentes se asoció al descenso de la frecuencia de EAD en la evaluación post-TCAM ($z = -2,49$; $p < 0,05$) y durante el período de seguimiento de 6 meses ($z = -3,32$; $p < 0,001$)[217].
1+	La TCAM no afectó al nivel de ideación suicida ni al tiempo hasta la repetición del EAD[217].

La evidencia científica de esta terapia se basa en dos ECA, con un nivel de evidencia 1+[217] y 1++[216], y una muestra total de 100 pacientes con un diagnóstico de TLP. La muestra de ambos estudios está formada por un 68 y un 100% de mujeres, respectivamente.

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

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

Recomendaciones

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

5.2.2. Psicoeducación[218]

La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que padecen un trastorno mental con el objetivo de que el paciente entienda y sea capaz de manejar su enfermedad. Se refuerzan los puntos fuertes, los recursos y las habilidades propias de los pacientes para hacer frente a su situación, para evitar recaídas y contribuir a su propia salud y bienestar. También posee la función de evitar la estigmatización de los trastornos psiquiátricos y de reducir las barreras para acceder a su tratamiento. La psicoeducación se basa en la intervención activa del paciente en el manejo de su enfermedad[219] y se puede realizar de manera individual o grupal. A nivel grupal se informa a varios pacientes sobre su enfermedad al mismo tiempo y se realizan intercambios de experiencias entre los pacientes, creándose un espacio de ayuda mutua. Según la metodología, la duración del grupo oscila en función de los contenidos que hay que tratar, la patología presente, el número de miembros participantes y su permanencia en el mismo.

La GPC del NICE (2009)[4] no examina esta modalidad psicológica de intervención. En la búsqueda de la AIAQS se detectó un ensayo controlado y aleatorizado sobre psicoeducación[218], al que se le asignó un nivel de evidencia 1+. Este estudio compara un taller psicoeducativo frente a un grupo en lista de espera en una muestra de 50 mujeres con diagnóstico de TLP, con una edad media de 19,3 años. Respecto a otros diagnósticos del eje I a lo largo de la vida, el 78% cumplía criterios de trastorno afectivo, el 40% de trastorno por abuso de sustancias, el 28% de trastorno de ansiedad y el 50% de trastorno de alimentación. El nivel de funcionamiento de la muestra era bajo, según el GAF (53,3; DE 1,9). De la muestra total de 50 mujeres, 30 participaron en un taller psicoeducativo con una duración de 12 semanas, que consistía en información sobre los aspectos siguientes: etiología, fenomenología, trastornos comórbidos, opciones de tratamiento y evolución de la enfermedad. El taller estaba conducido por dos asistentes de investigación, que utilizaron una presentación Power-Point de 63 diapositivas diseñadas especialmente para este taller. Las 20 mujeres restantes formaron parte del grupo control de lista de espera.

La incapacidad de funcionamiento social y laboral quedó evaluada a través de la escala Sheehan, con resultados similares en todos los componentes de la muestra.

Se constató una diferencia significativa en la reducción de la impulsividad general (excluyéndose las automutilaciones y los intentos de suicidio) y las relaciones interpersonales tormentosas para el grupo en tratamiento en comparación con el grupo en lista de espera, valorado a través de la Zanarini rating scale for DSM-IV borderline personality disorder (ZAN-BPD). No obstante, no hubo una diferencia significativa intergrupal en el funcionamiento profesional [puntuación z del grupo = 0,288; p del grupo = 0,773] ni social [puntuación z del grupo = −1,034; p del grupo = 0,301] con el paso del tiempo. En cuanto al conocimiento sobre el TLP, sólo tres sujetos (6%) respondieron correctamente a seis o más preguntas antes de participar en el taller de psicoeducación. En comparación, 39 (78%) respondieron a seis o más preguntas correctamente después de su experiencia de psicoeducación. La media de la puntuación antes del taller fue de 2,8 (DE = 1,8), y después del taller, de 7,0 (DE = 1,5)[218].

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Se constató una diferencia significativa en la reducción de la impulsividad general (excluidas las automutilaciones y los intentos de suicidio) y las relaciones interpersonales tormentosas para el grupo en tratamiento en comparación con el grupo en lista de espera, valorado a través de la Zanarini rating scale for DSM-IV borderline personality disorder[218].
1+	No hubo una diferencia significativa intergrupal en el funcionamiento profesional [puntuación z del grupo = 0,288; p del grupo = 0,773] ni social [puntuación z del grupo = −1,034; p del grupo = 0,301] con el paso del tiempo[218].
1+	En cuanto al conocimiento sobre el TLP, la media de la puntuación antes del taller fue de 2,8 (DE = 1,8), y después del taller, de 7,0 (DE = 1,5)[218].

Aunque sólo se disponga de un estudio[218] con un nivel de evidencia de 1+, con una muestra de 50 pacientes, todas ellas mujeres, se puede sugerir que informar al paciente sobre el TLP tan pronto como sea diagnosticado puede ayudar a aliviar la severidad de dos de los

principales elementos de la psicopatología límite: la impulsividad general y la inestabilidad relacional. A pesar que la muestra del estudio esté formada únicamente por mujeres, se valora que la psicoeducación puede resultar un instrumento útil, de uso habitual, eficiente y de fácil aplicación, ya que intervenciones similares menos estructuradas forman parte de las prácticas asistenciales ya existentes.

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

Recomendaciones

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

5.3. Terapias psicológicas individuales y grupales

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

A continuación se presentan en modo de tabla los ECA identificados y utilizados para cada una de las terapias psicológicas, diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)[4] o el grupo de trabajo de la guía. También se describen las características principales de cada uno de ellos.

Tabla 6. Características de los ECA de terapias psicológicas individuales

	Terapias psicológicas individuales
Nº ensayos (Total de participantes)	7 ECA (708)[a] 5 ECA (272)[b]
Identificador del estudio	(1) Blum 2008[a] (2) Chanen 2008[a] (3) Clarkin 2004[a] (4) Davidson 2006[a] (5) Giesen-Bloo 2006[a] (6) Munroe-Blum 2005[a] (7) Turner 2000[a] (8) Spinhoven 2007[b,c] (9) Clarkin 2007[b,d] (10) Levy 2006[b,d] (11) Nadort 2009[b] (12) Farrell 2009[b]
Nº/% mujeres	(1) 165/81 (2) 78/76 (3) 90/93 (4) 106/82 (5) 88/91 (6) 110/81 (7) 24/79 (8) 88/no especificado (9) 90/93 (10) 90 (11)60/97 (12) 32/100
Edad media	(1) 32 (2) 16 (3) 31 (4) 32 (5) 31 (6) 18-62 (7) 22 (8) 31 (9) 31 (10) 18-50 (11) 32 (12) 35
Trastornos del eje I/II	(1) 100% TLP (2) 100% rasgos de TLP (2 a 9 criterios DSM-IV) (43% TLP)/63% T afectivos/40% T ansiedad/4% T alimentación/33% abuso sustancias/26% T conducta (3) 100% TLP/77% T Afectivos/48% T Ansiedad/33% T Alimentación/38% Dependencia Alcohol o Drogas (4)-(6) 100% TLP (7) 100% TLP según DIB; 71% T ansiedad Generalizada;12% T depresión mayor; 12% Distimia; 75% Abuso alcohol; 83% Abuso sustancias; 8% TP antisocial; 4% Trastorno obsesivo compulsivo; 25% TP Histriónico; 12% SPD (8) Diagnósticos eje I/eje II incluido el TLP (9) 100% TLP /77% T afectivos/48% T ansiedad/33% T alimentación/38% Dependencia drogas o alcohol (10) 100% TLP (11) 100% TLP (12) 100% TLP

	Terapias psicológicas individuales
Tratamiento	(1) STEPPS (2) TCA (3) PFT (4) TCC (5) Terapia focalizada en esquemas (6) TGI (7) TDC (8) Alianza terapéutica como mediador del cambio en la TCE y la PFT (9) PFT (10) Cambios en patrones de apego y función reflexiva (FR) con PFT, TDC y psicoterapia de apoyo psicodinámica, (11) Terapia focalizada en esquemas (12) Terapia focalizada en esquemas
Comparador	(1) TAU (2) Intervención manualizada de buena práctica clínica (3) TDC/psicoterapia de apoyo psicodinámica (4) TAU (5) PFT (6) Psicoterapia dinámica individual (7) Terapia centrada en el cliente (8) Alianza terapéutica como mediador del cambio en la TCE y la PFT (9) TDC/psicoterapia de apoyo psicodinámica (10) Cambios en patrones de apego y FR con PFT, TDC y psicoterapia de apoyo psicodinámica (11) Terapia focalizada en esquemas con soporte telefónico (12) TAU
Contexto	(1)-(2) Ambulatorios (3)-(4) Muestra mixta (5) Ambulatorios (6) Muestra mixta (7) Ambulatorios (8) Centros de salud mental comunitarios ambulatorios (9) Ambulatorios (10) Pacientes derivados por terapeutas privados, clínicos, familiares y por autoderivación (11) Ambulatorio (12) Ambulatorio
Duración del protocolo de tratamiento	(1) 20 semanas (2) 12 meses (3)-(4) 1 año (5) 3 años (6) 1 año (7) 1 año (8) 3 años (9) 1 año (10) 1 de los 3 años de duración (11) 3 años (12) 14 meses
Duración del seguimiento	(1)-(2) 1 año (desde el final del tratamiento) (3) No (4) 24 meses (5) 24 y 36 meses (6) No (7) 12 meses (8) cada 3 meses durante 3 años (9) No (10) 3 años (11) 18 meses (12) 6 meses

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.
c ECA basado en la misma muestra que el estudio de Giesen-Bloo[202].
d ECA que han utilizado la misma población muestral que el estudio de Clarkin[203].

5.3.1. Terapia cognitivo-conductual

La GPC del NICE (2009)[4] describe esta terapia del siguiente modo:

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento psicológico estructurado que se centra en ayudar a la persona a establecer conexiones entre sus pensamientos, sentimientos y conducta. La TCC, que en principio se desarrolló para el tratamiento de la depresión, se ha modificado para el tratamiento de personas con trastornos de la personalidad y con TLP. Si bien la TCC para los trastornos del eje I se suele centrar en el "aquí y ahora", la TCC para quienes sufren trastornos de la personalidad tiene en cuenta experiencias previas en el desarrollo de creencias nucleares, a las que también se denomina "esquemas". La terapia cognitiva centrada en el cambio de las creencias nucleares ha aplicado la obra de Beck a las necesidades de las personas con trastornos límite y antisocial de la personalidad. Partiendo de la experiencia en el uso de la TCC en diversos problemas de salud mental, proporciona guías sobre la formulación, identificación y cambio de las creencias nucleares, y el tratamiento de los problemas de conducta. Está adaptada para personas con TLP y considera la estructura de la terapia y los problemas que pueden alterar la relación terapéutica como, por ejemplo, la no implicación en el tratamiento, la desviación de problemas y objetivos, dejar de centrarse en los objetivos de la terapia, la pérdida de estructura y el incumplimiento de las tareas asignadas[220].

La TCC para personas con TLP se suele prestar en sesiones que duran entre 30 y 90 minutos. El número de sesiones que se ofrece tiende a ser mayor para quienes sufren trastornos de la personalidad que para quienes sufren depresión y otros trastornos del eje I, y tiene lugar cada semana durante un período de entre 9 y 36 meses. A los pacientes se les pide que hagan unas tareas en casa entre las sesiones. Algunos modelos de servicio también proporcionan acceso telefónico a los terapeutas fuera de las sesiones individuales[220].

La GPC del NICE (2009)[4] identifica un ECA[221] en relación a la TCC al que se le asigna un nivel de evidencia de 1+. En este estudio se reclutó una muestra de 106 pacientes con diagnóstico de TLP, el 82% eran mujeres y con una media de edad de 32 años. Se comparó la Terapia cognitivo-conductual (n = 54) de 1 año de duración con el TAU (n = 52).

A continuación se describen las intervenciones comparadas:

- TCC más TAU: La TCC (n = 54) se centró en las creencias y comportamientos de los pacientes que deterioraban su funcionalidad social y adaptativa. Se impartieron 30 sesiones durante 1 año, que duraron hasta 1 hora. Se actuó en problemas de larga evolución y en el desarrollo de nuevas formas de pensar y actuar.
- TAU (n = 52): Los pacientes recibieron el TAU que habrían recibido si no se efectuara el estudio, como asistencia en urgencias por autolesiones, TCC en el National Health Service (NHS) u otra ayuda psicológica de los Community mental health team (CMHT) para el control de la crisis.

Este estudio aporta los siguientes resultados: de los 106 participantes aleatorizados se obtuvieron datos de seguimiento en 102 (96%) a los 2 años. A los sujetos aleatorizados para recibir la TCC se les ofreció una media de 27 sesiones en 12 meses, y acudieron a una media de 16 (intervalo: 0-35). Se observó que, en comparación con el grupo de TAU solo, la razón de posibilidades (odds ratio [OR]) global de un participante del grupo de TCC más TAU de tener cualquiera de los resultados de acto suicida, hospitalización o accidente y contacto con el servicio de urgencias, en los 24 meses después de la aleatorización, fue de 0,86 (intervalo de confianza [IC] al 95%: 0,45-1,66; p = 0,66). La razón de posibilidades global correspondiente, excluido el accidente y contacto con el servicio de urgencias, fue del 0,75 (IC al 95%: 0,37-1,54; p = 0,44). En cuanto al número de actos suicidas, se observó una reducción significativa al cabo de 2 años a favor de la TCC más TAU respecto al TAU, con una diferencia media de -0,91 (IC al 95%: -1,67 a -0,15; p = 0,020). Entre ambos grupos de tratamiento se advirtió una mejoría gradual y mantenida de los resultados primarios y secundarios, con indicios del efecto favorable de la adición de la TCC en el índice de síntomas positivos de distrés a 1 año, y en el estado de ansiedad, creencias disfuncionales y cantidad de actos suicidas a los 2 años de seguimiento. La TCC puede lograr cambios clínicamente importantes con un número de sesiones relativamente escaso en un entorno clínico real.

En la búsqueda de la AIAQS no se han detectado revisiones sistemáticas ni otros ECA sobre esta modalidad psicológica.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	La razón de posibilidades (OR) global de que un participante del grupo de TCC más TAU en comparación con el grupo de TAU solo tenga cualquiera de los resultados de acto suicida, hospitalización o accidente y contacto con el servicio de urgencias, a los 24 meses de la aleatorización, fue de 0,86 (intervalo de confianza [IC] al 95%: 0,45-1,66; p = 0,66)[221].
1+	En cuanto al número de actos suicidas, se observó una reducción significativa al cabo de 2 años a favor de la TCC más TAU respecto al TAU, con una diferencia media de -0,91 (IC al 95%: -1,67 a -0,15; p = 0,020)[221].
1+	Entre ambos grupos de tratamiento se produjo una mejoría gradual y mantenida de los criterios de valoración primarios y secundarios, con indicios de un efecto favorable de la adición de la TCC en el índice de síntomas positivos de distrés a 1 año, y en el nivel de ansiedad, creencias disfuncionales y cantidad de actos suicidas a los 2 años de seguimiento[221].

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único ECA con un nivel de evidencia 1+, y una muestra total de 106 pacientes, de la que el 82% eran mujeres con un diagnóstico de TLP. Los resultados del estudio ponen de manifiesto que existe cierta evidencia de un efecto de la TCC en el nivel de ansiedad, distrés y creencias disfuncionales, y en la cantidad de actos suicidas a los 2 años de seguimiento, aunque no hay otros estudios que confirmen estos resultados. A pesar de que podría ser una terapia de fácil aplicación en nuestro entorno, actualmente no se dispone de suficiente evidencia científica para determinar la efectividad de la TCC en la población con TLP y para poder realizar recomendaciones aplicables y generalizables. La GPC del NICE (2009)[4] concluye que hay poca evidencia sobre la eficacia de la TCC en el tratamiento de las personas con TLP.

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

Recomendaciones

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

5.3.2. Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)

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

La GPC del NICE (2009)[4] identifica un ECA[222] en relación a la STEPPS al que se le asigna un nivel de evidencia de 1+. El estudio de Blum[222] es un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, donde se compara la terapia STEPPS con el TAU en un entorno ambulatorio. La muestra se componía de 165 personas con TLP, el 81% mujeres con una media de edad de 32 años. De la muestra de 165, tan sólo 125 pacientes recibieron las intervenciones realizadas. De éstos, se analizaron datos de 124 personas.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Grupo de STEPPS (n = 93): 20 sesiones de grupo semanales de 2 horas de duración. La terapia consta de elementos cognitivo-conductuales más entrenamiento en habilidades. Se designó un profesional de salud mental y un familiar/amigo con formación en TLP y en la forma de interaccionar con el TAU del paciente. Los participantes continuaron recibiendo medicación psicotrópica, psicoterapia y programa de gestión del caso (PGC).
- Grupo de TAU (n = 72): los participantes continuaron recibiendo su medicación psicotrópica, psicoterapia y PGC.

Se analizaron los datos relativos a 124 sujetos STEPPS más TAU [n = 65]; TAU solo [n = 59]). Los sujetos asignados al grupo de STEPPS más TAU experimentaron una mejoría mayor de la puntuación de la Zanarini rating scale for borderline personality disorder y de las subescalas que valoran los dominios afectivo, cognitivo, interpersonal e impulsivo. La aplicación del STEPPS más TAU también consiguió una mejoría mayor de la impulsividad, afectividad negativa, estado de ánimo y funcionamiento global. Esas diferencias

consiguieron unos tamaños de efecto moderado o grande. No se apreciaron diferencias entre los grupos en cuanto a los intentos suicidas, actos autolesivos u hospitalizaciones. La mayor parte de las mejoras atribuidas al STEPPS se mantuvo durante el seguimiento. Se produjeron menos visitas al servicio de urgencias por parte de los sujetos del grupo de STEPPS más TAU durante el tratamiento y el seguimiento. La tasa de abandono fue alta en ambos grupos.

En la búsqueda de la AIAQS no se han detectado revisiones sistemáticas ni otros ECA sobre esta modalidad psicológica.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Los criterios de valoración primarios y secundarios mejoraron con respecto al valor basal hasta la semana 20 en los sujetos que recibieron STEPPS más TAU[222].
1+	Los sujetos asignados de forma aleatoria al grupo de STEPPS más TAU lograron un cambio mayor en las puntuaciones de gravedad y mejoría de la Clinical global impression (CGI) respecto a los asignados aleatoriamente al grupo de TAU solo[222].
1+	El uso de fármacos psicotrópicos se redujo significativamente durante el período de tratamiento de 20 semanas en ambos grupos (de 2,9 a 1,3 medicamentos por sujeto), pero sin diferencias entre grupos en el nivel de cambio (prueba de Mann-Whitney: $\chi^2 = 0,1$; gl = 1; p = 0,782)[222].

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

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

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

Recomendaciones

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

5.3.3. Terapia cognitiva centrada en esquemas[223,224]

La GPC del NICE (2009)[4] describe la terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE)[223,224] y resalta la importancia de los esquemas cognitivos disfuncionales que se aprenden en la juventud (esquemas inadaptados precoces) y los procesos que hacen que sean inflexibles y que impiden un nuevo aprendizaje: mantenimiento, evitación y compensación de los esquemas. Se anima a la persona a que analice hasta qué punto estas creencias nucleares le han ayudado a adaptarse a circunstancias adversas anteriores, y que se pregunte si son apropiadas para ayudarle a adaptarse a su situación actual. El tratamiento trata de facilitar la conexión afectiva y el reaprendizaje, reaprendizaje que en ocasiones puede implicar componentes de reparentalización[4].

La GPC del NICE (2009)[4] identifica un ECA[202] en relación a la TCE al que se le asigna un nivel de evidencia 1+. En este estudio se comparó la TCE con la PFT, realizadas a nivel ambulatorio a lo largo de 3 años. La muestra estaba compuesta por 88 pacientes con TLP, con una edad media de 31 años, y el 91% eran mujeres. Un paciente de cada grupo fue excluido de los análisis. La mala visión de un paciente del grupo de TCE hizo inviable su evaluación, y se perdió un paciente del grupo de TCT después de la aleatorización.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Grupo de TCE (n = 45): tratamiento manualizado[224]. Se centró en la relación terapéutica, la vida cotidiana fuera de la terapia y experiencias (traumáticas) en el pasado. Se consiguió la recuperación cuando los esquemas disfuncionales ya no controlaban o dirigían la vida del paciente.
- Grupo de PFT (n = 43): cambio producido por el análisis e interpretación de la relación de transferencia, centrado en el contexto del aquí y el ahora. Se usó la exploración, confrontación e interpretación. Se consiguió la recuperación cuando se integró la respuesta de bueno y malo del yo y de los demás, y se resolvieron las objeciones propuestas. Ambos tratamientos se administraron en sesiones de 50 minutos, dos veces por semana.

Se obtuvieron datos de 44 pacientes de TCE y 42 pacientes del grupo de PFT. Las características sociodemográficas y clínicas de los grupos fueron similares en el momento basal. El análisis de supervivencia demostró un riesgo de abandono mayor en los pacientes del grupo de PFT que en los pacientes de la TCE ($p = 0,01$). Usando un enfoque de intención de tratar, se detectaron mejorías clínica y estadísticamente significativas en ambos tratamientos en todas las medidas después de 1, 2 y 3 años. Después de 3 años de tratamiento, el análisis de supervivencia demostró que un número significativamente mayor de pacientes del grupo de la TCE se había recuperado (RR = 2,18; $p = 0,04$) o había mostrado una mejora clínica fiable (RR = 2,33; $p = 0,009$) según el Borderline personality disorder severity index, cuarta versión. El robusto análisis de la covariancia (ANCOVA) demostró que también mejoraron más la disfunción psicopatológica general y las medidas de los conceptos de personalidad de TCE/PFT ($p < 0,001$). Por último, en los pacientes del grupo de TCE se demostró un mayor incremento de la calidad de vida que en los del grupo de TCT (ANCOVA robusta, $p = 0,03$ y $p < 0,001$).

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un ECA[225] en relación a la TCE y la PFT al que se le asignó un nivel de evidencia científica 1+.

Este estudio es la continuación del estudio de Giesen-Bloo[202] comentado anteriormente, y por tanto, está basado en la misma muestra de pacientes. Este estudio investigó la calidad y el desarrollo de la alianza terapéutica como mediador del cambio en la TCE y la PFT para el TLP.

Se aleatorizó a 88 pacientes procedentes de instituciones de salud mental en TCE (n = 45) o PFT (n = 43) dos veces por semana. Se realizó un seguimiento de estos pacientes cada 3 meses durante los 3 años de seguimiento.

Los resultados del estudio de Spinhoven et al[225] sugieren que la relación terapéutica y las técnicas concretas interactúan entre sí e influyen las unas en las otras y pueden servir para facilitar los procesos de cambio subyacentes a la mejoría clínica[226].

En resumen, los resultados avalan la hipótesis de que el tipo de tratamiento influye de forma diferencial en la calidad y el desarrollo de la alianza terapéutica, y de que la tasa de abandono y el resultado clínico se explican en parte por la calidad de ésta. En especial, las puntuaciones de la alianza terapéutica por parte de los terapeutas al principio del tratamiento son predictivas de abandono, mientras que el crecimiento de la alianza terapéutica que experimentan los pacientes en la primera parte de la terapia parece predecir una posterior reducción de la sintomatología.

Mediante una búsqueda manual, realizada en junio de 2009, se localizaron tres ECA[227-229] en relación a la TCE y la PFT a los que se les asignó un nivel de evidencia científica 1+, 1- y 1+, respectivamente. Aunque el estudio de Van Asselt[229] utiliza la misma muestra de pacientes del estudio de Giesen-Bloo[202], su objetivo era valorar el coste-efectividad de las psicoterapias ambulatorias TCE y PFT, por lo que no se ha incluido en la correspondiente RSEC.

En el estudio de Nadort[206] se compara la TCE con apoyo telefónico con la TCE sin apoyo telefónico, que se realiza en un contexto comunitario con la participación de ocho instituciones de salud mental de Holanda, donde participaron 31 terapeutas y 62 pacientes, y que tiene como objetivo, a) observar los resultados de la TCE en la práctica clínica real, y b) saber cómo afecta el apoyo telefónico fuera de horas de oficina al resultado de la terapia. La duración del tratamiento fue de 2 años, con sesiones de 45 minutos 2 días a la semana durante el primer año, y una vez a la semana en el segundo año. La supervisión en pareja se realizaba una vez a la semana, la supervisión externa una vez más, y con todos los terapeutas una vez al año. Cada profesional tenía asignados dos casos. El protocolo de tratamiento seguía los cinco modos de esquemas definidos por el TP Límite[230] que aplica técnicas cognitivas, conductuales y experiencial que se centran en la relación terapéutica, en los cambios en el día a día fuera de la terapia, y en las experiencias traumáticas del pasado.

Los resultados se muestran a favor de la efectividad, 81% de retención al año y medio de tratamiento. No hay diferencias significativas entre las dos condiciones TCE con apoyo y

TCE sin apoyo telefónico. A pesar de que se observaban diferencias significativas entre el grado de competencia de los terapeutas (observación, videograbación, tratamiento, y puntuación de la Escalera de adherencia y tratamiento de Young[231]) no se advertían diferencias entre ambos grupos en cuanto a la mejoría, el 41,9% con apoyo telefónico y el 43,3% sin apoyo telefónico se recuperaban (Bordeline personality disorders severity index-IV: mejora en una puntuación de al menos 17 puntos del BPDSI desde la última evaluación). Mostraban ambos grupos una mejora en todos los criterios del TLP, en el listado de trastornos de la personalidad (BPD Checklist), en la experiencia subjetiva de psicopatología (SCL-90) y en los esquemas (CEY-L). A pesar de que los resultados son positivos, no existe una recuperación total de toda la muestra, y se observa que los jóvenes de entre 15 y 18 años son los que tienen problemas de retención en el tratamiento.

En un artículo previo de Nardort et al[232] se explica con más detalle cómo diseñaron el estudio de implementación de la TCE en un contexto comunitario. En otro artículo del mismo grupo de autores, Nardort et al[233], se explica cómo intentan conocer el grado de satisfacción de los tratamientos psicológicos disponibles para el TLP en distintas instituciones holandesas y el grado de aceptación de la implementación de nuevas estrategias terapéuticas.

En el estudio de Farrell[228], sobre la aplicación en formato grupal de la TCE en una muestra de 32 pacientes, se compara la TCE grupal (n =16) más sesiones individuales de terapia (no TCE) con un grupo control, TAU (n = 16). El grupo a nivel de contenido no es específicamente un grupo de TCE, puesto que tiene los cuatro componentes que se han encontrado efectivos en el tratamiento del TLP: Entrenamiento en conciencia emocional, educación y malestar emocional y trabajo de cambio de esquemas. El tratamiento tuvo una duración de 14 meses, con una tasa de retención del 100% en TCE frente a un 75% en el grupo control. Respecto a las medidas de cambio, se observan diferencias entre ambos grupos favorables a la TCE en los indicadores de TLP (BSI de cuento y entrevista DIB-R de Zanarini), en el funcionalismo (GAF) y en los síntomas (SCL-90).

El estudio de Van Asselt[229] valora el coste-efectividad de la TCE frente a la PFT en el tratamiento del TLP. La muestra del estudio eran 86 pacientes que formaban parte de cuatro estudios localizados en Dinamarca. Este estudio utiliza la misma muestra de pacientes que el de Giesen-Bloo et al[202], que fueron aleatorizados en TCE (n = 44) y PFT (n = 42). Se realizó un seguimiento de estos pacientes durante 4 años.

Ambas intervenciones eran terapias individuales que consistían en 50 minutos por sesión, dos veces a la semana durante 3 años. Para las medidas de eficacia se tuvieron en cuenta dos variables, los pacientes recuperados y la calidad de vida.

La proporción de pacientes recuperados después de 4 años fue de un 52% para el grupo que recibió la TCE y un 29% para el grupo de la PFT. Se entiende la recuperación como una puntuación menor de 15 en el Index de severidad para el TP Límite. La segunda medida de eficacia fue la calidad de vida relacionada con la salud (QALY) medida con la EuroQol (EQ-5D). A pesar de que las diferencias no fueron significativas, la PFT obtuvo una QALY de 2,27 y la TCE de 2,15, es decir, que hay una mejora en la calidad de vida en ambos tratamientos. Sin embargo, estos resultados nos hacen reflexionar sobre el hecho de que la

recuperación sintomática y caracterial muchas veces no tiene un impacto claro en la calidad de vida percibida por los pacientes.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Se apreciaron mejorías significativas con ambos tratamientos (TCE y PFT) en todas las medidas al cabo de 1, 2 y 3 años de tratamiento[202].
1+	Después de 3 años de tratamiento, el análisis de supervivencia demostró que significativamente más pacientes del grupo de TCE se habían recuperado (RR = 2,18; p = 0,04) o mostraban una mejoría clínica fiable (RR = 2,33; p = 0,009) en el Borderline personality disorder severity index[202].
1+	En el grupo de TCE también se demostraron mejorías de la disfunción psicopatológica general y las medidas de los conceptos de personalidad de TCE/TCT (p <0,001)[202].
1+	En los pacientes del grupo de TCE se demostró un mayor incremento de la calidad de vida que en los del grupo de PFT (ANCOVA robusta, p = 0,03 y p < 0,001)[202].
1+	La relación terapéutica y las técnicas concretas interactúan entre sí e influyen las unas en las otras y pueden servir para facilitar los procesos de cambio subyacentes a la mejoría clínica[225].
1+	Los pacientes de ambos grupos mejoraron significativamente en todos los criterios de TLP del DSM-IV (p < 0,001 para abandono, relaciones inestables, alteraciones de la identidad, inestabilidad afectiva, vacío interior e ira, para parasuicidabilidad p = 0,027, impulsividad p = 0,011 e ideación paranoide y disociativa p = 0,002)[227].
1+	Hubo una mejora en la calidad de vida en la escala EuroQoL-5D en la puntuación de utilidad (M = 0,12; SE = 0,05; t (61) = 2,51; p = 0,02; d = 0,35) y en la escala WHOQOL puntuación total (M = -1,07; SE = 0,19; t (61) = 5,56; p < 0,001; d = 0,58), no hubo efecto significativo en la escala de calidad de vida EuroQoL-5D medida por el termómetro analógico (M = 4,53; SE = 2,47; t (59) = 1,84; p = 0,07; d = 0,23)[227].
1+	No hay diferencias significativas entre grupos respecto a la adherencia y adecuación del uso de los métodos y técnicas [t (56) = 1,41; p = 0,16][227].
1+	Respecto a las medidas de cambio, se observan diferencias entre ambos grupos postest/seguimiento a los 6 meses favorables a la TCE en los indicadores de TLP (BSI de Cuento p <.001/ p <.001 y Entrevista DIB-R de Zanarini p <.001/ p <.001), en el funcionalismo (GAF p <.001/ p <.001) y en los síntomas (SCL-90 p = 0,004/ p <.001)[228].
1+	La proporción de pacientes recuperados después de 4 años fue de un 54% en el grupo que recibió la TCE, y de un 29% en el grupo que recibió PFT, más significativa a favor del grupo de TCE (Wald test 4,45; p = 0,035; OR =2,64; 95% CI 1,07-6.49)[229].

La evidencia científica de esta terapia se basa en tres ECA, uno de ellos desarrollado en tres artículos[202,225,229], con un nivel de evidencia científica 1+, el segundo estudio[227] con un nivel de evidencia científica 1+ y el tercer estudio de Farrell[228] con un nivel de evidencia científica 1-.

Los estudios Giesen-Bloo et al[202], Spinhoven et al[225] y Van Asselt[229] se basan en la misma muestra de 88 pacientes con un diagnóstico de TLP en tratamiento en formato individual. El segundo estudio[227] se basa en una muestra de 62 pacientes en tratamiento en formato individual y el estudio de Farrell[228] en una muestra de 16 pacientes en formato grupal.

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

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

Recomendaciones

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

5.3.4. Terapia cognitivo-analítica[234,235]

La GPC del NICE (2009)[4] describe la terapia cognitivo-analítica (TCA)[234,235] como una estrategia integradora y relacional que combina métodos de la TCC con la atención al trastorno antisocial de la personalidad.

En otros artículos, Ryle[236,237] nos describe la contribución de la TCA en el tratamiento y manejo de pacientes con TLP[237], y en un estudio naturalístico[236], no controlado evaluó la eficacia de esta terapia, y demostró el alcance y los límites del tiempo limitado de la aplicación de la TCA a nivel ambulatorio.

La relación terapéutica, como vehículo del cambio, averigua cómo se han aprendido y se siguen recreando patrones de relaciones problemáticos, severos y punitivos (roles recíprocos), tanto con los demás como en la relación de la persona consigo misma. Se caracteriza por las reformulaciones narrativas y diagramáticas, que son “herramientas” psicológicas construidas conjuntamente y que describen patrones históricos recurrentes de relaciones con los demás (posiblemente, también con los profesionales de salud mental) y de autogestión. Se han diseñado para ayudar a la persona a comprender y reflexionar sobre su experiencia de “alternancia” entre distintos estados mentales en respuesta a sentimientos difíciles de controlar o necesidades insatisfechas. El modelo de la TCA considera que el TLP es una forma de daño más grave y generalizado para el yo, que se debe en gran parte a experiencias prolongadas de privación y un trauma del desarrollo complejo en personas posiblemente vulnerables. Esto causa una tendencia a una disociación en distintos “estados personales”, con un deterioro muy angustiante de la capacidad de autorreflexión y el sentido de la identidad, un deterioro de la función ejecutiva y una alteración de las relaciones interpersonales. La terapia trata de ofrecer una experiencia relacional reparadora y proporcionar la motivación, las habilidades y las oportunidades para aprender nuevos patrones de relaciones con uno mismo y con los demás. La TCA se utiliza tanto como método terapéutico como marco de interconsulta y formación para ayudar a los profesionales de salud mental a que eviten patrones relacionales perjudiciales[4,238].

La GPC del NICE (2009)[4] identifica un ECA[120] en relación a la TCA al que se le asigna un nivel de evidencia 1++. Este estudio compara la TCA con una intervención manualizada de buena práctica clínica, que se llevó a cabo en contexto ambulatorio durante 1 año. La muestra estudiada estaba compuesta por 78 adolescentes, 76% mujeres de una edad media de 16 años con rasgos de TLP, que cumplían de dos a nueve criterios diagnósticos del DSM-IV, y un 43% con diagnóstico de TLP. El 63% de la muestra presentaba trastornos afectivos, el 40% trastornos de ansiedad, el 4% trastornos de la alimentación, el 33% abuso de sustancias y el 26% trastornos de conducta.

A continuación se describen las intervenciones comparadas:

- Grupo TCA (n = 41): máximo 24 sesiones semanales (mediana de sesiones: 13 (8-23)). Psicólogos clínicos con formación como terapeutas de TCC, con formación durante un período de 9 meses en TCA; más TAU: gestión asertiva del caso, citas con el psiquiatra, grupos de actividad, equipo de crisis y asistencia del paciente ingresado, tratamiento farmacológico.
- Grupo de TAU (n = 37): buena práctica clínica manualizada, mediana de sesiones recibidas: 11 (4,5-23), desarrolladas para el estudio; asistencia en equipo; modelo de solución de problemas con módulos para trastornos asociados; supervisión por los terapeutas (terapeutas y TAU como en la TCA).

Los resultados del estudio fueron los siguientes:

Se aleatorizaron 86 pacientes y se obtuvieron datos de seguimiento en 78 (TCA n = 41; TAU n = 37). No se apreciaron diferencias signifivas entre los resultados de ambos grupos de tratamiento a los 24 meses en los criterios de evaluación preestablecidos, pero se detectaron algunos indicios de que los pacientes asignados al grupo de TCA mejoraron con mayor rapidez. No se produjeron acontecimientos adversos con ninguno de los dos tratamientos. Según las conclusiones del estudio, tanto la TCA como la buena práctica clínica manualizada (TAU) son eficaces reduciendo la externalización de la psicopatología en adolescentes con trastorno de personalidad límite subsindrómico o con síndrome completo. Es necesario disponer de estudios de mayor tamaño para determinar el valor concreto de la TCA en esta población.

En la búsqueda de la AIAQS no se han detectado revisiones sistemáticas ni otros ECA sobre esta modalidad psicológica.

Mediante una búsqueda manual, realizada en junio de 2009, se identificó un estudio cuasi-experimental[198] donde se comparaba la efectividad de un equipo especializado en una intervención temprana en pacientes con TLP con el tratamiento usual. Se le asigna un nivel de evidencia de 2++. La descripción de este estudio está localizada en el apartado 4.6.2. Intervenciones psicosociales preventivas.

El objetivo de este estudio es comparar la efectividad de un servicio de intervención temprana especializado en TLP con el TAU. Para ello, los autores utilizan un diseño cuasi-experimental y comparan 32 pacientes en TAU con los 78 pacientes ya incluidos en el

ECA de Chanen[120]. Todos los participantes eran pacientes ambulatorios de entre 15 y 18 años de edad que cumplían de dos a nueve de los criterios diagnósticos del DSM-IV de TLP. Se esperaba que, en comparación con el TAU, los grupos en TCA y en intervención manualizada de buena práctica clínica mostraran una mayor reducción de psicopatología y conducta parasuicida, y una mejora superior en el funcionamiento global a los 24 meses de seguimiento. Después de este período, se observó que: 1) los pacientes en TCA tuvieron niveles más bajos y mejoras más rápidas en psicopatología internalizada y externalizada en comparación con el TAU; 2) los pacientes en intervención manualizada de buena práctica clínica mostraron niveles más bajos de psicopatología internalizada y una mejoría más rápida en funcionamiento global en comparación con el TAU, 3) los pacientes en TCA mostraron los más altos niveles de mejora en las cuatro variables de resultado consideradas a lo largo de los 24 meses de seguimiento y 4) no se observaron efectos adversos con ninguno de los tratamientos. Los autores concluyen afirmando que la intervención temprana especializada para el TLP subsindrómico o sindrómico es más efectivo que el TAU, siendo la TCA la intervención más efectiva. Según los autores, la reforma de los servicios utilizando este modelo de intervención temprana especializada para el TLP podría suponer mejoras sustanciales en los pacientes.

Resumen de la descripción de la evidencia

1++	No se apreciaron diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos de tratamiento a los 24 meses en los criterios de evaluación preestablecidos, pero se detectaron algunos indicios de que los pacientes asignados al grupo de TCA mejoraron con mayor rapidez[120].
2++	Los tres grupos de tratamiento mostraron mejoras durante el período de 2 años desde el inicio hasta el final del seguimiento. En el grupo TCA se evidencia una mejora media en términos absolutos en todas las medidas de resultado continuas de 1,07DE, seguido por el PGC (0,84 DE) y H-TAU (0,64 DE). Por otra parte, los grupos de tratamiento mostraron una reducción sustancial en el tiempo en las probabilidades de una mayor frecuencia de episodios de conductas de intentos de parasuicidio (OR = 0,11 veces para TCA, 0,09 veces para PGC, y 0,23 para H-TAU)[198].

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

Recomendaciones

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

5.3.5. Terapia grupal interpersonal

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

La GPC del NICE (2009)[4] identifica un ECA[210] en relación a la TGI al que se le asigna un nivel de evidencia 1+. En este artículo se comparó la TGI y la terapia psicodinámica breve con una duración de 1 año en una muestra de 110 pacientes con TLP, el 81% eran mujeres y con edades comprendidas entre los 18 y los 52 años. Se realizó una evaluación al inicio del tratamiento y un seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses. Se reclutaron 110 pacientes elegibles en las unidades de pacientes ingresados y ambulatorios de hospitales docentes; 79 aceptaron la asignación del tratamiento.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- El grupo de TGI (n = 38): 30 sesiones de tratamiento guiado por manual (25 sesiones semanales seguidas por cinco sesiones quincenales hasta la finalización), cada sesión de 1,5-2 horas. Se aborda el sistema propio conflictivo inestable y mal definido, dependiente de las transacciones interpersonales del aquí y ahora.
- El grupo de terapia psicodinámica breve (n = 41): consistió en psicoterapia dinámica individual abierta basada en un modelo de Kenberg[239]. Las sesiones individuales tuvieron lugar una o dos veces por semana. Todas las sesiones se grabaron en cintas de audio. Los terapeutas usaron estrategias de interpretación, confrontación y exploración.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó una RSEC[206] que incluye la terapia interpersonal (TI). Esta revisión en la lectura crítica mediante el programa Osteba alcanzó una valoración de calidad media. Esta RSEC contiene 24 ECA, de los cuales sólo hay un ECA que valora la eficacia de la TGI[210], ya mencionado anteriormente.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	La TGI es tan efectiva como la terapia psicodinámica breve aunque no hay otros estudios que confirmen estos resultados[210].

La evidencia científica de esta terapia se basa en un único estudio controlado y aleatorizado, con un nivel de evidencia de 1+, y una muestra total de 110 pacientes, el 81% eran mujeres, con diagnóstico de TLP según la DIB.

Hay muy poca evidencia sobre la eficacia de la TGI. Los resultados del estudio de Munroe-Blum et al[210] sugieren que es tan efectiva como la terapia psicodinámica breve aunque no hay otros estudios que confirmen estos resultados.

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

Recomendaciones

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

5.3.6. Terapia centrada en el cliente

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

En la GPC del NICE (2009)[4] se identifica un ECA[213] en relación a la terapia centrada en el cliente al que se le asigna un nivel de evidencia 1+. Este estudio compara la terapia centrada en el cliente con la TDC en una muestra de 24 personas, el 79% eran mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 27 años.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- TDC (n = 12): basada en el manual de tratamiento de Linehan, 1993. Se incorporan técnicas psicodinámicas para definir los esquemas conductuales, emocionales y cognitivos de los pacientes. El entrenamiento de habilidades se proporciona en la terapia individual y no en un taller independiente.
- Terapia centrada en el cliente (n = 12): dos veces por semana. Se resalta la comprensión empática del sentido de soledad de los pacientes y se proporciona una atmósfera de apoyo a la individualización y a la prevención de la recaída en un entorno terapéutico seguro. El terapeuta ayuda a los pacientes a usar el autocontrol y la reflexión para reducir el estrés.

Este estudio encontró que las personas que recibían la terapia centrada en el cliente presentaron más intentos suicidas y autolesivos y mayor ideación suicida que aquellas asignadas a la TDC, en el seguimiento a 6 y 12 meses. Además, observó una mejoría menor en el grupo de terapia centrada en el cliente en las medidas de impulsividad, ira, depresión y psicopatología general en el seguimiento a 12 meses. El grupo de terapia centrada en el cliente requirió de más días de hospitalización en el seguimiento a 6 y 12 meses.

En la búsqueda de la AIAQS no se han detectado revisiones sistemáticas ni otros ECA sobre esta modalidad psicológica.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Las personas que recibieron la terapia centrada en el cliente presentaron más intentos suicidas y autolesivos y mayor ideación suicida que aquellas asignadas a la TDC, en el seguimiento a 6 y 12 meses[213].
1+	Las personas que recibieron la terapia centrada en el cliente obtuvieron una mejoría menor que el grupo TDC en las medidas de impulsividad, ira, depresión y psicopatología general en el seguimiento a 12 meses[213].
1+	El grupo de terapia centrada en el cliente requirió de más días de hospitalización en el seguimiento a 6 y 12 meses[213].

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

Recomendaciones

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

5.3.7. Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)[240]

La GPC del NICE (2009)[4] comenta que las psicoterapias psicodinámicas destacan la importancia del conflicto inconsciente entre los deseos que provocan ansiedad, y los mecanismos de defensa que se oponen a estos deseos. Estos conflictos se entienden en el contexto de las representaciones internas de la propia persona y de los demás. Se considera que los problemas en las relaciones se repiten en la relación terapéutica en forma de transferencia y contratransferencia, que el terapeuta interpreta. Tradicionalmente, los terapeutas psicoanalíticos han mantenido la neutralidad, 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. Un ejemplo de este método es la psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)[240], una forma estructurada y manualizada de terapia psicodinámica que trata de activar los patrones disfuncionales de la relación interpersonal dentro de la relación terapéutica (transferencia) para que éstos puedan entenderse a través de su interpretación. La prioridad es reducir la difusión de la identidad y facilitar el funcionamiento reflexivo. Existe un objetivo adicional que es mejorar las dificultades del funcionamiento laboral y social cotidiano. La PFT es una terapia individual que se presta dos veces por semana, si bien a algunas personas se les puede aplicar un tratamiento complementario para un problema específico (por ejemplo, un programa de 12 pasos para una persona con abuso de sustancias).[4]

La GPC del NICE (2009)[4] identifica dos ECA[202,203] en relación a la PFT, a los que se les asigna un nivel de evidencia 1+.

El estudio de Clarkin[203] se llevó a cabo en una muestra de 90 pacientes con diagnóstico de TLP y otros diagnósticos comórbidos (77% trastornos afectivos, 48% trastornos de ansiedad, 33% trastornos de la alimentación, 38% dependencia del alcohol u otras drogas). De la muestra total, el 93% eran mujeres y tenían una edad media de 31 años. Se comparó la PFT con la TDC y la psicoterapia de apoyo psicodinámica con una duración del tratamiento de 1 año. En este artículo se describe el método de investigación y las características demográficas de la muestra. Los resultados finales se informaron en otro estudio posterior[241] que se incluye en este mismo apartado.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- PFT (n = 31): terapia individual muy estructurada, dos veces por semana con 45 minutos por sesión. Se centra en la contención de los actos impulsivos (parasuicidas) y en la identificación de los patrones de relación dominantes. No está claro si se manualiza el tratamiento.
- TDC (n = 29): TCC manualizada con dos componentes, a) terapia individual una vez por semana durante 60 minutos y b) entrenamiento en habilidades en grupo, semanalmente durante 2,5 horas. Contacto telefónico de urgencias y sesiones individuales programadas según necesidades. Terapia individual: se centra en la jerarquía de los comportamientos objetivos, el paciente sigue las instrucciones diariamente utilizando tarjetas diario. Las conductas suicidas y automutilantes ocupan el primer puesto de la jerarquía y se revisan en cada sesión. Otras estrategias de afrontamiento se exploran según los resultados del análisis conductual. Entrenamiento de habilidades en grupo: se usa para que los pacientes puedan desarrollar formas menos autodestructivas y más adaptativas para afrontar los efectos intolerables. Las sesiones de formación consisten en la docencia de nuevas habilidades y su práctica en tareas asignadas específicas entre las sesiones, por ejemplo, en la regulación de las emociones.
- Psicoterapia de apoyo psicodinámica (n = 30): se proporciona una o dos veces por semana durante 45 minutos por sesión. Objetivo principal: conseguir modificaciones mediante el desarrollo de relaciones de colaboración saludables con el terapeuta, remplazando los actos autodestructivos.

El estudio de Giesen-Bloo et al[202] realiza una comparación entre la TCE y la PFT, efectuada a nivel ambulatorio a lo largo de 3 años. La muestra estaba compuesta por 88 pacientes con TLP, con una edad media de 31 años, y el 91% eran mujeres. Este estudio ha sido descrito anteriormente en el apartado de revisión de la literatura de la terapia centrada en esquemas.

En la búsqueda de la AIAQS se identificaron tres ECA[225,241,242], en relación a la PFT, a los que se les asignó un nivel de evidencia científica 1+, 1++ y 1+, respectivamente.

El estudio de Levy[242] compara la efectividad de la PFT frente a la TDC o la psicoterapia de soporte psicodinámico para pacientes con TLP. Se aleatorizó a 90 pacientes con diagnóstico de TLP a PFT (n = 31), a TDC (n = 29), o a una psicoterapia de apoyo psicodinámica

modificada (n = 30), de 1 año de duración. La creación del apego durante la infancia se evaluó con la Entrevista de apego para adultos (AAI: Adult attachment interview) y la escala de codificación de la función reflexiva (FR).

El estudio de Clarkin[241] compara la efectividad de la PFT, la TDC o tratamiento de apoyo psicodinámico para pacientes con TLP. En la muestra antes descrita de 90 pacientes con diagnóstico TLP, siete hombres y 83 mujeres, distribuidos aleatoriamente a las tres condiciones de tratamiento comentadas y del que se pudieron analizar al final del estudio, 23 quedaron enmarcados con una PFT, 17 con una TDC, y 22 con una terapia de apoyo psicodinámico. Se realizó una evaluación pretratamiento y a intervalos de 4 meses durante un período de 1 año de la conducta suicida, agresiva, de impulsividad, ansiedad, depresión y ajuste social.

El estudio de Spinhoven[225] comparó la PFT con la terapia cognitiva centrada en esquemas al que se le asignó un nivel de evidencia científica 1+. En la lectura crítica mediante el programa Osteba alcanzó una valoración de calidad alta. Este estudio ha sido descrito anteriormente en el apartado de revisión de la literatura de la terapia cognitiva centrada en esquemas. Es la continuación del estudio de Giensen-Bloo[202] comentado anteriormente, y por tanto, está basado en la misma muestra de pacientes. Investigó la calidad y el desarrollo de la alianza terapéutica como mediador del cambio en la TCE y la PFT para el TLP. Se aleatorizó a 88 pacientes procedentes de instituciones de salud mental en TCE (n = 45) o PFT (n = 43) dos veces por semana. Se realizó un seguimiento de estos pacientes cada 3 meses durante 3 años.

La GPC del NICE (2009)[4] no realizó recomendaciones sobre esta modalidad de intervención, ya que se excluyó el estudio de Clarkin[203] al no poder extraer resultados del mismo.

De los resultados extraídos de Clarkin[241], Levy[242] y Spinhoven[225], los autores concluyen:

Levy[242] concluye que la PFT intensiva puede incrementar la coherencia narrativa y la FR, pero son necesarios más estudios para establecer relación entre ambos constructos.

Comparando los otros dos tratamientos, al cabo de 12 meses de tratamiento, se observó con la PFT un aumento significativo del número de participantes con estado mental de apego seguro, y se registraron incrementos de la coherencia narrativa y la FR durante el tratamiento. No se observaron cambios en la resolución de la pérdida o el trauma entre los tratamientos.

Los resultados sugieren que 1 año de PFT intensiva puede incrementar la coherencia narrativa y la FR de los pacientes. No obstante, se desconoce la relación entre estos dos constructos y la psicopatología característica del TLP.

Clarkin[241] sugiere que la PFT se asocia a un cambio de múltiples constructos en seis dominios aunque son necesarios más estudios. Los autores concluyen que en los pacientes de los tres grupos se observó un cambio positivo significativo de la depresión, la ansiedad, el funcionamiento global y el ajuste social durante el año de tratamiento.

Tanto la PFT como la TDC estuvieron significativamente asociadas a una mejoría de la suicidalidad. Sólo la PFT y el tratamiento de apoyo se asociaron a una mejoría de la ira.

La PFT y el tratamiento de apoyo se asociaron a una mejoría de las facetas de la impulsividad. Sólo la PFT fue significativamente predictiva de un cambio de la irritabilidad y del ataque verbal y directo.

Spinhoven[225] concluye que las puntuaciones negativas en la alianza terapéutica fueron factores predictores para el abandono al tratamiento mientras que las puntuaciones positivas predijeron una mejoría a nivel clínico. Por otro lado, la diferenciación entre el terapeuta y el paciente aumenta la alianza terapéutica pero no da como resultado una mejoría clínica.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Se observaron mejorías significativas con ambos tratamientos (TCE y PFT) en todas las medidas después de 1, 2 y 3 años de tratamiento[202].
1+	Después de 3 años de tratamiento, el análisis de supervivencia demostró que se recuperaron significativamente más pacientes del grupo de terapia centrada en esquemas (RR = 2,18; p = 0,04) o mostraron una mejoría clínica fiable (RR = 2,33; p = 0,009) en el Borderline personality disorder severity index[202].
1+	En el grupo de TCE también se detectó una mejoría mayor de la disfunción psicopatológica general y de las medidas de los conceptos de personalidad en TCE/PFT (p < 0,001)[202].
1+	Los pacientes del grupo de TCE mostraron un mayor incremento de la calidad de vida que los del grupo de PFT (ANCOVA robusta, p = 0,03 y p < 0,01)[202].
1+	La relación terapéutica y las técnicas concretas interactúan entre sí e influyen las unas en las otras y pueden servir para facilitar los procesos de cambio subyacentes a la mejoría clínica[225].
1+	Un año de PFT intensiva puede incrementar la coherencia narrativa y la FR de los pacientes. No obstante, se desconoce la relación entre estos dos constructos y la psicopatología característica del TLP[242].
1+	La PFT se asocia a un cambio de múltiples constructos en seis dominios aunque son necesarios más estudios[241].
.1+	En los pacientes de los tres grupos se observó un cambio positivo significativo de la depresión, la ansiedad, el funcionamiento global y el ajuste social durante el año de tratamiento[241].
1+	Tanto la PFT como la TDC estuvieron significativamente asociadas a una mejoría de la suicidalidad[241].
1+	Sólo la PFT y el tratamiento de apoyo se asociaron a una mejoría de la ira[241].
1+	La PFT y el tratamiento de apoyo se asociaron a una mejoría de las facetas de la impulsividad[241].
1+	Sólo la PFT fue significativamente predictiva de un cambio de la irritabilidad y del ataque verbal y directo[241].

La evidencia científica de esta terapia se basa en cinco estudios controlados y aleatorizados, con un nivel de evidencia 1+[202,203,225] y 1++[242]. La muestra total es de 178 pacientes, ya que Levy[242] y Clarkin[241] utilizan la muestra del estudio de Clarkin,[203] y Spinhoven[225] se basa en la de Giesen-Bloo[202].

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

En este último campo, la suicidalidad, sólo está sustentada por el estudio de Clarkin[241] de 2007; que es un estudio con una población de 90 individuos de los que sólo 23 de ellos siguieron la PFT y hubo otras terapias con resultados similares.

Sobre la coherencia narrativa y la mejoría en la FR, se debería primero evaluar su relación con la psicopatología característica del TLP y luego examinar mediante nuevos estudios la eficacia real de esta terapia en estas variables, debido a que la evidencia expuesta es el resultado del estudio realizado por Levy[242] en 2006, con una población de 90 pacientes de los que sólo 31 de ellos realizaron la PFT.

Recomendaciones

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

5.4. Programas de terapias psicológicas

Los programas de terapia psicológica son el resultado de combinar más de una modalidad de tratamiento (por ejemplo, terapia individual más terapia de grupo)[200] y acostumbran a ser ofrecidos por más de un terapeuta o un equipo terapéutico[4].

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

A continuación se presentan en modo de tabla los ECA identificados y utilizados para cada uno de los tres programas de terapias psicológicas, diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)[4] o el grupo de trabajo de la guía. También se describen las características principales de cada uno de ellos.

Tabla 7. Características de los ECA de programas de terapias psicológicas

	Terapia dialéctico-conductual (TDC)	Terapia basada en la mentalización (TBM)	Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación
Nº ensayos (Total participantes)	7 ECA (439)[a] 7 ECA (637)[b]	1 ECA (44)[a] 2 ECA (134)[b]	0 ECA[a] 1 ECA (22)[b]
Identificador del estudio	(1) Clarkin 2004[a] (2) Carter 2010[a] (3) Koons 2001[a] (4) Linehan 1991[a] (5) Linehan 1993[a,c] (6) Linehan 1994[a,c] (7) Linehan 2006[a] (8) Turner 2000[a] (9) Van den Bosch 2002[a] (10) Velheul 2003 [b,d] (11) Van den Bosch 2005 [b,d] (12) Harned 2008 [b,e] (13) Mcmain 2009 [b] (14) Levy 2006 [b,f] (15) Soler 2009 [b] (16) Clarkin 2007[b,f]	(1) Bateman 1999[a] (2) Bateman 2008[b,g] (3) Bateman 2009[b]	(1) Gratz 2006[b]
N/% mujeres	(1) 90/93 (2) 73/100 (3) 20/100 (4) 44/100 (5) 26/100 (6) 39/100 (7) 101/100 (8) 24/79 (9) 58/100 (10) 58/100 (11) 58/100 (12) 101/100 (13) 180/86 (14) 90 (15) 63/63 (16) 90/93	(1) 44/50 (2) 41/57 (3) 134/80	(1) 22/22
Edad media	(1) 31 (2) 25 (3) 35 (4) 27 (5) 27 (6) 27 (7) 29 (8) 22 (9) 35 (10) 35 (11) 35 (12) 29 (13) 30 (14) 18-50 (15) 18-45 (16) 31	(1) 16-65 (2) 18-65 (3) 18-65	(1)33

	Terapia dialéctico-conductual (TDC)	Terapia basada en la mentalización (TBM)	Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación
Trastornos del eje I/II	(1) 100% TLP según SCID-II 77% T Afectivo 48% T Ansiedad 33% T Alimentarios 38% Abuso/Dependencia Drogas/Alcohol (2) 100% TLP según DSM-IV (3) 100% TLP según DSM-IIIR 25% Abuso Sustancias (4) 100% TLP según DSM-IIIR (5) 100% TLP según DSM-IIIR (6) 100% TLP según DSM-IIIR (7) 100% TLP 72% T Depresión Mayor 41% T Angustia 50% T Estrés-Postraumático 78% T Ansiedad 30% T Uso Sustancias 24% T Alimentación según DSM-IV (8) 100% TLP según DIB 71% T Ansiedad Generalizada 12% T Depresión Mayor 12% Distimia 75% Abuso Alcohol 83% Abuso Sustancias 8% TP Antisocial 4% TOC 25% TP Histriónico 12% SPD (9) 100% TLP según SCID-II 55% Problemas Adictivos (10) 100% TLP según SCID-II 55% Problemas Adictivos (11) 100% TLP según SCID-II (12) 100% TLP 72% T Depresión Mayor 41% T Angustia 50% T Estrés Postraumático 78% T Ansiedad 30% T Uso Sustancias 24% T Alimentación según DSM-IV (13) 100% TLP según DSM-IV 49% T Depresión Mayor 22% T Angustia 37% T Estrés Postraumático 9% T uso Sustancias 13% T Alimentación (14) 100% TLP (15) 100% TLP según DSM-IV evaluadas por dos entrevistas diagnósticas semiestructuradas (16) 100% TLP según SCID-II 77% T Afectivos 48% T Ansiedad 33% T Alimentación 38% Abuso/Dependencia Drogas/Alcohol	(1) TLP (2) TLP (3) diagnosticado de TLP	(1) TLP

	Terapia dialéctico-conductual (TDC)	Terapia basada en la mentalización (TBM)	Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación
Comparador	(1) PFT/ Psicoterapia de Apoyo Psicodinámica (2) Lista de espera con TAU (3) TAU (4) TAU (5) TAU (6) TAU (7) CTBE-Tratamiento comunitario por expertos (8) Terapia Centrada en el Cliente (9) TAU (10) TAU (11) TAU (12) CTBE-Tratamiento comunitario por expertos (13) Manejo general psiquiátrico por expertos (14) Cambios en patrones de apego y FR con PFT, TDC y psicoterapia de apoyo psicodinámica (15) TGI (16) PFT/ Psicoterapia de Apoyo Psicodinámica	(1) Grupo de tratamiento psiquiátrico general (2) TAU (3)Tratamiento clínico estructurado	(1) TAU
Intervención adicional	(1) Farmacoterapia (2) no (3) Farmacoterapia (4) no (5) no (6) no (7) no (8) no (9) Farmacoterapia (10) Farmacoterapia (11) Farmacoterapia (12) no (13) no (14)no (15) no (16) Farmacoterapia	(1) no (2) no (3) no	(1) TDC
Contexto	(1) Varios contextos (2) Ambulatorios (3) Atención Primaria (4) Ambulatorios (5) Ambulatorios (6) Ambulatorios (7) Ambulatorios universitarios y práctica comunitaria (8) Ambulatorios (9) Centros de tratamiento del abuso de tóxicos y servicios psiquiátricos (10) Centros de tratamiento del abuso de tóxicos y servicios psiquiátricos (11) Centros de tratamiento del abuso de tóxicos y servicios psiquiátricos (12) Ambulatorios universitarios y práctica comunitaria (13) Ambulatorios (14) Pacientes derivados por terapeutas privados, clínicos, familiares y por autoderivación (15) Ambulatorios (16) Varios contextos	(1) Hospital de día (2) Hospitalización parcial y ambulatorio (3) Ambulatorio	(1) Terapia ambulatoria

	Terapia dialéctico-conductual (TDC)	Terapia basada en la mentalización (TBM)	Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación
Duración del tratamiento	(1) 50 semanas (2) 1 año (3) 6 meses (4) 1 año (5) 1 año (6) 1 año (7) 1 año (8) 1 año (9) 1 año (10) 1 año (11) 1 año (12) 1 año (13) 1 año (14) 1 año (15) 3 meses (16) 50 semanas	(1) 18 meses (2) 0-18 meses (3) 18 meses	(1)14 semanas
Duración del seguimiento	(1) Cada 4 meses durante 1 año (2) 6 meses (3) 6 meses (4) 4, 8 y 12 meses (5) 4, 8 y 12 meses (6) 18 y 24 meses (7) 12 y 24 meses (8) 12 meses (9) 12 y 18 meses (10) 11, 22, 33, 44 y 52 semanas (11) 52 y 78 semanas (12) Cada 4 meses durante 2 años (13) 4, 8 y 12 meses (14) 3 años (15) No (16) Cada 4 meses durante 1 año	(1) 5 años (2) 18-36 meses, 36-60 meses (3) a los 36 meses y 5 años	(1)14 semanas

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.
c ECA que han estudiado la misma población muestral que el estudio de Linehan[201].
d ECA que han utilizado la misma población muestral que el estudio de Van den Bosch[204].
e ECA que ha estudiado la misma muestra de Linehan[205].
f ECA que han utilizado la misma población muestral que el estudio de Clarkin[203].
g ECA que ha estudiado la misma población muestral que el estudio de Bateman[209].

5.4.1. Terapia dialéctico-conductual[68]

Según la GPC del NICE (2009)[4] la terapia dialéctico-conductual (TDC) es un programa de tratamiento multimodal, originalmente desarrollado para mujeres con conductas parasuicidas, que posteriormente se ha aplicado a otras poblaciones. Se describen cinco etapas del tratamiento: pretratamiento, obtención del control conductual, procesamiento emocional del pasado, resolución de los problemas ordinarios de la vida y capacidad de experimentar una alegría sostenida. No obstante, en la práctica clínica habitual, es poco probable que los usuarios de servicios sanitarios obtengan este tratamiento en sus dos últimas etapas. La investigación en la TDC se ha centrado en las dos primeras etapas con el objetivo de obtener el control conductual, ayudar a la persona a que desarrolle y mantenga la motivación para seguir el tratamiento, y reducir al mismo tiempo las conductas suicidas, las autolesiones no suicidas y otras conductas impulsivas como, por ejemplo, el abuso de sustancias y los atracones. También son objetivo del tratamiento otros diagnósticos psiquiátricos y otras conductas gravemente desestabilizantes.

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

En el formato estándar de este programa de tratamiento[68] se ofrece, simultáneamente, un tratamiento individual semanal y un grupo de entrenamiento en habilidades semanal durante un período acordado, normalmente de 1 año. Los principios fundamentales del tratamiento individual de la primera etapa implican moverse con flexibilidad entre procedimientos basados en la aprobación (por ejemplo, validación y atención plena), y estrategias de cambio conductual, que incluyen el análisis de conductas y soluciones (resolución de problemas). Se utilizan técnicas de cuatro grupos de procedimientos cognitivos-conductuales: entrenamiento en habilidades, manejo de contingencias, exposición y modificación cognitiva. Las estrategias dialécticas, características de esta propuesta terapéutica, introducen componentes tanto de aceptación como de cambio (por ejemplo, el uso de la metáfora y la paradoja). El grupo de entrenamiento de habilidades incorpora los siguientes módulos: habilidades de conciencia, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. El "paquete de intervenciones" de TDC también incluye reuniones semanales de supervisión e interconsulta para los terapeutas, que trabajan en equipo, y consultas telefónicas, mediante las cuales los terapeutas están a disposición de los pacientes fuera del horario de atención normal para favorecer el manejo de situaciones de crisis y la generalización de habilidades al ambiente natural. Si se considera oportuno, y cuando los usuarios de servicios/pacientes están más estables y han establecido conexiones efectivas con los profesionales sanitarios, pueden pasar al tratamiento de la segunda etapa (experiencia y reprocesamiento emocional del trauma del pasado)[4].

La GPC del NICE (2009)[4] identifica siete ECA para valorar la eficacia de la TDC[201,203-205,212,213,243].

El estudio de Clarkin[203] describe el planteamiento teórico y metodológico de un ECA que compara la TDC con la PFT o la psicoterapia de soporte psicodinámica para pacientes con TLP. La descripción del estudio se ha desarrollado en el apartado anterior 5.3. Intervenciones psicológicas individuales y grupales y los resultados finales del estudio se informaron en otro estudio posterior[241] también descrito en ese mismo apartado. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

El estudio de Carter[243] compara la TDC (n = 38) con un grupo control en lista de espera (n = 35), en una muestra de 73 mujeres con TLP y conducta autolesiva, en un contexto ambulatorio. Durante el estudio no hubo intervención adicional farmacológica. Se le asigna un nivel de evidencia de 1++.

La intervención se basó en un modelo exhaustivo de TDC, un abordaje en equipo con terapia individual, entrenamiento de habilidades en grupo, acceso telefónico a un terapeuta individual y grupos de supervisión con terapeuta, durante 1 año, conforme al modelo de tratamiento desarrollado por Linehan.

La intervención aplicada en este estudio difiere del formato estándar en que el período de tratamiento fue de 6 meses, y que los participantes del grupo de tratamiento con TDC se asignaron al siguiente terapeuta disponible. También se asignaron a los grupos de entrenamiento de habilidades relevantes, con reuniones semanales con los módulos en el siguiente orden: efectividad interpersonal, regulación de las emociones y tolerancia al malestar. Cada módulo se desarrolló durante 8 semanas. Los grupos contaban con un mínimo de cuatro miembros antes de comenzar y un máximo de ocho miembros. Sólo se entraba en los grupos de habilidades al comenzar el siguiente módulo de habilidades.

El grupo de control en lista de espera estuvo esperando 6 meses para la TDC mientras recibía TAU (sin más datos).

Se realizó una evaluación durante el tratamiento a los 3 meses y a su finalización a los 6 meses.

En ambos grupos se demostró la reducción de EAD y hospitalizaciones, pero sin diferencias significativas en EAD, ingresos hospitalarios o duración de la estancia en el hospital entre los grupos. La discapacidad (días pasados en cama) y la calidad de vida (dominio físico, psicológico y ambiental) mejoraron significativamente en el grupo de TDC.

La TDC dio lugar a reducciones no significativas de los EAD y hospitalizaciones cuando se comparó con el control con TAU más lista de espera, en parte por las tasas de hospitalización menores de lo esperado en el grupo de control. No obstante, la TDC mostró efectos beneficiosos significativos en los criterios de valoración secundarios de mejoría de la discapacidad y de las puntuaciones de calidad de vida, un resultado clínicamente útil que también concuerda con los constructos teóricos de los efectos beneficiosos de la TDC.

El estudio de Koons[212] compara la TDC (n = 10) con el TAU (n = 10) en 20 mujeres con una edad media de 35 años, que presentaban criterios diagnósticos de TLP y en el 25% de los casos, comorbilidad con abuso de sustancias. El período de tratamiento fue de 6 meses. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Grupo de TDC: tratamiento manualizado. Terapia individual y entrenamiento de habilidades en grupo, 190 minutos por semana y reuniones semanales con un terapeuta en su consulta. Existían terapeutas disponibles entre las sesiones para asesoramiento telefónico sobre el uso de habilidades para reducir los comportamientos objetivos. La terapia individual: la jerarquía de los comportamientos objetivos se vigila con tarjetas diario y se comenta en cada sesión según su prioridad. Para remplazar los comportamientos de inadaptación se utilizan análisis conductuales y de soluciones. Entrenamiento de habilidades en grupo según formato estándar. Esta terapia difiere del formato estándar en que el período de tratamiento fue de 6 meses y en que la duración del entrenamiento de habilidades en grupo y las consultas con los terapeutas eran más cortas de 90 minutos por semana.

- Grupo de TAU: se ofrece a los pacientes 60 minutos de terapia individual cada semana con un clínico. También se les ofrece la asistencia a uno o más grupos de apoyo y psicoeducativos. El tipo de tratamiento ofrecido depende del criterio del terapeuta.

Se realizó una evaluación a los 3 meses y a la finalización del tratamiento a los 6 meses.

Los resultados del estudio mostraron que los pacientes en el grupo con TDC presentaron una reducción significativamente mayor en ideación suicida, desesperanza, depresión y expresión de la ira. Sólo los pacientes que recibieron la TDC mostraron una reducción significativa en el número de actos parasuicidas, sentimientos de ira no expresados y disociación, así como una tendencia sólida a disminuir el número de hospitalizaciones. No obstante, no se dieron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en estas variables. Los dos grupos demostraron una reducción significativa en los síntomas depresivos y en el número de patrones conductuales asociados al TLP.

Los estudios de Linehan[68,201,244] comparan la TDC con el TAU en una muestra de mujeres con una edad media de 27 años con conductas parasuicidas que cumplían criterios para el TLP. El grupo de tratamiento recibió la TDC durante 1 año, mientras que el grupo control recibió tratamiento comunitario. Se realizaron evaluaciones durante el tratamiento a los 4 y 8 meses, a su finalización a los 12 meses, y evaluaciones de seguimiento a los 6 y 12 meses después del tratamiento. Estos estudios forman parte de la misma investigación, y por tanto utilizan la misma población muestral. El ensayo se realizó en un contexto ambulatorio y no hubo intervención adicional farmacológica.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- TDC: tratamiento manualizado[245]. Terapia semanal individual y de grupo durante 1 año.
- Terapia individual: técnicas directivas orientadas al problema, incluido el entrenamiento de habilidades conductuales, tratamiento de contingencias, modificación cognitiva y exposición a estímulos emocionales, todo ello compensado con técnicas de soporte como reflexión, empatía y aceptación. Entrenamiento de habilidades en grupo: Sesiones semanales de 2,5 horas según formato estándar. Los terapeutas del grupo no aceptaron llamadas telefónicas de los pacientes, las posibles crisis se derivaron a un terapeuta individual.
- TAU: todos los pacientes recibieron alternativas de terapia, entre las que podían elegir cualquier tratamiento disponible en la comunidad.

En el estudio de Linehan[201] se informa de los resultados en las evaluaciones durante el tratamiento en una muestra total de 44 pacientes (n = 22, en el grupo de tratamiento; n = 22, en el grupo control), para las medidas de parasuicidio, abandono de la terapia, ingresos psiquiátricos, depresión, desesperanza, ideación suicida y razones para vivir.

Las personas que siguieron la TDC presentaron menos conductas parasuicidas y con menor severidad médica, mantuvieron con más frecuencia la terapia individual y necesitaron menos días de internación psiquiátrica. No se dieron diferencias significativas entre ambos grupos

en las medidas de depresión, desesperanza, ideación suicida y razones para vivir, aunque mejoraron al año de tratamiento. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

En el estudio de Linehan[68] se analizan los resultados del seguimiento postratamiento en una muestra total de 39 pacientes (n = 19, en el grupo de tratamiento; n = 20, en el grupo control).

Durante el año de seguimiento los sujetos que recibieron TDC mostraron puntuaciones significativamente mayores en la Global assessment scale. Durante los primeros 6 meses de seguimiento, estos sujetos tuvieron significativamente menos conductas parasuicidas, menos ira y una mejor adaptación social autoevaluada. En los últimos 6 meses, tuvieron menos días de ingreso psiquiátrico y una mejor adaptación social evaluada por el entrevistador[68].

En el estudio de Linehan[244] se informa de los resultados durante el tratamiento en una muestra total de 26 pacientes (n = 13, en el grupo de tratamiento; n = 13, en el grupo control), para las medidas de ira, ajuste social y funcionamiento general.

Tanto en el grupo de intención de tratar como en el grupo de pacientes que completaron el tratamiento, los sujetos que recibieron la TDC alcanzaron puntuaciones significativamente mejores en las medidas de ira y adaptación social global evaluada por el entrevistador que los sujetos que recibieron el TAU[244].

El estudio de Linehan[205] compara la TDC (n = 60) con el TAU (n = 51), que consistió en un tratamiento comunitario realizado por expertos, en una muestra de mujeres con TLP, con una edad media de 29 años. El período de tratamiento fue de 2 años.

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

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Grupo de TDC: tratamiento manualizado[68]. Psicoterapia individual durante 1 hora por semana. Entrenamiento de habilidades en grupo durante 2,5 horas por semana. Consulta telefónica (según necesidades, dentro de los límites impuestos por los terapeutas para garantizar la generalización).
- Grupo de TCPE: tratamiento comunitario por parte de expertos, desarrollado especialmente para este estudio, similar al TAU. El tratamiento se proporciona de forma no controlada por el equipo de investigación. Se pidió a los terapeutas que administraran la dosis y el tipo de terapia que consideraran más adecuados para cada paciente. La programación mínima fue de una sesión por semana[4].

Los pacientes que recibieron la TDC mostraron la mitad de posibilidades de realizar un intento suicida (hazard ratio, 2,66; p = 0,005), requirieron menos hospitalizaciones por ideación suicida (F1,92 = 7,3; p = 0,004) y tuvieron menor riesgo médico (F1,50 = 3,2; p = 0,04) en los actos suicidas y autolesivos realizados en conjunto. A su vez, en el grupo de

la TDC los pacientes tuvieron menos probabilidades de abandonar el tratamiento (hazard ratio, 3,2; p =0,001) y menos hospitalizaciones psiquiátricas (F1,92= 6,0; p = 0,007[210] Munroe-Blum[210]) y menos visitas a urgencias psiquiátricas (F1,92 = 2,9; p = 0,04). Se le asigna un nivel de evidencia 1+.

El estudio de Turner[213] compara la TDC (n = 12) con la terapia centrada en el cliente (n = 12) en una muestra de pacientes con TLP tratados inicialmente en el servicio de emergencias de un hospital local por intento de suicidio. El estudio se realizó en un contexto ambulatorio, en el servicio de salud mental comunitario, y no hubo intervención adicional farmacológica. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

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

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Grupo de TDC: basado en el tratamiento manualizado de Linehan[68]. Técnicas psicodinámicas incorporadas para conceptualizar el esquema de relaciones conductuales, emocionales y cognitivas de los pacientes. Entrenamiento de habilidades en terapia individual y no en un taller de trabajo independiente.
- Grupo de Terapia centrada en el cliente: dos veces por semana. Se centra en la comprensión empática del sentimiento de soledad del paciente y se proporciona una atmósfera de apoyo para la individualización y prevención de recaídas en un entorno terapéutico seguro. El terapeuta ayuda a los pacientes a usar el autocontrol y la reflexión para reducir el estrés.

Los resultados mostraron que las personas que recibían la TDC presentaron menos intentos suicidas y autolesivos y menor ideación suicida que aquellas asignadas al tratamiento centrado en el cliente, en el seguimiento a 6 y 12 meses. Además, encontró una mayor mejoría en el grupo de TDC en las medidas de impulsividad, ira, depresión y psicopatología general en el seguimiento a 12 meses. El grupo de TDC requirió de menos días de hospitalización en el seguimiento a 6 y 12 meses.

El estudio de Van Den Bosch[204] compara la TDC (n = 31) con el TAU (n = 27) en una muestra de 58 mujeres, con una edad media de 35 años, que cumplían criterios para el TLP. La muestra fue reclutada tanto en centros psiquiátricos como en centros para el tratamiento del abuso y dependencia de tóxicos. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Grupo de TDC: tratamiento manualizado[68]. 1) Sesiones individuales semanales de psicoterapia conductual cognitiva. 2) Entrenamiento de habilidades cada semana durante 2-2,5 horas por sesión. 3) Reuniones semanales de supervisión y consulta para los terapeutas. 4) Consulta telefónica. Terapia individual: se centra principalmente en aspectos motivacionales, incluida la motivación para seguir viviendo y para seguir el tratamiento. Entrenamiento de habilidades en grupo: se enseñan autorregulación y habilidades del cambio, y habilidades para aceptarse a sí mismo y a los demás.

- Grupo de TAU: tratamiento clínico en el centro de derivación original del paciente (centros de tratamiento de adicciones y servicios de psiquiatría). En general, los pacientes no reciben más de dos sesiones al mes con un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social.

La TDC mostró una mayor reducción en la sintomatología asociada al TLP y este efecto no estuvo modificado por la presencia de un abuso de sustancias comórbido. No obstante, la TDC no se mostró más efectiva para reducir los problemas del abuso de tóxicos.

Según la GPC del NICE (2009)[4] los tres estudios combinados[201,204,212] no encontraron diferencias significativas en el número de abandonos tempranos del estudio, con 29/76 en el grupo de TDC que abandonaron prematuramente y 41/79 en el grupo TAU (n = 155; tres ECA; RR de abandono temprano del estudio 0,74; IC: 0,52 a 1,04).

En la búsqueda de la AIAQS se ha detectado un RSEC que incluye la TDC[246] y otros nueve ECA Verheul[247], Van Den Bosch[248], Harned[249], McMain[250], Levy[242], Soler[251], Linehan[252] y Linehan[253] y Clarkin[241] de los cuales se han excluido los estudios de Linehan[252] y Linehan[253] debido a que se basan en una población dependiente de sustancias y por estar sus principales variables de resultado relacionadas con el consumo.

En la RSEC de Binks[246] el período de búsqueda bibliográfico estuvo comprendido entre el año 1987 y el 2002. La población objeto de estudio eran personas de la misma edad o mayores de 18 años con diagnóstico de TLP a partir de cualquier método, según criterios DSM-IV. Se incluyeron personas con comorbilidad en el eje I, a excepción de trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar). Esta RSEC identificó seis ECA sobre la TDC; cuatro[201,204,212,213] de los cuales fueron incluidos en la revisión de la GPC del NICE (2009)[4] y otros dos[252,253] fueron excluidos de nuestra GPC debido a que se basan en una población dependiente de sustancias y por estar sus principales variables de resultado relacionadas con el consumo. En la lectura crítica mediante el programa Osteba esta RSEC alcanzó una valoración de calidad alta.

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

El estudio de Verheul[247] compara la efectividad de la TDC (n = 27) con la del TAU (n = 31), de 12 meses de duración, en una muestra de 58 mujeres con TLP, con una media de edad de 35 años. Las participantes fueron derivadas de centros psiquiátricos y de desintoxicación. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

Los pacientes asignados a la TDC recibieron 12 meses de tratamiento según se especifica en el manual[68]. El tratamiento combina sesiones semanales de psicoterapia cognitiva conductual individual con el terapeuta principal, sesiones semanales con grupos de entrenamiento de habilidades durante 2-2,5 horas por sesión y reuniones semanales de supervisión y consultoría para los terapeutas[68].

El TAU consistió en el control clínico desde el centro de derivación original (centros de tratamiento de adicciones (n = 11) o servicios de psiquiatría (n = 20)). Los pacientes de este

grupo no acudieron en general a más de dos sesiones al mes con un psicólogo, un psiquiatra o un trabajador social.

Los autores concluyen que, en comparación con el TAU, con la TDC se registraron mejores tasas de retención y mayores reducciones de las conductas impulsivas de autolesión y automutilación, sobre todo en las pacientes con antecedentes de automutilación frecuente.

El estudio de Van den Bosch[248] compara la efectividad de la TDC con la del TAU en 58 mujeres con TLP. El tratamiento duró 52 semanas y se realizó un seguimiento a los 6 meses. Las participantes fueron derivadas de centros psiquiátricos y de desintoxicación. Los autores concluyen que, en comparación con el TAU, 6 meses después de la suspensión del tratamiento se mantuvieron los efectos más beneficiosos de la TDC: menores niveles de conductas parasuicidas e impulsivas, y de consumo de alcohol. No se registraron diferencias entre las condiciones de tratamiento respecto al abuso de drogas. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

El estudio de Harned et al[249] evalúa si la TDC es más efectiva que el tratamiento no cognitivo-conductual para pacientes con TLP. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

Se aleatorizó a 101 mujeres con TLP y conducta suicida y/o autolesiva reciente y repetida a 1 año de TDC (n = 52) o a tratamiento comunitario por parte de expertos-TCPE (n = 49), más 1 año de seguimiento.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- La TDC consiste en (a) psicoterapia semanal individual (1 hora por semana), (b) entrenamiento de habilidades en grupo (2,5 horas por semana), (c) consulta telefónica (según necesidades) y (d) reunión de equipo semanal de terapeutas para consultas.
- TCPE: la TCPE se desarrolló para controlar la pericia, la adherencia con el tratamiento, la disponibilidad de un grupo de supervisión clínica, el prestigio, los factores generales y la ayuda para encontrar un terapeuta, la disponibilidad de horas de tratamiento asequibles y suficientes, así como el sexo, la formación y la experiencia clínica del terapeuta. Los líderes de salud mental de la comunidad nombraron los terapeutas de TCPE como expertos para el tratamiento de pacientes difíciles.

Los autores concluyen que, en lo referente a los trastornos por dependencia de sustancias (TDS), las pacientes a las que se administró TDC presentaron una mayor probabilidad de alcanzar remisión total, de permanecer durante más tiempo en remisión parcial, de pasar menos tiempo cumpliendo todos los criterios, y se abstuvieron de consumir drogas y alcohol durante más días que las sometidas a TCPE. Estos resultados sugieren que las mejorías en el TDS concomitante en pacientes con TLP suicidas son específicas del TDC y no se pueden atribuir a factores generales asociados a la psicoterapia no conductual por parte de expertos. Además, las diferencias en la remisión de los TDS entre los grupos no se debieron ni al uso de psicotropos ni a los cambios en las conductas que cumplían los criterios de TLP. La diferencia entre la TDC y el TCPE en la reducción de los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación o el trastorno depresivo mayor no fue significativa.

El estudio de McMain[254] compara la TDC con un tratamiento psiquiátrico general derivado de las recomendaciones de la APA y con orientación psicodinámica, de 1 año de duración. La muestra se compuso de 180 pacientes con TLP, que habían presentado al menos dos episodios autolesivos suicidas o no suicidas en los 5 años anteriores. Se realizó una evaluación pretratamiento y cada 4 meses a lo largo del período de tratamiento.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Grupo de TDC: multimodal: sesiones individuales (1 hora por semana), grupo de habilidades (2 horas por semana), asesoramiento telefónico (2 horas por semana). Equipo de consulta para los terapeutas obligatorio (2 horas por semana). Se organiza según la jerarquía de los objetivos: conductas suicidas, de interferencia con el tratamiento o de interferencia con la calidad de vida. Se centra explícitamente en la conducta autolesiva y suicida.
- TAU: un modo: sesiones individuales (1 hora por semana) con tratamiento médico que sigue un algoritmo farmacológico estructurado. Reuniones de supervisión del terapeuta obligatorias (90 minutos por semana). Se da prioridad a la preferencia del paciente: no se aplica la jerarquía de los objetivos. El objetivo se amplía más allá de las conductas autolesivas y suicidas.

Ambos grupos mostraron una reducción significativa en la frecuencia y severidad de los episodios de autolesión suicida o no suicida y en la utilización de servicios sanitarios, así como una mejoría notoria en la sintomatología del TLP y psicopatología general. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Se le asigna un nivel de evidencia alta según el programa Osteba, y un nivel de evidencia 1+.

El estudio de Levy[242] compara la efectividad de la TDC con la de la la PFT o la psicoterapia de soporte psicodinámico para pacientes con TLP. Se aleatorizó a 90 pacientes con diagnóstico de TLP a PFT (n = 31), a TDC (n = 29), o a una psicoterapia de apoyo psicodinámica modificada (n = 30), de 1 año de duración. Este estudio se describe en el apartado anterior 5.3 Intervenciones psicológicas individuales y grupales. Los autores concluyen que la PFT incrementa más la coherencia narrativa y FR que la TDC o la psicoterapia de soporte psicodinámico, aunque se desconoce su relación con la sintomatología característica del TLP. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

El estudio de Soler[251] es una modalidad adaptada de la TDC, Terapia grupal dialéctico-conductual de entrenamiento de habilidades (TDC-EH), al que se le asigna un nivel de evidencia 1+.

Este estudio tenía como objetivo comparar la eficacia de la TDC-EH y la terapia de grupo estándar (TGE) en pacientes ambulatorios con TLP. Se incluyeron 60 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-IV para TLP, evaluados mediante dos entrevistas diagnósticas semiestructuradas, en un estudio de 3 meses, simple ciego, aleatorizado y controlado. Se aplicaron 13 sesiones semanales de psicoterapia de grupo de 120 minutos con TGE o con TDC-EH. Las evaluaciones se llevaron a cabo cada 2 semanas,

por dos evaluadores en condiciones de ciego. Como medidas de los criterios de valoración se usaron escalas de autoevaluación puntuadas por el observador e informes conductuales.

El formato de TDC utilizado se adoptó a partir de la versión estándar[68,245]. En la TDC-EH se incluyeron todas las habilidades originales. Esas habilidades se pueden dividir en las que favorecen el cambio, la efectividad interpersonal y las habilidades de regulación de las emociones, y las que favorecen la aceptación, las habilidades de conciencia y la tolerancia al malestar. Al igual que otras técnicas de entrenamiento de habilidades en los tratamientos conductuales, la TDC-EH incluye enseñanza, práctica de nuevas habilidades durante la sesión y asignación de tareas para practicar en casa cada habilidad cada semana. Estas asignaciones de tareas son revisadas en la siguiente sesión. Para acortar la duración de la terapia, los módulos no se repitieron. Para compensar la ausencia de repeticiones, se entregaron folletos impresos de los ejercicios de refuerzo de los módulos precedentes como tarea adicional para casa cada semana, y también se potenció la adquisición de las habilidades de conciencia realizando un ejercicio breve de conciencia al comenzar cada sesión[251].

Los resultados del estudio demuestran que la TDC-EH se asoció a tasas de abandono más bajas, del 34,5% en comparación con el 63,4% con la TGE. Fue mejor que la TGE en varias áreas del estado de ánimo y las emociones, tales como: depresión, ansiedad, irritabilidad, ira e inestabilidad afectiva. Asimismo, se observó la reducción de los síntomas psiquiátricos generales. Se demostró la utilidad de la TDC-EH semanal durante 3 meses. Esta terapia se asoció a una mejoría clínica mayor y a menores tasas de abandono que la TGE. Puede implantarse directamente en una amplia variedad de contextos de salud mental y aporta la ventaja adicional de su relación coste-efectividad. La TDC-EH parece actuar en la depresión, la ansiedad, el psicoticismo, la irritabilidad y la reducción de síntomas psiquiátricos generales. Además, la ira y la inestabilidad afectiva, evaluadas mediante el CGI-BPD, también mejoran con esta intervención.

El estudio de Clarkin[241] compara la efectividad de la TDC con la de la PFT o con el tratamiento de apoyo psicodinámico para pacientes con TLP. En la muestra antes descrita de 90 pacientes, distribuidos aleatoriamente a las tres condiciones de tratamiento comentadas, se realizó una evaluación pretratamiento y a intervalos de 4 meses durante un período de 1 año de la conducta suicida, agresiva, de impulsividad, ansiedad, depresión y ajuste social. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

La TDC consistió en una sesión individual y de grupo por semana y disponibilidad de consulta telefónica. La PFT, en dos sesiones individuales por semana, y el tratamiento de soporte, en una sesión por semana, que podía complementarse con sesiones adicionales según fuera necesario.

Este estudio se describe en el apartado 5.3 terapias psicológicas individuales y grupales, por tanto, los resultados del estudio están descritos allí. Los autores concluyen que la PFT se asoció con una mejoría en más ámbitos clínicos que la TDC y el tratamiento de apoyo psicodinámico.

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

Desde el grupo de trabajo de la guía, se ha llevado a cabo un metanálisis (MA) para valorar la eficacia de la TDC. Se seleccionaron seis estudios, cuatro[204,205,212,213] de ellos provenientes de la GPC del NICE (2009)[4] y dos de ellos provenientes de la búsqueda del grupo de trabajo[254,255].

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

Se excluyeron los estudios de Linehan[252,253] debido a que se basaban en población dependiente de sustancias y por estar sus principales variables de resultado relacionadas con el consumo, y Clarkin[241] debido a que el tipo de análisis estadístico utilizado proporciona predicciones y no resultados directos que sean metanalizados.

Para la elaboración de este metanálisis nos hemos basado en el MA incluido en la GPC del NICE (2009)[4] ya comentado al inicio de este apartado. Este MA de la GPC-TLP del NICE (2009)[4] incluía los artículos de Clarkin[203], Carter[243], Koons[212], Turner[201], Linehan[205], Turner[213], y Van den Bosch[204].

A continuación se adjunta la tabla con los artículos incluidos en el metanálisis, las dimensiones clínicas analizadas y los instrumentos utilizados.

Tabla 8. Dimensiones clínicas analizadas e instrumentos utilizados en el metanálisis

Categoría	Escala	Estudio
Aceptabilidad	**Abandonos del estudio por cualquier motivo**	Koons 2001 Linehan 2006 McMain 2009 Soler 2009; Turner 2000 Van den Bosch 2002
Ansiedad	**Hamilton anxiety rating scale HARS**[a]	Soler 2009 Koons2001
Depresión	**Hamilton depression scale HDRS**[a]	Soler 2009 Linehan 2006 Koons 2001 Turner 2000
	Beck depression inventory BDI	McMain 2009 Koons2001 Turner 2000
Evaluación psiquiátrica	**Brief psychiatric rating scale BPRS**[a]	Soler 2009 Turner 2000
Ira	**STAXI Spielberger anger expressior/scale**[a]	Koons 2001 McMain 2009
Suicidio y autolesión	**Actos autolesivos y suicidas**[a]	Koons 2001 Linehan 2006 McMain 2008 Turner 2000 Van den Bosch 2002
	Actos autolesivos/parasuicidas[a]	Linehan 2006 Van den Bosch 2002
	Intento de suicidio[a]	Linehan 1991 Linehan 2006 Van den Bosch 2002
	Beck suicidal ideation scale BSIS[a]	Koons2001 Turner 2000
Uso de servicios	**Hospitalización por motivos psiquiátricos**[a]	Linehan[201]Linehan 2006 Koons 2001 Turner 2000
	Días de estancia en unidad psiquiátrica[a]	Koons 2001 McMain 2009 Turner 2000

a Escalas metanalizadas

Los resultados obtenidos según las categorías analizadas fueron los siguientes:

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

A. Aceptabilidad

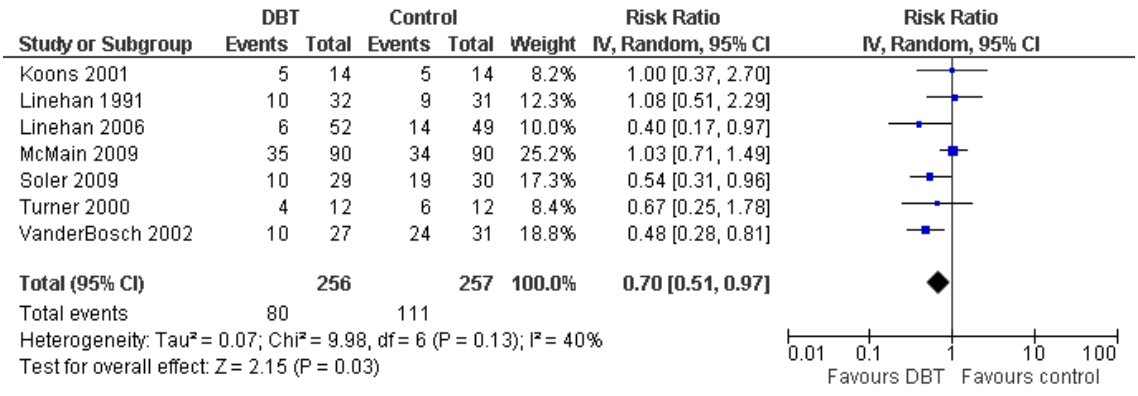
A.1. Abandonos por cualquier causa

Siete trabajos informaron del número de pacientes que abandonaron el estudio por cualquier causa[201,204,205,212,213,251,254]. Dos de los estudios presentaban seguimientos a corto plazo (de 3 a 6 meses)[212,251] mientras que los otros cinco presentaban seguimientos al año[201,204,205,213,254]. La tasa de abandono se situó entre el 20 y el 40% en TDC, y entre el 36 y el 77% en la terapia habitual. Se observó una heterogeneidad moderada entre los estudios (I^2 = 40%), con un resultado marginalmente significativo a favor de la TDC (RR = 0,70; IC al 95%: 0,51 a 0,97). Este resultado indica que los pacientes en TDC presentan una adherencia al tratamiento igual o ligeramente mejor que los pacientes en terapia habitual, y se reduce en un 30% la probabilidad de abandono.

Este resultado debe interpretarse teniendo en cuenta las diferencias existentes en la frecuencia y tipología de sesiones e intensidad terapéutica.

NOTA: En la GPC del NICE (2009)[4] se indica erróneamente que no hay abandonos en el estudio Koorns[212], cuando en realidad hay cinco abandonos por grupo de tratamiento.

Figura 3. Dimensión aceptabilidad: abandonos

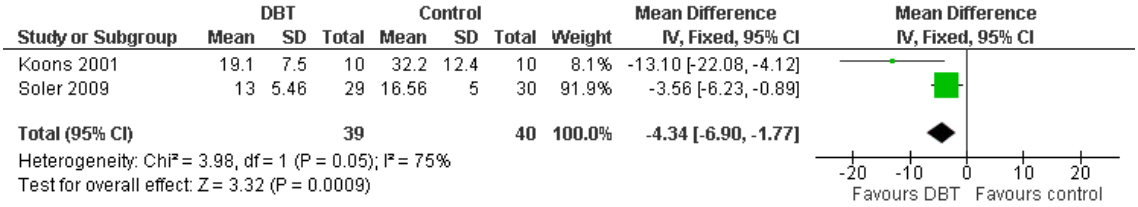


B. Ansiedad

B.1. Hamilton anxiety rating scale (HARS)

A nivel psicopatológico, dos estudios presentaron datos de la escala de ansiedad HARS[212,251], valorados a los 6 y 3 meses respectivamente. Aunque ambos estudios muestran una disminución significativa de los valores de la escala en el grupo con TDC, la magnitud de esta mejoría fue muy dispar y los resultados fueron heterogéneos (I^2 = 75%). El estudio de Soler[251], por sus características de mayor tamaño muestral y menor variabilidad interna, recibe casi todo el peso en el metanálisis, que deviene poco relevante. El resultado observado en Soler[251] indica una reducción de cuatro puntos en la escala HARS (DM = -4,34; IC al 95%: -6,90 a -1,77).

Figura 4. Dimensión ansiedad



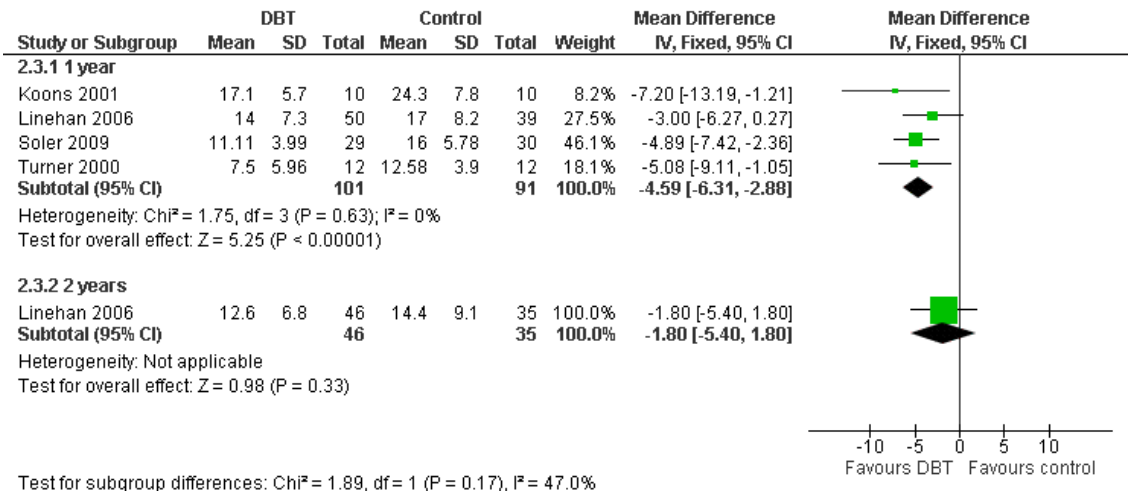
C. Depresión

C.1. Hamilton depression rating scale (HDRS)

Respecto al nivel de depresión, cuatro estudios presentaban datos de la HDRS, a 3 y 6 meses[212,251] y a 12 y 24 meses[205,213]. Los resultados observados fueron muy homogéneos (I^2 = 0%) y mostraron un nivel de depresión significativamente menor en el grupo de pacientes en tratamiento con TDC al año (SMD = -4,59; IC al 95%: -6,31 a -2,88).

Sin embargo, los resultados del único estudio que realiza un seguimiento hasta 2 años son no significativos (DM = -1,80; IC al 95%: -5,40 a 1,80), aunque sí homogéneos con el resto (I^2 del test de subgrupos = 47%).

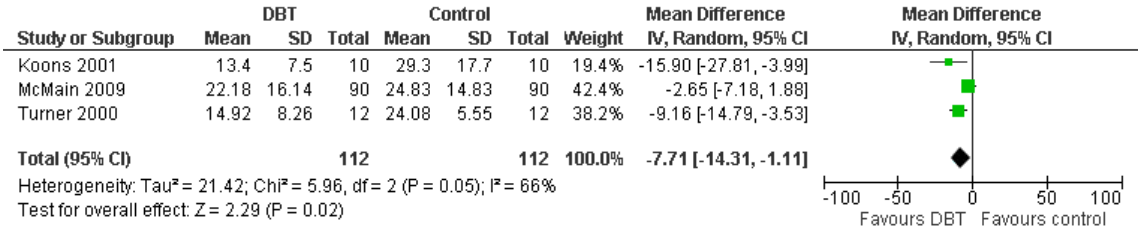
Figura 5. Dimensión depresión: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)



C.2. Beck depression inventory (BDI)

Cuatro estudios valoraron la escala BDI[201,212,213,254], aunque uno de ellos[201] no proporciona datos cuantitativos y no se incluye en el metanálisis; este estudio concluye que no se observaron diferencias en la escala BDI según el tratamiento administrado. Las valoraciones de los estudios incluidos en el metanálisis se realizaron a los 6 meses[212] y al año[213,254]. Se observa una heterogeneidad relevante entre los estudios (I^2 = 66%), pero todos ellos presentan valores medios de depresión más bajos en el grupo tratado con TDC. El metanálisis estima una reducción media del BDI de más de ocho puntos (DM = -7,71; IC al 95%: -14,31 a -1,11), que sí tendría relevancia clínica.

Figura 6. Dimensión depresión: Beck Depression Inventory (BDI)

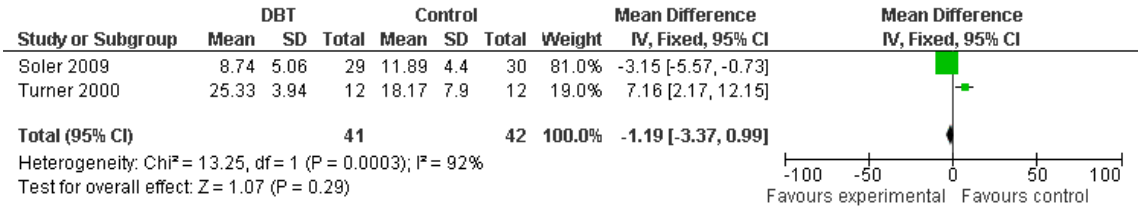


D. Evaluación psiquiátrica

D.1 Brief psychiatric rating scale (BPRS)

Dos estudios evaluaron la BPRS[213,251], con resultados contrapuestos y totalmente heterogéneos. El metanálisis de estos resultados no es informativo.

Figura 7. Dimensión evaluación psiquiátrica

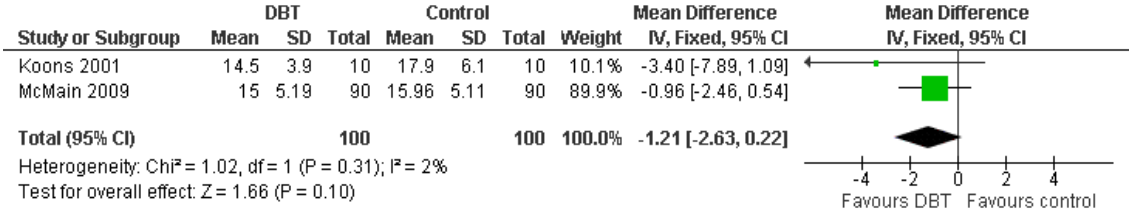


E. Ira

E.1. Staxi anger score

Dos estudios presentaron datos de la subescala “Anger out” del instrumento STAXI[212,254]. Aunque los dos estudios realizaban la valoración en cortes de tiempos distintos, a los 6 meses[212] y al año[254], los resultados observados son homogéneos (I^2 = 2%). Los resultados, aunque no significativos, son congruentes con una pequeña reducción de los valores de la escala en el grupo de tratamiento con TDC respecto el grupo con TAU (DM = -1,21; IC al 95%: -2,63 a 0,54). Dado el rango de la escala STAXI, esta reducción no sería clínicamente significativa.

Figura 8. Dimensión ira

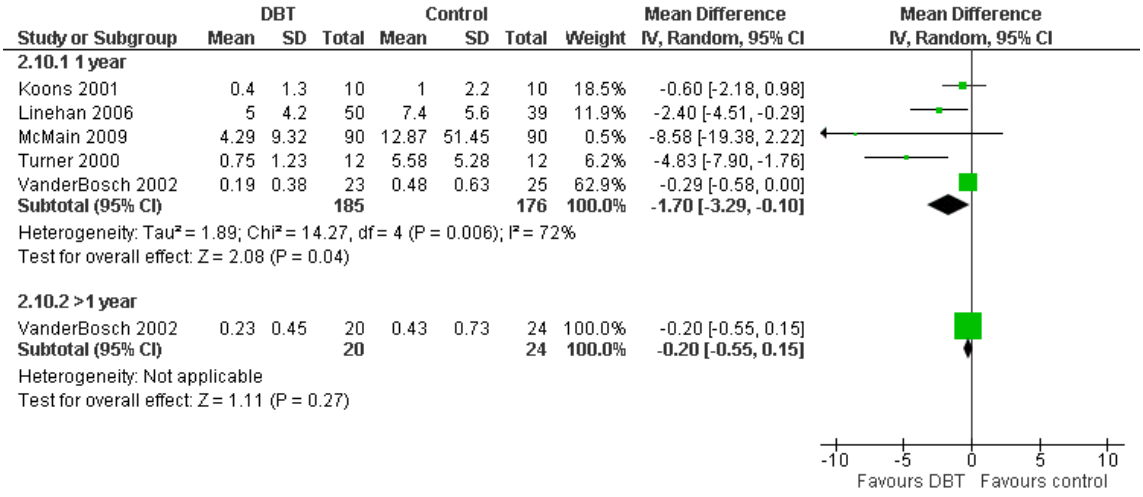


F. Suicidio y autolesión

F.1 Actos autolesivos y actos suicidas

Respecto al ámbito de la suicidalidad, cinco estudios proporcionaron datos del número combinado de actos autolesivos y suicidas[201,204,205,212,213] con resultados a los 6 meses[212], al año y a los 18 meses[204]. Los resultados hasta el año fueron muy heterogéneos (I^2 = 72%), probablemente debido a la diferente definición que hacen los estudios de estos actos. Los resultados a los 12 meses fueron estadísticamente significativos (DM = -1,70; IC al 95%: -3,29 a -0,10), al igual que los resultados a los 18 meses (DM = -0,20; IC al 95%: -0,55 a 0,15).

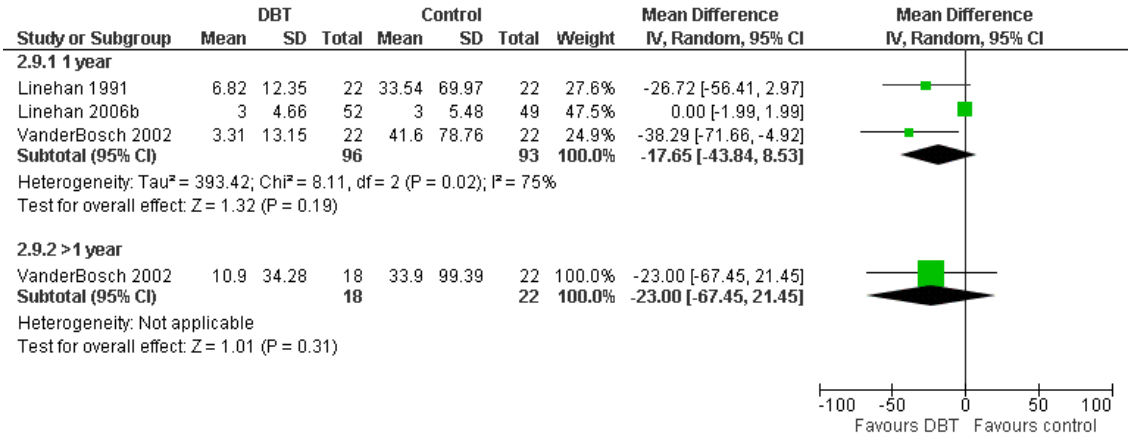
Figura 9. Dimensión actos autolesivos y actos suicidas



F.2. Actos autolesivos (no suicidas)

Tres estudios proporcionaron datos del número de actos autolesivos al año[201,204,205] y a los 18 meses[204]. Los resultados son muy heterogéneos (I^2 = 75%), probablemente debido a la diferente definición que hacen los estudios de estos actos (conductas parasuicidas, de autolesión y de automutilación). Los datos del estudio de Linehan[204] se han estimado a partir de las medianas y los rangos intercuartílicos, con la incertidumbre asociada a dicho procedimiento. Los resultados a los 12 meses no son significativos (DM = -17,65; IC al 95%: -43,84 a 8,53), al igual que los resultados a los 18 meses (DM = -23; IC al 95%: -67,45 a 21,45).

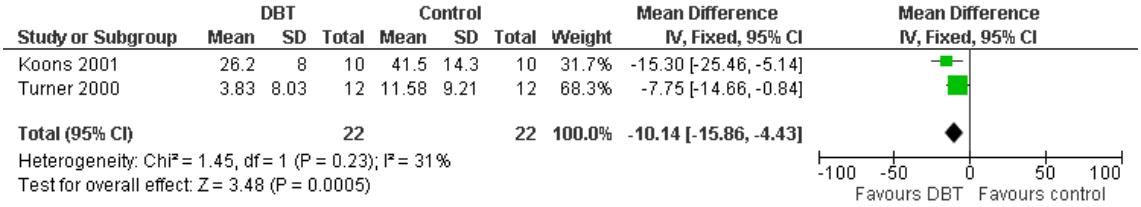
Figura 10. Dimensión actos autolesivos (no suicidas)



F.3 Beck suicidal ideation scale (BSIS)

Dos estudios evaluaron los cambios en ideación suicida con la BSIS, a los 6 meses[212] y al año[213]. Los resultados fueron homogéneos (I^2 = 31%) y mostraron una reducción significativa de la puntuación media de más de diez puntos en el grupo en TDC (DM = -10,14; IC al 95%: -15,86 a -4,43), que es clínicamente relevante.

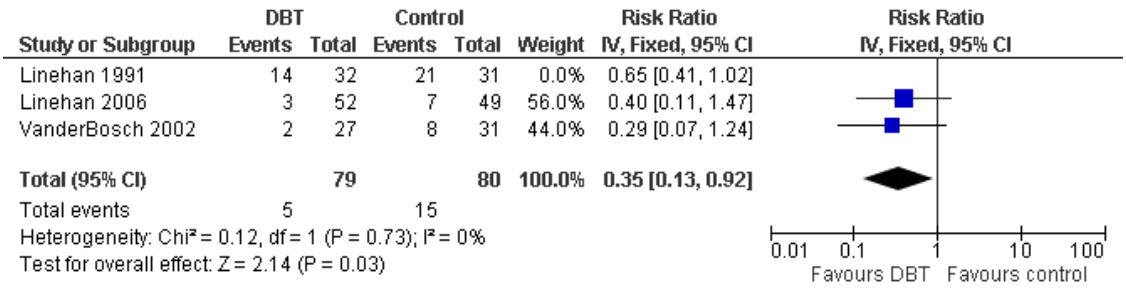
Figura 11. Dimensión suicidio y autolesión: Beck Suicidal Ideation Scale (BSIS)



F.4. Intento de suicidio

Por otro lado, tres estudios informaron separadamente del número de pacientes con intentos no-ambivalentes de suicidio[201,204,205], con unas tasas de intento de suicido de entre el 7 y el 26%. Los estudios fueron homogéneos (I^2 = 0%) y el metanálisis estimó que los pacientes en TDC tienen un 70% menos de probabilidad de intentar suicidio que los pacientes en terapia habitual, aunque este beneficio aparente podría ser mucho menor en la práctica, como muestra el amplio intervalo de confianza.

Figura 12. Dimensión intento de suicidio

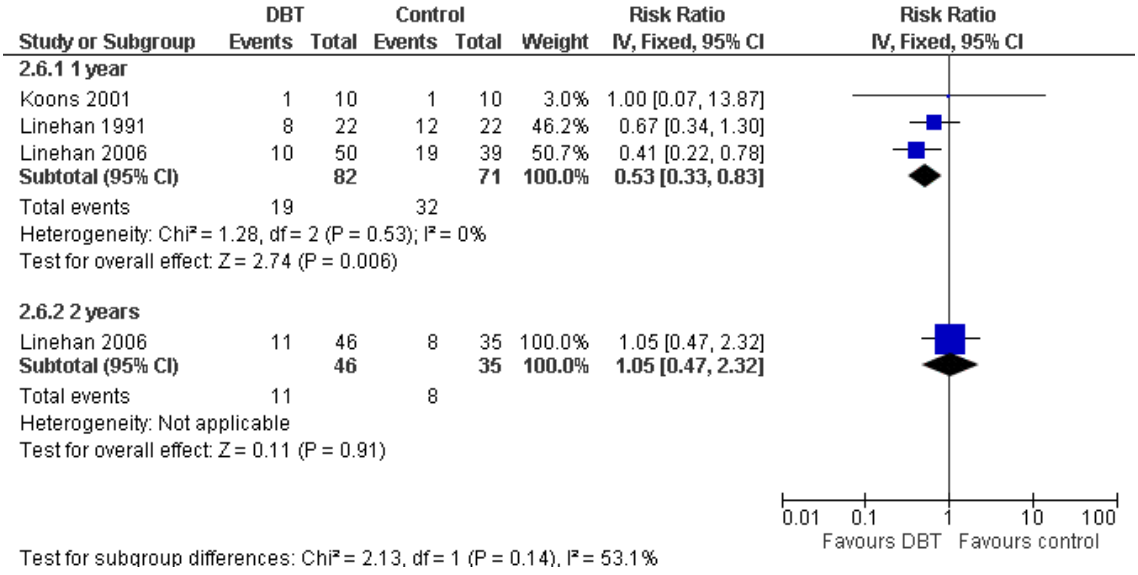


G. Uso de servicios

G.1. Hospitalización

En relación al uso de servicios, tres estudios evaluaron el número de pacientes que requirieron una o más hospitalizaciones en una unidad psiquiátrica, a 6 meses[212] y a 12-18 meses[201] y Linehan[205]. La tasa de hospitalización fue variable entre estudios (del 10 al 50%), con mayor porcentaje de ingresos en los estudios con seguimiento más largo. Los resultados al año son homogéneos (I^2 = 0%) y muestran una reducción significativa de la probabilidad de ingreso, que se reduce a la mitad en los pacientes en TDC (RR = 0,53; IC al 95%: 0,33 a 0,83). Este beneficio de la TDC sobre la terapia habitual desaparece totalmente en los resultados a 2 años del estudio de Linehan[205].

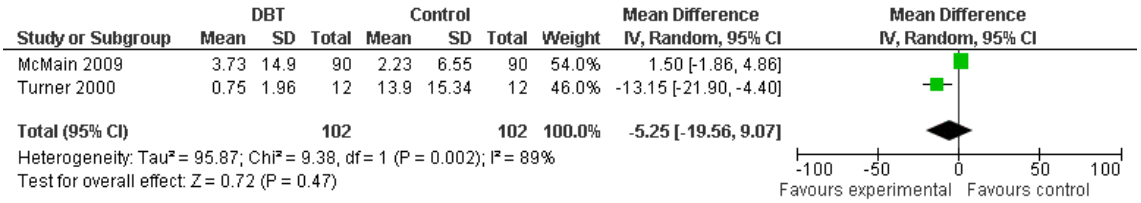
Figura 13. Dimensión hospitalización



G.2. Estancia media en una unidad psiquiátrica

Dos estudios evaluaron la estancia media de ingreso en una unidad psiquiátrica en el período de 1 año[213,254]. Estos estudios presentan resultados extremadamente heterogéneos (I^2 = 89%), lo que resta intepretabilidad al metanálisis.

Figura 14. Dimensión estancia media en una unidad psiquiátrica



En conclusión, según los resultados obtenidos, la TDC, en comparación con el TAU, muestra una reducción mayor de la ideación suicida y de la frecuencia de actos suicidas a

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

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Los pacientes en TDC presentan una adherencia al tratamiento igual o ligeramente mejor que los pacientes en terapia habitual, y se reduce en un 30% la probabilidad de abandono[201,204,205,212,213,251,254].
1+	Los pacientes en TDC muestran una disminución significativa en medidas de ansiedad, aunque la magnitud de esta mejoría es muy dispar y los resultados son heterogéneos entre estudios[212,251].
1+	El grupo de pacientes en tratamiento con TDC al año muestra un nivel de depresión (mediante la HDRS) significativamente menor que el grupo en TAU[205,212,213,251]. En el seguimiento a 2 años las diferencias en depresión no son significativas, aunque los resultados son homogéneos con el resto[205].
1+	Los pacientes tratados con TDC presentan valores medios de depresión (mediante el BDI) más bajos que los pacientes en TAU. Se estima una reducción media del BDI de más de ocho puntos que sí tendría relevancia clínica[201,212,213,254].
1+	No se observan diferencias significativas en el nivel de ira (mediante la escala STAXI) entre los grupos de tratamiento con TDC o con TAU[212,254].
1+	Los pacientes tratados con TDC muestran un menor número combinado de actos autolesivos y suicidas a los 12 y 18 meses que los pacientes en TAU[212,201,204,205,213].
1+	No se observan diferencias significativas en el número de actos autolesivos no suicidas, valorados separadamente, a los 12 y 18 meses[201,204,205].
1+	Los pacientes en TDC muestran una reducción significativa de la puntuación media en la escala BSIS (de más de diez puntos) en el grupo en TDC en comparación con el TAU[212,213].
1+	Los pacientes en TDC tienen un 70% menos de probabilidad de intentar suicidio que los pacientes en terapia habitual[201,204,205].
1+	Los pacientes en TDC muestran una reducción significativa de la probabilidad de ingreso (que se reduce a la mitad) en comparación con el TAU[201,205,212]. Este beneficio de la TDC sobre la terapia habitual desaparece totalmente en el seguimiento a 2 años[205].
1+	La TDC-EH se asoció a tasas de abandono más bajas, del 34,5% en comparación con el 63,4% de la TGE[251].
1+	La TDC fue mejor que la TGE en varias áreas del estado de ánimo y las emociones, tales como: depresión, ansiedad, irritabilidad, ira e inestabilidad afectiva[251].
1+	Este tratamiento se asoció a una mejoría clínica mayor y a menos tasas de abandono que la TGE. La TDC-EH parece ser importante en la mejoría global del TLP que se observa con la intervención TDC estándar[251].

La evidencia científica de esta terapia se basa en 14 ECA, 13 de ellos con un nivel de evidencia de 1+[201,203-205,212,213,241,242,247-249,251,254] y uno de ellos con un nivel de evidencia de 1++[243], y una muestra total de 637 pacientes con un diagnóstico de TLP. Las muestras estudiadas en estos ensayos se componen específicamente de pacientes con TLP, que pueden presentar comorbilidad con otros trastornos del eje I y del eje II, como se describe habitualmente en esta población. La mayoría de estudios se han realizado con muestras de mujeres, por lo tanto se dispone de escasa información para la población masculina con este trastorno. Dado que la prevalencia en población femenina se puede considerar generalizable, la evidencia disponible es generalizable a la población a la que está dirigida esta guía, aunque se requiere más investigación en la que se incluyan sujetos masculinos. Los resultados de estos estudios son aplicables en nuestro sistema de salud, ya que se han llevado a cabo en entornos ambulatorios similares, y se ha estudiado su eficacia tanto en el ámbito público como en el privado. Sin embargo, para realizar esta intervención se requiere una formación específica de los profesionales encargados de hacerla, así como de condiciones organizativas que permitan efectuarla replicando las condiciones en que ha sido estudiada.

La evidencia disponible presenta ciertas discordancias entre estudios. Para fundamentar las recomendaciones de esta guía, se ha realizado un metanálisis para facilitar la integración de los diversos resultados. La mayoría de ensayos identificados han comparado la eficacia relativa de la TDC respecto al TAU. No obstante, se requieren más estudios que comparen la eficacia de la TDC respecto a otros tratamientos especializados para el TLP y que ayuden a valorar el beneficio relativo de esta terapia frente a otras opciones psicoterapéuticas.

La evidencia científica de la TDC-EH[251] se basa en un único estudio controlado y aleatorizado, con un nivel de evidencia de 1+, y una muestra total de 60 pacientes, de los que el 82% eran mujeres, con diagnóstico de TLP según DSM-IV. La terapia TDC-EH parece tener impacto en síntomas de depresión, ansiedad, psicoticismo, irritabilidad y una reducción en los síntomas psiquiátricos generales. La evidencia identificada procede de nuestro contexto sanitario y estudia una adaptación de la TDC que facilita su aplicación. Este tipo de intervención es aplicable en centros de salud mental, y ofrece la ventaja adicional de que es eficiente.

Recomendaciones

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

5.4.2. Terapia basada en la mentalización[209]

La Terapia basada en la mentalización (TBM)[209,256] se basa en la noción de que el TLP es un trastorno de la persona debido a una alteración en el desarrollo del apego, que causa incapacidad de mentalización (la capacidad de entender los estados mentales propios y los de los demás). El objetivo de la intervención es aumentar la capacidad de autorreflexión del paciente. En la hospitalización parcial orientada psicoanalíticamente, el tratamiento tiene lugar en el contexto de un hospital de día y abarca muchos componentes: terapia individual semanal, terapia analítica grupal, tres veces por semana, terapia expresiva con psicodrama, cada semana, y una reunión comunitaria semanal, durante un máximo de 18 meses. El método se ha desarrollado más recientemente para su uso en entornos ambulatorios[4].

La GPC del NICE (2009)[4] identifica tan sólo un ECA[209] sobre la TBM al que se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

El estudio de Bateman[209] compara la TBM/Hospital de día frente a la TAU en una muestra de 44 personas con TLP que se autolesionaban, realizaban intentos de suicidio, y presentaban graves niveles de depresión y angustia, con comorbilidad de trastornos afectivos. El 50% de la muestra eran mujeres, con una media de edad de 32 años. Seis personas se negaron a participar en la autoevaluación periódica, y fueron excluidas del análisis, por lo tanto se dispuso de una muestra total de 38 pacientes.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- TBM/Hospital de día (n = 19): psicoterapia psicoanalítica individual, una vez por semana; psicoterapia analítica de grupo, tres veces por semana (1 hora cada sesión). Terapia expresiva, una vez por semana (1 hora). Reunión comunitaria, una vez por semana (1 hora). Reunión mensual de 1 hora con el gestor del caso y revisión de la medicación. Tratamiento no manualizado.
- TAU (control) (n = 19): revisión psiquiátrica periódica con un psiquiatra con experiencia, cuando sea necesario. Ingreso cuando procede y luego hospitalización parcial psiquiátrica no psicoanalítica centrada en la solución de problemas. No se ofrece psicoterapia formal.

Los pacientes que recibieron la TBM en hospitalización parcial mostraron una disminución estadísticamente significativa en todos los parámetros en contraste con el grupo control, que mostró un cambio limitado o un deterioro en el mismo período. Los resultados demuestran una mejora en síntomas depresivos, una disminución en suicidios y actos autolíticos, una reducción de los días de hospitalización y una mejoría de la función social e interpersonal que comenzó a los 6 meses y continuó hasta el final del tratamiento a los 18 meses.

En este estudio más personas en el grupo de control tomaron medicación psicotrópica durante los 30-36 meses de seguimiento, que las que recibieron tratamiento psicoanalítico (n = 44; RR de recepción de medicación psicotrópica 0,44; IC: 0,25 a 0,80; NNT 3; IC: 2 a 7). Este estudio detalla el número de personas que reciben más de una medicación psicotrópica a los 30-36 meses de seguimiento. El grupo de control (16/22) tuvo mayores probabilidades

de recibir más de un fármaco (3/22) (n = 44; RR de recepción de más de un fármaco psicotrópico a los 30-36 meses 0,19; IC: 0,06 a 0,55; NNT 2; IC: 2 a 4).

En la búsqueda de la AIAQS se han detectado dos RSEC[206,246] y dos ECA[256,257] a los que se les asigna un nivel de evidencia científica 1++. Ambas RSEC incluyen el estudio de Bateman[209] comentado anteriormente.

El estudio de Bateman[257]compara la TBM/Hospital de día frente al TAU (seguimiento a 5 años). La descripción de la muestra de este ensayo está descrita en Bateman[209] ya que el objetivo de este estudio era evaluar el efecto de dicha terapia en los pacientes 8 años después de entrar en el estudio y 5 años después de haber completado el tratamiento basado en la mentalización.

La TBM mediante hospitalización parcial consiste en psicoterapia individual y de grupo durante 18 meses en un entorno de hospitalización parcial ofrecido en el marco de un programa estructurado e integrado que proporciona un equipo supervisado. Se incluye terapia expresiva con grupos de arte y escritura. Las crisis se controlan dentro del equipo. El tratamiento farmacológico lo prescribe, siguiendo el protocolo, un psiquiatra que trabaja en el programa de terapia. La comprensión de la conducta en cuanto a estados mentales subyacentes forma el hilo común que recorre todos los aspectos del tratamiento. El objetivo del tratamiento es el estado mental del paciente en cada momento. El paciente y el terapeuta intentan generar en colaboración perspectivas alternativas para la experiencia subjetiva del paciente sobre sí mismo y sobre los demás, que van desde las intervenciones de validación y apoyo a la exploración de la propia relación terapéutica a medida que sugiere conocimientos alternativos. Esta terapia psicodinámica se manualiza y, en muchos aspectos, se superpone a la PFT.

El TAU consiste en la asistencia ambulatoria psiquiátrica general con prescripción de medicación por el psiquiatra consultor, soporte comunitario por parte de las enfermeras de salud mental y períodos de hospitalización parcial y tratamiento del paciente ingresado según necesidades, pero no psicoterapia especializada.

La TBM en hospitalización parcial/grupos de terapia continuó funcionando bien incluso 5 años después de que la TBM hubiese acabado. El efecto beneficioso encontrado al finalizar la terapia de mentalización basada en grupos de terapia para el TLP se mantiene durante un largo período de tiempo, con diferencias encontradas en tentativas autolíticas, uso del servicio, funcionamiento global, y puntuación de la escala de Zanarini para el trastorno de personalidad límite a los 5 años después del alta. Esto es consistente con los posibles efectos rehabilitadores que se observaron durante el período en grupos de terapia basados en la TBM.

Este hecho es alentador porque los efectos positivos del tratamiento tienden normalmente a disminuir con el tiempo. El grupo en TAU recibió mayor tratamiento con el tiempo que el grupo basado en TBM, quizás porque continuaron teniendo más síntomas. Sin embargo, en ambos grupos, la puntuación del GAF continúa indicando déficits, y en algunos pacientes sigue mostrando dificultades moderadas en el funcionamiento social y ocupacional. Sin embargo, cuando se compara con el grupo del TAU, era más probable que los pacientes en

grupos de TBM parcial en hospital funcionasen razonablemente bien con algunas relaciones significativas como las definidas por una puntuación mayor a 60 en la escala de puntuación de Zanarini[4].

Estudios naturalistas de seguimiento sugieren una remisión espontánea de síntomas impulsivos en los 2-4 años siguientes con menor tratamiento. En la línea de estos hallazgos, todos los pacientes mostraron una mejoría, aunque no tanta en intentos autolíticos como se esperaba.

El estudio de Bateman[256] tenía como objetivo probar la efectividad de un tratamiento basado en la mentalización (n = 71) durante 18 meses en un contexto ambulatorio en comparación con un tratamiento clínico habitual (n = 63) para el TLP. La muestra del estudio estaba formada por 134 pacientes, de los que el 80% eran mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.

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

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

La TBM está manualizada y consiste en 18 meses de combinación semanal de psicoterapia individual y grupal proporcionada por dos terapeutas diferentes.

Los resultados muestran que hubo períodos de 6 meses sin comportamientos suicidas, comportamientos autolesivos graves y hospitalización, mejoraron de 0 a 43% en el grupo Structured clinical management (SCM) y en un 73% en el grupo TBM.

La TBM es una terapia manualizada que consta de 18 meses de psicoterapia semanal individual y de grupo combinada, proporcionada por dos terapeutas diferentes. Se desarrolló un protocolo de SCM para pacientes ambulatorios a través del Barnet Enfield and Haringey mental health NHS Trust (“Structured clinical management of borderline personality disorder: best clinical practice”, que puede obtenerse bajo solicitud a A. Bateman) con el que se pretendía reflejar la mejor práctica genérica para el trastorno de personalidad límite ofrecido por clínicos no especializados en los servicios de psiquiatría del Reino Unido. Asimismo, se ofrecían sesiones individuales y de grupo periódicamente, con citas cada 3 meses para la revisión psiquiátrica. La terapia se basó en un modelo de asistencia más similar a un abordaje de soporte con gestión del caso, soporte defensivo e intervenciones psicoterapéuticas orientadas al problema. Se puede acceder a la información sobre la integridad del tratamiento, los terapeutas y los cálculos de potencia si se consultan los datos suplementarios que acompañan a la versión en línea de este artículo.

La GPC del NICE (2009)[4] llega a la conclusión de que, en comparación con el TAU, la TBM muestra cierto efecto sobre los síntomas del TLP, si bien la calidad de la evidencia fue moderada. No se incluyó el estudio de Bateman[256] Quienes sufren TLP mostraron, asimismo, unos mejores resultados laborales (número de años en activo) tras la TBM con hospitalización parcial, a los 5 años de seguimiento[4].

Las personas que siguieron la TBM recibieron menos medicación psicotrópica que las del grupo control durante los 30-36 meses de seguimiento, que tomaron más de un fármaco psicotrópico.

Los pacientes que recibieron 18 meses de tratamiento basado en la TBM en hospitalización parcial seguidos de 18 meses de TBM de mantenimiento siguen presentando una función social deteriorada a pesar de presentar un mejor estado clínico que los que reciben el TAU.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	Los pacientes que recibieron la TBM en hospitalización parcial mostraron una disminución estadísticamente significativa en todos los parámetros en contraste con el grupo control, que mostró un cambio limitado o un deterioro en el mismo período. Los resultados demuestran una mejora en síntomas depresivos, una disminución en suicidios y actos autolíticos, una reducción de los días de hospitalización y una mejoría de la función social e interpersonal que comenzó a los 6 meses y continuó hasta el final del tratamiento a los 18 meses[209].
1+	En este estudio más personas en el grupo de control tomaron medicación psicotrópica durante los 30-36 meses de seguimiento, que las que recibieron tratamiento psicoanalítico (n = 44; RR de recepción de medicación psicotrópica 0,44; IC: 0,25 a 0,80; NNT 3; IC: 2 a 7). Este estudio informa del número de personas que reciben más de una medicación psicotrópica a los 30-36 meses de seguimiento. El grupo de control (16/22) tuvo mayores probabilidades de recibir más de un fármaco (3/22) (n = 44; RR de recepción de más de un fármaco psicotrópico a los 30-36 meses 0,19; IC: 0,06 a 0,55; NNT 2; IC: 2 a 4)[209].
1++	A los 5 años después del alta, el grupo que recibe TBM en hospitalización parcial continúa mostrando superioridad clínica y estadística al TAU en suicidios, estatus diagnóstico, uso de los servicios, uso de la medicación, funcionamiento global por encima de los 60 y estatus vocacional[257].
1++	Los resultados muestran que hubo períodos de 6 meses en que los comportamientos suicidas, comportamientos autolesivos graves y hospitalización mejoraron de 0 a 43% en el grupo SCM y en un 73% en el grupo TBM[256].
1+	En comparación con el TAU, la TBM muestra cierto efecto sobre los síntomas del TLP, si bien la calidad de la evidencia fue moderada. Quienes sufren TLP mostraron, asimismo, unos mejores resultados laborales (número de años en activo) tras la TBM con hospitalización parcial, a los 5 años de seguimiento[4].

La evidencia científica de esta terapia está basada en tres ECA, uno de ellos con un nivel de evidencia 1+[209] con una muestra de 44 personas con TLP y los otros dos con un nivel de evidencia 1++[256,257], y con muestras de 41 y 134 pacientes con un diagnóstico de TLP. Dado que la mayor parte de la población a la que se aplica el estudio son mujeres, entendemos que deberían realizarse más estudios que incluyan también población masculina.

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

Recomendaciones

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

5.4.3. Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación[258]

La intervención grupal de regulación emocional es una intervención grupal conductual basada en la aceptación con una duración de 14 semanas, que se basa en la conceptualización multidimensional de la regulación emocional. Esta intervención grupal toma muchos elementos de la Ttrapia de aceptación y compromiso[259] y de la TDC[68] e incluye aspectos de la psicoterapia focalizada en las emociones[260] y de la terapia conductual tradicional. Se ha aplicado en combinación con terapia individual semanal no específica.

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

La GPC del NICE (2009)[4] no ha detectado RSEC ni ECA sobre esta modalidad psicológica.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un único ECA[258], al que se le asigna un nivel de evidencia 1+

El estudio de Gratz[258] evalúa un paquete de programas psicológicos: terapia de aceptación y compromiso[259] y TDC[68], e incluye aspectos de la psicoterapia focalizada en las emociones[260] y también de la terapia conductual tradicional (intervención grupal de regulación emocional + TAU [T. Individual] frente a TAU [T. Individual]).

Este estudio aporta datos preliminares sobre la eficacia de esta nueva intervención grupal de regulación emocional de 14 semanas de duración, diseñada para enseñar a mujeres que

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

El grupo de regulación emocional evaluado en este estudio recibió terapia conductual basada en la aceptación durante 14 semanas, siguiendo la definición multidimensional de la regulación emocional descrita con anterioridad. Este grupo se basa principalmente en los conceptos de acceptance and commitment therapy[259] y TDC[68], e incluye aspectos de psicoterapia focalizada en las emociones[260] y terapia conductual tradicional: función de conducta autolesiva, función de emociones, consciencia emocional, emociones primarias frente a secundarias, emociones claras frente a ambiguas, evitación o indisposición emocional frente a aceptación y disposición emocional, estrategias de regulación emocional no evitativas, control de los impulsos, direcciones más valoradas y compromiso con las acciones más valoradas.

Todos los participantes en el estudio continuaron con su tratamiento ambulatorio actual. Como se ha comentado con anterioridad, se requería que los participantes tuvieran un terapeuta individual para entrar en el estudio, y en cada situación recibieron, como media, más de 1 hora de terapia individual por semana.

Los resultados de este estudio indican que la intervención grupal ejerció efectos positivos en las autolesiones, la disregulación emocional, la evitación experiencial y los síntomas específicos del TLP, así como en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	La intervención grupal ejerció efectos positivos en las autolesiones, la disregulación emocional, la evitación experiencial y los síntomas específicos del TLP, así como en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés[258].

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

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

5.4.4. Terapia icónica

La terapia icónica es un nuevo modo de intervención para tratar la inestabilidad emocional. Este tipo de intervención surge de la práctica clínica en 1999 y se consolida en 2002 para dar respuesta a personas impulsivas. En esta terapia se incluyen distintas técnicas ya conocidas en el campo de la psicología adaptándolas a las características de la población

emocionalmente inestable. Esta terapia integra distintas técnicas y formas de intervención: para el entrenamiento usa técnicas conductuales; para las cogniciones usa el razonamiento socrático a partir de preguntas estructuradas; y para las emociones, la relación terapéutica en cada una de las situaciones o conflictos que durante la terapia puedan surgir tanto con el propio terapeuta como con otras personas con las que el paciente se relacione (familia y amigos).

Mediante una búsqueda manual realizada en junio de 2009, se localizó un estudio cuasi-experimental[261], al que se le asigna un nivel de evidencia 2-.

El objetivo de este estudio era comprobar si la terapia icónica era eficaz para disminuir las conductas inestables como impulsividad o agresividad y aumentar las conductas adaptativas de afrontamiento en pacientes con TLP con inestabilidad emocional. Otro objetivo era comprobar si mejoraba la funcionalidad social, laboral y familiar.

La muestra del estudio estaba formada por siete pacientes diagnosticados con TLP, a los que se les había aplicado el tratamiento. Se realizó una evaluación pre-postratamiento como a los 2 años de finalizar la terapia, en este último caso con el fin de comprobar si los resultados obtenidos se mantenían tras 2 años de seguimiento.

Los resultados indican que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los períodos de evaluación así como una elevada potencia de efecto, por lo que se puede concluir que esta terapia se encontraría en el grupo de las terapias eficaces, al conseguir los objetivos de disminuir las conductas inestables, en especial en los casos en los que predominaban las conductas autoagresivas, y, al mismo tiempo, aumentar las de afrontamiento.

Resumen de la descripción de la evidencia

2-	Se observan diferencias estadísticamente significativas en las tres variables de conductas inadaptadas (autoagresiva p = 0,017; heteroagresiva p = 0,026; y de escape p = 0,024), en las evaluaciones de pretratamiento y seguimiento. Para la variable de afrontamiento p =0,016[261].

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

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

Recomendaciones

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

5.5. Intervenciones familiares

5.5.1. Introducción

La terapia familiar y otras intervenciones familiares son una modalidad de tratamiento que ha ganado relevancia en las últimas décadas para la atención de diferentes trastornos mentales. Las intervenciones familiares centran su atención no únicamente en la persona afectada por un trastorno psiquiátrico sino en el contexto relacional en el que éste se manifiesta.

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

Pese a la relevancia de este aspecto en la comprensión del TLP y su adecuación en la práctica clínica, existe escasa evidencia empírica de este ámbito de intervención hasta el momento[262]. No obstante, se trata de una modalidad de tratamiento emergente, especialmente en el tratamiento de adolescentes con manifestaciones características del trastorno y en combinación con intervenciones psicológicas individuales.

Por este motivo, en este apartado se han incluido aquellas intervenciones psicoterapéuticas específicas para el TLP, no identificadas en otros apartados, que incluyen en su diseño la participación activa de los familiares, aunque todavía no se disponga de suficiente evidencia científica sobre su eficacia.

Tabla 9. Características de los estudios de las intervenciones familiares

	Psicoeducación	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)
Nº ensayos (Total participantes)	1 no ECA (44)	1 no ECA (111)
Identificador del estudio	Hoffman 2005	Rathus y Miller 2002
Nº/% mujeres	44	111/93 (TDC), 73 (TAU)
Edad media	55,5	16 (TDC), 15 (TAU)
Trastornos del eje I/II	No	Al menos tres criterios TLP según SCID-II Intento de suicidio en las últimas 16 semanas
Comparador	No	TAU
Contexto	Comunitario	Ambulatorio
Duración del tratamiento	12 semanas	12 semanas
Duración del seguimiento	12 semanas y 6 meses	12 semanas

5.5.2. Psicoeducación

Dentro de las propuestas de intervención psicoeducativa dirigidas a familiares de pacientes con TLP[263], se encuentra el programa family connections, que se basa en las estrategias de la TDC adaptadas para su aplicación con las familias. Esta intervención grupal, definida mediante manual, se estructura en 12 sesiones en las que se ofrece: (1) información actual sobre el TLP, (2) habilidades de afrontamiento personales, (3) habilidades para mejorar las relaciones en la familia, y (4) oportunidades para construir una red de apoyo para los familiares. Los familiares, previamente entrenados, son los que conducen estas sesiones.

La GPC-TLP del NICE (2009)[4] no contempla esta intervención.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un estudio cuasi-experimental pre-post[263] que evaluó los cambios en 44 familiares que participaron en el programa psicoeducativo family connections. Los participantes fueron: 27 madres, 12 padres, cuatro parejas y un hermano/a. La edad media fue de 55,5 años. Sus familiares con TLP tenían una media de edad de 25,1 años y llevaban una media de 7,7 años sufriendo el trastorno. Se realizó una evaluación antes y después de completarse la intervención y un seguimiento posterior a 6 meses de la evaluación inicial. Los análisis mediante estrategias de modelización lineal jerárquica demostraron reducciones significativas del duelo y la carga, y un incremento significativo del dominio en la evaluación postgrupal frente a la pregrupal. Los cambios se mantenían 6 meses después de la evaluación basal.

Resumen de la descripción de la evidencia

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

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

Recomendaciones

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

5.5.3. Terapia dialéctico-conductual (TDC) adaptada para adolescentes suicidas

Esta terapia[264] es una adaptación de la TDC[68] aplicada a adolescentes multiproblemáticos con ideación y conductas suicidas. Los fundamentos de esta terapia ya se han descrito en el apartado 5.4 programas de terapias psicológicas. Este programa adaptado se compone de

una psicoterapia individual con dos sesiones semanales y un grupo multifamiliar de entrenamiento de habilidades a lo largo de 12 semanas. En este grupo multifamiliar se entrena a los familiares y a los pacientes conjuntamente en habilidades de conciencia, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar, con el objetivo de mejorar la generalización y el mantenimiento de las mismas en el entorno relacional del paciente.

La GPC-TLP del NICE (2009)[4] no contempla esta intervención.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un estudio cuasi-experimental[265] realizado en una muestra de 111 adolescentes con ideación suicida o que habían realizado una tentativa suicida reciente y que presentaban al menos tres criterios diagnósticos de TLP. En este estudio se compara la adaptación de la TDC (n = 29), antes descrita, con la del TAU (n = 82), que incluye psicoterapia individual con una frecuencia de dos sesiones semanales y psicoterapia familiar semanal durante 12 semanas. Los resultados indican que en el grupo de TDC adaptada, aunque presentaba una sintomatología pre-tratamiento más severa, se produjeron menos hospitalizaciones psiquiátricas durante el tratamiento y una mayor adherencia al mismo que en el grupo en TAU. No hubo diferencias significativas en el número de intentos suicidas realizados durante el tratamiento. Al examinar los cambios producidos en el grupo de TDC adaptada, se observó una reducción significativa de la ideación suicida, y de los síntomas psiquiátricos generales y específicos del TLP.

Pese a las limitaciones metodológicas del estudio[265], se concluye que la TDC adaptada para la población adolescente y sus familiares es un programa de intervención que ofrece una mejoría de diferentes aspectos sintomatológicos y que reduce los abandonos de la terapia e ingresos psiquiátricos en jóvenes con características de TLP. No obstante, no se aportan datos sobre el efecto de esta intervención en los familiares.

Resumen de la descripción de la evidencia

3	La TDC adaptada para adolescentes suicidas reduce las hospitalizaciones psiquiátricas y mejora la adherencia terapéutica, en comparación con el TAU[265].
3	La TDC adaptada para adolescentes suicidas disminuye la ideación suicida, la psicopatología general y la sintomatología específica del TLP.

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

investigaciones sobre la eficacia de la esta terapia en los pacientes con TLP y en sus familiares.

Recomendaciones

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

5.5.4. Terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (Integrative borderline adolescent family therapy (I-BAFT))

La terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (I-BAFT)[266] está dirigida a adolescentes con TLP y sus familiares. Consiste en un programa de tratamiento que se compone de intervenciones relevantes de la terapia familiar de adolescentes con abuso de sustancias[266], entrenamiento de habilidades de la TDC adaptada para adolescentes y tratamiento individual que promueve la motivación para la terapia y que integra las diversas intervenciones.

La GPC-TLP del NICE (2009)[4] no contempla esta intervención.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un estudio descriptivo[266] que tenía el objetivo de presentar el modelo de terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP (I-BAFT), que surgió a partir de una iniciativa para el desarrollo y mejora del tratamiento del National Institute on Drug Abuse (Estadio 1). En el I-BAFT se integran: (a) intervenciones clave de la terapia familiar para el abuso de sustancias del adolescente[266,267], (b) entrenamiento de habilidades que han demostrado ser eficaces en adultos con trastorno de personalidad límite[68] adaptado para adolescentes, y (c) intervenciones terapéuticas individuales que favorecen la motivación para el tratamiento y mejoran la integración de los tres componentes del tratamiento.

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

Recomendaciones

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

Se desestimó realizar recomendaciones sobre este tipo de intervención familiar.

5.6. Terapias combinadas

5.6.1. Terapia interpersonal y terapia cognitiva combinada con fluoxetina

La combinación de farmacoterapia y psicoterapia es recomendada por la GPC de la American Psychiatry Association (APA) de 2001[2], tanto para el tratamiento de la depresión mayor como para el del TLP. En particular, la terapia combinada es preferible a la monoterapia cuando los problemas interpersonales o los trastornos de personalidad se asocian con depresión mayor.

En los estudios de Bellino[268,269] la terapia interpersonal (TI) consiste en sesiones semanales de 1 hora de duración conducidas según el Manual de psicoterapia interpersonal para la depresión[270]. La terapia cognitiva (TC) consiste en sesiones semanales de 1 hora de duración conducida según los manuales de terapia cognitiva para la depresión. La psicoterapia y la farmacoterapia se inician al mismo tiempo.

Tabla 10. Características de los ECA de terapia combinada

	Fluoxetina + TI versus fluoxetina	Fluoxetina + TI versus fluoxetina versus TC	Fluoxetina + TDC versus placebo + TDC	Olanzapina + TDC versus placebo + TDC
Nº ensayos (Total participantes)	1 ECA (39)[a]	1 ECA (35)[a]	1 ECA (90)[a]	1 ECA (60)[a]
Identificador del estudio	Bellino 2006b	Bellino 2007	Simpson 2004	Soler 2005
Nº/% mujeres	39/62	35/73	90/76	60/87
Edad media	26	30	25	27
Trastornos del eje I/II[b]	100% Trastorno depresivo mayor	100% Trastorno depresivo mayor	60% Trastorno depresivo mayor; 44% PTSD	No dado, pero algunos son presencia de depresión y ansiedad basal[a]
Contexto	Ambulatorios	Ambulatorios	Hospitalización parcial	Ambulatorios
Duración del tratamiento	6 meses	6 meses	12 semanas	12 semanas
Duración del seguimiento	No	No	No	No

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Basado en la media de las puntuaciones basales de las escala HDRS y HARS.

La GPC del NICE (2009)[4] identifica dos ECA sobre el tratamiento combinado de una terapia psicológica y el antidepresivo fluoxetina[268,269].

El estudio de Bellino[268] compara la fluoxetina más la TI frente a fluoxetina en una muestra de 39 pacientes, el 62% eran mujeres con una media de 26 años de edad. Todos los pacientes presentaban trastorno depresivo mayor asociado y las puntuaciones basales del HRSD indican depresión moderada al inicio del estudio. Se le asigna un nivel de evidencia de 1+.

El tratamiento combinado fue más eficaz en la reducción de los síntomas de depresión (sólo evaluados por el clínico), y los aspectos del funcionamiento psicológico y social de la medida de calidad de vida utilizada (autoevaluada).

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Los sujetos del grupo de fluoxetina (n = 19) recibieron tratamiento clínico: dosis media: 20 mg. La posología seguida: dosis inicial de 20 mg/día, en la segunda semana se podía aumentar la dosis hasta 40 mg/día si era necesario. Los pacientes acudieron a cuatro citas, las dos primeras quincenales y las dos últimas, mensuales. Los psiquiatras proporcionaron el tratamiento farmacológico y el control clínico (no descrito).
- Grupo de fluoxetina + TI (n = 20): dosis media, 20 mg. Posología seguida: dosis inicial de 20 mg/día, dosis máxima de 40 mg. TI: una media de 1 hora por semana. La TI consistió en sesiones semanales de 1 hora de duración siguiendo el manual de Klerman et al[270]. El responsable de las sesiones de TI era un psicoterapeuta con 5 años como mínimo de experiencia.

El estudio de Bellino[269] compara la fluoxetina más la TI frente a la fluoxetina más la TC en una muestra de 35 pacientes ambulatorios, el 73% eran mujeres con una media de 30 años de edad. Todos los pacientes presentaban trastorno depresivo mayor asociado y las puntuaciones de HRSD basales indican depresión moderada o intensa al inicio del estudio. Se le asigna un nivel de evidencia de 1++.

Los autores del estudio refirieron los resultados de ansiedad, depresión y calidad de vida. Se apreciaron indicios de que el tratamiento con fluoxetina más TC mejoró el funcionamiento social en comparación con fluoxetina más TI. Todos los demás resultados no fueron concluyentes, probablemente por el bajo número de participantes en el estudio.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- Grupo de fluoxetina (n = 14): dosis media, 32,86 mg/día, con 20 mg/día en la primera y segunda semanas, después la dosis podía aumentarse hasta 40 mg/día. TI: 1 hora por semana, aplicada en referencia a la TI del manual de depresión por un psicoterapeuta con al menos 5 años de experiencia en TI.
- Grupo TC (n = 12): 1 hora por semana, aplicada en referencia a la TC del manual de depresión por un psicoterapeuta con al menos 5 años de experiencia en TC. Fluoxetina: dosis media, 30 mg/día, 20 mg/día en la primera y segunda semanas, después la dosis podía aumentarse hasta 40 mg/día.

Los estudios de Simpson[271] y Soler[251] están descritos en el apartado de farmacología del capítulo 6. Estos dos estudios tenían como objetivo principal valorar la eficacia de un tratamiento farmacológico y no la intervención psicológica en concreto. Por este motivo no se han incluido en este capítulo de intervenciones psicológicas.

En la búsqueda de la AIAQS no se detectaron ECA sobre terapia combinada. Los ECA localizados sobre la combinación de una terapia farmacológica y una terapia psicológica, valoraban la efectividad del fármaco, y no la terapia psicológica en cuestión.

La GPC del NICE (2009)[4] concluye que son pocos los estudios en los que se comparan los efectos de la adición de un fármaco a una terapia psicológica sobre los síntomas del TLP. Por tanto, la evidencia de su efecto es poco sólida. De todos modos, cuando se añadió TI a fluoxetina se constató un cierto grado de eficacia (en comparación con fluoxetina en monoterapia) en la reducción de los síntomas de depresión (medida evaluada por el clínico únicamente), y en los aspectos psicológicos y de funcionamiento social de la medida de calidad de vida empleada (medidas autoevaluadas). Sin embargo, el número de pacientes de este último ensayo es muy bajo (n = 25) y, por tanto, estos resultados deberían reproducirse en futuros estudios. En el ensayo en el que se comparó la TI con la TC, el efecto del tratamiento en los resultados no fue concluyente, a excepción del funcionamiento social, en el que la TC obtuvo mejores puntuaciones que la TI. Este ensayo también contó con muy pocos pacientes[4].

No obstante, la combinación de fluoxetina con la TI parece mostrar alguna eficacia en la reducción de los síntomas depresivos.

Resumen de la descripción de la evidencia

1+	La combinación de TI más fluoxetina constató un cierto grado de eficacia (en comparación con fluoxetina en monoterapia) en la reducción de los síntomas de depresión (medida evaluada por el clínico únicamente), y en los aspectos psicológicos y de funcionamiento social de la medida de calidad de vida empleada (medidas autoevaluadas)[268].
1++	Se observó que el tratamiento con fluoxetina más TC mejoró la funcionalidad social comparado con fluoxetina más TI[269].
1+	En el ensayo en el que se comparó la TI con la TC, el efecto del tratamiento en los resultados no fue concluyente, a excepción del funcionamiento social, en el que la TC obtuvo mejores puntuaciones que la TI[269].

La evidencia científica de esta terapia se basa en dos estudios controlados y aleatorizados, con un nivel de evidencia 1+[268] y 1++[269], una muestra total de 74 pacientes con un diagnóstico de trastorno límite de personalidad según el DSM-IV-TR. Según la GPC del NICE (2009)[4] la evidencia no avala ninguna recomendación específica acerca del uso combinado de fluoxetina y una terapia psicológica en el tratamiento del TLP[4].

Recomendaciones

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

5.7. Rehabilitación funcional e integración laboral

5.7.1. Rehabilitación funcional

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

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

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

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

Algunas personas con TLP pueden presentar dificultades en su funcionalidad, ya sea en relación a actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, teniendo alterada la capacidad de cumplir con las exigencias propias de los roles que desempeña. En estas circunstancias se requiere la utilización de técnicas específicas, como el entrenamiento en AVD, a fin de fomentar la vida autónoma y la mejora funcional[4].

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

La intervención de rehabilitación cognitiva se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas que tiene como objetivo mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas, aumentar la autonomía personal y mejorar el funcionamiento psicosocial. Existen diferentes tipos de intervenciones para la rehabilitación

cognitiva, que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal. Es una intervención que se ha utilizado en pacientes con trastornos mentales graves, en especial en pacientes con esquizofrenia; aun así, se está iniciando su utilización en personas con TLP de larga evolución y deterioro funcional[272].

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

En la búsqueda manual realizada en junio de 2010 se localizó un artículo[190], donde se describe una serie de cinco casos de pacientes con TLP que presentaban disfunciones neuropsicológicas notables y que fueron tratados con éxito mediante un programa específico de rehabilitación neurocognitiva.

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

Los resultados del estudio muestran una mejora significativa en los cinco casos en todos los parámetros neuropsicológicos disfuncionales que se asoció, además, a un aumento sustancial de las habilidades en el manejo diario, tanto en las actividades cotidianas como en la relación social y en el desempeño laboral.

Los resultados de este estudio recomiendan la realización de estudios clínicos controlados de la eficacia de esta técnica en el tratamiento de los pacientes con TLP.

Pese a sólo haberse localizado el estudio de Arza[190] sobre un programa específico de rehabilitación cognitiva, los resultados de este estudio mostraron una mejora significativa de estos pacientes en los parámetros neuropsicológicos disfuncionales que se asociaron con un aumento sustancial de las habilidades en el manejo diario. Este mismo artículo recomienda seguir investigando sobre la eficacia de esta intervención neurocognitiva.

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

Recomendaciones

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

5.7.2. Integración laboral

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

Es preciso valorar la necesidad de trabajar de forma paralela con las familias, a nivel individual y grupal, para que puedan comprender y apoyar el proceso de rehabilitación laboral[4].

Los elementos comunes de los programas de rehabilitación laboral son la obtención de un empleo normalizado y estable, el aprendizaje de las habilidades necesarias para un proceso de selección de trabajo, un apoyo ilimitado en el tiempo y la consideración de las preferencias del paciente en la elección y consecución del puesto de trabajo[4].

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

- **Entrenamiento prelaboral**: consiste en la rehabilitación de capacidades y competencias generales básicas previas a la inserción, así como el desarrollo de la motivación y la orientación en la búsqueda de trabajo[4].
- **Empleo con apoyo**: es un modelo de integración laboral pensado para facilitar la incorporación al mercado laboral ordinario de personas con discapacidad y con especiales dificultades. Esta metodología, proveniente de Estados Unidos, se ha aplicado en el Estado español, desde hace más de 20 años, especialmente a personas con discapacidad intelectual. En estos últimos años poco a poco se ha aplicado a otros colectivos con especiales dificultades de inserción laboral, incluidas personas con TMS.

Según David Mank se trata de un “trabajo remunerado en lugares de la comunidad, con los soportes individualizados y continuados que permitan asegurar el éxito a largo plazo y donde existan claras oportunidades para la interacción con las personas sin discapacidad”.

Se basa en tres puntos fundamentales:

1. Trabajo integrado en empresas normalizadas en condiciones lo más similares posibles a las del resto de la plantilla profesional que lleva a cabo trabajos parecidos.
2. Entrenamientos dentro del lugar del trabajo (importancia de la figura profesional del preparador laboral), de manera que primero se ubica a la persona en un lugar y es en este momento y en este contexto donde se le proporciona el entrenamiento para llevarlo a cabo. Remuneración desde el primer momento como cualquier otro trabajador.
3. Apoyo a lo largo de la vida laboral de la persona para posibilitar el mantenimiento del lugar y del rendimiento requerido. Este apoyo fluctúa a lo largo del tiempo en función de la situación, y se reducirá a medida que la persona lo requiera[273].

En un artículo de Elliott[274] se describe un programa de preparación laboral en la ciudad de New York denominado “The connections Place” (TCP). Su objetivo es ayudar y preparar a las personas con TLP a dar perqueños pasos hacia el empleo. El programa TCP ofrece una preparación para el empleo de 4 meses, y tiene un plan de estudios que consta de dos módulos, “portals” y “profesional”.

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

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

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

Los encuentros con el grupo se realizan 2 días a la semana durante 1,5 horas con un máximo de 10 personas por grupo, éste está liderado por dos profesionales. Los pacientes se encuentran individualmente una vez a la semana con un entrenador profesional para trabajar específicamente sus objetivos profesionales. Para formar parte del programa, las personas deben ser adultos de más de 18 años y haber recibido un diagnóstico de TLP o rasgos de esta enfermedad. La mayoría de personas han dado pasos en la búsqueda de empleo. Algunas se han involucrado en actividades como escribir su currículum vitae (CV) por primera vez, búsquedas de trabajos, y prepararse para obtener una entrevista. Las personas aportan mejoras en sus vidas, al incluir una disminución en el aislamiento, un aumento de sus contactos sociales y una mayor productividad.

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

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

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

Recomendaciones

√	Se recomienda ofrecer programas de inserción laboral para personas con TLP carentes de actividad laboral con objeto de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida.

5.8. Recomendaciones generales de práctica clínica

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

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

Si se indica una terapia psicológica, los encargados de llevarla a cabo deberán hacerlo en aquellos formatos de intervención con mayor fundamentación en relación a su efectividad y contarán además con una formación técnica y habilidades necesarias. Por otra parte, dichas intervenciones deberán realizarse dentro de un programa estructurado y en el marco de una organización asistencial facilitadora.

Cuando se indique una intervención psicológica, se deberá tener en cuenta el estado general del paciente, la gravedad del trastorno y su motivación y capacidad para beneficiarse de la misma.

Asimismo deberán considerarse las preferencias de cada paciente en cuanto a las modalidades de intervención disponibles.

Cuando se presten dichos tratamientos psicológicos, especialmente si las personas con TLP presentan múltiples comorbilidades y deterioro grave, deberá garantizarse que el equipo terapéutico y el profesional encargado de la intervención apliquen un planteamiento explícito e integrado, que la intervención se estructure conforme a las recomendaciones recogidas y que se provea de supervisión a los terapeutas.

Al proveer de una intervención psicológica se deberá monitorizar sus efectos, tanto sobre los síntomas propios del TLP como sobre otras variables como el funcionamiento personal, uso de sustancias, autolesiones y síntomas del estado emocional.

Recomendaciones

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

6. Tratamiento farmacológico

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

6.1. Introducción

En la actualidad, no existe ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM) o la Food and Drug Administration (FDA) con la indicación específica para el tratamiento del TLP, y en nuestro país ningún fármaco tiene la autorización oficial para el tratamiento específico de pacientes con TLP. Sin embargo, a pesar de no disponer de la indicación y aunque el tratamiento farmacológico se suele considerar como coadyuvante de la psicoterapia, en la práctica clínica su uso es muy frecuente. En un estudio naturalístico realizado en nuestro medio se analizaron los cambios en los patrones de prescripción, producidos en el período comprendido entre los años 2001 y 2009, y los factores asociados a la prescripción de cada tipo de fármaco. Concretamente, se observó que en una muestra de 226 pacientes con TLP el 94% realizaba tratamiento farmacológico, el 56% tomaba tres o más fármacos, el 30%, cuatro o más y el 12%, cinco o más fármacos[275]. Este estudio también mostró la asociación entre el uso específico de una familia de fármacos y ciertas características clínicas de los pacientes. Por ejemplo, el uso de antidepresivos se asoció a trastornos afectivos comórbidos y el uso de antipsicóticos atípicos, a puntuaciones más altas en la dimensión de impulsividad de la DIB-R. También señala que en los últimos 8 años, la prescripción de antidepresivos se ha mantenido alta en el 80% de los pacientes, se aprecia una disminución en el uso de benzodiacepinas y un aumento significativo en el uso de estabilizadores del ánimo y antipsicóticos atípicos. Posiblemente la práctica de la polifarmacia venga determinada, en parte, por las recomendaciones de guías terapéuticas previas. En la guía terapéutica de la APA,[2] aunque no existía evidencia sólida, se aconsejaba el tratamiento farmacológico sintomático de algunos síntomas característicos como la “disregulación afectiva”, la “impulsividad-descontrol conductual” y los “síntomas cognitivos-perceptuales”. En cambio, la reciente GPC del NICE (2009)[4] desaconseja el tratamiento farmacológico específico por síntomas para evitar la tendencia a la polimedicación.

En la evaluación de los estudios sobre la eficacia del tratamiento farmacológico en el TLP existen limitaciones metodológicas importantes que dificultan la generalización de resultados. La mayoría de los ECA reclutan pacientes poco representativos de la práctica real: gravedad baja-moderada, que no provienen de la práctica clínica, en función de un único síntoma, como la impulsividad, o con criterios de inclusión/exclusión rígidos que impiden incluir pacientes con comorbilidad, consumo de tóxicos o en tratamiento con psicofármacos. Finalmente, la mayoría de ensayos clínicos farmacológicos en pacientes con TLP tienen una duración breve de alrededor de 3-6 meses, lo que dificulta confirmar la efectividad del tratamiento a medio y largo plazo.

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

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

- Anticonvulsivantes
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Otros fármacos

Cada uno de estos apartados se ha actualizado con los resultados de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía y que se ha centrado en ECA y RSEC. A continuación, se presentan a modo de tabla los ECA utilizados en la elaboración de este apartado diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el NICE (2009)[4] o el grupo de trabajo de la guía.

Tabla 11. ECA identificados por la GPC del NICE (2009)[4] y el grupo de trabajo de la guía

	Anticonvulsivantes	Antidepresivos	Antipsicóticos	AG omega 3 Naloxona
Nº ensayos (Total de participantes)	9 ECA (450)	5 ECA (306) 2 ECA (96)	10 ECA (1.111) 3 ECA (168)	2 ECA (79) 1 ECA (9)
Placebo frente a fármaco	De la Fuente 1994[a] Frankkenburg 2002[a] Hollander 2001[a] Hollander 2003[a] Loew 2006[a] Nickel 2004[a] Nickel 2005[a] Tritt 2005[a] Nickel 2007[c] Reich 2009[b] Lieberich 2008[b,d]	Rinne 2002[a] Simpson 2004[a] Soloff 1989[a] Soolff 1993[a] Salzman 1995[b] Cornelius 1993[b]	Bogenschutz 2004[a] Eli Lilly[a] Nickel 2006[a] Pascual 2008[a] Schulz 2008[a] Soler 2005[a] Soloff 1989[a] Soloff 1993[a] Zanarini 2001[a] Nickel 2007[b,e] Montgomery 1979[b] Goldger 1986[b] Leone 1982[b]	Hallahan 2007[a] (AG omega-3) Zanarini 2003[a] (AG omega-3) Philipsen 2004[a](naloxona)
Fármaco frente a otro fármaco	-	-	Ssoloff 1989[a] Zanarini 2004[a]	-
Ensayos con combinación de fármacos	-	Zanarini 2004[a]	Zanarini 2004[a] Soler 2005[b] Linehan 2008[b]	-

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.
c Artículo de seguimiento de la población en estudio de Nickel[276].
d Artículo de seguimiento de la población en estudio de Tritt[277].
e Artículo de seguimiento de la población en estudio de Nickel[278].

Las RSEC encontradas y utilizadas en la elaboración de este apartado sobre el tratamiento farmacológico en pacientes con TLP son las siguientes: Binks[191], Nose[279], Mercer[280], Ingenhoven[281] y Lieb[282]. La RSEC de Binks[191], llevada a cabo por el grupo Cochrane Collaboration, es un estudio metanalítico que incluye un total de 10 ECA. Pese a que este MA fue revisado en 2008, fue publicado en 2005 y la búsqueda de la literatura recoge artículos publicados hasta octubre de 2002. Por ello, el estudio más reciente que incluye es de 2001.

La RSEC de Mercer[280] es una revisió narrativa de la literatura acerca del TLP cuya búsqueda se centra entre 1966 y 2006. Concretamente, incluye un total de 30 ECA, el más reciente del año 2006.

La RSEC de Nose[279] es un estudio metanalítico publicado en el mismo año que el anterior cuya búsqueda sistemática de la literatura es hasta junio de 2006. Para la elaboración de resultados, incluye un total de 20 ECA, el más reciente del año 2006. Ingenhoven[281] también realiza un trabajo metanalítico sobre los trastornos de la personalidad severos y considera junto al TLP el trastorno esquizotípico de la personalidad. La búsqueda sistemática de literatura que realiza incluye estudios llevados a cabo entre 1980 y diciembre de 2007. El estudio más es, como en las dos anteriores revisiones sistemáticas, de 2006.

Finalmente, hemos incluido también los resultados de la RSEC realizada por la Cochrane Collaboration, que supone una actualización de la llevada a cabo por Binks[246]. Las dos publicaciones vinculadas a la misma, Lieb[282] y Stoffers[283] incorporan respectivamente 17 y 18 nuevos ECA, totalizando así en Lieb[282] 27 ECA y una muestra total de 1.714 pacientes y en Stoffers[283] 28 ECA y una muestra total de 1.742 pacientes con TLP.

A continuación, se exponen a modo de tabla las RSEC identificadas y los ECA que las mismas incluyen.

Tabla 12. Descripción de los ECA incluidos en las revisiones sistemáticas

	Binks (2005)	Mercer (2006)	Nosè (2006)	Ingenhoven (2009)	Lieb (2010)
Nº ensayos	10 ECA	30 ECA	20 ECA	21 ECA	27 ECA
Identificador del estudio	De la Fuente (1994) Goldberg (1996) Hollander (2001) Leone (1982) Montgomery (1983) Salzman (1995) Serban (1984) Soloff (1989) Soloff (1993) Zanarini (2001)	Bellino (2006) Bogenschutz (2004) Coccaro (1997) Cowdry (1988) De la Fuente (1994) Frankenburg (2002) Goldberg (1986) Hollander (2001) Hollander (2003) Klein (1967) Leone (1982) Loew (2006) Montgomery (1982) Nickel (2004) Nickel (2005) Nickel (2006) Parsons (1989) Rinne (2002) Salzman (1995) Schulz (1998) Schulz (1999) Serban (1984) Simpson (2004) Soler (2005) Soloff (1989) Soloff (1993) Tritt (2005) Zanarini (2001) Zanarini (2003) Zanarini (2004)	Bogenschutz (2004) Coccaro (1997) De la Fuente (1994) Frankenburg (2002) Goldberg (1986) Hollander (2001) Hollander (2003) Koenigsberg (2003) Nickel (2004) Nickel (2005) Nickel (2006) Rinne (2002) Salzman (1995) Simpson (2004) Soler (2005) Soloff (1986) Soloff (1993) Tritt (2005) Zanarini (2001) Zanarini (2003)	Bogenschutz (2004) Coccaro (1997) Cornelius (1993) Cowdry (1988) De la Fuente (1994) Frankenburg (2002) Goldberg (1986) Hollander (2001) Hollander (2003) Koenigsberg (2003) Links (1990) Loew (2006) Markovitz (1995) Montgomery (1982) Nickel (2004) Nickel (2006) Rinne (2002) Salzman (1995) Simpson (2001) Soler (2005) Soloff (1989) Soloff (1993) Zanarini (2001)	Bogenschutz (2004) De la Fuente (1994) Eli Lilly (2007a) Eli Lilly (2007b) Frankenburg (2002) Goldberg (1986) Hallahan (2007) Hollander (2001) Leone (1982) Linehan (2008) Loew (2006) Montgomery (1979) Montgomery (1981) Nickel (2004) Nickel (2005) Nickel (2006) Pascual (2008) Rinne (2002) Salzman (1995) Simpson (2004) Soler (2005) Soloff (1986) Soloff (1993) Tritt (2005) Zanarini (2001) Zanarini (2003) Zanarini (2004) Stoffers (2010)[a] Reich (2009)

a Para la elaboración del presente apartado el grupo de trabajo de la guía ha tenido en cuenta la RSEC de la Cochrane Collaboration en las publicaciones de Lieb[282] y Stoffers[283]. Esta última publicación incorpora el ECA de Reich[284] a los restantes estudios ya analizados en la publicación de Lieb[282].

Para la elaboración de la guía se analizaron las diferentes revisiones sitemáticas. En primer lugar, la RSEC de Mercer[280] e Ingenhoven[281] quedaron desestimadas por los motivos que se citan a continuación. La revisión de Mercer[280] se excluyó al ser una revisió narrativa que no incluía un estudio metanalítico de los estudios en los que se basaba. La revisión de Ingenhoven[281] agrupaba en su análisis metanalítico el TLP y el trastorno esquizotípico de la personalidad, lo que hace difícil extrapolar sus resultados únicamente al primero de los trastornos. A pesar de ser desestimadas, cabe señalar que ambas revisiones se utilizaron como fuente de identificación de estudios no localizados por las búsquedas sistemáticas de bibliografía efectuados por la GPC del NICE (2009)[4] y el grupo de trabajo de la guía.

El resto de revisiones sistemáticas eran metanalíticas y fueron valoradas a través del instrumento Osteba, todas ellas han obtenido una calidad alta o de 1++ según la metodología SIGN (ver apartado Niveles de evidencia y grados de recomendación). Finalmente, se seleccionó la RSEC de Lieb[282] al tratarse de la revisión más reciente y con un mayor número de ECA incluidos y, en consecuencia, con un tamaño muestral superior.

La presentación de los resultados de la evidencia se ha formulado en cada apartado farmacológico y referido a cada fármaco analizado. El grupo de trabajo de la guía ha considerado relevante también presentar la evidencia según las áreas clínicas habitualmente consideradas características en el TLP. Concretamente, se considerarán los síntomas de inestabilidad emocional, impulsividad, inestabilidad en las relaciones interpersonales, conductas autolíticas, síntomas cognitivos perceptuales, funcionamiento global y, además, se ha considerado la seguridad del tratamiento (abandono y efectos secundarios). Para cada una de estas características clínicas se realizará una pregunta clínica clave y se expondrá una descripción de la evidencia científica disponible en relación a la misma. Esta organización se repetirá a lo largo de las diferentes secciones sobre fármacos.

6.2. Anticonvulsivantes

6.2.1. Introducción

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

Los anticonvulsivantes para los que se ha encontrado ensayos clínicos son la carbamazepina, el ácido valproico, valproato o divalproex, la lamotrigina y el topiramato.

A continuación, se describen en formato de tabla los ECA utilizados en la elaboración de este apartado diferenciando su origen según sea la búsqueda sistemática de bibliografía de la GPC del NICE (2009)[4] o la búsqueda realizada por el grupo de trabajo de la guía.

Tabla 13. Estudio de las características de los ECA sobre anticonvulsivantes

	Carbamazepina	Valproato	Lamotrigina	Topiramato
Nº ensayos (Total de participantes)	1 ECA (20)	3 ECA (292)	2 ECA (56)	3 ECA (129)
Estudio	De la Fuente 1994[a]	(1) Frankenburg 2002[a] (2) Hollander 2001[a] (3) Hollander 2003[a]	(1) Tritt 2005[a] (1) Leiberich 2008[b,c] (2) Reich 2009	(1) Loew 2006[a] (2) Nickel 2004[a] (3) Nickel 2005[a] Nickel 2007[b,d]
Nº/% mujeres	20/70	(1) 30/100 (2) 16/alrededor del 50 (3) 246/31	(1) 27/100 (2) 24/86	(1) 56/100 (2) 31//100 (3) 44/0
Edad media	32	(1) 27 (2) 39 (3) 40	(1) 29 (2) 32	(1) 25 (2) 26 (3) 29
Trastornos del eje I/II	Específicamente excluido	(1) Bipolar II (2) Específicamente excluido (3) Cluster B, trastorno explosivo intermitente o trastorno por estrés postraumático	(1)Excluidos mayoría trastornos del eje I (2)Diag. comórbidos: Depresión mayor, trastorno por estrés postraumático, obsesivo compulsivo, de ansiedad generalizado, de pánico, fobia social, y específicas	(1) 73% trastornos depresivos; 52% ansiedad; 13% trastorno obsesivo compulsivo; 63% trastornos somatomorfos; (2)-(3) exlcuidos los trastornos mentales severos
Tratamiento	La media de los niveles plasmáticos de carbamazepina alcanzó de 6,44 µg a 7,07 µg	(1)-(3)Valproato	(1) (2)Lamotrigina	(1)Topiramato 200 mg (2) 250 mg (3) 250 mg

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.
c Artículo sobre el seguimiento de la población en estudio de Tritt[277].
d Artículo sobre el seguimiento de la población en estudio de Nickel[285].

Además, para la elaboración de este apartado se tuvieron en cuenta los ECA analizados en la RSEC de Lieb[282] así como sus conclusiones sobre los mismos. Concretamente, Lieb[282] analiza el estudio de De la Fuente[286] en relación a la carbamazepina, los de Frankenburg[287] y Hollander[288] sobre el valproato, el de Tritt[277] sobre la lamotrigina y, en relación al topiramato, los de Loew[289] y los de Nickel[276,285,290]. Además, en la publicación de Stoffers[283] se identifica el artículo de Reich[284] sobre la lamotrigina.

6.2.1.1. Carbamazepina

La carbamazepina es un anticonvulsivante que incluye en su ficha técnica el tratamiento de la epilepsia, neuralgia del trigémino y, en segunda línea, el trastorno bipolar. También, al igual que el resto de anticonvulsivantes, se utiliza por sus propiedades antiagresivas. Su mecanismo de acción es bloquear los canales de sodio y reducir así la liberación de glutamato y la recaptación de dopamina y noradrenalina. Es, además, un potente inductor enzimático e interactúa con un considerable número de fármacos; es importante valorar este dato en el tratamiento. Por ejemplo, puede afectar al metabolismo de los anticonceptivos orales y aumentar el riesgo de embarazo. Es un fármaco potencialmente teratógeno. No se recomienda en mujeres en estado de gestación[291].

La GPC del NICE (2009)[4] identifica un único ECA sobre este fármaco[286] (1+).

De la Fuente[286] explica que el estudio llevado a cabo es un estudio a doble ciego, paralelo y controlado con placebo que se centra en 20 pacientes hospitalizados con TLP y tratados con carbamazepina durante una media de 30,9 días. No se indica que el fármaco presentara efectos positivos significativos excepto en la patología severa a favor del placebo. Los niveles de depresión se redujeron, pero los pacientes aún cumplían criterios diagnósticos de depresión. Solamente dos pacientes abandonaron el tratamiento de forma temprana.

En la búsqueda de la AIAQS se detectó el ECA de De la Fuente[292]. Pese a que la calidad metodológica del mismo fuese calificada como alta, se desestimó el mismo al no tratar la eficacia del fármaco. Este estudio se centró en los efectos de la carbamazepina en marcadores biológicos y objetivos del TLP (prueba de la supresión de la dexametasona y electroencefalograma del sueño).

La revisión de Lieb[282] no identifica nuevos ensayos sobre la carbamazepina y no destaca ningún beneficio en relación a la misma.

6.2.1.2. Valproato

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

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa tres estudios en relación al valproato, Frankenburg[287] y Hollander[288,293], a los que asigna un nivel de evidencia 1+.

Frankenburg[287] explica que el objetivo del estudio llevado a cabo fue comparar la eficacia y la seguridad de valproato sódico y placebo en el tratamiento de mujeres con TLP y trastorno bipolar II comórbido. Para ello, realiza un estudio doble ciego y controlado con placebo de valproato sódico en 30 mujeres de 18 a 40 años que cumplían los criterios de la Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada y los criterios del DSM-IV para el TLP, así como los criterios del DSM-IV para el trastorno bipolar II. Las pacientes se asignaron aleatoriamente a recibir valproato sódico o placebo en una proporción 2:1. La duración del tratamiento fue de 6 meses. Los criterios principales de valoración fueron los cambios en las escalas de sensibilidad interpersonal, ira/hostilidad y depresión del listado SCL-90 (Symptom checklist 90)[294], así como la puntuación total de la escala MOAS modificada (Overt aggression scale)[295]. Como resultados el autor señala que 20 pacientes fueron asignadas a valproato sódico y 10 a placebo. Basándose en la última observación disponible de cada paciente y controlando la gravedad basal, el valproato sódico demostró superioridad frente al placebo en la reducción de la sensibilidad interpersonal y la ira/hostilidad según el

SCL-90[294], así como en la agresividad global medida por la escala MOAS[295]. Los efectos adversos fueron poco frecuentes. El autor concluye que los resultados de este estudio indican que el valproato sódico puede ser un fármaco seguro y eficaz en el tratamiento de mujeres con TLP y trastorno bipolar II comórbido, definidos según los criterios antes nombrados, reduciendo significativamente su irritabilidad e ira, la inestabilidad de sus relaciones y su agresividad impulsiva.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra, 2) una muestra compuesta tan sólo por mujeres con TLP y comorbilidad de trastorno bipolar II, por lo que se desconoce la posibilidad de generalizar los resultados a pacientes varones o pacientes sin comorbilidad de trastorno bipolar II, 3) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente, por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad, y 4) la ratio de retención fue buena durante los primeros 3 meses del estudio aunque tan sólo cuatro sujetos del grupo placebo y siete sujetos del grupo experimental completaron el ensayo de 6 meses. El estudio fue realizado con una subvención de los laboratorios Abbott de Chicago, Illinois.

Hollander[288] detalla en su estudio que el objetivo del mismo es comparar la eficacia del valproato sódico frente al placebo en pacientes con TLP. Para ello, se adoptó un diseño doble ciego, de grupos paralelos y de 10 semanas de duración. 16 pacientes que cumplían los criterios de la Entrevista clínica estructurada de los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV para el TLP fueron asignados aleatoriamente a recibir placebo (n = 4) o valproato sódico (n = 12). En este estudio se evaluó el cambio en la intensidad global de los síntomas (Clinical global impressions-improvement scale [CGI-I])[157] y el funcionamiento general (Global assessment scale [GAS])[296], así como en síntomas centrales específicos (depresión, agresividad, irritabilidad y conductas suicidas). Como resultados, se observó un cambio significativo respecto al valor basal en ambas medidas globales (CGI-I y GAS) tras el tratamiento con valproato sódico. Una elevada tasa de abandono impidió hallar diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en los análisis por intención de tratar, aunque todos los resultados iban en el sentido previsto. El autor concluye que el tratamiento con valproato sódico puede ser más eficaz que el placebo para la sintomatología global, el nivel de funcionamiento, la agresividad y la depresión. Igualmente, se señala la necesidad de más ensayos controlados con mayores tamaños muestrales para confirmar estos resultados preliminares.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra compuesta por varones y mujeres, 2) una muestra tan sólo con TLP de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, ideación suicida, abuso de sustancias o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes TLP de mayor gravedad, 3) la duración del ensayo fue tan sólo de 10 semanas con tasas de abandono particularmente altas durante las primeras semanas, especialmente en el grupo placebo, 4) alta variabilidad de las medidas, y 5) desequilibrio en el número de pacientes en los dos grupos. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una

significación muy reducida. El estudio fue realizado con una subvención del National Institute of Mental Health, Abbott Laboratories y el National Center for Research Resources.

Hollander[293] expone en su estudio que es un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en el que pacientes ambulatorios con una puntuación de X ≥ 15 en la escala OAS-M[295] (Aggression scale of the Overt aggression scale-modified) y que cumplían los criterios del DSM-IV para el trastorno de personalidad del cluster B (n = 96), trastorno explosivo intermitente (n = 116) o trastorno de estrés postraumático (n = 34), fueron aleatorizados para recibir valproato sódico o placebo durante 12 semanas. Según las puntuaciones medias de agresividad de la OAS-M[295], durante las últimas cuatro semanas de tratamiento, no se observó un efecto del tratamiento en el grupo de datos del análisis por intención de tratar (que combina los tres trastornos psiquiátricos), pero sí se observó en los grupos de datos evaluables y por intención de tratar para los pacientes con trastornos de la personalidad del clúster B. En el grupo de datos evaluables del cluster B, también se observaron diferencias de tratamiento estadísticamente significativas a favor del valproato para los ítems que conforman la puntuación de agresividad de la escala OAS-M[295], incluida la agresión verbal y la agresión contra objetos, así como en la puntuación de irritabilidad de la OAS-M[295] y la CGI-S[157] (Clinical global impression-severity) en múltiples períodos de tiempo durante el estudio. No se constataron diferencias entre los grupos de tratamiento en la tasa global de abandono prematuro; no obstante, en todos los diagnósticos psiquiátricos, 21 (17%) pacientes del grupo de valproato abandonaron prematuramente a causa de un acontecimiento adverso, frente a 4 (3%) pacientes en el grupo placebo (p = 0,001). Si bien no se observó un efecto del tratamiento cuando se combinaron todos los grupos diagnósticos, en un gran subgrupo de pacientes con trastornos del clúster B, el valproato fue superior al placebo en el tratamiento de la agresividad impulsiva, irritabilidad e intensidad global.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) la muestra está compuesta por tres categorías diagnósticas distintas (trastorno de personalidad del clúster B, trastorno explosivo intermitente y trastorno de estrés postraumático) y si bien el TLP está incluido en el cluster B de los trastornos de personalidad, éste incluye otros diagnósticos como son el trastorno antisocial, el trastorno histriónico y el trastorno narcisista. En este estudio no se puede identificar la muestra específica correspondiente a pacientes con TLP, ni en número ni en características psicopatológicas o de comorbilidad, lo que imposibilita generalizar los resultados obtenidos a este grupo específico de pacientes. El estudio fue realizado con una subvención del Abbott Laboratories, Abbott Park, Illinois. Teniendo en cuenta las limitaciones del artículo ya señaladas el grupo decide no incluirlo en su revisión.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó además el ECA de Hollander[297] sobre los efectos del ácido valproico en comparación con el placebo. A este estudio se le asignó un nivel de evidencia científica 1+ pero se descarta de la revisión al ser un estudio con una muestra heterogénea, lo que imposibilita extrapolar los resultados del mismo a la población clínica de TLP.

En la revisión de Lieb[282] se observan beneficios asociados al uso del valproato en comparación con el placebo. Concretamente, Lieb[282] analiza los trabajos de Frankenburg[287] y Hollander[288] y concluye que hay un efecto significativo del uso del valproato en el

tratamiento de la inestabilidad interpersonal y los síntomas depresivos frente al placebo. Además, Lieb[282] señala una significativa reducción de la ira basándose en el artículo de Hollander[288] y una tendencia a la misma en el de Frankenburg[287].

6.2.1.3. Lamotrigina

La lamotrigina es un fármaco anticonvulsivante que también ha demostrado eficacia en el tratamiento agudo y la profilaxis de la depresión en el trastorno bipolar[298,299]. Asimismo se utiliza para aumentar el efecto de la clozapina en el tratamiento de la esquizofrenia resistente[300].

A pesar de que generalmente es bien tolerada, la lamotrigina está asociada a reacciones cutáneas, algunas de las cuales son peligrosas para la vida, tales como el síndrome de Stevens-Johnson. El riesgo es mayor durante el ajuste de la dosis y aumenta en pacientes que también toman valproato. Datos publicados recientemente por la North American antiepileptic drug registry[301] sugieren que el uso de lamotrigina durante el primer trimestre de gestación podría incrementar el riesgo de fisuras orales (fisura palatina y fisura labial no asociada a fisura palatina). Considerando estos datos y siguiendo el principio de precaución, la AEMPS hace las siguientes recomendaciones en relación al uso de la lamotrigina y que son aplicables en el caso del TLP:

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa el estudio de Tritt[277] en relación a la lamotrigina al que asigna un nivel de evidencia 1+.

Tritt[277] explica en su trabajo que el objetivo de su estudio fue comparar la eficacia de lamotrigina frente a placebo en el tratamiento de la agresividad en mujeres que cumplían los criterios TLP. Para ello, se realiza un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, de lamotrigina en 24 mujeres que cumplían los criterios de la Entrevista clínica estructurada del DSM-IV[84,91] (SCID) para TLP. Las pacientes se asignaron aleatoriamente en una proporción 2:1 a lamotrigina (n = 18) o placebo (n = 9). La duración del tratamiento fue de 8 semanas. Los criterios principales de valoración fueron los cambios autonotificados en las escalas de ira del inventario STAXI[302]. En comparación con el grupo placebo, y de acuerdo con el principio de intención de tratar, se observaron cambios muy significativos ($p < 0,01$) en cuatro escalas del STAXI[302] (Estado-Ira, Rasgo-Ira, Ira-Expresión externa,

Ira-Control) en aquellas pacientes tratadas con lamotrigina durante 8 semanas. La única excepción ($p < 0,05$) se observó en la escala Ira-Expresión interna, donde sólo se observó una diferencia del 8,5% ($p < 0,2$). Todas las pacientes toleraron la lamotrigina relativamente bien. El autor concluye que la lamotrigina parece ser segura y eficaz para el tratamiento de la ira en mujeres con TLP definido según los criterios de la SCID[84,91]. Asimismo, indica que el fármaco no causó ningún efecto clínicamente significativo sobre el peso corporal.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra compuesta sólo por mujeres, 2) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes TLP de mayor garvedad, 3) la duración del ensayo fue tan sólo de 8 semanas lo que reduce las tasas de abandono y la aparición de posibles efectos secundarios y 4) desequilibrio en el número de pacientes en los dos grupos. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados. El estudio no cita la fuente de financiación.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó además un ECA, ampliación del anterior[303], con un estudio de seguimiento de 18 meses con resultados favorables a lamotrigina en el tratamiento de la agresividad al que se le asigna un nivel de evidencia 1+.

El estudio de Leiberich[303] es el seguimiento a los 18 meses de la muestra de pacientes del estudio de Tritt[277]. Según el principio de intención de tratar, se observaron cambios significativos en todas las escalas del STAXI[302], con evaluación cada 6 meses, en las pacientes tratadas con lamotrigina. En el curso del estudio 10 sujetos abandonaron el mismo, tres en la fase anterior y nueve en el seguimiento. Todas las pacientes toleraron la lamotrigina relativamente bien. La lamotrigina parece ser eficaz y relativamente segura para el tratamiento a largo plazo de la agresividad en mujeres con TLP.

El estudio, seguimiento de un trabajo anterior, presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra, con pérdidas asociadas durante el seguimiento, compuesta sólo por mujeres, 2) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes TLP de mayor gravedad, 3) la duración del seguimiento fue de 18 meses pero registró más de un 30% de abandonos y 4) desequilibrio en el número de pacientes en los dos grupos. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados.

Los autores declaran que el estudio se realizó de acuerdo con la declaración de Helsinki, que fue realizado con independencia de cualquier influencia institucional y que no fue financiado, no existiendo conflicto de intereses.

El estudio de Reich[284] tiene como objetivo evaluar la efectividad de la lamotrigina en la reducción de la inestabilidad afectiva del TLP. Los autores llevaron a cabo un ensayo controlado y aleatorizado doble ciego y de 12 semanas de duración con 28 pacientes que

cumplían los criterios diagnósticos de TLP según la versión revisada del DSM-IV[72]. Los pacientes podían tomar un antidepresivo durante el estudio. Éstos se asignaron aleatoriamente al tratamiento con dosis flexibles de lamotrigina o placebo en una ratio de 1:1. Las variables de resultado primarias fueron: 1) the Affective lability scale total score[304] y 2) the Affective instability item of the Zanarini rating scale for borderline personality disorder[87] (ZAN-BPD). El estudio aleatorizó 15 pacientes a lamotrigina y 13 a placebo. Los del grupo de lamotrigina obtuvieron significativamente mayores reducciones en el total de las puntuaciones de la Affective lability scale y en el ítem de la inestabilidad emocional de la ZAN-BPD ($p < 0,05$). Un resultado secundario fue que los pacientes en el grupo tratado con lamotrigina obtuvieron significativamente mayores reducciones en las puntuaciones del ítem de la impulsividad de la ZAN-BPD ($p = 0,001$). Los resultados del estudio sugieren que la lamotrigina es efectiva en el tratamiento de la inestabilidad afectiva y para la impulsividad característica del TLP.

La revisión de Lieb[282] formula sus conclusiones sobre la lamotrigina teniendo en cuenta el estudio ya mencionado de Tritt[277], y la última versión de esta revisión[283] las formula considerando además el mencionado artículo de Reich[284]. Ambas concluyen que la lamotrigina fue significativamente superior al placebo en la reducción de la impulsividad y la ira.

6.2.1.4. Topiramato

El topiramato es un anticonvulsivante que se usa en el tratamiento de la epilepsia y en la profilaxis de las migrañas. También se ha utilizado en el tratamiento de la manía[305] y el trastorno bipolar de ciclos rápidos[306], pero no está autorizado para estas indicaciones. El topiramato bloquea los canales de sodio, incrementa la actividad de GABA y antagoniza débilmente los receptores del glutamato del subtipo kainate/AMPA.

Se debe señalar que en ECA sobre la epilepsia, el 5-10% de los pacientes aleatorizados al topiramato experimentaron dificultades de memoria y/o concentración, depresión, nerviosismo, problemas de humor y ansiedad. También hay informes de ideación y actos suicidas relacionados con el tratamiento aunque se desconoce si las personas con TLP son especialmente vulnerables a estos efectos secundarios. El topiramato está asociado a la pérdida de peso; un efecto secundario que ha sido utilizado en el manejo del incremento de peso inducido por antipsicóticos[307].

La GPC del NICE (2009)[4] revisa los estudios de Nickel[276,285] y Loew[289] en relación al topiramato. Se trata de tres estudios realizados por el mismo grupo de investigadores con una metodología idéntica y resultados similares. Según la GPC del NICE (2009)[4] no existen datos fiables en cuanto a la financiación y existen serias dudas al respecto por lo que se cuestionan dichos estudios y se desestiman sus resultados.

En el estudio de Nickel[276] se explica que el objetivo de este estudio fue comparar la eficacia y seguridad de topiramato frente a placebo en el tratamiento de la agresividad en mujeres que cumplían los criterios de TLP. Para ello, se realiza un estudio doble ciego, controlado con placebo, de topiramato en 29 mujeres (tasa de respuesta del 93,5%) que cumplían los criterios de SCID[84,91] para el TLP. Las pacientes se asignaron aleatoriamente en una

proporción 2:l a topiramato (n = 2l, análisis basado en n = 19) o placebo (n = 10). La duración del tratamiento fue de 8 semanas (de noviembre de 2003 a enero de 2004). Los criterios principales de valoración fueron los cambios autonotificados en las subescalas de ira del inventario STAXI[302]. Como resultados, los autores señalan que se observaron mejoras significativas en cuatro subescalas del STAXI[302] (Estado-Ira, Rasgo-Ira, Ira-Expresión externa, Ira-Control) en las pacientes tratadas con topiramato durante 8 semanas, en comparación con el grupo placebo. La diferencia en la mejora de la puntuación entre los dos grupos para Estado-Ira, Rasgo-Ira e Ira-Expresión externa osciló entre el 21 y el 24%, y la diferencia para Ira-Control fue del -13%. Como excepción, sólo se observó una diferencia del 8,5% (p < 0,2) en la subescala de Ira-Expresión interna. Se advirtió una pérdida de peso significativamente mayor en el grupo tratado con topiramato que en aquellas pacientes que recibieron placebo (diferencia en la pérdida de peso entre los dos grupos: 2,3 kg [5,1 lb] [3,2%]; IC del 95% = 1,3%-4,4%; p < 0,01). Todas las pacientes toleraron bien el topiramato. Los autores concluyen que el topiramato parece ser seguro y eficaz en el tratamiento de la ira en mujeres con TLP definido según los criterios de SCID[84,91]. Además, señalan que cabe esperar una pérdida significativa de peso.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra, 2) una muestra compuesta tan sólo por mujeres con TLP, 3) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes TLP de mayor gravedad y 4) la duración del ensayo fue de tan sólo 2 meses lo que pudo reducir la ratio de pérdidas particularmente en el grupo placebo. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados.

Los autores informan de que no existe afiliación financiera ni otro tipo de relación relevante en cuanto al contenido de este artículo.

En el estudio de Nickel[285] se explica que el objetivo de este estudio fue comparar la eficacia de topiramato frente a placebo en el tratamiento de la agresividad en varones con TLP. Para ello, los autores realizan un estudio doble ciego, controlado con placebo y de 8 semanas de duración de topiramato en 42 varones (42 de 44) que cumplían los criterios de TLP del DSM-IV. Se aplicó la Entrevista clínica estructurada (SCID I y II)[84,91]. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a topiramato (n = 22) o placebo (n = 20). Se observaron cambios significativos en cuatro escalas del STAXI[302] (Estado-Ira, p < 0,01; Rasgo-Ira, p < 0,05; Ira-Expresión externa, p < 0,01; Ira-Control, p < 0,01) en los pacientes tratados con topiramato. En la escala Ira-Expresión interna la diferencia observada no fue significativa (p = 0,86). Se constató una pérdida de peso significativa adicional (la diferencia en la pérdida de peso entre los dos grupos fue de 5,0 kg; p ≤ 0,01; intervalo de confianza del 95% = [-6,5 a 3,4]). Todos los pacientes toleraron el topiramato relativamente bien. Los autores concluyen que el topiramato parece ser eficaz en el tratamiento de la ira en varones con TLP. Cabe esperar una pérdida de peso moderada.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra, 2) una muestra compuesta tan sólo por varones con TLP, 3) la muestra se

compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes TLP de mayor gravedad y 4) la duración del ensayo fue de tan sólo 2 meses lo que pudo reducir la ratio de pérdidas particularmente en el grupo placebo. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados. Los autores consideran que se requiere investigación adicional para saber si sus resultados pueden ser replicados y la duración en el tiempo de sus efectos beneficiosos. Se requieren además estudios que incluyan pacientes TLP con una morbilidad más grave, con trastornos psiquiátricos concurrentes o abuso de sustancias.
Los autores declaran que el estudio se realizó de acuerdo con la declaración de Helsinki, que fue realizado con independencia de cualquier influencia institucional y que no fue financiado, no existiendo conflicto de intereses.

En el estudio de Loew[289] se explica que su objetivo es determinar si el topiramato puede influir sobre la psicopatología del TLP, la calidad de vida relacionada con la salud y los problemas interpersonales. Se asignó aleatoriamente a mujeres que cumplían los criterios de la entrevista clínica estructurada para el eje II del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición[9,84,91], para el TLP, en una proporción 1:1 para recibir topiramato ajustado de 25 a 200 mg/día (n = 28) o placebo (n = 28) durante 10 semanas. Los criterios principales de valoración fueron los cambios en el Symptom-checklist, el cuestionario de salud SF-36[308] y el Inventario de Problemas Interpersonales[309]. El peso corporal y los efectos adversos se evaluaron cada semana. Según el principio de intención de tratar, se observaron cambios significativos (todos $p < 0,001$) en las escalas de somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica y Global severity index del symptom-checklist en las pacientes tratadas con topiramato durante 10 semanas (no se observaron cambios significativos en las escalas de obsesión-compulsión, depresión, ideación paranoide y psicoticismo). En el cuestionario SF-36[308], se observaron diferencias significativas en las ocho escalas (todas $p < 0,01$ o $p < 0,001$). En el Inventario de problemas interpersonales[309], se evidenciaron diferencias significativas (todas $p < 0,001$) en las escalas de demasiado autocrático, demasiado competitivo, demasiado introvertido y demasiado expresivo (sin diferencias significativas en las escalas de demasiado frío, demasiado subasertivo/servil, demasiado explotable/sumiso, y demasiado atento/amistoso). También se observó pérdida de peso ($p < 0,001$). Los autores concluyen que el topiramato parece ser seguro y eficaz en el tratamiento de mujeres con TLP y señalan que cabe esperar una pérdida de peso adicional.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra, 2) una muestra compuesta tan sólo por mujeres con TLP, 3) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes TLP de mayor gravedad y 4) la duración del ensayo fue de tan sólo 10 semanas lo que pudo reducir la ratio de pérdidas. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados. Los autores consideran que se requiere investigación adicional para saber si sus resultados pueden ser replicados. Se requieren además estudios que incluyan pacientes varones con

TLP y con una morbilidad más grave, con trastornos psiquiátricos concurrentes o abuso de sustancias.

Los autores declaran que el estudio se realizó, se planificó y se realizó con independencia de cualquier influencia institucional y que fue aprobado por el comité de ética clínica. No consta financiación.

En la búsqueda de la AIAQS se identificaron estos mismos tres ECA más un estudio de Nickel[310], seguimiento de un trabajo anterior del mismo autor[285].

El objetivo del estudio de Nickel[310] es determinar los efectos a largo plazo del topiramato en pacientes con TLP. Este autor lleva a cabo un seguimiento de los pacientes del estudio de Nickel[285] a los 18 meses de ser incluidos en el mismo, y toma como variable principal la agresividad. Los pacientes (22 en el grupo placebo y 22 en el grupo tratado con topiramato) fueron evaluados bianualmente con el STAXI[302]. Al final del seguimiento, se registraron 12 abandonos y en el grupo tratado con topiramato se observó una mayor reducción de las puntuaciones de todas las escalas del STAXI[302]. Además, el grupo tratado con topiramato registró una pérdida de peso más significativa que el grupo placebo y, ocasionalmente, se informó de fatiga, mareos, dolores de cabeza y parestesias. Se observaron autolesiones o conductas autolíticas en cuatro pacientes (sólo un paciente del grupo tratado con topiramato). Los autores concluyen que sus resultados confirman los obtenidos en el ensayo original y que el topiramato parece ser un fármaco eficaz a largo plazo en la reducción de la agresividad en pacientes TLP varones.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra, 2) una muestra compuesta tan sólo por varones con TLP, 3) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes TLP de mayor gravedad y 4) las pérdidas que se registran a lo largo del período de seguimiento son altas (superiores al 20%) y no se tienen en cuenta en los análisis estadísticos. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados.

Los autores no indican la fuente de financiación del estudio ni la existencia o no de conflictos de intereses.

La RSEC de Lieb[282] incluye en relación al topiramato los estudios ya destacados de Loew[289] y los de Nickel[276,285] y basándose en los tres respalda la eficacia del topiramato frente al placebo en los síntomas de inestabilidad interpersonales y la impulsividad. Además, la revisión de Lieb[282], teniendo en cuenta únicamente el estudio de Loew[289], destaca los efectos del topiramato en la psicopatología asociada al TLP.

A diferencia de la GPC del NICE (2009)[4], el grupo de trabajo de la guía decide considerar en su revisión los artículos sobre la eficacia del topiramato ya que no encuentra criterios que avalen consistentemente su exclusión.

6.2.2. Comentario general sobre los estudios de anticonvulsivantes

Se han encontrado nueve ECA de anticonvulsivantes frente a placebo, siendo el valproato y el topiramato los que gozan de mayor evidencia científica. Son estudios cuyos resultados han de interpretarse teniendo en cuenta que presentan limitaciones importantes ya que muestran seguimientos no superiores a 10 semanas, muestras pequeñas muy heterogéneas, y ámbitos de tratamiento distintos (ambulatorio frente a hospitalización) que en ocasiones no están bien definidos. Por ejemplo, para la valoración de la eficacia del tratamiento de los anticonvulsivantes para los síntomas de inestabilidad emocional se precisaría diferenciar en las muestras de estudio aquellos pacientes con TLP que pudieran presentar clínica afectiva comórbida definida dentro del eje I.

Los instrumentos de medición empleados son distintos ya que no existen pruebas específicas que puedan valorar el cambio en síntomas principales como la inestabilidad emocional o los síntomas cognitivo perceptuales de los TLP.

Por último, es muy difícil homogenizar y comparar resultados por la diversidad de las variables de dichos estudios. En algunos, la ira se incluye como síntoma de inestabilidad emocional, mientras que en otros se incluye la impulsividad; así ocurre también con las conductas autolíticas que suelen ser incluidas o valoradas globalmente dentro de los síntomas de impulsividad/agresividad.

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

6.2.3. Eficacia de los anticonvulsivantes según variables de resultado

En la tabla 14, se resume la evidencia sobre la eficacia de los anticonvulsivantes teniendo en cuenta cada uno de los estudios identificados y las características clínicas consideradas principales del TLP.

Tabla 14. Resumen de la evidencia científica sobre anticonvulsivantes según estudio y variables de resultado analizadas

	Inestabilidad emocional	Impulsividad	Inestabilidad relaciones personales	Conductas autolíticas	Síntomas cognitivos perceptuales	Funcionamiento global	Abandonos	Efectos secundarios
De La Fuente (1994)	Carbamazepina = placebo	Carbamazepina = placebo	Carbamazepina = Placebo	Carbamazepina = placebo	Carbamazepina = placebo	Carbamazepina = placebo	20% vs 0%	-
Frankenburg (2002)	Valproato = placebo	Valproato > placebo	Valproato > Placebo	-	-	Valproato > placebo	65% vs 60%	↑ Peso Diarreas Temblores
Hollander (2001)	Valproato > placebo	Valproato > placebo	-	Valproato = placebo	-	Valproato > placebo	50% vs 100%	Buena tolerancia (enzimas de la función del hígado)
Tritt (2005)	-	Lamotrigina > placebo	-	-	-	-	0% vs 0%	Buena tolerancia
Lieberich (2008)	Lamotrigina > placebo	Lamotrigina > placebo	-	-	-	-	12% vs 67%	Buena tolerancia
Reich (2009)	Lamotrigina > placebo	Lamotrigina > placebo	-	-	-	-	40% vs 38%	Rash: Pruritis; Sedación Confusión; Dolor de cabeza Mareos; Irritabilidad
Loew (2006)	Topiramato > placebo	Topiramato > placebo	Topiramato > Placebo	-	Topiramato = placebo	Topiramato > placebo	3% vs 11%	Pérdida de peso Otros efectos menores fueron problemas de concentración, fatiga, cefalea, mareo, dolor menstrual y parestesias
Nickel (2004)	-	Topiramato > placebo	-	-	-	-	6.5% (No se indica según grupos)	Pérdida de peso En casos aislados se reportó fatiga, mareo, cefalea y parestesias
Nickel (2005)	-	Topiramato > placebo	-	-	-	-	0% vs 9%	Pérdida de peso En casos aislados se reportó fatiga, mareo, cefalea y parestesias
Nickel (2007)	-	Topiramato > placebo	-	-	-	-	27% (No se indica según grupos)	Pérdida de peso En casos aislados se reportó fatiga, mareo, cefalea y parestesias

=: El fármaco se muestra estadísticamente igual que el placebo; >: El fármaco es estadísticamente superior al placebo.

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina	
1+	La carbamazepina no es superior al placebo en el control de los síntomas de depresión u hostilidad[286].
Valproato	
1+	El valproato no es superior al placebo en el control de los síntomas de la depresión[287].
1+	El valproato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas afectivos en pacientes con TLP[288].
Lamotrigina	
1+	La lamotrigina es superior al placebo en el control de la inestabilidad emocional[303].
1+	La lamotrigina es superior al placebo en el control de la inestabilidad emocional[284].
Topiramato	
1+	El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de la inestabilidad emocional[289].

En relación a la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional del TLP, no se observa que la carbamazepina sea superior al placebo[286] y en los dos estudios localizados sobre el valproato los resultados no son consistentes[287,288]. La superioridad de la lamotrigina frente al placebo en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional se sustenta en dos artículos con una muestra total de 56 pacientes[284,303]. Sólo en uno de los tres artículos sobre topiramato[289], con una muestra total de 56 pacientes, se trata como variable de resultado la inestabilidad emocional. En éste se observa que el topiramato es superior al placebo en el tratamiento de esta variable de resultado.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina	
1+	La carbamazepina no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad en los pacientes con TLP[286].
Valproato	
1+	El valproato es superior al placebo en el tratamiento de la impulsividad en los pacientes con TLP[287].
1+	El valproato es superior al placebo en el tratamiento de la impulsividad en los pacientes con TLP[288].
Lamotrigina	
1+	La lamotrigina es superior al placebo en el tratamiento de la agresividad en los pacientes con TLP[277].
1+	La lamotrigina es superior al placebo en el tratamiento de la agresividad en los pacientes con TLP[303].
1+	La lamotrigina es superior al placebo en el tratamiento de la agresividad en los pacientes con TLP[284].
Topiramato	
1+	El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad y hostilidad en los pacientes con TLP[276].
1+	El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad y hostilidad en los pacientes con TLP[289].
1+	El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad y hostilidad en los pacientes con TLP[285].
1+	El topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad y hostilidad en los pacientes con TLP[310].

En relación a la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de los síntomas de impulsividad en las personas con TLP, no se observa que la carbamazepina sea superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad de las personas con TLP[286]. Sin embargo, existe evidencia a favor del valproato, la lamotrigina y el topiramato frente al placebo.

La evidencia a favor del valproato se sustenta en los dos artículos identificados[287,288] que recogen una muestra reducida de pacientes (46 pacientes con TLP), con representaciones de género diferentes y que únicamente incluyen pacientes ambulatorios con trastorno moderado. Además, los dos ensayos valoran la eficacia del valproato a corto plazo. A pesar

de cierta evidencia a favor del valproato, las limitaciones señaladas no favorecen la elaboración de recomendaciones de uso del valproato en el tratamiento del TLP.

En relación a la lamotrigina, la evidencia científica sobre la misma se sostiene en dos ECA[277,284,303] con una muestra reducida de 56 pacientes en la que parece que los resultados positivos asociados a la lamotrigina se mantienen a lo largo del tiempo. Pese a la evidencia positiva a favor del uso de la lamotrigina, las limitaciones asociadas a estos estudios no favorecen la elaboración de recomendaciones de uso de este fármaco en el tratamiento del TLP. Entre estas limitaciones destacan: el tamaño reducido de la muestra del estudio, el desequilibrio en el número de pacientes por grupo, el hecho de que la muestra incluya principalmente mujeres en tratamiento en ámbito ambulatorio y con trastorno moderado, y el elevado registro de abandonos.

Los resultados sobre el topiramato son consistentes en todos los estudios identificados[276,285,289,310] que suponen un total de 129 pacientes. Sin embargo, cabe señalar que los pacientes incluidos son pacientes tratados en ámbito ambulatorio y con un trastorno moderado y que la duración de los ensayos es de entre 8 y 10 semanas, tan sólo existe un único estudio de seguimiento a los 18 meses.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina	
1+	La carbamazepina no es superior al placebo en el control de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales en el TLP[286].
Valproato	
1+	El valproato es superior al placebo en el control de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales en el TLP[287].
Topiramato	
1+	El topiramato es superior al placebo en el control de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales en el TLP[289].

Se observa la superioridad de los anticonvulsivantes frente al placebo en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad en las relaciones interpersonales en un estudio sobre el valproato[287] con una muestra reducida de 30 pacientes. Además, sólo un estudio sobre el topiramato trata esta variable de resultado[289]. Cabe señalar que la muestra de pacientes incluida en este ECA es pequeña puesto que se trata de un total de 56 pacientes con TLP. En este estudio se observa que el topiramato es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina	
1+	La carbamazepina no es superior al placebo en el control de las conductas autolíticas en los pacientes con TLP[286].
Valproato	
1+	El valproato no es superior al placebo en el control de las conductas autolíticas en los pacientes con TLP[288].

Sólo dos estudios tratan la eficacia de los anticonvulsivantes en el tratamiento de las conductas autolíticas. El primero trata la eficacia de la carbamazepina sobre el placebo[286] y no se observan diferencias significativas a favor del uso de la carbamazepina para el manejo de estas conductas. En el segundo se trata la eficacia del valproato sobre el placebo[288] y no se observan diferencias significativas a favor del uso del valproato para el manejo de estas conductas.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la evidencia

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

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina	
1+	La carbamazepina no es superior al placebo en el funcionamiento global en el TLP[286].
Valproato	
1+	El valproato no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento general[287].
Topiramato	
1+	El topiramato es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento general[289].

La evidencia científica del efecto de los anticonvulsivantes en el funcionamiento global es muy variable. Un estudio con carbamazepina no encontró diferencias estadísticamente significativas frente a placebo[286]. Otro estudio sobre valproato no encontró diferencias estadísticamente significativas frente a placebo[287]. En el único estudio con topiramato se encontró mejoría significativa frente a placebo en el funcionamiento global[289]. Sin embargo, el tamaño de la muestra de este estudio se considera pequeño al tratarse de un total de 29 pacientes con TLP lo que dificulta extraer conclusiones firmes.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Carbamazepina	
1+	Abandonaron el 20% de pacientes en tratamiento con carbamazepina. No aporta información de efectos secundarios[286].
Valproato	
1+	El valproato muestra tasas de adherencia similares a las del placebo (35 frente a 40%). El efecto adverso más frecuente relacionado con el uso del valproato fue la ganancia de peso, si bien no fue significativa en comparación al placebo[287].
1+	El valproato y el placebo se asociaron a tasas de abandono de tratamiento altas (superiores al 50%). No se informaron efectos adversos durante el estudio[288].
Lamotrigina	
1+	La lamotrigina fue bien tolerada, sólo en algunos casos se describió rash, mareo, cefalea y náuseas. La pérdida de peso observada no fue valorada como significativa frente al placebo[277].
1+	La lamotrigina fue tolerada relativamente bien[303].
Topiramato	
1+	La tolerancia del topiramato fue valorada como relativamente buena y se asoció a una pérdida significativa de peso. Se informaron casos de mareo, fatiga, cefalea y parestesias[276].
1+	La tolerancia del topiramato a dosis máximas de 250 mg/día fue valorada como relativamente buena y se asoció a una pérdida significativa de peso. Se informaron casos de mareo, fatiga, cefalea y parestesias[285].
1+	La tolerancia del topiramato fue valorada como relativamente buena y se asoció a una pérdida significativa de peso. Se informaron casos de mareo, fatiga, cefalea y parestesias[289].
1+	La tolerancia del topiramato fue valorada como relativamente buena y se asoció a una pérdida significativa de peso. Se informaron casos de mareo, fatiga, cefalea y parestesias[310].

Los ECA de anticonvulsivantes en personas con TLP describen bajas tasas de abandono en general. Las mayores tasas de abandono se asocian al uso del valproato[287,288]. Concretamente, alrededor del 50% de los pacientes tratados con este fármaco abandonan el tratamiento tal y como se muestra en los dos ECA identificados sobre el tema. Para la mayoría del resto de fármacos analizados las tasas de abandono se consideran bajas al ser inferior al 20%.

En relación a los efectos adversos, uno de los ECA sobre valproato[287] destaca el aumento de peso, diarreas y temblores y uno de los ECA sobre lamotrigina[284] destaca la aparición de

rash, pruritis, confusión, dolores de cabeza, mareos e irritabilidad. Los cuatro ECA sobre topiramato destacan como efecto secundario la pérdida de peso.

Recomendaciones

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

6.3. Antidepresivos

6.3.1. Introducción

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

La mayoría de los fármacos antidepresivos desarrollan su acción mediante la inhibición de recaptación de monoaminas, que permiten una mayor actividad de los canales de neurotransmisión serotoninérgicos y noradrenérgicos. Existe alguna evidencia de que la actividad serotoninérgica podría estar asociada con conductas agresivas e impulsividad así como con un bajo estado de ánimo[311]. Por ello se ha sugerido que los antidepresivos serotoninérgicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRSs) y la amitriptilina, podrían mejorar la agresividad y la impulsividad.

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

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

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

A continuación, se describen a modo de tabla los ECA considerados en la elaboración de este apartado señalando su origen en la búsqueda sistemática llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)[4] o por el grupo de trabajo de la guía.

Tabla 15. Características de los ECA sobre antidepresivos

	Amitriptilina vs placebo	Fluvoxamina vs placebo	Fluoxetina vs placebo	Fluoxetina más TDC vs placebo más TDC	Fenelzina vs placebo
Nº ensayos (Total de participantes)	1 ECA (90)	1 ECA (38)	1 ECA (27)	1 ECA (25)	1 ECA (72) 1 ECA (54)
Identificador	Soloff 1989[a]	Rinne 2002[a]	Salzman 1995[b]	Simpson 2004[a]	(1) Soloff 1993[a] (2) Cornelius 1993[b]
Nº/% mujeres	90/76	38/100	22/58	25/100	(1) 72[a]/76 (2) 38/74
Edad media	25	29	36,3	35,3	(1) 27 (2) 27,6
Trastornos eje I/II	39% TLP/ 4% trastorno esquizotípico/ 57% mixto	29% depresión comórbida, 21% distimia comórbida, 8% trastorno de ansiedad generalizado comórbido, 32% trastorno por estrés postraumático comórbido	100% TLP medio o moderado	60% trastorno depresivo mayor; 44% trastorno por estrés postraumático	(1)61% trastorno esquizotípico de la personalidad comórbido (2) 100% TLP
Intervención adicional	Intervenciones terapéuticas habituales en unidad de ingreso, en modalidad grupal o individual, biperideno para síntomas extrapiramidales	Ninguna	1 semana de placebo anterior a la intervención	Reuniones de 15 minutos para el manejo de la medicación en las semanas 3, 5,7, 9 y 11	(1) Ninguna (2) Psicoterapia grupal e individual, en unidad de ingreso.
Contexto	Ingreso	Muestra mixta	Muestra no clínica	Hospitalización parcial	(1) Paciente ingresado al que se le da el alta después de dos (2) Ingreso y ambulatorio
Duración de tratamiento	5 semanas	6 semanas	13 semanas	12 semanas	(1) 5 semanas (2) 16 semanas
Duración del seguimiento	Ninguno	Ninguno	14 semanas	-	(1) 16 semanas de continuación (2) 5 semanas de continuación
Notas	-	-	-	-	* Sólo se consideran los grupos tratados con fenelzina y placebo (es un estudio que incluye tres tipos de comparaciones)

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.

En relación a los antidepresivos, la RSEC de Lieb[282] se centra en los estudios de Soloff[312] sobre amitriptilina, Montgomery[313,314] sobre mianserina, los de Rinne[315], Salzman[316] y Simpson[271] sobre fluoxetina y fluvoxamina y, finalmente, el de Soloff[317] sobre la fenelzina. Además, Lieb[282] también considera en su revisión la eficacia de los antidepresivos frente a

un fármaco antipsicótico de primera generación. Para ello, recoge de los estudios de Soloff[312,317] las ramas en las que se compara la amitriptilina y la fenelzina frente al haloperidol.

6.3.1.1. Amitriptilina

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

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa un estudio de Soloff[312] con un nivel de evidencia 1+.

En el trabajo de Soloff[312] se comunican los resultados finales de un estudio de 4 años de duración de amitriptilina y haloperidol en 90 pacientes hospitalizados sintomáticos con TLP. Los ensayos de medicación de este estudio fueron doble ciego y controlados con placebo, con una duración de 5 semanas. El haloperidol (4-16 mg/día) logró mejoras significativas respecto al placebo en el funcionamiento general, depresión, hostilidad, síntomas esquizotípicos y comportamiento impulsivo. Los efectos significativos de la amitriptilina (100-175 mg/día) se limitaron en general a las medidas de depresión. El análisis de factores identificó tres patrones de cambios de síntomas: depresión global, depresión hostil y síntomas esquizotípicos. Los efectos de la medicación a favor del haloperidol fueron más destacados para la depresión hostil. Las variables que predijeron una respuesta favorable a haloperidol incluían la intensidad de los síntomas esquizotípicos, hostilidad y recelo. Los síntomas esquizotípicos y la paranoia predijeron un mal resultado en ambos patrones de depresión con amitriptilina. Los efectos del placebo más destacados fueron para los síntomas de estado agudo, y los rasgos marcados de carácter predecían una mala respuesta.

En la búsqueda de la AIAQS no se detectaron nuevos ensayos. La RSEC de Lieb[282] que utiliza el mismo ECA identificado por la GPC del NICE (2009)[4] concluye que, la amitriptilina es superior al placebo en la reducción de la patología depresiva. Además, en esta misma revisión se destaca que la amitriptilina no fue significativamente diferente al haloperidol en ninguna de las variables de resultado consideradas.

6.3.1.2. Fluvoxamina

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa un ECA realizado por Rinne[46] al que otorga un nivel de evidencia de 1+. En relación a este artículo la GPC del NICE (2009)[4] señala que la mayoría de pacientes presentaban un trastorno comórbido del eje I. La GPC del NICE (2009)[4]

desestima de su revisión este estudio puesto que incluye resultados de eficacia que no pueden ser extraídos. La calidad de la evidencia en relación a las demás variables incluidas en el estudio fue considerada baja. Estas variables incluyen: abandono temprano del tratamiento por cualquier motivo, abandono temprano del tratamiento debido a los efectos secundarios de la medicación y la proporción total de efectos secundarios.

En el trabajo de Rinne[46] se explica que se realizó un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, con el ISRS fluvoxamina durante 6 semanas, seguido de un estudio ciego de grupos cruzados durante 6 semanas y un seguimiento abierto durante otras 12 semanas, con 38 mujeres no bipolares y no esquizofrénicas con TLP. Las medidas de resultado fueron las subescalas de cambio rápido del estado de ánimo, impulsividad y agresividad del Borderline personality disorder severity index[318]. Como resultados los autores observaron que la fluvoxamina logró una reducción robusta y duradera de las puntuaciones de la subescala de cambios rápidos del estado de ánimo, lo que no sucedió en el caso con placebo. Por el contrario, no se observaron diferencias entre los grupos de fluvoxamina y placebo en el efecto sobre las puntuaciones de impulsividad y agresividad. En este estudio, los autores concluyen que la fluvoxamina mejoró significativamente los cambios rápidos del estado de ánimo en mujeres con TLP, pero no la impulsividad y la agresividad. Este último resultado puede deberse a diferencias específicas del sexo en la impulsividad y la agresividad.

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

La revisión de Lieb[282] no identifica nuevos ensayos y basa sus conclusiones en el estudio de Rinne[46]. Concretamente, en la revisión se señala la falta de efectos de la fluvoxamina en el tratamiento del TLP.

6.3.1.3. Fluoxetina

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

En relación a la fluoxetina, la GPC del NICE (2009)[4] analiza el ECA de Simpson[271] y Zanarini[319]. El grupo de trabajo de la guía decide considerar en este apartado únicamente estudios en los que se incluya el placebo en sus comparaciones. Por ello, sólo se tiene en cuenta en este apartado el artículo de Simpson[271] que compara la eficacia de la combinación de TDC y fluoxetina frente a la combinación de TDC y placebo. Se le se asigna un nivel de evidencia 1+. El artículo de Zanarini[319] será analizado en el apartado 6.3. donde se tratan los fármacos antipsicóticos.

En el trabajo de Simpson[271] se explica que su estudio investiga el efecto terapéutico de la fluoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, añadido a la TDC, una terapia psicosocial empíricamente probada, para el tratamiento del TLP. Concretamente, se trata de un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de 12 semanas de duración en pacientes con TLP (identificados mediante la Entrevista clínica estructurada para trastornos del eje II del DSM-IV). Todos los pacientes recibieron TDC individualmente y

en grupo. De los 20 pacientes que completaron el tratamiento, nueve fueron asignados aleatoriamente a recibir hasta 40 mg/día de fluoxetina y 11 fueron asignados aleatoriamente a placebo. Los pacientes fueron evaluados a nivel basal y en las semanas 10 y 11 con medidas autoadministradas de depresión, ansiedad, expresión de ira, disociación y funcionamiento general. El estudio se realizó entre enero de 1998 y febrero de 2000. Los autores destacan que los efectos de la interacción tiempo-grupo no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones antes y después del tratamiento en ninguna variable medida. No obstante, en el grupo de TDC/placebo se observaron diferencias significativas entre pretratamiento y postratamiento, en el sentido de mejora de todas las medidas. No se observaron diferencias significativas pretratamiento/postratamiento en el grupo de TDC/fluoxetina. Según los autores, los datos indican que la adición de fluoxetina a un tratamiento psicosocial eficaz no proporciona beneficios adicionales, aunque señalan que sería necesario realizar más estudios con tamaños de muestra mayores.

En la revisión de la AIAQS se detectó el ECA de Salzman[316] al que se otorga un nivel de evidencia 1+.

Salmzan[316] describe en su artículo los resultados de un estudio doble ciego de 13 semanas en voluntarios con TLP de intensidad leve o moderada. En este ensayo se trató a 13 pacientes con fluoxetina y a 9 pacientes con placebo y se obtuvieron medidas antes y después del tratamiento para el funcionamiento y el estado de ánimo, la ira y la depresión. El resultado más destacado de este estudio fue una reducción clínica y estadísticamente significativa de la ira entre los pacientes tratados con fluoxetina, reducción que fue independiente de los cambios en la depresión. Estos datos respaldan observaciones previas según las cuales la fluoxetina puede reducir la ira en pacientes con TLP. Los autores destacan, como resultados de este estudio doble ciego y controlado con placebo y fluoxetina administrada a voluntarios con TLP o rasgos de TLP, lo siguiente: (1) todos los pacientes mostraron cierta mejoría, lo que indica una tasa de respuesta a placebo muy alta en esta población de voluntarios para la investigación; (2) la reducción del malestar general fue significativamente mayor con fluoxetina que con placebo; (3) el cambio más destacado del efecto de fluoxetina fue una reducción notable y significativa de la ira en los pacientes tratados con dicho fármaco; (4) a pesar de la respuesta a placebo, un número significativamente mayor de pacientes tratados con fluoxetina refirió mejoras significativas en todas las variables en comparación con placebo. En este estudio el número de sujetos fue reducido, la respuesta a placebo elevada y las características clínicas de los pacientes estuvieron en el grado de intensidad leve o moderada. Los datos no son extrapolables a pacientes con un TLP más grave, pero los autores recomiendan la realización de más estudios de fluoxetina y otros inhibidores selectivos de la serotonina en esta población.

La revisión de Lieb[282] no identifica nuevos ensayos y basa sus conclusiones en los estudios de Salzman[316] y Simpson[271]. Concretamente, en la revisión se señala la falta de efectos de la fluoxetina en el tratamiento del TLP.

6.3.1.4. Fenelzina

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa el ECA de Soloff[317] al que asigna un nivel de evidencia de 1+.

En el artículo de Soloff[317] se explica que el objetivo del ECA llevado a cabo por el autor es comparar la eficacia de un neuroléptico (haloperidol) con un antidepresivo inhibidor de la monoaminoxidasa (fenelzina sulfato) en el tratamiento de los síntomas impulsivos-agresivos, cognitivos y afectivos de pacientes hospitalizados con TLP, con la finalidad de diferenciar patrones o subtipos de síntomas afectivos y esquizotípicos usando la respuesta a la medicación. Para ello, los autores utilizan un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en una unidad de pacientes hospitalizados de un hospital psiquiátrico universitario de atención terciaria que cubre una gran área de influencia. Se admitieron consecutivamente 108 pacientes hospitalizados con TLP, definido según la Entrevista diagnóstica de Gunderson para pacientes con TLP[320] y los criterios del DSM-III-R, y se asignaron aleatoriamente a fenelzina (n = 38), haloperidol (n = 36) y placebo (n = 34). Tras una semana sin medicación, se administró haloperidol (dosis media, 4 mg/día), fenelzina sulfato (dosis media, 60 mg/día) o placebo durante 5 semanas, y se valoraron semanalmente los síntomas y niveles plasmáticos del fármaco. Las medidas de la eficacia fueron depresión (Hamilton rating scale,[321] Beck depression inventory)[322], intensidad global (Global assessment scale[296], Symptom checklist de 90 ítems [SCL-90])[294], ansiedad, ira-hostilidad (SCL-90)[294], Inpatient multidimensional psychiatric scale [IMPS][323], Buss-Durkee hostility inventory)[324], psicoticismo (Schizotypal symptom inventory, SCL-90, IMPS)[325], impulsividad (Ward scale[326,327], Barratt impulsiveness scale[328], Self-report test of impulse control)[329], y psicoterapia para el TLP (Borderline syndrome index)[330]. Los autores destacan que las comparaciones triples entre grupos indicaron una eficacia superior de la fenelzina, seguida del placebo y el haloperidol, en las medidas de depresión, síntomas psicopatológicos del trastorno límite y ansiedad. Las comparaciones emparejadas entre medicación y placebo mostraron una eficacia significativa de la fenelzina en la ira y la hostilidad pero no en la depresión atípica o la disforia histeroide. No se pudieron reproducir los resultados previos de eficacia en el caso del neuroléptico. Los autores concluyen que no se pudo demostrar la distinción farmacológica de los pacientes con TLP en los subtipos afectivo y esquizotípico.

En la revisión de la AIAQS se detectó un estudio de continuación, Cornelius[331], al que se le asignó un nivel de evidencia 1+.

En el estudio de Cornelius[331] se detalla que los autores realizaron un estudio doble ciego y controlado con placebo que comparaba el tratamiento de continuación con un neuroléptico (hasta 6 mg/día de haloperidol), un antidepresivo IMAO (hasta 90 mg/día de fenelzina) y placebo en 14 varones y 40 mujeres con TLP. Los ensayos de continuación de la medicación duraron 16 semanas, tras 5 semanas de tratamiento agudo. Como resultados, los autores destacan que la continuación de haloperidol sólo demostró eficacia para el

tratamiento de la irritabilidad. Se observaron mayores niveles de depresión, hipersomnia y parálisis en los pacientes tratados con haloperidol que en los que recibieron fenelzina y los que recibieron placebo. La tasa de abandono durante las primeras 8 semanas del estudio de continuación fue significativamente mayor para los pacientes tratados con haloperidol (64%) en comparación con los que recibieron placebo (28%). La continuación de fenelzina sólo mostró una eficacia modesta en el tratamiento de la depresión y la irritabilidad. Se manifestó un efecto activador de la fenelzina en medidas de excitación y reactividad. Los autores concluyen que no se observaron indicios de eficacia con el tratamiento de continuación con haloperidol en el TLP más que en el tratamiento de la irritabilidad. Además, el tratamiento de continuación con fenelzina en el TLP mostró escasos indicios de eficacia, aparte de leves mejoras de la irritabilidad y los síntomas depresivos. Actualmente no hay un tratamiento farmacológico de elección claro para el tratamiento de continuación del TLP.

La RSEC de Lieb[282] basa las conclusiones de su revisión únicamente en el estudio de Soloff[317] (1993). Concluye que no existen diferencias significativas entre el uso de la fenelzina y el placebo. Sin embargo, la fenelzina se muestra superior al haloperidol en el tratamiento en la reducción de la depresión, la ansiedad, la patología psiquiátrica general y el estado mental. No se observan diferencias significativas entre la fenelzina y el haloperidol en el aumento de peso.

6.3.2. Comentario general sobre los fármacos antidepresivos

Existen seis ensayos controlados de antidepresivos frente a placebo en personas con TLP, en cada uno de ellos se analiza una clase de antidepresivo (ATC, ISRS, IMAO). Se observó cierta eficacia en la reducción de síntomas individuales afectivos, en particular síntomas depresivos. Hubo un ensayo en el que se comparó la fluoxetina con la olanzapina en monoterapia y con una combinación de fluoxetina más olanzapina (ver apartado dedicado a antipsicóticos). No se encontró evidencia de que el antidepresivo fuera más eficaz que el antipsicótico ni que el tratamiento en combinación. La evidencia disponible es insuficiente para recomendar los antidepresivos para el tratamiento general del TLP. Si bien existe cierta evidencia de su utilidad en el tratamiento de síntomas depresivos, no es posible determinar si los efectos se deben al tratamiento del trastorno depresivo concomitante. Analizar los efectos de los fármacos de esta forma, en función del diagnóstico, puede no ser seguro.

Si consideramos los estudios que comparan los efectos de los distintos grupos de antidepresivos frente al uso de placebo, encontramos cierta eficacia de los mismos en el tratamiento de síntomas individuales, especialmente los depresivos

6.3.3. Eficacia de los antidepresivos según variables de resultado

Tabla 16. Resumen de la evidencia científica sobre antidepresivos según estudio y variables de resultado analizadas

	Inestabilidad emocional	Impulsividad	Inestabilidad relaciones personales	Conductas autolíticas	Síntomas cognitivos perceptuales	Funcionamiento global	Abandonos	Efectos secundarios
Soloff (1989)	Amitriptilina > placebo	Amitriptilina > placebo	-	-	Amitriptilina = Placebo	Amitriptilina = placebo	1% vs 1%	-
Rinne (2002)	Fluvoxamina > placebo	Fluvoxamina = placebo	-	-	-	-	5% vs 11%	Náusea
Simpson (2004)	Fluoxetina +TDC = placebo+TDC	Fluoxetina +TDC = placebo+TDC	-	Fluoxetina +TDC = placebo+TDC	Fluoxetina +TDC = placebo+TDC	Fluoxetina +TDC = placebo+TDC	25% vs 15%	-
Salzman (1995)	Fluoxetina > placebo	Fluoxetina > placebo	-	-	-	Fluoxetina > placebo	19% (No se especifica por grupo)	-
Soloff (1993)	Fenelzina = placebo	Fenelzina > placebo	-	-	Fenelzina = Placebo	Fenelzina = placebo	24% vs 27%	-
	Fenelzina > Haloperidol	Fenelzina < Haloperidol	-	-	Fenelzina > Haloperidol	Fenelzina > Haloperidol	24% vs 39%	-
Cornelius (1993)	Fenelzina = placebo	Fenelzina = placebo	-	-	Fenelzina = Placebo	Fenelzina = placebo	65,7% vs 58%	-
	Fenelzina > Haloperidol	Fenelzina = Haloperidol	-	-	Fenelzina = Haloperidol	Fenelzina = Haloperidol	65,7% vs 87,5%	-

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina	
1+	La amitriptilina es superior al placebo en la reducción de los síntomas depresivos[312].
Fluvoxamina	
1+	La fluvoxamina se muestra superior al placebo en la mejoría en los cambios bruscos y labilidad del humor[46].
Fluoxetina	
1+	La fluoxetina combinada con TDC no es superior a la combinación de TDC y placebo[271].
1+	La fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de depresión[316].
Fenelzina	
1+	La fenelzina no es superior al placebo o al haloperidol en el tratamiento de los síntomas depresivos en TLP[317].
1+	La fenelzina no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional. La fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional[317].
1+	La fenelzina es modestamente superior al placebo en el tratamiento de los síntomas depresivos[331].

En relación a la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional del TLP, un estudio sustenta evidencia a favor de la amitriptilina en la reducción de síntomas depresivos con una muestra de 90 pacientes[312]. Otro estudio muestra eficacia a favor de la fluvoxamina frente al placebo en el abordaje de los cambios bruscos y labilidad del humor con un tamaño muestral de tan sólo 38 pacientes[46].

Los resultados sobre la eficacia de la fluoxetina no son consistentes. Un estudio señala que la combinación de TDC y fluoxetina no es superior a la combinación de TDC y placebo en el tratamiento de síntomas depresivos[271]; mientras otro estudio señala que la fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas[316].

Los resultados sobre la eficacia de la fenelzina tampoco son consistentes. Un estudio no encuentra diferencias entre el uso de fenelzina o placebo en el tratamiento de síntomas de la inestabilidad emocional[317], mientras en otro[331] se observa que la fenelzina es modestamente superior al placebo. En ambos[317,331] sí se observa que la fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento de tales síntomas. Pese a que pudiera haber cierta

evidencia positiva a favor del uso de la amitriptilina, su perfil de toxicidad en caso de sobredosis desaconseja su uso.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina	
1+	La amitriptilina es superior al placebo en la reducción del comportamiento impulsivo[312].
Fluvoxamina	
1+	La fluvoxamina no es superior al placebo en la reducción de la impulsividad/agresividad[46].
Fluoxetina	
1+	La combinación de fluoxetina y TDC no es superior a la combinación de placebo y TDC en el tratamiento de impulsividad/agresividad[271].
1+	La fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de la impulsividad[316].
Fenelzina	
1+	La fenelzina es superior al placebo en el tratamiento de la impulsividad. La fenelzina es inferior al placebo en el tratamiento de la impulsividad[317].
1+	La fenelzina no se mostró superior al placebo ni al haloperidol en el tratamiento de los síntomas de impulsividad[331].

La evidencia sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad en los pacientes con TLP es discordante. Un único estudio, con una muestra de 90 pacientes, evidencia eficacia de la amitriptilina frente al placebo en el tratamiento de estos síntomas[312]. En relación a la fluvoxamina, la evidencia se respalda también en un único estudio pero no se observa que este fármaco sea superior al placebo[46]. Los dos estudios que tratan la eficacia de la fluoxetina aportan datos que son inconsistentes[271,316]. Mientras en uno no se observa que la combinación de fluoxetina y TDC sea superior a la combinación de placebo y TDC[271]; en otro, con un tamaño muestral de tan sólo 25 pacientes, la fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas[316]. En relación a la fenelzina, los datos tampoco son consistentes. En concreto, hay dos estudios que tratan la eficacia de este fármaco[317,331]. Mientras en uno la fenelzina se muestra superior al placebo pero inferior al haloperidol[317], en otro no se observa que la fenelzina sea superior ni al placebo ni al haloperidol[331]. Cabe señalar que la muestra de pacientes incluida en ambos estudios fue de 72 y 54, respectivamente.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

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

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Fluoxetina	
1+	La fluoxetina en combinación con TDC no es superior a la combinación de placebo y TDC en el control de las conductas autolíticas[271].

La evidencia científica sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas de conductas autolíticas en las personas que sufren TLP se sustenta en un único artículo, con un tamaño muestral de tan sólo 25 pacientes, en el que se observa que la combinación de fluoxetina y TDC no es superior a la combinación de placebo y TDC en el control de las conductas autolíticas[271].

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina	
1+	La amitriptilina no es superior al placebo en la reducción de síntomas cognitivos[312].
Fluoxetina	
1+	La fluoxetina en combinación con TDC no es superior a la combinación de placebo y TDC en la reducción de síntomas cognitivos[271].
Fenelzina	
1+	La fenelzina no es superior al placebo en la reducción de síntomas cognitivos perceptuales. La fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[317].
1+	La fenelzina no es superior al placebo ni al haloperidol en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[331].

La eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales en las personas que sufren TLP se sustenta en cuatro estudios[271,312,317,331]. En general, los antidepresivos no parecen más eficaces que el placebo, la combinación de placebo y TDC, o el haloperidol. Sólo un estudio, con una muestra total de 72 pacientes, muestra evidencia de eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales presentes en el TLP[317]. En concreto, este estudio muestra evidencia de que la fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento de tales síntomas.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina	
1+	La amitriptilina no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global[317].
Fluoxetina	
1+	La fluoxetina en combinación con TDC no es superior a la combinación de placebo y fluoxetina en el tratamiento del funcionamiento global[271].
1+	La fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global[316].
Fenelzina	
1+	La fenelzina no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global. La fenelzina es superior al haloperidol en el tratamiento del funcionamiento global[317].
1+	La fenelzina no es superior al placebo o al haloperidol en el tratamiento del funcionamiento global[331].

La evidencia científica sobre la eficacia de los antidepresivos en el funcionamiento global de las personas que sufren TLP se respalda en cinco estudios[312,271,316,331]. La mayoría de éstos muestran resultados consistentes y no destacan que los antidepresivos sean superiores a otro agente farmacológico o psicoterapéutico en la mejora del funcionamiento global de los pacientes con TLP. Sin embargo, en uno de los estudios, con una muestra de tan sólo 27 pacientes, se destaca la superioridad de la fluoxetina frente al placebo[316] y en otro, con una muestra de 72 pacientes, sobre el haloperidol[317]. Cabe señalar que en este último estudio la fenelzina, sin embargo, no se muestra superior al placebo.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Amitriptilina	
1+	La tasa de cumplimiento fue del 83%, sin diferencias entre los distintos grupos de tratamiento. No se informa de efectos secundarios[312].
Fluvoxamina	
1+	Se observaron más abandonos del estudio en el grupo de pacientes tratados con fluvoxamina. El efecto adverso más significativo fue el de molestias gástricas (náuseas)[46].
Fluoxetina	
1+	La tasa de abandono fue del 25% en el grupo experimental y del 15% en el grupo placebo. Las causas de abandono están directamente relacionadas con el estudio aunque no con los efectos secundarios. No se informó de efectos secundarios[271].
1+	La tasa de abandono es del 19% y no se aporta información sobre si existe relación entre el abandono del estudio y el fármaco. No se informa de efectos secundarios[316].
Fenelzina	
1+	En este estudio se informa de una tasa de abandono cercana al 30%, cuyas causas se relacionan con efectos secundarios, empeoramientos u otros no relacionados con el estudio. Sin embargo, no se especifica a qué grupo pertenece cada uno de los abandonos, ni cuáles fueron los efectos secundarios[317].
1+	Se observaron más tasas de abandono en el grupo de pacientes tratados con haloperidol y menor en el grupo en tratamiento con fenelzina o placebo. No se informaron efectos adversos[331].

En relación a la seguridad de los antidepresivos en el tratamiento del TLP, se observa altas tasas de abandono, superiores al 20%, ligadas al uso de la fluoxetina[271,316] y la fenelzina[317,331]. Las tasas de abandono relacionadas con la amitriptilina[312] y la fluvoxamina[46] son bajas, inferiores al 20%. Sólo se señalan efectos secundarios relacionados con el uso de la fluvoxamina[46].

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

Recomendaciones

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

6.4. Antipsicóticos

6.4.1. Introducción

Tradicionalmente se han considerado dos grandes grupos de antipsicóticos: típicos o de primera generación y atípicos o de segunda generación. Actualmente esta clasificación ha sido cuestionada, entre otras razones, porque el grupo de antipsicóticos atípicos es muy heterogéneo con mecanismos de acción y efectos adversos muy diferentes[332].

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

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

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

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

A continuación, se expone en formato de tabla las características de los estudios sobre antipsicóticos considerados en la elaboración de estos apartados diferenciando si proceden de la revisión bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)[4] o el grupo de trabajo de la guía.

Tabla 17. Resumen de las características de los estudios sobre antipsicóticos considerados en la elaboración del apartado

	Haloperidol vs placebo	Olanzapina vs placebo	Olanzapina+TDC vs placebo+ TDC	Olanzapina vs Fluoxetina	Aripiprazol vs placebo	Ziprasidona vs Placebo	Otros fármacos vs placebo
Nº ensayos (Total participantes)	2 ECA (198) 1 ECA (44)	4 ECA (833)	2 ECA (84)	1 ECA (45)	1 ECA (52)	1 ECA (60)	3 ECA (168)
Identificador	(1) Soloff 1989[a] (2) Soloff 1993[a] (3) Cornelius[b,c]	(1) Bogenschutz 2004[a] (2) Eli Lilly[a,d] (3) Schulz 2008[a] (4) Zanarini 2001[a]	(1) Soler 2005[a] (2) Linehan 2008[d]	(1) Zanarini 2004[a]	Nickel 2006[a] Nickel 2007[b,d]	Pascual 2008[a]	(1)Leone (1982)[b] (clorproma-zina) (2)Goldberg (1986)[b] (tiotixeno) (3)Montgomery (1983)[b] (decaonato de flupentixol)
Nº/% mujeres	(1) 90/76 (2) 108/76	(1) 40/63 (2) 451/74 (3) 314/71 (4) 28/100	(1) 60/87 (2) 24/100	45/100	52/83	60/82	(1) 80/60 (2) 50/58 (3) 38/68
Edad media	(1) 25 (2) 27	(1)-(2) 33 (3) 32 (4) 27	(1) 27 (2) 37	23	22	29	(1) 31 (2) 32 (3) 35
Trastornos del eje I/II	(1) 39% TLP/4% trastorno esquizotípico de la personalidad /57% mixtos (2) 61% mixtos	100% TLP	(1) 100% TLP (2) 100% TLP	Ninguno	100% TLP	100% TLP	(1) 100% TLP (2) 34% TLP (3) 79% TLP
Intervención adicional	(1) Terapia individual en unidad de ingresos (2) Terapia de apoyo semanal	(3) 7,2% (n=11) del grupo de olanzapina y el 1,9% (n=3) del grupo placebo recibieron psicoterapia	(1) Se prescribieron benzodiazepinas, antidepresivos y estabilizadores del ánimo	Fluorazepam- y clorhidrato como sedativos		Se prescribieron benzodiaze-pinas, antidepresi-vos y estabilizadores del ánimo	-
Contexto	Pacientes ingresados	(1)Ambulatorio/ comunitario (2)-(3) Ambulatorio (4) Voluntarios sintomáticos	(1)Ambulatorio (2)Ambulatorio y pacientes reclutados a través de anuncios en los medios	Pacientes ambulatorios	Voluntarios sintomáticos	Pacientes ambulatorios	(1) (2) Ambulatorio (3) Pacientes ingresados
Duración del tratamiento	5 semanas	(1) (2) (3) 12 semanas (4) 24 semanas	(1)12 semanas (2) 6 meses	8 semanas	8 semanas	12 semanas	(1) (3) 6 semanas (2) 12 semanas
Duración del seguimiento	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	18 meses	Ninguna	Ninguna
Notas	-	(2) Ensayo de tres ramas (4) Tasa de abandono muy alta	-	-	-	-	-

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.
c Artículo ya descrito en la Tabla 7.5.
d Estudio de seguimiento del artículo de Nickel[278].

La RSEC de Lieb[282] considera en primer lugar en su revisión de ECA, los que comparan la eficacia de los antipsicóticos de primera generación con el placebo. Específicamente, analiza los estudios de Soloff[312,317] sobre el haloperidol, el de Montgomery[313] sobre el flupentixol, el de Goldberg[333] sobre la tiotoxina y el de Leone[334] sobre la clorpromacina. En segundo lugar, destacan los estudios sobre antipsicóticos de segunda generación. Se incluyen el estudio de Nickel[278] en relación al aripiprazol, los de Eli Lilly[335], Bogenschutz[336], Soler[255], Linehan[337] sobre la olanzapina y, finalmente, el de Pascual[338] en relación a la ziprasidona.

6.4.1.1. Haloperidol

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa los ECA de Soloff[312,317]. El primero compara haloperidol con amitriptilina y placebo y el segundo haloperidol con fenelzina y placebo y les asigna un nivel de evidencia 1+.

En el trabajo de Soloff[312] se comunican los resultados finales de un estudio de 4 años de duración de amitriptilina y haloperidol en 90 pacientes hospitalizados sintomáticos con TLP. Los ensayos de medicación de este estudio fueron doble ciego y controlados con placebo, con una duración de 5 semanas. El haloperidol (4-16 mg/día) logró mejoras significativas respecto al placebo en el funcionamiento general, depresión, hostilidad, síntomas esquizotípicos y comportamiento impulsivo. Los efectos significativos de la amitriptilina (100-175 mg/día) se limitaron en general a las medidas de depresión. El análisis de factores identificó tres patrones de cambios de síntomas: depresión global, depresión hostil y síntomas esquizotípicos. Los efectos de la medicación a favor de haloperidol fueron más destacados para la depresión hostil. Las variables que predijeron una respuesta favorable a haloperidol incluían la intensidad de los síntomas esquizotípicos, hostilidad y recelo. Los síntomas esquizotípicos y la paranoia predijeron un mal resultado en ambos patrones de depresión con amitriptilina. Los efectos del placebo más destacados fueron para los síntomas de estado agudo, y los rasgos marcados de carácter predecían una mala respuesta.

En el artículo de Soloff[317] se explica que el objetivo del ECA llevado a cabo por el autor es comparar la eficacia de un neuroléptico (haloperidol) con un antidepresivo inhibidor de la monoaminoxidasa (fenelzina sulfato) en el tratamiento de los síntomas impulsivos-agresivos, cognitivos y afectivos de pacientes hospitalizados con TLP, para diferenciar patrones o subtipos de síntomas afectivos y esquizotípicos usando la respuesta a la medicación. Para ello, los autores utilizan un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en una unidad de pacientes hospitalizados de un hospital psiquiátrico universitario de atención

terciaria que cubre una gran área de influencia. Se admitieron consecutivamente 108 pacientes hospitalizados con TLP, definido según la Entrevista diagnóstica de Gunderson para pacientes con TLP[320] y los criterios del DSM-III-R, y se asignaron aleatoriamente a fenelzina (n = 38), haloperidol (n = 36) y placebo (n = 34). Tras una semana sin medicación, se administró haloperidol (dosis media, 4 mg/día), fenelzina sulfato (dosis media, 60 mg/día) o placebo durante 5 semanas, y se valoraron semanalmente los síntomas y niveles plasmáticos del fármaco. Las medidas de la eficacia fueron depresión (Hamilton rating scale[321], Beck depression inventory[322]), intensidad global (Global assessment scale[296], Symptom checklist de 90 ítems [SCL-90])[294], ansiedad, ira-hostilidad (SCL-90, Inpatient multidimensional psychiatric scale [IMPS], Buss-Durkee hostility inventory)[323], psicoticismo (Schizotypal symptom inventory, SCL-90, IMPS)[325], impulsividad (Ward scale[326,327], Barratt impulsiveness scale[328], Self-report test of impulse control)[329], y psicoterapia para el TLP (Borderline syndrome index)[330]. Los autores destacan que las comparaciones triples entre grupos indicaron una eficacia superior de la fenelzina, seguida del placebo y el haloperidol, en las medidas de depresión, síntomas psicopatológicos del trastorno límite y ansiedad. Las comparaciones emparejadas entre medicación y placebo mostraron una eficacia significativa de la fenelzina en la ira y la hostilidad pero no en la depresión atípica o la disforia histeroide. No se pudieron reproducir los resultados previos de eficacia en el caso del neuroléptico. Los autores concluyen que no pudieron demostrarse la distinción farmacológica de los pacientes con TLP en los subtipos afectivo y esquizotípico.

La búsqueda sistemática de la AIAQS detectó el estudio ya descrito en el apartado 6.2.1.5 de Cornelius[331]. En este estudio el haloperidol fue superior al placebo en el tratamiento de la irritabilidad pero se asoció a niveles más altos de sintomatología depresiva.

La revisión de Lieb[282] incluye los estudios ya citados de Soloff[312,317] y señala que el haloperidol se muestra más efectivo que el placebo en la reducción de la ira. No se observaron diferencias significativas entre el haloperidol y el placebo en la tasa de abandono del tratamiento.

6.4.1.2. Olanzapina

La olanzapina es un antipsicótico atípico químicamente similar a la clozapina, con afinidad moderada por receptores D4, D2 y 5-HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos. Se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia, la manía y el trastorno bipolar. Su uso es por vía oral en comprimidos o por disolución rápida, y por vía intramuscular[339].

Los efectos adversos más frecuentes son: sedación, somnolencia, boca seca y acatisia. Destaca también el riesgo de síndrome metabólico con aumento del apetito y peso, hipercolesterolemia y diabetes. De forma transitoria puede elevar la prolactina y las enzimas hepáticas en las primeras semanas de tratamiento[339].

La GPC del NICE (2009)[4] revisa los estudios de Bogenschutz[336], Eli Lilly[335], Schulz[340] y Zanarini[341] en relación a la olanzapina en comparación con el placebo y les asigna un nivel de evidencia 1+.

En el artículo en el que se presentan los resultados del ECA de Bogenschutz[336] se explica que el objetivo de este ensayo es llevar a cabo un estudio, doble ciego y controlado con placebo, de olanzapina en el tratamiento del TLP. Para ello, 40 pacientes con TLP (25 mujeres y 15 varones) fueron asignados aleatoriamente de forma equitativa a olanzapina y placebo. Los diagnósticos se realizaron con la SCID-II[84,91] y la Mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I)[342]. Se excluyó a los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión mayor actual. La posología de olanzapina fue flexible, con un intervalo de dosis de entre 2,5 y 20 mg/día, recibiendo la mayoría de pacientes entre 5 y 10 mg/día. No se permitió la administración concomitante de psicotrópicos. Los pacientes se evaluaron a nivel basal y en las semanas 2, 4, 8 y 12. La variable de resultado principal fue el cambio en la puntuación total de los nueve criterios de TLP en una escala de Likert 1-7, la escala CGI-BPD[157], usando un modelo de análisis de la covarianza que incluía la puntuación basal como covariable. Los datos se recogieron desde julio de 2000 hasta abril de 2002. Como resultado, los autores señalan que la olanzapina fue significativamente superior ($p < 0,05$) a placebo en la escala CGI-BPD al término del período de evaluación, distanciándose ya a las 4 semanas. Se observaron resultados similares para la escala CGI-BPD[157] de un solo ítem. El aumento de peso fue significativamente mayor ($p = 0,027$) en el grupo de olanzapina. Los autores concluyen señalando que este estudio respalda la eficacia de olanzapina para los síntomas de TLP en una muestra mixta de mujeres y varones y que es necesario realizar más estudios con olanzapina y otros antipsicóticos atípicos.

Cabe señalar que en relación a este estudio la GPC del NICE (2009)[4] señala las limitaciones siguientes: 1) el uso, como variable principal de resultado, de una escala elaborada por el propio grupo investigador y, por tanto, no validada y 2) el hecho de que los resultados se presentaran gráficamente y, por tanto, no se pudieran extraer.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra compuesta por 25 mujeres y 15 varones con TLP, 2) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias, riesgo suicida o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad, 3) la duración del ensayo fue de tan sólo 12 semanas lo que no permite evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo y 4) los autores sugieren que sus resultados no deben extrapolarse a situaciones en que el tratamiento farmacológico se combine con tratamientos psicosociales, así como que se requieren estudios más amplios que incluyan diferentes dosificaciones, combinación con tratamientos psicoterapéuticos empíricamente validados así como poblaciones comórbidas específicas (trastornos psiquiátricos y trastornos de uso de sustancias). Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados. El estudio fue financiado por Eli Lilly and Co., Ind.

En el estudio del ECA llevado a cabo por Eli Lilly[335], se explica que éste se trata de un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de 12 semanas de duración con un período de extensión abierta de 12 semanas (todos los pacientes recibieron olanzapina durante el período abierto). Según los autores, el objetivo principal fue evaluar la eficacia del tratamiento con olanzapina (2,5 y de 5 a 10 mg/día) en comparación con placebo en pacientes con TLP, definido por el DSM-IV-TR[72], en la mejora de la

sintomatología global según la medición del cambio medio al final del período de evaluación respecto al nivel basal, conforme a un enfoque de última observación considerada (LOCF: Last observation carried forward), en la escala ZAN-BPD (Zanarini rating scale for borderline personality disorder)[87]. De los 451 pacientes aleatorizados (71% mujeres), 67 pacientes del grupo anterior de olanzapina 2,5 mg/día, 69 pacientes del grupo anterior de olanzapina 5-10 mg/día y 66 pacientes del grupo anterior de placebo completaron la fase abierta. Los análisis se realizaron conforme a un enfoque por intención de tratar. Los autores destacan que los tres grupos de tratamiento demostraron reducciones intragrupo estadísticamente significativas. Los pacientes del grupo de olanzapina 5-10 mg/día revelaron una mayor mejora estadísticamente significativa al final del período de evaluación, en comparación con los pacientes del grupo placebo (diferencia media de mínimos cuadrados: -8,50 frente a -6,79; p = 0,010). El grupo de olanzapina 2,5 mg/día también mostró mayores reducciones medias en la puntuación total de la escala ZAN-BPD[87] en comparación con el grupo placebo (p = 0,062; estadísticamente no significativo). También se observaron resultados secundarios de eficacia.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) muestra compuesta principalmente por mujeres (aproximadamente el 75%) con TLP, 2) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con síntomas moderados que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o riesgo suicida por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a todos los pacientes con TLP y 3) la duración del ensayo fue de tan sólo 12 semanas lo que no permite evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados. El estudio fue llevado a cabo y financiado por Eli Lilly and Co.

En el artículo del ECA realizado por Schulz[340], se describe que el objetivo de este ensayo es evaluar el tratamiento con dosis variables de olanzapina en pacientes con TLP. Para ello, los autores llevaron a cabo un estudio aleatorizado, doble ciego y de 12 semanas de duración en los pacientes que recibieron olanzapina (2,5-20 mg/día; n = 155) o placebo (n = 159) (registro del ensayo: NCT00091650). La variable de resultado principal de la eficacia fue el cambio respecto al nivel basal en la escala ZAN-BPD[87] conforme a un método de última observación considerada. Los autores obtienen como resultados que tanto el grupo de olanzapina como el grupo placebo mostraron mejoras significativas, pero no difirieron en su magnitud al término del período de evaluación (-6,56 frente a -6,25; p = 0,661). Las tasas de respuesta (reducción del 50% en la ZAN-BPD) fueron del 64,7% con olanzapina y del 53,5% con placebo (p = 0,062); no obstante, el tiempo hasta la respuesta fue significativamente inferior para olanzapina (p = 0,022). El aumento de peso fue significativamente mayor (2,86 frente a -0,35 kg; p < 0,001) en el grupo de olanzapina, con una mayor incidencia de elevaciones anormales de los niveles de prolactina aparecidas durante el tratamiento. Los autores de este ECA concluyen que los pacientes tratados con olanzapina y placebo demostraron mejoras significativas pero no estadísticamente diferentes en los síntomas globales del TLP. Los tipos de efectos adversos observados en el tratamiento con olanzapina fueron similares a los observados previamente en poblaciones adultas.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) muestra compuesta principalmente por mujeres (71%) con TLP, 2) la muestra se compone de pacientes

ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o riesgo suicida por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad, 3) la duración del ensayo fue de tan sólo 12 semanas lo que no permite evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo y 4) los autores señalan que, pese a que tanto el grupo experimental como el control mejoraron significativamente a lo largo del seguimiento en la variable de resultado principal, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados. El estudio fue financiado por Eli Lilly and Co., Ind.; los autores declaran sus implicaciones con la industria farmacéutica.

Zanarini[341] explica en su artículo que el objetivo de este estudio fue comparar la eficacia y seguridad de olanzapina frente a placebo en el tratamiento de mujeres que cumplían los criterios establecidos del TLP. Para ello, realizan un estudio doble ciego y controlado con placebo de olanzapina en 28 mujeres que cumplían los criterios de la SCID-II[84,91] y los criterios del DSM-IV[9] para el TLP. Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a olanzapina o placebo en una proporción 2:1. La duración del tratamiento fue de 6 meses. Los criterios principales de valoración fueron los cambios autonotificados en las escalas de ansiedad, paranoia, ira/hostilidad y sensibilidad interpersonal del SCL-90[294]. Como resultados, los autores señalan que 19 pacientes fueron asignadas aleatoriamente a olanzapina y 9, a placebo. Cuando se utilizó una modelización por regresión de efectos aleatorios de los datos del panel, con control para el nivel basal de intensidad, la olanzapina se asoció a una tasa de mejora en el tiempo significativamente mayor ($p < 0,05$) que placebo en todas las áreas de síntomas estudiadas excepto la depresión. El aumento de peso fue pequeño en el grupo de olanzapina, pero fue significativamente mayor que en el grupo placebo ($p < 0,02$). Además, no se observaron trastornos graves del movimiento. Los autores concluyen que la olanzapina parece ser segura y eficaz en el tratamiento de mujeres con TLP, con efecto sobre las cuatro áreas principales de la psicopatología del TLP (es decir, afecto, cognición, impulsividad y relaciones interpersonales).

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra compuesta tan sólo por 19 mujeres con TLP, 2) la muestra se compone de voluntarios sintomáticos con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias, riesgo suicida o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad, 3) los autores sugieren que a pesar de registrar pocas pérdidas a lo largo del estudio, sólo un sujeto del grupo placebo y ocho del grupo tratado con olanzapina completaron el período de seguimiento. Según los autores, estos datos reflejan la dificultad de mantener pacientes con TLP medicados por períodos de tiempo prolongados y creen que pueden haber afectado los resultados de alguna manera aunque es difícil de determinar. Además, destacan la necesidad de llevar a cabo más investigaciones que repliquen los resultados y que incluyan varones con TLP y pacientes con TLP con una morbilidad más severa y/o trastornos psiquiátricos comórbidos. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados. El estudio fue financiado, en parte, por Eli Lilly and Co., Ind.

El grupo de trabajo de la guía decide incluir en este apartado los artículos ya revisados por la GPC del NICE (2009) de Soler[255] y Zanarini[319] en los apartados de tratamiento combinado y tratamientos farmacológicos activos, respectivamente. A ambos les asigna un nivel de evidencia 1+.

En el artículo en el que se presentan los resultados del ECA llevado a cabo por Soler[255] se señala que el objetivo de este estudio fue determinar la eficacia y seguridad de la TDC más olanzapina en comparación con la TDC más placebo en pacientes con TLP. Para ello, 60 pacientes con TLP se incluyeron en un estudio doble ciego, controlado con placebo y de 12 semanas de duración. Todos los pacientes recibieron TDC y fueron asignados aleatoriamente a recibir olanzapina o placebo tras un período basal de 1 mes. Como resultado, los autores señalan que el 70% de los pacientes completaron el ensayo de 4 meses y que el tratamiento combinado demostró una mejora global en la mayoría de síntomas estudiados en ambos grupos. La olanzapina se asoció a una mejora estadísticamente significativa respecto al placebo en la depresión, ansiedad e impulsividad/comportamiento agresivo. La dosis media de olanzapina fue de 8,83 mg/día. Los autores concluyeron que una estrategia farmacológica y psicoterapéutica combinada parece reducir las tasas de abandono y constituye un tratamiento eficaz para el TLP.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) muestra compuesta principalmente por mujeres (aproximadamente el 87%) con TLP, 2) la muestra se compone de pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad, 3) la duración del ensayo fue de tan sólo 12 semanas lo que no permite evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo y 4) los autores sugieren además como limitaciones el desconocimiento de la existencia de interacciones farmacológicas o de la psicoterapia y de la eficacia de la olanzapina como tratamiento de mantenimiento. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy reducida y no permitan ser generalizados. El estudio fue financiado por el Fondo de investiagción sanitaria (Ministerio de sanidad, España) y por Eli Lilly and Co., Madrid.

En el artículo en el que se describen los resultados del ECA de Zanarini[319] se explica que este autor realizó un estudio aleatorizado y doble ciego sobre la eficacia de la fluoxetina y la olanzapina en mujeres que cumplían los criterios de la DIB-R[343] y los criterios del DSM-IV para el TLP. La duración del tratamiento fue de 8 semanas. Las variables de resultado fueron las escalas puntuadas por el médico de evaluación de la depresión (Montgomery-Asberg depression rating scale)[344] y la agresividad impulsiva (Modified Overt aggression scale)[295]. Los datos se recogieron desde agosto de 2001 hasta marzo de 2003. Como resultado, 14 pacientes fueron aleatorizadas a fluoxetina, 16, a olanzapina y 15 a, olanzapina-fluoxetina combination (OFC). 42 de estas pacientes (93,3%) completaron las 8 semanas del ensayo. Utilizando un modelo de regresión con efectos aleatorios para los datos del registro del cambio de las puntuaciones respecto al nivel basal, con control para el tiempo, la olanzapina en monoterapia y OFC se asociaron a una tasa de mejora en el tiempo significativamente mayor que la fluoxetina en ambos criterios de valoración. No obstante, cabe destacar que el tratamiento con fluoxetina redujo de forma considerable la agresividad impulsiva y la intensidad de la depresión. Aunque el aumento de peso fue relativamente

pequeño en los tres grupos, resultó significativamente mayor en el grupo de olanzapina en comparación con los grupos tratados con fluoxetina sola u OFC. Los autores concluyen que los tres compuestos estudiados parecen seguros y eficaces para el tratamiento de mujeres con TLP, y mejoran significativamente la disforia crónica y la agresividad impulsiva que son frecuentes en pacientes con dicho trastorno. No obstante, la olanzapina en monoterapia y la OFC parecen ser superiores a la fluoxetina en monoterapia en el tratamiento de estas dos dimensiones de la psicopatología del TLP.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) muestra compuesta tan sólo por mujeres con TLP, 2) la muestra se compone de tan sólo 45 pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias, riesgo suicida o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad, 3) la duración del ensayo fue de tan sólo 8 semanas lo que no permite evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo y 4) los autores sugieren además como limitaciones la falta de grupo placebo como medida control, especialmente para la OFC, que nunca ha sido comparada con placebo en ningún estudio sobre TLP. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy reducida y no permitan ser generalizados. El estudio fue financiado por Eli Lilly, Ind.

Además, la búsqueda de la AIAQS identifica un nuevo ECA de Linehan[337] que es un estudio combinado de olanzapina y TDC, al que se otorga un nivel de evidencia 1+.

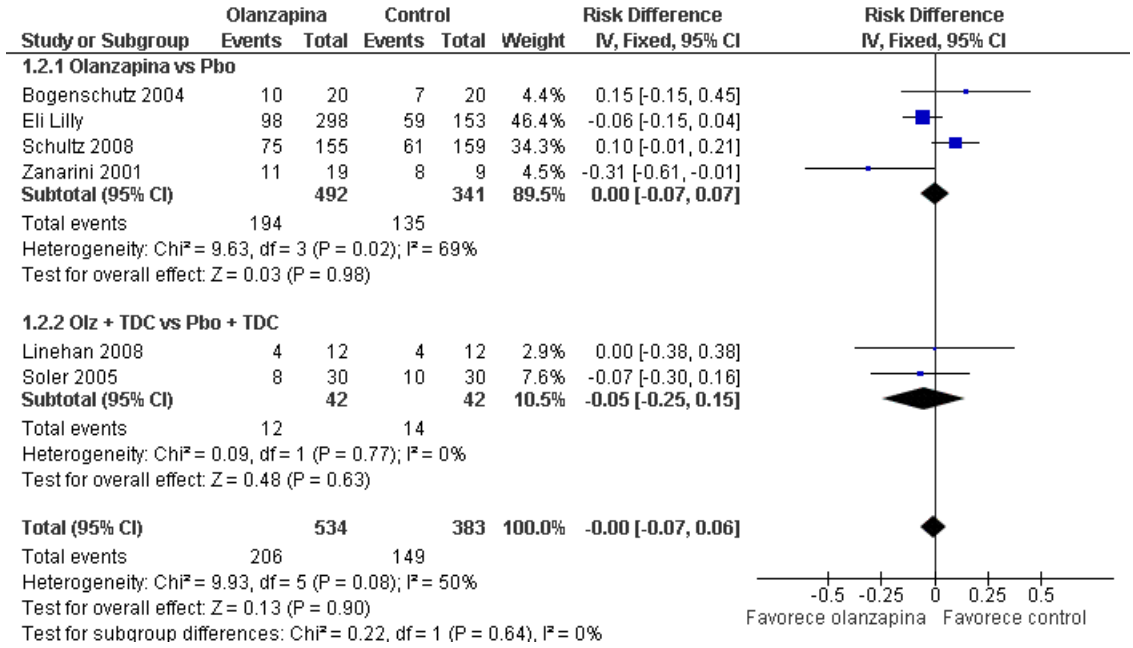
En el artículo en el que se presentan los resultado del ECA de Linehan[337] (2008), se explica que este estudio doble ciego investigó si la olanzapina aumenta la eficacia de la TDC en la reducción de la ira y la hostilidad en pacientes con TLP. Para ello, 24 mujeres con TLP (criterios del DSM-IV) y niveles elevados de irritabilidad e ira se sometieron a 6 meses de TDC. Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a recibir olanzapina a dosis bajas o placebo, y fueron evaluadas con medidas estandarizadas conforme a un diseño doble ciego. El estudio se realizó desde septiembre de 2000 hasta diciembre de 2002. Según los autores, los análisis por intención de tratar indicaron que ambos tratamientos mejoraban significativamente la irritabilidad, agresividad, depresión y autolesión ($p < 0,01$ para cada una). Las puntuaciones de irritabilidad y agresividad tendieron ($p < 0,10$) a disminuir más rápidamente en el grupo de olanzapina que en el grupo placebo. La autolesión tendió ($p < 0,10$) a disminuir más en el grupo placebo que en el grupo de olanzapina. Como conclusiones, los autores destacan que la olanzapina puede fomentar una reducción más rápida de la irritabilidad y la agresividad en comparación con el placebo en mujeres muy irritables con TLP. La magnitud del efecto fue entre moderada y grande; el pequeño tamaño de la muestra probablemente limitó la capacidad para detectar resultados significativos. En general, se produjeron reducciones importantes y uniformes de irritabilidad, agresividad, depresión y autolesión en ambos grupos de pacientes que recibían TDC.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) muestra compuesta tan sólo por mujeres con TLP y 2) la muestra se compone de tan sólo 24 pacientes ambulatorios con trastorno moderado que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias o riesgo suicida por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad. Los autores sugieren que la réplica

de estos estudios en una muestra de mayor tamaño sería positiva. Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy reducida y no permitan ser generalizados. El estudio fue financiado por Eli Lilly and Co., por Remind Rx medication compliance systems y por IBV technologies, Seatle, Wash.

Ante la discordancia en los resultados que muestran los diferentes ECA publicados sobre olanzapina en el TLP, se decidió realizar un nuevo metanálisis por el grupo de trabajo de la guía. Dada la escasa concordancia en las medidas de eficacia utilizadas, se usó como variable de eficacia de la intervención la tasa de abandono al tratamiento farmacológico. Los estudios se analizaron en conjunto y en dos subgrupos según las intervenciones que se administraban a los participantes: olanzapina sola en comparación con placebo o bien olanzapina adyuvante a TDC en comparación con placebo y TDC. En ninguno de los dos subgrupos se observan diferencias significativas en el riesgo de abandono por cualquier causa, y el metanálisis global, con un nivel de heterogeneidad moderado (I^2 = 50%), es no significativo (DR = 0; 95% CI -0,07 a 0,06). En el subgrupo de terapia sola con olanzapina se observa un alto grado de heterogeneidad (I^2 = 69%) y una gran variabilidad en las tasas de abandono del grupo control (entre 35 y 89%). Sin embargo, en ninguno de los estudios se observan diferencias significativas. En el subgrupo de terapia combinada con TDC los resultados son homogéneos y no significativos (DR = -0,05; 95% CI -0,25 a 0,15), por lo que no hay evidencia de que la olanzapina mejore ni empeore la adherencia al tratamiento con TDC. Las tasas de abandono en el grupo control son las mismas en los dos estudios (33%). No se observan diferencias entre los subgrupos en cuanto a la incidencia de abandonos (p = 0,64).

Figura 15. Dimensión abandonos



La RSEC de Lieb[282] incluye en relación a la olanzapina frente al placebo los estudios de Eli Lilly[335], Schulz[340], Bogenschutz[336], Soler[255] y Linehan[337]. Basándose en los estudios de Bogenschutz[336] y Eli Lilly[335] concluye que la olanzapina se muestra efectiva en la reducción de la inestabilidad afectiva, la ira y los síntomas psicóticos. Además, teniendo en cuenta el

estudio de Eli Lilly[335] encuentra mejoras en la reducción de la ansiedad. Los resultados sobre ideación suicida son discordantes. Teniendo en cuenta los estudios de Bogenschutz[336], Schulz[340], Soler[255], Linehan[337] y Lieb[282] observa resultados no favorables para la olanzapina frente al placebo en esta variable. Según Lieb[282], estos resultados no son consistentes con los resultados del estudio de Eli Lilly[335] en el que no se observan diferencias significativas entre el placebo y la olanzapina en la ideación suicida.

Además, en la revisión de Lieb[282] se analiza el estudio de Zanarini[319] ya descrito anteriormente. En relación al mismo, Lieb[282] concluye que la olanzapina no es superior a la fluoxetina en ninguna de las variables relacionadas con la psicopatología del TLP. Estos resultados no son coherentes con los del artículo de Zanarini[319] en el que la olanzapina es superior a la fluoxetina en síntomas de la inestabilidad emocional y la impulsividad. Sin embargo, Lieb[282] sí que observa diferencias significativas entre la olanzapina y la fluoxetina en el aumento de peso y la sedación moderada. Concretamente, se muestra una mayor incidencia de estos efectos secundarios con la olanzapina. No hay diferencias significativas entre ambos fármacos en la agitación.

En este estudio, Lieb[282] tampoco observa diferencias significativas entre el tratamiento combinado de olanzapina y fluoxetina frente al tratamiento con olanzapina o fluoxetina solamente. Estos resultados sobre la eficacia de la olanzapina también son contradictorios con los resultados descritos en el artículo de Zanarini[319]. Como se detalla en el apartado 6.3.3, Zanarini[319] señala que el tratamiento con olanzapina es superior al tratamiento combinado de olanzapina y fluoxetina en los síntomas de inestabilidad emocional, y que el tratamiento combinado de olanzapina y fluoxetina es superior al tratamiento con olanzapina tanto en los síntomas de inestabilidad emocional como en los de impulsividad. En el trabajo de Lieb[282] tampoco se observaron diferencias en la tolerancia, los cambios de peso corporal, la agitación y la sedación moderada.

6.4.1.3. Aripiprazol

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa el estudio de Nickel[278] en relación al aripiprazol en comparación con el placebo y le asigna un nivel de evidencia 1+.

En el artículo en el que se presentan los resultados del ECA de Nickel[278] se explica que 43 mujeres y 9 varones, que cumplían los criterios de la Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del DSM-III-R para el TLP, fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a aripiprazol 15 mg/día (n = 26) o placebo (n = 26) durante 8 semanas. Las variables de resultado principales fueron los cambios en las puntuaciones en el listado SCL-90-R[294], la escala Hamilton depression rating scale (HDRS)[345], la escala Hamilton

anxiety rating scale (HARS)[346] y el State-trait anger expression inventory[347], y se valoraron semanalmente. Los efectos adversos y la autolesión se evaluaron con un cuestionario no validado. Como resultado, los autores señalan que, según el principio por intención de tratar, en los pacientes tratados con aripiprazol durante 8 semanas se observaron cambios significativos en la mayoría de escalas del SCL-90-R[294], HDRS[345], HARS[346], y todas las escalas del STAXI[347]. Se observó autolesión en los grupos. Los efectos adversos comunicados fueron cefalea, insomnio, náuseas, entumecimiento, estreñimiento y ansiedad. Los autores concluyen que el aripiprazol parece ser seguro y eficaz en el tratamiento de pacientes con TLP.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra compuesta principalmente por mujeres con TLP (43 mujeres y nueve hombres), 2) la muestra se compone de voluntarios sintomáticos que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias, riesgo suicida o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad, 3) la duración del ensayo fue de tan sólo 8 semanas lo que no permite evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo y 4) los autores señalan además como limitaciones que el estudio se centró sólo en tres dimensiones del TLP, es decir, disregulación afectiva, impulsividad agresiva y trastorno cognitivo perceptual. Los efectos del aripiprazol en la cuarta dimensión –relaciones sociales alteradas– no se evaluaron. Finalmente, señalan el hecho de haber usado la escala Zanarini rating scale for borderline personality disorder que en el momento de la investigación no estaba validada al alemán. Los autores concluyen afirmando que se necesita investigación adicional para comprobar si los resultados son replicables y cuánto perduran los beneficios en el tiempo.

Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy reducida y no permitan ser generalizados. El estudio fue llevado a cabo sin influencias institucionales y no recibió financiación externa.

En la búsqueda de la AIAQS se identificó un estudio de continuación de 18 meses de este mismo equipo investigador[348] al que se asignó un nivel de evidencia científica de 1+.

En el artículo en el que se describen los resultados del ECA de Nickel[348] se explica que para evaluar la eficacia a largo plazo de aripiprazol en la sintomatología múltiple del TLP, se realizó un seguimiento de 18 meses con pruebas bianuales con los mismos pacientes del ensayo anterior (tratados con 15 mg diarios de aripiprazol, n = 26, 21 mujeres y cinco varones; grupo placebo anterior, n = 26, 22 mujeres y cuatro varones). En este ensayo de 8 semanas se observaron cambios significativos en la mayoría de escalas del listado SCL-90-R[294], HDRS[345], y HARS[346], y en todas las escalas del inventario STAXI[347]. Los autores señalan que, según el principio por intención de tratar, se observaron cambios significativos en todas las escalas del SCL-90-R, HDRS[345], HARS[346] y STAXI[347] en los pacientes tratados con aripiprazol después de 18 meses. Los autores concluyen que el aripiprazol parece ser eficaz y relativamente seguro en el tratamiento a largo plazo de pacientes con TLP.

El estudio presenta las siguientes limitaciones metodológicas: 1) tamaño reducido de la muestra compuesta principalmente por mujeres con TLP (43 mujeres y nueve hombres),

2) la muestra se compone de voluntarios sintomáticos que no presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias, riesgo suicida o que utilizaran otras medicaciones simultáneamente por lo que se desconoce si los resultados pueden ser generalizados a pacientes con TLP de mayor gravedad, 3) los autores señalan además como limitaciones que el estudio se centró sólo en tres dimensiones del TLP, es decir, disregulación afectiva, impulsividad agresiva y trastorno cognitivo perceptual. Los efectos del aripiprazol en la cuarta dimensión –relaciones sociales alteradas– no se evaluaron. Finalmente, señalan el hecho de haber usado la escala ZAN-BPD que en el momento de la investigación no estaba validada al alemán. Los autores concluyen afirmando que se necesitan ensayos de mayor duración para comprobar si estos resultados pueden ser replicados.

Estas limitaciones contribuyen a que los resultados posean una significación muy limitada y no permitan ser generalizados. El estudio fue llevado a cabo sin influencias institucionales y no recibió financiación externa.

En relación al aripiprazol, la RSEC de Lieb[282] también basa sus conclusiones en el estudio de Nickel[278]. Concretamente, en la revisión se señala que el aripiprazol es más efectivo que el placebo en la reducción de la sintomatología patológica característica del TLP (ira, síntomas psicóticos, impulsividad y problemas interpersonales) y de la patología asociada a este trastorno (depresión, ansiedad y severidad general de la patología psiquiátrica asociada).

6.4.1.4. Ziprasidona

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa el estudio de Pascual[338] en relación a la ziprasidona en comparación con el placebo y le asigna un nivel de evidencia 1+.

En el artículo que recoge los resultados del ECA de Pascual[338] se describe que el objetivo de este estudio doble ciego y controlado con placebo fue evaluar la eficacia y tolerabilidad de ziprasidona en el tratamiento de pacientes adultos con TLP. Para ello, 60 pacientes con TLP según el DSM-IV se incluyeron desde marzo de 2004 hasta abril de 2006 en un estudio doble ciego, controlado con placebo y de 12 semanas de duración. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a ziprasidona o placebo en una proporción 1:1 tras un período basal de 2 semanas. La escala CGI-BPD[157] fue la variable de resultado principal, y se incluyeron otras escalas y autoinformes relacionados con: afecto, conducta, psicosis, dominios de psicopatología general y seguridad clínica. En los resultados, los autores explican que el análisis de la varianza no indicó diferencias estadísticamente significativas entre ziprasidona y placebo en la CGI-BPD[157]. Tampoco se hallaron diferencias entre los grupos en los síntomas depresivos, de ansiedad, psicóticos o impulsivos. La dosis media diaria de ziprasidona fue de 84,1 mg/día (DE = 54,8; intervalo, 40-200). El fármaco fue seguro y no se observaron efectos adversos graves. Los autores concluyen que el ensayo

no demostró un efecto significativo de ziprasidona en pacientes con TLP. En la búsqueda de la AIAQS no se identificaron nuevos ensayos.

En relación a la ziprasidona, la RSEC de Lieb[282] basa sus conclusiones en el estudio de Pascual[338]. Según Lieb[282], no se observaron efectos significativos de la ziprasidona en ninguna de las variables de estudio consideradas.

6.4.1.5. Decaonato de flupentixol

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

En la RSEC de Lieb[282] se identifica el estudio de Montgomery[313] en el programa de un congreso y se concluye que el decaonato de flupentixol es superior al placebo en la reducción de conductas suicidas. No se observaron diferencias significativas entre el decaonato de flupentixol y el placebo en la tasa de abandono del tratamiento.

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

6.4.1.6. Tiotixeno

En relación a este fármaco, sólo se identifica un ECA en la RSEC de Lieb[282]. Concretamente, se identifica el estudio de Goldber[333]. Este estudio es un ECA de 12 semanas de duración y llevado a cabo en un contexto ambulatorio. Participaron un total de 50 pacientes (29 mujeres) con una media de edad de 32 años. 17 de los pacientes tenían diagnóstico de TLP, 13 de trastorno esquizotípico de la personalidad y el resto tenía ambos diagnósticos. Como variables de resultado se consideran los abandonos del tratamiento, síntomas cognitivos perceptuales, depresión, ansiedad y funcionamiento global. En el estudio el tiotixeno se mostró superior al placebo en la reducción de los síntomas cognitivos perceptuales y los niveles de ansiedad. Sin embargo, Lieb[282] concluye que el tiotixeno no es superior al placebo en ninguna de las variables de resultado consideradas. No se observaron diferencias significativas entre el tiotixeno y el placebo en la tasa de abandono del tratamiento.

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

6.4.1.7. Clorpromazina

En relación a este fármaco, sólo se identifica un ECA en la RSEC de Lieb[282]. Concretamente, se identifica el estudio de Leone[334] en el que se compara la eficacia de la clorpromazina frente a la loxapina. Es un ensayo aleatorizado y con doble ciego con una duración de 6 semanas y llevado a cabo en un contexto ambulatorio. Se trata del seguimiento de 80 pacientes (48 mujeres) con TLP y una media de edad de 31 años. Como variables de resultado Leone[334] considera la presencia de efectos adversos, los abandonos del tratamiento y el funcionamiento global y mental. La revisión de Lieb[282] concluye que no

hay diferencias entre la clorpromazina y la loxapina en las tasas de abandono del tratamiento y tampoco en la prevalencia de los efectos adversos considerados: somnolencia, agitación, espasmos musculares y síncopes. Según Binks[246] no hay otras variables de resultado cuyos datos puedan ser utilizables.

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

6.4.2. Comentario general sobre los fármacos antipsicóticos

En los últimos años han aparecido varios ECA que estudian la eficacia de los antipsicóticos en el TLP con resultados en ocasiones divergentes. Únicamente existen dos ECA de calidad 1+ ya antiguos (1989, 1993) que analizan la eficacia de los antipsicóticos típicos concretamente haloperidol. Concluyen que no existen evidencias de su eficacia en el tratamiento de mantenimiento en pacientes ambulatorios y destacan además la mala tolerancia y la alta tasa de abandono.

En cuanto a los antipsicóticos atípicos, en los últimos años han aparecido varios ECA con resultados contradictorios. Destaca especialmente olanzapina con varios ECA que muestran parcialmente su eficacia en síntomas afectivos, hostilidad y alteraciones cognitivas. Sin embargo, los resultados son en ocasiones divergentes y no hay una evidencia robusta. En un MA realizado por el grupo de trabajo de la guía, se concluyó que no se objetiva un beneficio del uso de olanzapina en pacientes con TLP en la tasa de abandono. Además, cabe señalar el efecto adverso significativo de aumento de peso con una media de 3 kg. Por otra parte, existe un ECA con aripiprazol que señala su elevada eficacia en síntomas afectivos, irritablidad y funcionamiento global. Sin embargo, es un único estudio y existen algunas dudas sobre la financiación del grupo investigador señalado en la GPC del NICE (2009)[4]. Asimismo, existe un ECA con ziprasidona que indica la ausencia de eficacia de este fármaco en el TLP. Finalmente, existen tres ECA en los que se trata la eficacia del decaonato, del flupentixol, el tiotixeno y la clorpromazina, respectivamente. Como ya se ha señalado, el grupo de trabajo de la guía decide no incluir estos estudios en su revisión debido a su baja calidad metodológica y al hecho de que se trata de tres estudios que no han sido replicados posteriormente.

6.4.3. Eficacia de los antipsicóticos según variables de resultado

Tabla 18. Resumen de la evidencia científica sobre antipsicóticos según estudio y variables de resultado analizadas

	Inestabilidad emocional	Impulsividad	Inestabilidad relaciones personales	Conductas autolíticas	Síntomas cognitivos perceptuales	Funcionamiento global	Abandonos	Efectos secundarios
Soloff (1989)	Haloperidol > placebo	Haloperidol > placebo	-	-	Haloperidol > placebo	Haloperidol > placebo	6% (No se menciona por grupos)	-
	Haloperidol > Amitriprilina	Haloperidol > Amitriprilina	-	-	Haloperidol > Amitriprilina	Haloperidol = Amitriprilina		-
Soloff (1993)	Haloperidol < placebo	Haloperidol = placebo	-	-	Haloperidol = placebo	Haloperidol = placebo	32% (No se especifica por grupos)	-
Cornelius (1993)	Haloperidol < placebo	Haloperidol > placebo	-	-	Haloperidol = placebo	Haloperidol = placebo	64% vs 28%	Depresión atípica Hiperinsomnia Abatimiento
Zanarini (2001)	Olanzapina > placebo (excepto depresión)	Olanzapina > placebo	Olanzapina > placebo	-	Olanzapina > placebo	-	58% vs 89%	Incremento de peso
Bogenschutz (2004)	-	-	-	-	-	Olanzapina > placebo	20% vs 0%	Incremento de peso
Eli Lilly (2007)	Olanzapina (5-10 mg/día) > placebo	Olanzapina (5-10 mg/día) > placebo	Olanzapina (5-10 mg/día) > placebo	Olanzapina (5-10 mg/día) > placebo	Olanzapina (5-10 mg/día) > placebo	Olanzapina (5-10 mg/día) > placebo	No se identifican	Aumento apetito Somnolencia Incremento de peso Fatiga Problemas atencionales Aumento triglicéridos, alanina transaminasa y prolactina
	Olanzapina (2,5 mg/día) = placebo	Olanzapina (2,5 mg/día) = placebo	Olanzapina (2,5 mg/día) = placebo	Olanzapina (2,5 mg/día) > placebo	Olanzapina (2,5 mg/día) = placebo	Olanzapina (5-10 mg/día) = placebo	No se identifican	Aumento apetito Somnolencia Incremento de peso

	Inestabilidad emocional	Impulsividad	Inestabilidad relaciones personales	Conductas autolíticas	Síntomas cognitivos perceptuales	Funcionamiento global	Abandonos	Efectos secundarios
Schulz (2008)	Olanzapina = placebo (olanzapina respuesta más rápida)	Olanzapina = placebo (olanzapina respuesta más rápida)	Olanzapina = placebo (olanzapina respuesta más rápida)	-	Olanzapina = placebo (olanzapina respuesta más rápida)	Olanzapina = placebo (olanzapina respuesta más rápida)	31% vs 29%	Incremento de peso Aumento prolactina
Soler (2005)	Olanzapina +TDC > placebo +TDC	Olanzapina +TDC > placebo +TDC	-	Olanzapina +TDC = placebo +TDC	-	Olanzapina +TDC = placebo +TDC	27% vs 33%	Incremento de peso Aumento del colesterol
Zanarini (2004)	Olanzapina > Fluoxetina	Olanzapina > Fluoxetina	-	-	-	-	0% vs 7%	Sedación ligera Incremento de peso y del índice de masa corporal
	Olanzapina > Olanzapina +fluoxetina	Olanzapina = Olanzapina +fluoxetina	-	-	-	-	0% vs 13%	-
	Olanzapina +fluoxetina > Fluoxetina	Olanzapina +fluoxetina > Fluoxetina	-	-	-	-	13% vs 7%	-
Linehan (2008)	-	Olanzapina +TDC = placebo +TDC (olanzapina respuesta más rápida)	-	Olanzapina +TDC < placebo +TDC (en autolesiones)	-	-	No claramente especificado	Olanzapina +TDC = placebo +TDC
Nickel (2006)	Aripiprazol > placebo	Aripiprazol > placebo	-	Aripiprazol = placebo		-	0% vs 0%	No se observaron
Nickel (2007)	Aripiprazol > placebo	Aripiprazol > placebo	-	Aripiprazol > placebo	-	-	0% vs 0%	No se observaron
Pascual (2008)	Ziprasidona = placebo	Ziprasidona = placebo	-	Ziprasidona = placebo	Ziprasidona = placebo	-	57% vs 47%	Sedación Mareos

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol	
1+	El haloperidol es superior al placebo en el tratamiento de síntomas depresivos[312]. El haloperidol es superior a la amitriptilina en el tratamiento de síntomas depresivos[312].
1+	El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de síntomas depresivos[331].
1+	El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de síntomas depresivos[331].
Olanzapina	
1+	La olanzapina es más eficaz que el placebo en síntomas de ansiedad[341].
1+	La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento de síntomas de la inestabilidad emocional. La olanzapina a dosis bajas no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional[335].
1+	La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de síntomas depresivos[340].
1+	La olanzapina en combinación con TDC grupal es más eficaz que la misma psicoterapia en combinación con placebo en la sintomatología depresiva y ansiosa[255].
1+	La olanzapina es superior a la fluoxetina y a la combinación de la olanzapina y fluoxetina en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional. La combinación de olanzapina y fluoxetina es superior a la fluoxetina en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad emocional[319].
Aripiprazol	
1+	El aripiprazol es superior al placebo en la reducción de síntomas afectivos e irritabilidad[278].
1+	El aripiprazol es superior al placebo en la reducción de síntomas afectivos e irritabilidad[348].
Ziprasidona	
1+	La ziprasidona no es superior al placebo en la clínica afectiva o ansiosa[338].

La evidencia científica sobre los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional en el TLP se sustenta en diez ECA. La evidencia sobre el haloperidol se sustenta en tres ECA con resultados no consistentes[312,317,331]. Uno de los estudios, con una muestra de 90 pacientes, señala que el haloperidol es superior al placebo y la amitriptilina[312]. Sin embargo, en los otros dos ECA, con una muestra total de

152 pacientes, el haloperidol es inferior al placebo en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional[317,331].

La evidencia sobre la olanzapina no es consistente en señalar la superioridad de este fármaco frente a placebo. Concretamente, hay cinco estudios sobre la olanzapina en que se trata como variable de resultado la inestabilidad emocional[255,319,335,340,341]. En el estudio de Zanarini[341] la olanzapina se muestra más eficaz que placebo; en el de Eli Lilly[335] también se muestra más eficaz pero tan sólo a dosis altas; en el de Schulz[340] la olanzapina no se muestra superior a placebo; y en el de Soler[255] se muestra superior a placebo combinada con TDC grupal. Finalmente, un único estudio con una muestra de 45 pacientes con TLP señala que la olanzapina es superior a la fluoxetina y la combinación de olanzapina y fluoxetina, y que la combinación de olanzapina y fluoxetina es superior a la fluoxetina[319].

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

En relación al aripiprazol un único ECA, con una muestra de 52 pacientes, señala que este fármaco es superior a placebo en el tratamiento de la inestabilidad emocional y que, además, estos efectos se mantienen a lo largo del tiempo (18 meses de seguimiento)[278,348]. A pesar de la evidencia a favor del uso del aripiprazol en el tratamiento de la inestabilidad emocional del TLP, cabe señalar que esta evidencia se respalda en un único estudio con un tamaño muestral reducido y que incluye principalmente mujeres con TLP moderado. No existe suficiente evidencia para elaborar una recomendación a favor del uso del aripiprazol en el tratamiento de la inestabilidad emocional del TLP.

En el único ensayo detectado sobre la ziprasidona no se observa que este fármaco sea superior al placebo[338].

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol	
1+	El haloperidol es superior al placebo en el tratamiento de la hostilidad y las conductas impulsivas. El haloperidol es superior a la amitriptilina en el tratamiento de la hositilidad y las conductas impulsivas[312].
1+	El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de la hostilidad[317].
1+	El haloperidol es superior al placebo en el tratamiento de las conductas impulsivas[331].
Olanzapina	
1+	La olanzapina es superior al placebo en el tratamiento de síntomas de ira y hostilidad[341].
1+	La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas impulsividad/ira. La olanzapina a dosis bajas no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/ira[335].
1+	La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de síntomas de ira y hostilidad[340].
1+	La olanzapina en combinación con la TDC grupal es más eficaz que la combinación de placebo con TDC grupal en el tratamiento de síntomas como la impulsividad o la agresividad[255].
1+	La olanzapina o la combinación de olanzapina y fluoxetina son superiores a la fluoxetina en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/ira. La olanzapina no es superior a la combinación de olanzapina y fluoxetina en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/ira[319].
1+	La olanzapina es superior al placebo en cuanto a la rapidez en la reducción de la irritabilidad[337].
Aripiprazol	
1+	El aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad[278].
1+	El aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad[348].
Ziprasidona	
1+	La ziprasidona no es superior al placebo en el tratamiento de la clínica impulsiva[338].

La evidencia científica sobre los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad en el TLP se sustenta en 11 ECA. En tres de los estudios se trata la eficacia del haloperidol[312,317,331]. Mientras en dos de ellos se señala que el haloperidol es superior al placebo con una muestra total de 134 pacientes[312,331,349], y en uno de éstos se

destaca que además es superior a la amitriptilina[312], en el tercer estudio el haloperidol no es superior al placebo[317]. Estos datos se respaldan en una muestra con un total de 108 pacientes.

La eficacia de la olanzapina frente al placebo se trata en seis ECA[255,319,335,337,340,341]. En el estudio de Zanarini[341] la olanzapina se muestra superior al placebo en síntomas de ira y hostilidad, en el estudio de Eli Lilly[335] la olanzapina se muestra superior al placebo en síntomas de impulsividad/ira tan sólo a dosis altas, en el estudio de Schulz[340] la olanzapina no se muestra superior al placebo en ira y hostilidad, en el estudio de Soler[255] la olanzapina en combinación con TDC se muestra más eficaz que el placebo en impulsividad o agresividad, en el estudio de Linehan[337] la olanzapina en combinación con TDC se muestra superior al placebo en cuanto a la rapidez en la reducción de irritabilidad.

En el estudio restante se trata la eficacia de la olanzapina o la combinación de olanzapina y fluoxetina. Se observa que la olanzapina o la combinación de olanzapina y fluoxetina es superior a la fluoxetina y que la olanzapina no es superior a la combinación de olanzapina y fluoxetina[319].

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

Un ensayo, con una muestra total de 52 pacientes y con seguimiento temporal, trata la eficacia del aripiprazol y concluye que el aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad del TLP[278,348]. A pesar de la evidencia a favor del uso del aripiprazol en el tratamiento de la impulsividad del TLP, cabe señalar que esta evidencia se respalda en un único estudio con un tamaño muestral reducido y que incluye voluntarios sintomáticos principalmente mujeres con TLP moderado. No existe suficiente evidencia para elaborar una recomendación a favor del uso del aripiprazol en el tratamiento de la impulsividad del TLP.

Sólo un ECA trata la eficacia de la ziprasidona[338]. En éste, la ziprasidona no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de impulsividad/agresividad.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Olanzapina	
1+	La olanzapina es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales[341].
1+	La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales. La olanzapina a dosis bajas no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales, pero ofrece una respuesta más rápida que éste[335].
1+	La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de la inestabilidad de las relaciones interpersonales[340].

La evidencia de los antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas de la inestabilidad de las relaciones interpersonales en los pacientes con TLP se sustenta en tres ECA[335,340,341]. Los resultados obtenidos, una muestra total de 793 pacientes, no son consistentes.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Olanzapina	
1+	La olanzapina a dosis altas o bajas es superior al placebo en el tratamiento de las conductas autolíticas[335].
1+	La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de las conductas autolíticas[255].
1+	La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de las conductas autolesivas[337].
Aripiprazol	
1+	El aripiprazol no es superior al placebo en el tratamiento de la conducta suicida[278].
1+	El aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de la conducta suicida[348].
Ziprasidona	
1+	La ziprasidona no es superior al placebo en el tratamiento de la conducta suicidia[338].

La eficacia sobre los antipsicóticos en el control de las conductas autolíticas y autolesivas en las personas con TLP se sustenta en cinco ECA. En uno de los estudios la olanzapina a dosis altas o bajas se muestra superior al placebo[335], mientras la combinación de olanzapina y TDC se muestra igual de eficaz que la combinación de placebo y TDC[255]. En el estudio en que se trata la eficacia del aripiprazol no se obtienen datos consistentes en los dos momentos de seguimiento de la muestra[278,348]. Mientras a largo plazo el aripiprazol es superior al placebo[348], a corto plazo no parece haber diferencias entre el aripiprazol y el placebo[278]. En el artículo en que se habla de la eficacia de la ziprasidona[338] no se observa que este fármaco sea superior al placebo.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol	
1+	El haloperidol es superior al placebo en síntomas cognitivos perceptuales. El haloperidol no es superior a la amitriptilina en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[312].
1+	El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[317].
1+	El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[331].
Olanzapina	
1+	La olanzapina es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[341].
1+	La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales. La olanzapina a dosis bajas no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[335].
1+	La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales, pero ofrece una respuesta más rápida[340].
1+	La olanzapina en combinación con TDC grupal no es más efectiva que la combinación de placebo más TDC grupal en el tratamiento de síntomas cognitivos perceptuales[255].
Aripiprazol	
1+	El aripiprazol es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[278].
Ziprasidona	
1+	La ziprasidona no es superior al placebo en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[338].

La evidencia sobre la eficacia de los antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales en las personas con TLP se sustenta en nueve ECA. En tres se trata la eficacia del haloperidol[312,317,331]. En uno de ellos se señala que el haloperidol es superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas pero no es superior a la amitriptilina[312]. En el resto de ensayos, no se observa que el haloperidol sea superior al placebo[317,331]. En cuatro de ellos se estudia la eficacia de la olanzapina y se advierte que la olanzapina es superior o más rápida que el placebo en el tratamiento de estos síntomas[255,335,340,341]. En uno de los ECA, se trata la eficacia del aripiprazol frente al placebo y se observa que el aripiprazol es superior a éste en el tratamiento de los síntomas cognitivos perceptuales[278]. En el ECA restante se señala la eficacia de la ziprasidona en el tratamiento de los síntomas cognitivo perceptuales[338]. La ziprasidona no se muestra superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol	
1+	El haloperidol es más efectivo que el placebo en el tratamiento del funcionamiento global. El haloperidol no es superior a la amitriptilina en el tratamiento del funcionamiento global[312].
1+	El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global[317].
1+	El haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global[331].
Olanzapina	
1+	La olanzapina es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global[336].
1+	La olanzapina a dosis altas es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global[335].
1+	La olanzapina no es superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global[340].
1+	La olanzapina en combinación con TDC grupal no es superior a la combinación de placebo con TDC grupal en el tratamiento del funcionamiento global[255].

La eficacia de los antipsicóticos en el funcionamiento global de las personas que sufren TLP se sustenta en siete estudios. Tres de ellos, tratan la eficacia del haloperidol en el tratamiento de estos síntomas[312,317,331]. Concretamente, sólo uno de los estudios señala que el haloperidol sea superior al placebo aunque en el mismo el haloperidol no parece ser superior a la amitriptilin[312]. En el resto, el haloperidol no es superior al placebo en el tratamiento de estos síntomas[317,331]. En cuatro ensayos se trata la eficacia de la olanzapina[255,335,336,340]. Los datos que se obtienen son inconsistentes puesto que mientras dos ensayos aportan evidencia sobre la superioridad de la olanzapina frente al placebo[335,336], en los otros dos no se observa que la olanzapina o la combinación de olanzapina y TDC sea superior al placebo en el tratamiento del funcionamiento global[255,340].

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Haloperidol	
1+	La tasa de abandono fue muy baja pero hay que tener en cuenta que se trataba de pacientes ingresados[312].
1+	Destaca una alta tasa de abandono con haloperidol[317]. En un estudio de seguimiento posterior a 16 semanas[331] se confirma la alta tasa de abandono por mala tolerancia.
1+	El haloperidol se asocia a una tasa de abandono superior a la del placebo (64% frente a 28%). Se observan efectos secundarios como, por ejemplo, la depresión atípica, la hiperinsomnia y el abatimiento[331].
Olanzapina	
1+	La olanzapina se asoció una alta tasa de abandono y a un aumento de peso (2 kg de media)[341].
1+	La olanzapina se asoció a una tasa de abandono del 20%. Señala un aumento de peso significativo con olanzapina[336].
1+	La olanzapina se asoció a un aumento de apetito, somnolencia, incremento de peso y fatiga[335].
1+	La olanzapina se asoció a una tasa de abandono cercana al 30% de los pacientes, pero sin diferencias significativas con las tasas de abandono del grupo placebo, y a un aumento de peso de 2,86 kg de media[340].
1+	La olanzapina se asoció a una tasa de abandono cercana al 30% de los pacientes, pero sin diferencias significativas con las tasas de abandono del grupo placebo, y se señala una asociación entre olanzapina y aumento de peso con un aumento medio de 2,74 kg[255].
1+	Hay dificultades para establecer cuál fue la tasa de abandono asociada a la olanzapina. La olanzapina se asocia a un aumento de peso[337].
Aripiprazol	
1+	El aripiprazol se asocia a bajas tasas de abandono y no se observan efectos secundarios[278].
1+	El aripiprazol se asocia a bajas tasas de abandono y no se observan efectos secundarios[348].
Ziprasidona	
1+	La ziprasidona se asocia a una tasa de abandono superior al 50% y a la presencia de efectos secundarios como la sedación y mareos[338].

En relación a la evidencia científica sobre la seguridad de los antipsicóticos en el tratamiento de las personas con TLP, las tasas de abandono más altas se asocian al uso de haloperidol[312,317,331] y olanzapina[255,336,340,341]. En relación a los efectos secundarios del haloperidol, un estudio señala la presencia de depresión atípica, insomnio y abatimiento[331].

El efecto secundario más común asociado al uso de la olanzapina es el incremento de peso[255,319,335,336,340,341]. En relación al resto de fármacos, sólo se observan resultados adversos asociados al uso de la ziprasidona[338], concretamente, sedación y mareos.

Recomendaciones

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

6.5. Otros

6.5.1. Ansiolíticos

La guía del NICE (2009)[4] no identifica ningún ECA en relación a la eficacia del tratamiento farmacológico del TLP con benzodiacepinas. Tampoco lo hacen la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía o la llevada a cabo en la RSEC de Lieb[282]. Sin embargo, en la práctica clínica, la prescripción de benzodiacepinas en pacientes con TLP es muy frecuente. Es recomendable evitar su uso por el riesgo de abuso y de dependencia que presentan estos pacientes. También se ha descrito un mayor riesgo de desinhibición y trastornos conductuales en pacientes con TLP tratados con alprazolam.[350] Asimismo, existe evidencia de que los pacientes con TLP que abusan de las benzodiacepinas tienen más dificultades para suspender el uso de éstas que otro tipo de pacientes. En un ECA de 76 pacientes con dependencia de benzodiacepinas tratados con TCC o el TAU, ningún paciente con TLP logró la abstinencia, en comparación con el 20% del grupo total ($p = 0,008$). Los pacientes con TLP también mostraron una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento (70% frente al 30%, $p = 0,003$)[351].

Recomendaciones

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

6.5.2. Ácidos grasos

6.5.2.1. Introducción

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

Los ácidos grasos omega 3 han sido usados con efecto positivo en personas con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar a pesar de que hay pocos ECA de alta calidad[352].

Diferentes ECA se han llevado a cabo con personas con esquizofrenia con resultados divergentes[353,354]. Los ácidos grasos omega 3 podrían tener efectos moduladores en la agresión y la impulsividad[355].

A continuación se muestra a modo de tabla los ECA identificados por la búsqueda bibliográfica llevada a cabo en la elaboración de la GPC del NICE (2009)[4]. Como ya se indica más adelante, la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía no identifica nuevos ensayos y, por ello, no aparecen destacados en la tabla.

Tabla 19. Características de los estudios controlados con placebo sobre la eficacia de los ácidos grasos omega 3

	Ácidos grasos omega 3
Nº. ensayos (Total de participantes)	2 ECA (79)
Identificador	Hallahan 2007 Zanarini 2003
Nº/% mujeres	(1) 49/65 (2) 30/100
Edad media	(1) 30 (2) 26
Trastornos eje I/II	(1)82% TLP; Depresión severa basal (sin diagnóstico de trastorno depresivo mayor); Daño autoinfligido recurrente (2)100% TLP; Depresión ligera en el momento basal (sin diagnóstico de trastorno depresivo mayor)
Intervención adicional	(1) 53% en medicación psicotropa (2) Ninguna
Contexto	(1) Urgencias hospitalarias tras una autolesión (2) Comunidad
Duración del tratamiento	8 semanas
Duración del seguimiento	Ninguna

La GPC del NICE (2009)[4] revisa los estudios de Hallahan[356] y Zanarini[45] en relación a los ácidos grasos frente al placebo y les atribuye un nivel de evidencia científica de 1+.

Hallahan[356] describe que el objetivo de su estudio fue evaluar la eficacia de los ácidos grasos omega 3 en la mejora del bienestar psicológico en pacientes con conducta autolítica recurrente. Para ello, 49 pacientes que presentaban conducta autolítica repetida fueron aleatorizados a recibir 1,2 g de ácido eicosapentaenoico más 0,9 g de ácido docosahexaenoico (n = 22) o placebo (n = 27) durante 12 semanas, además del tratamiento psiquiátrico estándar. Se midieron seis dominios psicológicos a nivel basal y al final del período de evaluación. Los autores señalan que a las 12 semanas, el grupo en tratamiento con ácidos grasos omega 3 presentaba mejoras significativamente mayores en las puntuaciones de depresión, comportamiento suicida y estrés diario. Las puntuaciones de impulsividad, agresividad y hostilidad no difirieron. Los autores concluyen que el uso de ácidos grasos omega 3 redujo de forma considerable los marcadores indirectos de comportamiento suicida y mejoraron el bienestar. Asimismo señalan que es necesario llevar a cabo más estudios para determinar si una ingesta diaria insuficiente de ácidos grasos omega 3 es un factor de riesgo reversible de conducta autolítica.

En el trabajo de Zanarini[45] se explica que el objetivo de su estudio fue comparar la eficacia del ácido etil-eicosapentanoico (E-EPA) y placebo en el tratamiento de mujeres con TLP. Para ello, los autores realizaron un estudio doble ciego, controlado con placebo y de 8 semanas de duración de E-EPA en 30 mujeres que cumplían los criterios de la Entrevista diagnóstica revisada y los criterios del DSM-IV para el TLP. Concretamente, se aleatorizaron 20 pacientes a 1 g de E-EPA y 10 recibieron placebo. El 90% de ambos grupos completó las 8 semanas del ensayo. Los análisis que utilizaron un modelo de regresión con efectos aleatorios, con control para la intensidad basal, demostraron que el E-EPA era superior al placebo en la reducción de la agresividad, así como de la intensidad de los síntomas depresivos. Según los autores, los resultados de este estudio indican que el E-EPA puede ser una forma segura y eficaz de monoterapia para las mujeres con TLP de intensidad moderada.

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

La RSEC de Lieb[282] no identifica nuevos ensayos clínicos en relación a esta intervención farmacológica y basa su conclusiones en los estudios ya identificados por la GPC del NICE (2009)[4,45,356]. En la revisión de Lieb[282] se tienen en cuenta los estudios por separado. En relación al de Hallahan[356] se señala que los ácidos grasos omega 3 son más eficaces que el placebo en la reducción de la suicidalidad y los síntomas depresivos. En cuanto al estudio de Zanarini[45], se indica también la eficacia en la reducción de síntomas depresivos.

6.5.2.2. Comentarios sobre los Ácidos grasos (AG) omega 3

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

6.5.2.3. Eficacia de los ácidos grasos según variables de resultados

Tabla 20. Resumen de la evidencia científica sobre ácidos grasos según estudio y variables de resultado analizadas

	Inestabilidad emocional	Impulsividad	Inestabilidad relaciones personales	Conductas autolíticas	Síntomas cognitivos perceptuales	Funciona-miento global	Abandonos	Efectos secundarios
Hallahan (2007)	Ácidos grasos > placebo	Ácidos grasos = placebo	-	Ácidos grasos = placebo	-	-	26% vs 27%	Sin efectos adversos
Zanarini (2003)	Ácidos grasos > placebo	Ácidos grasos > placebo	-	Ácidos grasos = placebo	-	-	10% vs 10%	Sin efectos adversos

=: El fármaco se muestra estadísticamente igual que el placebo; >: el fármaco es estadísticamente superior al placebo.

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Ácidos grasos	
1+	Los ácidos grasos son superiores al placebo en la reducción de los síntomas depresivos[356].
1+	Los ácidos grasos son superiores al placebo en la reducción de los síntomas depresivos[45].

La evidencia científica de los ácidos grasos frente al placebo en el tratamiento del TLP se sustenta en dos estudios[45,356]. En ambos, lo que supone una muestra total de 79 pacientes, los ácidos grasos son superiores al placebo en el tratamiento de la inestabilidad emocional. Sin embargo, las limitaciones respecto a la heterogeneidad de las muestras e intervenciones de los estudios no permiten recomendar el uso de los ácidos grasos en el tratamiento de la inestabilidad emocional de los pacientes con TLP.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Ácidos grasos	
1+	Los ácidos grasos no son superiores al placebo en el tratamiento de la impulsividad[356].
1+	Los ácidos grasos son superiores al placebo en el tratamiento de la impulsividad[45].

Sólo uno[45] de los dos estudios analizados[45,356] apoya la superioridad de los ácidos grasos frente al placebo en el tratamiento de la impulsividad.

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Ácidos grasos	
1+	Los ácidos grasos no son superiores al placebo en la reducción de episodios de autolesión[356].
1+	Los ácidos grasos no son superiores al placebo en la reducción de conductas autolíticas[45].

En relación a las conductas autolíticas los ácidos grasos parecen ser igual de eficaces que el placebo[45,356].

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

No existe evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento con ácidos grasos omega 3 en la reducción de la inestabilidad de las relaciones interpersonales[45,356].

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

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

Recomendaciones

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

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

Resumen de la descripción de la evidencia

Ácidos grasos	
1+	La tasa de adherencia fue del 75,5%. Ningún paciente abandonó el estudio por efectos adversos[356].
1+	ECA en el que el 90% de los pacientes incluidos completaron el estudio. Sólo tres pacientes abandonaron, por causas ajenas al fármaco. No se informaron efectos adversos[45].

En general, los estudios de ácidos grasos muestran tasas de abandono discordantes ya que mientras el primer estudio se asocia a unas tasas de abandono altas (> 20%)[356], las del segundo estudio no superan el 10%[45]. No se observan efectos adversos asociados al uso de los ácidos grasos[45,356].

6.5.3. Naloxona

6.5.3.1. Introducción

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

Además de bloquear los efectos de las drogas opiáceas, la naloxona también bloquea los efectos de la liberación natural de endorfinas y encefalinas. Se piensa que estas sustancias podrían estar implicadas en el refuerzo de las conductas autolesivas. Por ello, se ha

sugerido que la naloxona podría reducir las conductas autolesivas. También podría reducir síntomas disociativos que podrían estar mediados a través de vías opiáceas.

Tabla 21. Características de los ECA sobre la naloxona

	Naloxona
Nº ensayos (Total participantes)	1 ECA (9)
Identificador	Philipsen 2004A
Nº/% mujeres	9/100
Edad media	35
Trastorno eje I/II	56% trastorno por estrés postraumático; 33% trastornos alimentarios; 11% trastorno obsesivo compulsivo; 22% trastorno depresivo mayor; 22% fobia social; 22% fobia específica
Intervención adicional	Ninguna
Contexto	Pacientes ingresados (n = 7); pacientes ambulatorios (n = 2)
Duración del tratamiento	No aplicable (dos inyecciones cuando los pacientes estaban en estado de disociación)
Duración del seguimiento	Ninguna
Notas	Datos no extraíbles; ensayo desestimado

La GPC del NICE (2009)[4] revisa el ECA de Philipsen[357] que compara la eficacia de naloxona frente a placebo en una muestra de nueve mujeres diagnosticadas de TLP con clínica disociativa severa y al que no otorga nivel de evidencia al no presentar datos analizables.

En el artículo en el que se publican los resultados del ECA de Philipsen[357] se explica que el objetivo de éste fue investigar el efecto de 0,4 mg de naloxona administrada por vía intravenosa en el tratamiento de estados disociativos agudos en comparación con placebo, en un estudio cruzado doble ciego en nueve pacientes que cumplían los criterios de TLP del DSM-IV. Se evaluaron los síntomas disociativos antes y 15 minutos después de una dosis única de naloxona o placebo de solución salina mediante un instrumento autoadministrado de evaluación de la disociación y la tensión interna aversiva, escala Dissociative experience scale (DES)[358], y los ítems basados en un observador de la escala Clinician administered dissociative states scale (CADSS)[359]. Los autores explican que antes del tratamiento con naloxona o placebo, los síntomas disociativos eran de moderados a intensos. Tras la inyección de naloxona o placebo, los síntomas disociativos se redujeron significativamente en la Dissociative states scale (DSS) ($p < 0,01$) y la CADSS ($p < 0,05$). No obstante, no se observaron diferencias significativas entre naloxona y placebo en la reducción de los síntomas. Las pacientes que mostraron la respuesta más marcada a naloxona reunían el máximo número de criterios de TLP del DSM-IV. Los autores señalan que, aunque es difícil extraer conclusiones definitivas a partir de esta pequeña muestra de pacientes, este estudio no respalda la suposición de que la administración de una dosis única de naloxona de 0,4 mg sea superior a placebo en el tratamiento de estados disociativos agudos en pacientes con TLP. Según los autores, otros estudios deberían estudiar si los pacientes se benefician del tratamiento con naloxona a dosis más altas o si subgrupos de pacientes con TLP se benefician de la administración de naloxona en estados disociativos agudos.

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

La revisión de Lieb[282] no identifica estudios sobre este fármaco.

La evidencia científica sobre la naloxona frente al placebo se respalda en un único ECA de calidad alta pero con una muestra reducida y en el que no se observan resultados favorables a la naloxona. Teniendo en cuenta además las consideraciones que hace la GPC del NICE (2009)[4] sobre el artículo (ver apartado 6.4.3.2), el grupo de trabajo de la guía decide no considerarlo en su revisión.

6.5.3.2. Comentario sobre la naloxona

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

6.6. Recomendaciones generales de práctica clínica

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

A lo largo del capítulo dedicado al tratamiento farmacológico del TLP se han analizado todos los ECA disponibles referidos a las diferentes familias farmacológicas investigadas. El examen de los resultados obtenidos apunta en la dirección de la posible eficacia de algunos de los fármacos considerados en relación a algunas de las variables de resultado contempladas, como se recoge detalladamente en el estudio de cada uno de ellos. Sin embargo, las limitaciones metodológicas también reseñadas así como las muestras limitadas y selectivas utilizadas no autorizan a recomendar su utilización de forma eficiente en la práctica clínica habitual.

Además, como se recoge en la introducción de este capítulo, no existe en España ningún fármaco con la indicación aprobada para el tratamiento del TLP. Sin embargo, como también se señala en la introducción, la utilización de fármacos pertenecientes a las diferentes familias terapéuticas es frecuente en este tipo de población y por ello deben tenerse en cuenta las siguientes condiciones de uso.

En España, la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, como en el caso de su utilización para el tratamiento de condiciones clínicas no incluidas en su aprobación, se regula a partir del capítulo III “Acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas” del Real Decreto 1015/2009 aprobado por el Ministerio de sanidad y política social de 19 de junio de 2009. El artículo 13 de este capítulo establece en relación al acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España 1) los requisitos, 2) las actuaciones de la Agencia, 3) las obligaciones del médico responsable y 4) las obligaciones del titular de la autorización de comercialización del medicamento. Se debe destacar, el deber del médico responsable de justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles

beneficios y los riesgos potenciales, y obtener su consentimiento informado conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre según la cual:

> "El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente".

Teniendo en cuenta que no hay fármacos con indicación específica para el TLP, el grupo de trabajo de la guía cree necesario llevar a cabo el consentimiento informado por escrito, en las situaciones siguientes:

- población menor de 18 años
- para aquellos fármacos para los que se haya publicado una alerta de seguridad por parte de la AEMPS
- en cualquier otra situación en la que se considere conveniente

El modelo de consentimiento informado debe incluir:

- los datos de personales del médico responsable y el paciente
- el fármaco prescrito
- el reconocimiento del paciente de recibir una medicación sin indicación para el trastorno
- los efectos adversos más frecuentes según su ficha técnica

Se deberá entregar un ejemplar del consentimiento informado al paciente y adjuntar otro a la historia clínica.

Otro punto a considerar es la adecuación del tratamiento farmacológico del paciente con TLP a la llamada Guía de prescripción terapéutica o GPT[339]. En esta guía de la AEMPS, se expone la información de los medicamentos autorizados en España y se destaca su indicación, precauciones, contraindicaciones, efectos adversos y posología. En ningún caso la posología, es decir, las dosis y frecuencias de administración (dosis máxima), deberá superar la expuesta en la GPT.

Finalmente, en el caso de introducir una terapia medicamentosa, deberá tenerse en cuenta que ésta interviene como un coadyuvante de la intervención psicoterapéutica o psicosocial y con el objeto de conseguir una mejora clínica global o de alguno de los síntomas característicos del TLP. También deberá considerarse el tratamiento de los trastornos comórbidos para los que exista la correspondiente autorización y evidencia de su eficacia. Por último, todo tratamiento farmacológico deberá someterse a una rigurosa monitorización del estado de salud general del paciente a fin de detectar la aparición de posibles efectos secundarios específicos de cada fármaco y revisar periódicamente la situación clínica del

paciente con objeto de retirar aquellos fármacos que ya no resulten necesarios, que no se hayan mostrado efectivos y para evitar la polimedicación.

Recomendaciones generales

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

7. Gestión de la crisis

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

7.1. Introducción

7.1.1. La fase de crisis en personas con TLP

Las crisis son muy frecuentes en las personas con TLP. Se presentan con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, comportamiento sexual de riesgo, hurtos, atracones, purgas, agresión impulsiva, y síntomas psicóticos transitorios, además de una intensa ansiedad, depresión e ira, debido a los cuales es posible que acudan con frecuencia a servicios psiquiátricos y a servicios de urgencias hospitalarias. El reto consiste en evaluar y gestionar la crisis sin actuar de forma invalidante para el paciente ni minimizar sus alteraciones y, al mismo tiempo, fomentar su autonomía. Por ejemplo, ingresar al paciente en el hospital demasiado pronto puede aumentar su dependencia del entorno e impedir que éste desarrolle las habilidades que le permitan gestionar las crisis emocionales futuras, y no ingresarlo puede ponerle en peligro, especialmente si presenta conductas autolesivas o suicidas. Habitualmente el desbordamiento emocional en el TLP se puede explicar por su inestabilidad afectiva. Sin embargo, se debe considerar la existencia de un trastorno depresivo comórbido como explicación del cuadro, ya que en este supuesto sería necesario un abordaje terapéutico específico.

7.1.2. Prevalencia de la conducta suicida en personas con TLP

Los intentos de suicidio constituyen un rasgo definitorio del paciente con TLP y forman parte de los criterios diagnósticos. Son actos que tienen por objetivo la muerte de la persona, a diferencia de las autolesiones en las que la finalidad puede ser, por ejemplo, liberar tensión. Se podría decir que el TLP es por sí mismo un factor de riesgo para los intentos de suicidio, sobre todo cuando la persona sufre, de forma concomitante, trastorno depresivo mayor[4].

Se calcula que los trastornos de la personalidad afectan a más del 30% de los individuos que fallecen a causa de suicidio[360], a alrededor del 40% de los individuos que realizan intentos de suicidio y aproximadamente al 50% de los pacientes ambulatorios psiquiátricos que fallecen por suicidio. En las poblaciones clínicas, se estima que la tasa de suicidios en

pacientes con TLP se encuentra entre el 8 y el 10%,[2] una proporción bastante superior que en la población general. Aproximadamente el 10% de los pacientes con TLP[194] se suicidan, los rasgos más comunes entre éstos son: pertenecer al sexo masculino, la presencia de rasgos antisociales y el abuso de sustancias. Sin embargo, debido a que el 60-70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio[185], los intentos infructuosos de suicidio en estos pacientes son mucho más frecuentes que los que llegan a su fin. El riesgo de suicidio es más alto al inicio de la edad adulta, entre los 30 y 35 años, según un estudio de Paris et al[361]. En relación a la población joven, diferentes estudios han señalado que los jóvenes con TLP o rasgos de éste presentan una mayor probabilidad de intentar suicidarse que los demás[362-365]. Además, los jóvenes que presentan tendencias suicidas tienen una mayor probabilidad de sentirse alienados de sus familias, y más aislados socialmente que los demás.

Las personas con diagnóstico de TLP que consuman el suicidio han realizado otros intentos de suicidio con anterioridad; este hecho, junto con el abuso de sustancias, suelen ser las características más frecuentes. Asimismo acostumbran a estar presentes otros factores de riesgo como trastorno afectivo concomitante, niveles elevados de desesperanza, antecedentes familiares de suicidios consumados o de conducta suicida, antecedentes de abuso sexual y niveles elevados de impulsividad y rasgos antisociales[360]. En un estudio[366] de seguimiento a 7 años de una muestra de 701 pacientes, se examinaron dos rasgos de personalidad, la afectividad negativa y la desinhibición, como posibles predictores de los intentos de suicidio. Los autores consideraron que la afectividad negativa era un predictor de la conducta suicida más determinante que la impulsividad.

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

7.2. Revisión de la evidencia científica

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

La GPC del NICE (2009)[4] no encuentra ECA realizados en población con TLP en situación de crisis. Esto lo atribuye a la rapidez y recurrencia en que éstas se producen y, también a la dificultad de que pacientes con este trastorno den su consentimiento a la realización de estudios en momentos de crisis. Para elaborar este apartado, la GPC-TLP del NICE (2009)[4] utiliza la opinión de sus expertos.

En la búsqueda de la AIAQS tampoco se encontraron ECA realizados en población con TLP en situación de crisis.

Para elaborar este apartado se han incluido las aportaciones de la GPC-TLP del NICE (2009)[4] adaptándolas a las Guías de prescripción terapéutica del Ministerio de Sanidad y Política Social[339]. Se han incorporado también las recomendaciones del grupo de trabajo de

la guía y los resultados de un estudio prospectivo realizado en nuestro medio[275]. Dicho estudio, comentado en el apartado 6 de tratamientos farmacológicos, tuvo por objeto determinar los factores asociados a la hospitalización y a la decisión de prescribir tratamiento psicofarmacológico a los pacientes con TLP que acudían a los servicios de urgencias psiquiátricas. Para ello, durante un período de 4 años, se revisó un total de 11.578 visitas consecutivas a un servicio de urgencias psiquiátricas de un hospital terciario español. La escala de gravedad de la enfermedad psiquiátrica SPI[275] se utilizó para evaluar la gravedad de la enfermedad de estos pacientes. El TLP fue el diagnóstico en 1.032 (9%) de las visitas al servicio de urgencias, lo que correspondió a 540 personas. La decisión de hospitalizar estuvo asociada al riesgo de suicidio, al peligro para los demás, a la gravedad de los síntomas, la dificultad para el autocuidado y el incumplimiento del tratamiento. La decisión de prescribir benzodiazepinas estuvo asociada al sexo masculino, a que la ansiedad fuera el motivo para acudir al hospital, a la poca dificultad para el autocuidado, a la presencia de algunos problemas médicos o farmacológicos, y a la inestabilidad en el hogar. Los factores asociados a la prescripción de antipsicóticos fueron el sexo masculino, el riesgo de poner en peligro a los demás, y que el motivo de la consulta fuera por un trastorno psicótico. Por su parte, los factores asociados a la prescripción de antidepresivos fueron que el motivo para acudir al hospital fuera por depresión y la presencia de poca disfunción premórbida.

Los autores observaron que, a pesar de presentar mayor gravedad clínica los pacientes con TLP, el porcentaje de hospitalizaciones fue menor que en los pacientes que no lo sufrían. Asimismo, aunque los servicios de urgencias psiquiátricas no se consideran los ambientes ideales para iniciar la farmacoterapia, en la práctica, los psiquiatras suelen prescribir medicamentos en este entorno. También señalaban la necesidad de realizar más investigaciones acerca del efecto de las decisiones clínicas en el ámbito de los servicios de urgencias.

Recomendaciones

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

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

La GPC del NICE (2009)[4] revisa estudios diversos que se agrupan en función de las poblaciones a comparar y cuyos resultados se detallan a continuación.

Tabla 22. Estudios identificados por la GPC del NICE (2009)[4] (sobre factores de riesgo de suicidio en personas con TLP)

	Población psiquiátrica general o trastorno de personalidad no especificado	Estudios de población con depresión con o sin comorbilidad TLP	Estudios comparando suicidabilidad en aquellos con y sin TLP	Estudios con población con TLP
Nº ensayos (Total de participantes)	4 estudios (1.756)	2 estudios (260)	1 estudio (180)	5 estudios (684)
Identificador	(1)Barber 1998 (2) Yen 2004 (3) Yen 2005 (4) Zisook 1994	(1)Corbitt 199 (2)Soloff 2000 6	Berk 2007	(1) Brodsky 1997 (2) Fyer 1988 (3) Links 2007 (4) Paris 1989 (5) Soloff 1994
Nº/% mujeres	(1) 135/51 (2) 621/64 (3) 489/ND (4) 1.000/52	(1) 102/55 (2) 158/65	180/57	(1) 214/Indefinido (2) 180/81 (3) 82/83 (4) 100/ND (5) 108/76
Edad media	(1) 38 (2) ND (3) 18-45 (4) 34	(1) 18-64 (2) 32	34	(1) Indefinido (2) 29 (3) 33 (4) ND (5) 27

ND: No disponible

De la comparación entre población psiquiátrica general y población con trastorno de personalidad no específico[367-370] se deduce que el propio diagnóstico de TLP es un predictor de suicidio en sí mismo, así como los eventos vitales negativos[4].

En la comparación de pacientes con depresión con o sin TLP comórbido[371,372] se comprueba que dicha comorbilidad es un factor de riesgo de suicidio.

Un estudio compara la suicidabilidad de pacientes con TLP en relación a la de pacientes sin TLP[373] y confirma la mayor gravedad psicopatológica de los pacientes con TLP que se suicidan[4].

Asimismo, se comparan diversos estudios realizados en pacientes con TLP a fin de detectar factores de riesgo de suicidio[374-378]. Estos estudios muestran como factores de riesgo específicos: la impulsividad, historia de abuso de sustancias, comorbilidad con trastornos afectivos y patología dual, ideación suicida e intentos recientes de suicidio[4].

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

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

7.3. Manejo general

El objetivo general durante el manejo de las crisis es ayudar a la persona a recuperar un nivel más estable de funcionamiento mental. Siempre que sea posible se tiene que mantener la autonomía de la persona y garantizar la seguridad de ésta y de los demás, y deben reducirse sus emociones, impulsos y comportamientos hasta un nivel manejable. En un primer momento se tienen que realizar comentarios de apoyo y empatía, que pueden ser especialmente positivos si el primer contacto durante la crisis es telefónico[4].

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

En situación de crisis son frecuentes las consultas a los servicios de urgencias, pero es muy importante que estas intervenciones no queden desligadas del plan general asistencial del paciente, sobre todo cuando se trate de pacientes ya conocidos por la red de Salud Mental (SM). Cuando un paciente esté vinculado a un recurso asistencial concreto (CSM, Hospital de día, Servicios de Hospitalización Psiquiátrica en la fase posterior al alta), la crisis debe atenderse en el mismo dispositivo asistencial para garantizar la continuidad de la asistencia y la coherencia del mensaje que se da al paciente. Si el paciente atendido en urgencias por una crisis no es conocido por la red de SM, es necesario que esta intervención no sea una acción aislada y puntual, sino que sirva para derivar al paciente a los dispositivos asistenciales que se consideren más adecuados, básicamente los CSM. Esta derivación debe incluir la coordinación entre los profesionales de los servicios a fin de favorecer la continuidad asistencial y la coherencia del proyecto terapéutico, y acompañar al paciente en el itinerario asistencial entre servicios.

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

El riesgo suicida es un elemento importante a valorar. La ideación suicida suele estar presente en los pacientes con TLP y esto hace que sea necesario valorar si existe un riesgo agudo o crónico. La ideación suicida y las autolesiones pueden deberse a diversos motivos. Pueden representar un intento de gestionar emociones insoportables, de finalizar un estado disociativo, de llamar la atención, de expresar su ira e intentar castigar a alguien, o un intento de acabar con su vida.[4] En cierto modo, un riesgo crónico es inherente al TLP. El riesgo agudo puede darse en el contexto de una situación de crisis y aumentar el riesgo de conducta suicida.

Recomendaciones

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

7.3.1. Manejo farmacológico

Aunque los tratamientos farmacológicos suelen considerarse parte del manejo de urgencias de una situación de crisis (que a veces incorpora componentes de autolesiones y violencia), no se recomienda ningún tratamiento específico ni del propio TLP, ni de ningún grupo de síntomas en concreto[4].

Debe limitarse, en consecuencia, el uso de medicación, y sólo debe administrarse a corto plazo, aunque, según el estudio de Pascual[275], ésta no es la práctica habitual en los servicios de urgencias.

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

Es posible que después de que hayan remitido los síntomas que aparecieron con la crisis se siga administrando, por propia iniciativa, la medicación prescrita durante la crisis. Esto puede hacer que los pacientes con TLP tomen más de un medicamento durante más tiempo del necesario, y existe evidencia que sugiere que a las personas con TLP se les prescriben combinaciones inapropiadas y demasiados fármacos psicotrópicos de forma simultánea[4,319,379].

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

Recomendaciones

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

7.3.2. Manejo psicológico

Las terapias psicológicas y psicosociales forman parte del manejo general del TLP. En las fases de crisis la psicoeducación es la intervención más recomendada, aunque también se deben tener en cuenta aquellas terapias que han mostrado ser eficaces en las situaciones de conducta suicida y autolesiones. La PFT, la TDC, la TBM, la terapia centrada de esquemas y la intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación son las terapias más utilizadas con el objetivo de disminuir la ideación y conducta suicida y los comportamientos autolesivos. Para más información sobre este apartado, consultar el capítulo 5, intervenciones psicológicas y psicosociales.

Sin embargo, además de las intervenciones psicológicas y psicosociales estructuradas, deberán considerarse las condiciones psicológicas propias del abordaje específico de una crisis y que deberán contemplar una actitud de calma, un intento de comprensión de la situación de la persona en situación crítica, y de sus causas, y una interacción basada en preguntas abiertas, estímulos a la reflexión y análisis de las alternativas de intervención más adecuadas.

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

Recomendaciones

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

7.3.3. Manejo familiar

La familia es un componente importante en la intervención con el paciente con TLP y, si no está contraindicado, debe ser incluida en el plan general de tratamiento de la persona con TLP.

Las intervenciones familiares de pacientes con TLP suelen iniciarse en períodos de crisis, período en que la familia requiere orientación y directrices[186]. El objetivo de estas intervenciones es hacer que las interacciones resulten menos estresantes tanto para el miembro de la familia con TLP, como para los restantes miembros. Los problemas en la comunicación, el manejo de reacciones hostiles o coléricas y el temor al suicidio[380] aparecen como las preocupaciones más destacadas por las familias.

Recomendaciones

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

7.3.4. Decisión de hospitalización

La GPC de la APA[2] recomendaba la hospitalización para la atención de pacientes con TLP, especialmente ante el riesgo suicida[2,360]. Sin embargo, numerosos expertos[186,194,361,381,382] han cuestionado la hospitalización de pacientes con TLP, sobre todo como respuesta a conductas autoagresivas y/o amenazas suicidas, por considerar que pueden potenciar estas conductas y disminuir la capacidad del paciente de gestionar sus emociones. Aunque evitar el ingreso parece ser el criterio general, se valora que la presencia de episodios psicóticos o de intentos graves de suicidio puede requerir hospitalizaciones breves que permitan contener la situación y reorganizar el plan de tratamiento.

Recomendaciones

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

7.3.5. Plan asistencial general después de una situación de crisis

Una vez que se haya resuelto o haya remitido la crisis, se tienen que actualizar tan pronto como sea posible los planes de crisis y, en caso necesario, el plan asistencial general, para que éstos reflejen las necesidades actuales y se identifiquen las estrategias terapéuticas que han sido útiles. Lo ideal es hacerlo junto con la persona que sufre el TLP y, si es posible, también con sus familiares o cuidadores[4].

Recomendaciones

√	Se recomienda realizar una revisión de la crisis y sus antecedentes, teniendo en cuenta los factores ambientales, personales y relacionales que pudieran desencadenarla (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda realizar una revisión del tratamiento farmacológico en la situación de crisis, de sus efectos beneficiosos, efectos secundarios, posibles problemas de seguridad y de su función dentro de la estrategia general de tratamiento (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda reevaluar la necesidad de mantener el tratamiento farmacológico instaurado durante la crisis una vez resuelta ésta o en el plazo de una semana. La frecuencia de esta revisión se debe consensuar con la persona afectada y debe quedar registrada en el plan asistencial general (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda monitorizar con regularidad la efectividad, los efectos secundarios, un posible abuso y dependencia del fármaco en aquellas situaciones en que el tratamiento instaurado durante la crisis no se puede dejar de administrar (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda realizar una revisión de los tratamientos psicológicos, así como de su función dentro de la estrategia general de tratamiento, y del hecho de que puedan haber sido un factor que haya precipitado la crisis (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

8. Organización de servicios y programas

- ¿Cuáles son los dispositivos, ámbitos de intervención e itinerarios asistenciales más adecuados para optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados en la población con TLP?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los centros de atención primaria a la hora de optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados en los pacientes con TLP?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los centros de atención secundaria (atención ambulatoria especializada) a la hora de optimizar el seguimiento y la continuidad de cuidados en los pacientes con TLP?
  - ¿Cuál es la eficacia y la efectividad de los servicios de hospitalización total y parcial en el seguimiento y continuidad de cuidados en los pacientes con TLP?
  - ¿Cuál es la forma más efectiva de acceder a los servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral?
- ¿Cuál es el itinerario asistencial más eficaz para los pacientes con TLP?
- ¿Cuáles son los programas de seguimiento y apoyo adecuados para su tratamiento en la red en población con TLP?
- ¿Cuál es la formación especializada necesaria para trabajar con pacientes con TLP en profesionales de la salud mental?

8.1. Introducción

Está extendida la preocupación por la adecuada planificación, organización y provisión de los servicios necesarios que optimicen la eficacia de los tratamientos para personas que sufren un TLP[3].

El Sistema Nacional de Salud (SNS) establece el acceso universal a los recursos sanitarios, con un sistema de servicios sectorizado que incluye la atención a la salud mental.

El desarrollo de la cartera de servicios para el tratamiento de las personas con TLP es relativamente reciente en nuestro país, y difiere en su desarrollo, filosofía e implementación en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) (coexisten, por ejemplo, dispositivos de atención y tratamiento sectoriales, pero también 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.

En este apartado se revisan los servicios y programas existentes para las personas con TLP a corto, medio y largo plazo y los itinerarios de atención y tratamiento que siguen estos pacientes. Asimismo se incorpora un apartado dedicado a los aspectos formativos. Se toma como referencia, ante la falta de evidencia, lo recomendado en otras guías (GPC TLP del NICE (2009)[4], GPC-esquizofrenia Ministerio de sanidad y política social español (2009)[199] y por autores de reconocido prestigio como Gunderson[185,186,188,383], que proponen un modelo de continuidad de cuidados en la atención a los pacientes con trastornos de larga evolución, como el TLP, en el que el elemento fundamental es la integración y coherencia de la atención entre los distintos niveles asistenciales. Concretamente, Gunderson describe cuatro niveles de atención que van desde el nivel IV, que corresponde a la hospitalización total y en el que plantea la necesidad de desarrollar unidades especializadas de tratamiento para pacientes con TLP, pasando por la hospitalización parcial y/o la necesidad de recursos residenciales que corresponden al nivel III y el tratamiento ambulatorio intensivo que corresponde al nivel II hasta llegar al nivel I que corresponde al tratamiento ambulatorio.

En la atención a los pacientes con TLP, presenta especiales dificultades la atención a la crisis y la evaluación del riesgo suicida. Por su especificidad este tema ha sido tratado en el apartado 7 de Gestión de la crisis.

En nuestro entorno, la clasificación de los servicios y programas implicados en el tratamiento de las personas con TLP se ha realizado atendiendo a su papel concreto en el mismo, y, por tanto, a su actuación específica en el itinerario asistencial de los pacientes.

Tomando como referencia la organización de servicios en nuestro entorno sanitario, los servicios y programas se agrupan en los siguientes apartados:

- Servicios de atención primaria
- Servicios de atención comunitaria: centros de salud mental de adultos y centros de salud mental infanto-juvenil
- Servicios de hospitalización total
    - Servicios de hospitalización parcial/ hospital de día
    - Servicios de rehabilitación comunitaria
    - Programas de continuidad de cuidados: gestión de casos
    - Itinerario asistencial

Esta clasificación de la organización de servicios está basada en los servicios disponibles en la red pública de salud mental, por tanto, a pesar del conocimiento de la existencia de unidades especializadas de tratamiento para el TLP en algunas CCAA, éstas no se han incluido. Sí se recoge en este apartado la necesidad de que existan programas específicos para la atención a los pacientes con TLP en los diferentes servicios de la red de salud mental.

Para la elaboración de este apartado se ha tomado como base la estructura de la GPC-TLP del NICE (2009)[4]. Se ha mantenido la estructura de la misma guía, pero cada uno de estos apartados se ha actualizado con los resultados de la búsqueda bibliográfica sistemática y manual llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía. Debido a las escasas RSEC y ECA sobre este tema se acordó la inclusión de estudios llevados a cabo con otros diseños.

A continuación, se presentan a modo de tabla los ECA y no aleatorizados utilizados diferenciando su origen según pertenezcan a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo por la GPC del NICE (2009)[4] o el grupo de trabajo de la guía.

Tabla 23. Artículos incluidos de Dispositivos, ámbitos de intervención e itinerario asistencial

	Atención primaria	Atención secundaria	Servicios de hospitalización total	Hospitalización parcial	Servicios de rehabilitación comunitaria y reinserción laboral	Itinerario asistencial	Formación especializada profesionales sanitarios
Nº estudios (Total participantes)	1 No-ECA (218)	No art. localizados	3 No-ECA (66) 1 No-ECA (970)	No art. localizados	1 No-ECA (NS)	1 ECA (362) 1 No-ECA (362)	1 ECA (99) 1 No-ECA (NS)
Identificador del estudio	GGross 2002 [b]		(1) Antikainen 1992[a] (2) Antikainen 1994[a] (3) Antikainen 1995[a] (4) Peritogianis 2008 [b]	(1) Petersen 2008[b] (2) Gratz 2006[b]	(1) Hennessey 2001[b]	(1) Zanarini 2004 [b] (2) Hörz 2010[b]	(1) Commons 2008[b] (2) Aaltonen 2002[b]

NS: no se especifica la muestra del estudio.

a Artículo procedente de la revisión bibliográfica de la GPC del NICE (2009)[4].
b Artículo procedente de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.

Las RSEC encontradas y utilizadas en la elaboración de este apartado sobre los servicios y programas para pacientes con TLP son las siguientes: Malone[384] y Chiesa[385].

La RSEC de Malone[384] llevada a cabo por el grupo Cochrane Collaboration es un estudio metanalítico que incluye un total de tres ECA. Esta revisión obtuvo una valoración de calidad alta mediante el programa Osteba. Esta revisión tenía el objetivo de evaluar los efectos del Equipo comunitario de salud mental (ECSM) en el tratamiento de cualquier persona con enfermedad mental grave en comparación con el tratamiento estándar no vinculado con el equipo. Este metanálisis, realizado en 2006 y revisado en 2007, incluye una búsqueda de la literatura hasta febrero de 2006, aun así, el estudio más reciente que incluye es de 1998.

La RSEC de Chiesa[385] es una revisión histórica y actual de la evidencia científica y clínica, respecto al tratamiento del TLP en régimen de hospitalización basado en el modelo psicoanalítico y en régimen de comunidad terapéutica. Esta revisión obtuvo una valoración de calidad baja mediante el programa Osteba. Aunque presenta una evidencia débil, se ha tenido en consideración. La mayoría de estudios incluidos son estudios longitudinales.

A continuación se expone a modo de tabla las características principales de las dos RSEC y los estudios que incluyen.

Tabla 24. Estudios incluidos en las revisiones

	Malone (2008)[a]	Chiesa (2005)[a]
Nº ensayos (Total participantes)	3 ECA (587)	19 estudios no ECA
Identificador del estudio	Burns 1993 Merson 1992 Tyrer 1998	McGlahan 1986 Pope 1983 Stone 1990 Paris 1987 Paris y Zweig-Frank 2001 Tucker 1987 Aronson 1989 Gabbard 1999 Dolan 1997 Chiesa y Fonagy 2000 Chiesa y Fonagy 2003 Chiesa 2004 Chiesa 2002 Beecham 2005 Zanarini 2003 Zanarini 2004 Skodol 2005 Vermote 2005 Leichsering y Leibing 2003

a Revisiones procedentes de la revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo de trabajo de la guía.

8.2. Dispositivos, ámbitos de intervención e itinerario asistencial

La red de recursos comunitarios, tanto sanitarios (centros o equipos de salud mental, hospitalización –total, parcial– y servicios de rehabilitación comunitaria), como sociales de distribución territorial, son el lugar adecuado para atender a este tipo de pacientes.

Hay pacientes que de una manera secuencial y progresiva requieren, en su evolución, rotar por diferentes niveles asistenciales hasta conseguir alcanzar su estabilización en un ámbito ambulatorio de atención. En otros pacientes, con más recursos personales y que dispongan de apoyo en su entorno, la utilización de recursos de internamiento puede ser más esporádica o inexistente.

Esta red de recursos sanitarios y sociales presenta una organización muy similar a nivel nacional aunque hay diferencias a nivel autonómico en cuanto a dotación de recursos y denominación de un dispositivo de salud mental. Por ejemplo, el dispositivo comunitario de salud mental para adultos en las CCAA de Cataluña y Murcia se denomina centro de salud mental (CSM), unidad de salud mental (USM) en Valencia y Galicia, equipo de salud mental (ESM) en Extremadura, y consulta de salud mental (CSM) en Castilla La Mancha.

Desde el Ministerio de Sanidad se ha elaborado un directorio de los dispositivos de salud mental en funcionamiento en los servicios regionales de salud. Se puede consultar el documento del Ministerio para cualquier duda sobre la denominación de un dispositivo asistencial en concreto (Organización de Salud Mental del SNS (2009). Atención a la salud mental. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm).

8.2.1. Servicios de atención primaria

La atención médica general se realiza en los centros de atención primaria (CAP), cuyas actuaciones en relación a la población con TLP son:

1. Identificar a la población en riesgo de padecer un TLP, establecer un primer diagnóstico y derivar a atención secundaria (CSMA o CSMIJ), teniendo en cuenta edad y riesgo.
2. Identificar a la población que ya sufre TLP pero no está en tratamiento, establecer un primer diagnóstico y derivar a atención secundaria (CSMA o CSMIJ), teniendo en cuenta edad y riesgo.

Los profesionales de AP suelen atender a personas que ya han sido diagnosticadas de TLP en un servicio de salud mental, aunque, ocasionalmente, pueden contribuir a la identificación o al diagnóstico de un paciente con TLP. Además de atender las necesidades de salud física de quienes sufren el trastorno, los profesionales de AP pueden tener que atenderles cuando acuden a la consulta con angustia emocional, episodios autolesivos y crisis psicosociales. Conocer el TLP y los principios necesarios para su manejo puede ayudar a los profesionales de los servicios de AP a mantener a la persona en un entorno de AP y a determinar el momento idóneo para su derivación a atención secundaria[4].

En la GPC del NICE (2009)[4] no se identifican estudios referentes a la atención del paciente con TLP en AP.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un artículo en relación al TLP en AP, Gross[386], al que se le asigna un nivel de evidencia científica 2-. Este artículo es un estudio prospectivo referido a una muestra de 218 pacientes con diagnostico de TLP (entre 17 y 52 años) atendidos en un CAP urbano para estudiar la prevalencia de comorbilidad con otros trastornos, características clínicas, discapacidad asociada y la tasa de personas con TLP tratadas. Las evaluaciones psiquiátricas fueron realizadas por profesionales de salud mental a través de entrevistas clínicas estructuradas.

El artículo concluye que la prevalencia del TLP en la AP es alta, alrededor de cuatro veces más que en la población general. Asimismo, aunque se dispone de intervenciones farmacológicas y psicológicas útiles en el tratamiento de los síntomas del TLP, y a pesar de la asociación de este trastorno con ideación suicida, comorbilidad de trastornos psiquiátricos y deterioro funcional, consideran en el artículo que el TLP está en gran parte sin diagnosticar ni tratar. Estos resultados alertan a los profesionales de AP, porque la no identificación de un paciente con TLP puede subyacer a dificultades en la relación médico paciente y complicar el tratamiento.

Resumen de la descripción de la evidencia

2-	La prevalencia del TLP en las consultas de AP es alta, alrededor de cuatro veces más que en la población general[386].
2-	El TLP es un trastorno infradiagnosticado y sin tratar por este nivel asistencial[386].
2-	La evidencia es insuficiente para determinar si la AP es un dispositivo adecuado que optimiza el seguimiento y la continuidad de cuidados en los pacientes con TLP[386].

En relación a este dispositivo asistencial la evidencia científica es insuficiente para determinar recomendaciones. No hay ECA ni otros estudios al respecto. Se ha identificado un solo artículo sobre AP[386] con una muestra de 218 pacientes atendidos en un único CAP, de un entorno urbano. Aunque la muestra tiene un tamaño adecuado, los objetivos del estudio (prevalencia de comorbilidad del TLP con otros trastornos, características clínicas, discapacidad asociada y la tasa de personas TLP tratadas) no se refieren específicamente al papel de los servicios de AP en el tratamiento de estos trastornos y sólo se refieren a un entorno urbano en concreto. Esto hace que se deban tomar con cautela los resultados del estudio, ya que éstos no son generalizables ni aplicables a nuestro contexto.

Aunque es necesario realizar más estudios para reelaborar recomendaciones basadas en la evidencia, a partir de los datos del estudio ya comentados, de las recomendaciones de la GPC del NICE (2009)[4] adoptadas por el grupo de trabajo de la guía y las formuladas por el grupo de trabajo de la guía, las que se pueden hacer respecto a este apartado son las siguientes:

Recomendaciones

√	Se recomienda derivar a los centros de salud mental para valoración y tratamiento, si procede, a las personas atendidas en los centros de AP en las que se han detectado: autolesiones repetidas, conducta de riesgo persistente o una inestabilidad emocional pronunciada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda derivar a los centros de salud mental de atención a la población infantojuvenil, a los menores de 18 años en los que se sospecha la presencia de un TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda contener sintomáticamente la crisis de los pacientes con TLP que acuden a AP y derivar a los servicios de salud mental para una atención especializada (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda coordinar la atención entre los profesionales de salud mental y otros profesionales sanitarios para evitar problemas de división y confrontación entre ellos
√	Se recomienda proporcionar una atención integral al paciente, que incorpore los problemas de salud a menudo presentes en estos pacientes, tanto por sus estilos de vida como por sus hábitos cotidianos.

8.2.2. Servicios de atención secundaria: atención ambulatoria especializada: CSMA/CSMIJ

En nuestro entorno la atención a los menores de 18 años se realiza desde los centros de salud mental infantojuvenil (CSMIJ) y para mayores de 18 años en los centros de salud mental de adultos (CSMA), que como se ha dicho, reciben diferentes denominaciones según las CCAA.

Son dispositivos de la red de atención sanitaria especializada en salud mental, que han de atender a estos pacientes con estrategias terapéuticas específicas para esta patología, así como articular las intervenciones de otros servicios de ámbito comunitario (AP, servicios sociales, enseñanza,...) y las que se requieran de los equipamientos del circuito asistencial de Salud Mental (SM)[387]. En este sentido, es particularmente importante contar con una cierta flexibilidad en la organización asistencial que permita atender al paciente cuando lo requiere.

En la GPC del NICE (2009)[4] los resultados de estudios realizados en otros contextos, que evalúan, además, la configuración de servicios, señalan, entre otros resultados, que los dispositivos deberían ofrecer más de un tipo de intervención, estimular al paciente a que elija y tenga participación activa, tener un modelo de comprensión del TLP que sea coherente y disponga de claros sistemas de comunicación entre profesionales y con el paciente y/o su familia. La valoración del paciente debe realizarse dentro del servicio y éste debe tener facilidades para intervenir en situaciones de crisis. Estos estudios, enfatizan la necesidad de maximizar la efectividad, además de la seguridad y la reducción del daño.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica la RSEC de Malone[384], citada en el apartado 8.1, a la que se asigna un nivel de evidencia 1- (dado que no aborda específicamente el tratamiento de los pacientes con TLP) y obtuvo una valoración de calidad alta mediante el programa Osteba dada su calidad metodológica. Dicho estudio es una revisión de ECA realizados en el Reino Unido, que intenta evaluar los efectos del ECSM (CSMA y CSMIJ en nuestro contexto) en el tratamiento de personas con enfermedad mental grave, en comparación con el tratamiento estándar realizado por profesionales de consultas externas generalmente hospitalarias, sin formar parte de un equipo multidisciplinar. Otro objetivo marcado fue evaluar si los participantes con un trastorno de la personalidad, así como con una enfermedad mental grave, tenían una respuesta significativamente diferente al tratamiento en los CSM en comparación con los pacientes que sólo tenían un diagnóstico de enfermedad mental grave. La revisión incluye tres ECA[388-390] con un total de 587 pacientes con cualquier diagnóstico de enfermedad mental grave que hubieran sido atendidos en servicios de atención psiquiátrica para adultos.

A continuación se detallan las intervenciones comparadas:

- ECSM: asistencia a partir de un equipo multidisciplinario basado en la comunidad (que es más que una persona individual designada para trabajar dentro de un equipo).
- Atención estándar o convencional: debe ser definida como la asistencia normal en el área concerniente. Podría ser una asistencia sin equipos comunitarios, asistencia por

consulta externa, admisión hospitalaria (cuando sujetos con enfermedad aguda fueran excluidos de la admisión y asignados a ECSM o a cuidado hospitalario) u hospital de día.

- Los resultados del estudio muestran que el tratamiento en ECSM es equivalente a la asistencia convencional prestada sin estos equipos en sus aspectos más importantes, como la satisfacción por parte del usuario, la utilización de la asistencia sanitaria (duración del ingreso hospitalario, uso de servicios hospitalarios generales, número de visitas y uso de AP), el uso de servicios sociales, los síntomas de enfermedad mental grave, el funcionamiento social,los contactos policiales y los costes económicos de los tratamientos y de la asistencia en salud. También señalan que el tratamiento en ECSM es superior en cuanto a la reducción de las tasas de ingreso en los hospitales, en evitar las muertes por suicidio[384] y en aspectos como la satisfacción del paciente y de los cuidadores. Este último aspecto sería debido a que este abordaje suele reducir las hospitalizaciones. Con respecto a temas como suicidio, las diferencias a favor del ECSM no son significativas, pero existe una ligera disminución de fallecimientos dentro del grupo de ECSM frente a la atención estándar.

Resumen de la descripción de la evidencia

1-	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muerte por cualquier causa (n = 587; 3 ECA; RR = 0,47; IC: 0,2 a 1,3) durante la evaluación a medio plazo (3 a 12 meses) entre los ESMC y la atención estándar[384].
1-	Las tasas de ingreso en hospital fueron significativamente inferiores en el grupo de ECSM (n= 587; 3 ECA; RR = 0,81; IC: 0,7 a 1,0; NNT 17; IC: 10 a 104) en comparación con los que recibieron atención estándar[384].
1-	Se encontró un número significativamente menor de personas en el grupo de ECSM que no estaban satisfechas con los servicios en comparación con los que recibieron atención estándar (n = 87; RR = 0,37; IC: 0,2 a 0,8; NNT 4; IC: 3 a 11)[384,389].
1-	No se encontraron diferencias significativas en el uso de servicios de emergencia entre el grupo de ECSM y los que recibieron atención estándar (n = 587; 3 ECA; RR = 0,86; IC: 0,7 a 1,1)[384].
1-	No se encontraron diferencias entre los grupos en el contacto con los servicios de AP (n = 587; 3 ECA; RR = 0,94; IC: 0,8 a 1,1)[384].
1-	No se encontraron diferencias significativas en el uso de servicios sociales entre los que recibieron tratamiento con ECSM y los que recibieron atención estándar (n = 255; 2 ECA; RR = 0,76; IC: 0,6 a 1,0)[384].
1-	Los participantes del grupo de ECSM tuvieron significativamente más contacto con la policía en comparación con los que recibieron atención estándar (n = 255; RR = 2,07; IC: 1,1 a 4,0), aunque los datos fueron heterogéneos (I^2 = 53%)[384].
1-	Respecto a las tasas de suicidio las diferencias a favor del ECSM no son significativas, pero existe una ligera disminución de fallecimientos dentro del grupo de ECSM frente a la atención estándar[384].

En relación a este dispositivo asistencial la evidencia científica es insuficiente para determinar recomendaciones. La RSEC de Malone[384] aporta resultados interesantes en relación al papel de los ECSM en la atención a los pacientes con TMS, pero, de los 587 pacientes del estudio, no se especifica cuántos tienen diagnóstico de TLP, aun así su perfil coincide con las características de pacientes con TLP de larga evolución y deterioro

funcional. Por lo tanto, la evidencia es escasa, los resultados no son generalizables a toda la población objeto de estudio de esta guía, aunque sí se han tenido en cuenta respecto a los pacientes con TLP cuyo grado de severidad es alto. Además, la red de salud mental del contexto en el que se realizan los estudios difiere en buena medida del nuestro, lo que limita la aplicabilidad de los resultados.

A partir de las recomendaciones de la GPC del NICE (2009)[4], del grupo de trabajo de la guía, y los datos de la revisión mencionada, las recomendaciones que se pueden hacer respecto a este apartado son las siguientes:

Recomendaciones

√	Se recomienda que los ECSM sean los responsables de la evaluación, el tratamiento y la continuidad asistencial de las personas con TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda disponer en los CSM de un programa específico para pacientes con TLP adaptado a las necesidades y características de esta población.
√	Se recomienda evaluar a una persona con posible TLP considerando (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía). El funcionamiento psicosocial y sociolaboral, las estrategias de afrontamiento, los puntos fuertes y las vulnerabilidades ▪ Los problemas sociales y trastornos mentales comórbidos ▪ Las necesidades de los familiares a su cargo, especialmente sus posibles hijos dependientes
C	Se recomienda ofrecer tratamiento en CSM en cuanto podría disminuir las muertes por suicidio y los ingresos hospitalarios en las personas con enfermedades mentales graves (incluidas las personas con TLP).
C	Se recomienda tratar a las personas con enfermedades mentales graves (incluidas las personas con TLP) en CSM dado que proporciona mayor aceptación y satisfacción del tratamiento en los pacientes del servicio en relación a la atención estándar.
√	Se recomienda desarrollar un plan asistencial integral, adaptado a las necesidades y evolución del paciente, que incorpore la atención a la comorbilidad física y psíquica, la gestión de los riesgos, especialmente los referidos a autolesiones y tentativas de suicidio y un plan de atención a la crisis.
√	Se recomienda implicar y comprometer al paciente en su tratamiento formalizado en el establecimiento de un contrato que especifique el marco terapéutico y las responsabilidades de los profesionales, paciente y familia, si procede.
√	Se recomienda realizar indicación de psicoterapia si el paciente reconoce su implicación en lo que le ocurre y manifiesta deseo de cambio. Todo ello teniendo en cuenta su grado de deterioro y severidad, las posibilidades de mantenerse en el marco de la relación terapéutica, y la disponibilidad y posibilidades reales del equipo para ofrecer el tratamiento.
√	Se recomienda ofrecer una atención coherente y consistente, evitando cambios frecuentes de servicio o de los profesionales designados como referentes del paciente o la familia.
√	Se recomienda proporcionar apoyo, información y formación a los equipos de AP del sector en relación a su papel en la atención a los pacientes con TLP.

8.2.3. Servicios de hospitalización total

En el marco del tratamiento general del paciente con TLP, los hospitales pueden ser el lugar adecuado para iniciar o cambiar de terapia, o para manejar las crisis, especialmente en aquellos pacientes en que se valora un riesgo grave de daño contra sí mismos o contra otras personas y se considera que la situación no puede ser contenida ambulatoriamente. Debe intentarse la hospitalización voluntaria de estos pacientes. Si se niegan a ello, pueden ser hospitalizados de manera no voluntaria, si su estado cumple los criterios establecidos para un ingreso involuntario, según las normas legales vigentes (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.

Los pacientes con TLP son usuarios frecuentes de los servicios de urgencias y de los servicios de hospitalización[391]. No obstante, y a pesar del uso reiterado de ingresos para el control y tratamiento de estos pacientes, la efectividad del ingreso hospitalario como intervención global sigue siendo incierta, principalmente por la ausencia de evidencias de calidad que valoren el impacto de la asistencia hospitalaria en la evolución del TLP[4]. Hasta la fecha, la literatura sobre el tratamiento en régimen de ingreso del TLP se basa, en su mayor parte, en la opinión de expertos. Varios expertos sugieren que el ingreso hospitalario ejerce un resultado negativo[392,393]. Otros advierten en contra de este supuesto, ya que no existe evidencia concluyente que señale que la hospitalización es perjudicial[394]. Sin embargo, en la literatura existe un consenso general de que es poco probable que los ingresos prolongados en unidades de ingreso psiquiátrico estándar sean útiles para el tratamiento de la personalidad borderline[393-395] y que, si se necesitan unidades de ingreso no especializadas, debería ser durante un período breve (entre 1 y 2 semanas) y centrándose en el manejo de las crisis[4,395]. Es prudente establecer este período de tiempo en el momento del ingreso para evitar los vínculos regresivos, idealizados o dependientes[396]. Según varios autores, la prolongación de estancias en el hospital no suele producirse tanto por su valor terapéutico, como por la falta de servicios más apropiados del nivel de atención inferior (hospitalización de día o servicios ambulatorios con programas especializados)[397]. La importancia de tener un plan de alta hospitalaria gradual y cuidadoso se debe, entre otras razones, al hecho de que muchos suicidios se cometen inmediatamente después del alta o justo antes de un alta involuntaria[186,398].

A menudo el uso de la hospitalización psiquiátrica, tanto de agudos como de subagudos y rehabilitación, surge como alternativa a la ausencia de programas ambulatorios especializados en la atención a pacientes con TLP.

En situaciones excepcionales, de larga evolución, extrema gravedad y severidad (elevada comorbilidad diagnóstica, tanto con trastornos mentales, como con otros trastornos de la personalidad), elevado deterioro cognitivo y de funcionamiento psicosocial, pueden ser necesarios lugares de vida (residencias, pisos asistidos) con apoyo sociosanitario.

En nuestro medio los servicios de hospitalización total se organizan en distintas unidades o dispositivos asistenciales:

a) Agudos

b) Subagudos

c) Otras unidades de subagudos: ***c***omunidad terapéutica

d) Unidades rehabilitadoras de hospitalización

8.2.3.1. Unidad de hospitalización de agudos

Es un dispositivo de internamiento breve, con preferencia de uso voluntario, al que se suele acceder por derivación de los servicios de urgencias o de los CSM. Si el paciente no acepta el ingreso y se da una situación de riesgo para sí mismo o para los demás, se puede proceder a un ingreso involuntario garantizando, como ya se ha dicho, el respeto a los derechos del paciente y favoreciendo la reconversión del ingreso en voluntario[399]. El tratamiento en la unidad de agudos está focalizado en la contención de la situación de crisis, cuando ésta no es abordable ambulatoriamente, en la mejoría de la exacerbación sintomática característica de la misma y en favorecer un ágil regreso al entorno habitual una vez el paciente se ha estabilizado.

A continuación se describen funciones de estas unidades de hospitalización:

- Realización de visitas diagnósticas y de valoración.
- Realización de diagnóstico de TLP y otros diagnósticos comórbidos. Valoración del grado de severidad y alteración en el funcionamiento psicosocial.
- Realización del tratamiento.
- Derivación, al alta, al dispositivo que corresponda según el itinerario asistencial propuesto, en función del proyecto terapéutico.

La GPC del NICE (2009)[4] no identifica RSEC ni estudios referidos a unidades de hospitalización de agudos.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un estudio[400] en relación a los servicios de hospitalización en una unidad de agudos, al que se le asigna un nivel de evidencia 2-. Es una revisión retrospectiva sobre las tasas de admisión de las personas con TLP en la unidad psiquiátrica de un hospital general.

En este estudio, de un total de 970 pacientes que fueron admitidos en una unidad psiquiátrica durante los años 2004 y 2005, sólo 48 presentaban un diagnóstico de TLP y realizaron un total de 78 ingresos. Esta unidad psiquiátrica que dispone de 34 camas y permanece abierta las 24 horas, está principalmente orientada a ingreso a corto plazo de pacientes con trastornos severos psicóticos y depresivos y no proporciona tratamiento específico para pacientes con TLP. Los autores concluyeron que los pacientes con TLP sufren más hospitalizaciones que las personas con otros diagnósticos psiquiátricos, y encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los motivos de ingreso: intento de suicidio o amenazas suicidas y carencias del sistema en los dispositivos de hospitalización parcial. Los autores sugirieron que las principales razones de una mayor tasa

de admisiones de pacientes con TLP son las tentativas y amenazas suicidas, y, probablemente la carencia de programas de tratamiento psicoterapéuticos específicos (psicodinámicos y TDC) dirigidos a estos pacientes.

Resumen de la descripción de la evidencia

2-	Los pacientes con TLP sufren más hospitalizaciones que las personas con otros diagnósticos psiquiátricos, la media de admisiones fue de 1,63±1,25 para pacientes con TLP y 1,18±1,02 para el resto de pacientes, respectivamente. La diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$)[400].
2-	Respecto a la duración de la estancia hospitalaria, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (15,4±13,9 media de días para pacientes con TLP y 14,6± para el resto de pacientes)[400].
2-	Las principales razones de una mayor tasa de admisiones de pacientes con TLP son las tentativas y amenazas suicidas, y, probablemente, la carencia de programas ambulatorios de tratamiento psicoterapéuticos específicos dirigidos a estos pacientes[400].

Las recomendaciones en relación a estas unidades de hospitalización de agudos se han ubicado al final del apartado 8.2.3. de servicios de hospitalización total.

8.2.3.2. Unidad de hospitalización de subagudos

Es un dispositivo de internamiento para pacientes con mayor grado de severidad, que no mejoran con hospitalización en unidad de agudos, y necesitan un internamiento de más larga duración (hasta 3 meses) para estar en condiciones, posteriormente, de reanudar el tratamiento en otro nivel asistencial, como, por ejemplo, en hospitalización parcial. Posibilita un tratamiento intensivo, en un entorno contenedor, en pacientes que no disponen en aquel momento de recursos personales ni en su propio entorno, que les permita sostener su tratamiento a nivel ambulatorio.

A continuación se describen las funciones de estas unidades de hospitalización:

- Realización de visitas diagnósticas de valoración.
- Realización de diagnóstico de TLP y otros diagnósticos comórbidos. Valoración del grado de severidad y alteración en el funcionamiento psicosocial.
- Realización del tratamiento.
- Derivación, al alta, al dispositivo que corresponda según el itinerario asistencial propuesto en función de su proyecto terapéutico.

La GPC del NICE (2009)[4] no identifica estudios sobre este tipo de dispositivo asistencial de internamiento.

En la búsqueda de la AIAQS no se localizaron estudios referentes a este dispositivo asistencial de internamiento.

Resumen de la descripción de la evidencia

No se dispone de estudios en relación a este dispositivo asistencial

Las recomendaciones en relación a estas unidades de hospitalización de subagudos se han ubicado al final del apartado 8.2.3. de servicios de hospitalización total.

8.2.3.3. Otras unidades de hospitalización de subagudos: comunidades terapéuticas

En nuestro contexto las comunidades terapéuticas son unidades de subagudos, que constituyen unidades de hospitalización total con un modelo terapéutico y de tratamiento distinto al de las comunidades terapéuticas para el tratamiento de las adicciones y al de las unidades de subagudos ya mencionadas. La duración del ingreso suele ser de entre 3 y 6 meses.

La comunidad terapéutica es un entorno planificado que aprovecha el valor terapéutico de los procesos sociales y grupales. 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[4,401].

La GPC del NICE (2009)[4] identifica cinco estudios de cohortes prospectivos[402-406] referidos a comunidades terapéuticas de rehabilitación, no incluidas en la presente guía debido a que son unidades residenciales, y que no tienen correspondencia, actualmente, en nuestro entorno sanitario.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica una revisión narrativa[385] en relación al tratamiento psicosocial en ingreso hospitalario en pacientes conTLP, a la que se le asigna un nivel de evidencia 4. Esta revisión obtuvo una valoración de la calidad baja según el programa Osteba. No se identificaron ECA.

A través de búsqueda manual se identifica un artículo de Chiesa[407] al que se le asigna un nivel de evidencia de 2-. Este estudio realiza una revisión de tres programas de tratamientos para TP durante 6 años.

El estudio de Chiesa[385] es una revisión histórica y actual de la evidencia cintífica y clínica, respecto al tratamiento del TLP basado en el modelo psicoanalítico, y en régimen de comunidad terapéutica. En esta revisión se mencionan los artículos, autores y resultados de forma descriptiva, sin análisis estadísticos, y no proporcionan información completa, en varias de las referencias, de la duración de los estudios incluidos, ni de las muestras estudiadas. Los autores concluyen, por una parte, que los modelos institucionales basados en modelos psicoanalíticos y de comunidad terapéutica han aportado una función valiosa en el tratamiento del TLP y otros trastornos graves de personalidad. Por otra parte, consideran que su práctica está en marcado declive debido a los cambios sociales, a los cambios en las

políticas de salud mental y a los cambios en la cultura psiquiátrica actual, los cuales favorecen, según los autores, los tratamientos basados en la comunidad. Asimismo han mostrado su efectividad modelos de corta estancia hospitalaria, programas de hospitalización parcial y tratamientos ambulatorios especializados en la atención a los pacientes con TLP.

El estudio de Chiesa[407] es un estudio prospectivo de seguimiento de 111 pacientes con trastorno de personalidad (TP) a lo largo de 72 meses. Realiza una revisión de tres programas de tratamientos que consisten en dos programas psicosociales diferentes (step-down o decreciente y de hospitalización de larga duración) y el tercero en un TAU. En las tres muestras se compararon la gravedad de los síntomas, la adaptación social, el funcionamiento global y otros indicadores clínicos (autolesiones, conductas parasuicidas, reingresos) en la admisión, a los 6, 12, 24 y 72 meses. Los resultados indican que el modelo especializado de step-down mostró cambios significativamente mayores que el modelo hospitalario y el TAU, y que en la mayoría de las dimensiones la diferencia se mantiene a los 72 meses. La mejoría no se asoció con los tratamientos recibidos el año previo. Sin embargo, como limitación se señala la no aleatorización de las muestran en cada programa de tratamiento.

Resumen de la descripción de la evidencia

4	Los modelos institucionales basados en modelos psicoanalíticos y de comunidad terapéutica han aportado una función valiosa en el tratamiento del TLP y otros trastornos graves de personalidad, pero su práctica está en marcado declive debido a los cambios sociales, a los cambios en las políticas de salud mental y en la cultura psiquiátrica actual, los cuales favorecen los tratamientos basados en la comunidad[385].
4	Los modelos de ingreso de corta estancia hospitalaria, programas de hospitalización parcial y tratamientos ambulatorios especializados en la atención a los pacientes con TLP han mostrado su efectividad[385].
2-	Con respecto a la gravedad de los síntomas, a los 72 meses el 62% de los pacientes que participaron en el grupo de hospitalización decreciente (step-dow) se encontraba por debajo del umbral clínico en comparación con sólo el 26% en el grupo de hospitalización de larga duración y sólo el 13% en el grupo de TAU[407].
2-	La diferencia entre grupos en las tasas de mejoría clínica significativa también fue reveladora utilizando la Global Assessment Scale ($\chi^2 = 7,84$; gl = 2; $p < 0,03$)[407].
2-	Se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento en la predicción de autolesiones a los 72 meses de seguimiento ($\chi^2 = 9,22$; gl = 2; $p < 0,01$)[407].

Las recomendaciones en relación a estas unidades de hospitalización de subagudos: comunidades terapéuticas se han ubicado al final del apartado 8.2.3. de servicios de hospitalización total.

8.2.3.4. Unidades rehabilitadoras de hospitalización

Son dispositivos de hospitalización (hasta 24 meses) con finalidad rehabilitadora. Se dirige a pacientes más severos, de larga evolución, con mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, resistentes a tratamientos previos, y con discapacidad funcional para

mantenerse y sostener un tratamiento en la comunidad, y que requieren de un proyecto de tratamiento específico del TLP a medio o largo plazo. Dicho tratamiento debe ir acompañado de un proyecto de rehabilitación y continuidad de cuidados en la comunidad, en el momento del alta.

A continuación se describen las funciones de estas unidades rehabilitadoras de hospitalización:

- Realización de visitas de valoración.
- Evaluación psicosocial específica por áreas de funcionamiento.
- Diseño del programa individual de rehabilitación y reinserción (PIRR).
- Realización del tratamiento.
- Derivación, al alta, al dispositivo que corresponda según el itinerario asistencial propuesto en función de su proyecto terapéutico.

La GPC del NICE (2009)[4] identifica tres estudios de los mismos autores[408-410], que corresponden a la misma muestra de 66 pacientes, 38 hombres y 28 mujeres, ingresados en una unidad hospitalaria de Finlandia en la que se les ofrece un tratamiento psicoterapéutico psicodinámico individual y grupal, así como el tratamiento farmacológico que requieren. El objetivo de este estudio de seguimiento era valorar la efectividad de esta intervención a través de los síntomas de ansiedad y depresión. Estos artículos no se han incluido en la presente guía debido a la no correspondencia con unidades existentes en nuestro sistema sanitario, y a la limitación de estas medidas de resultado como elementos de valoración de la evolución global del TLP.

En la búsqueda de la AIAQS no se localizaron otros estudios referentes a este dispositivo asistencial.

Resumen de la descripción de la evidencia

No se dispone de estudios en relación a este dispositivo asistencial

Las recomendaciones en relación a las unidades de rehabilitación hospitalaria, así como las de los otros dispositivos de hospitalización, se detallan a continuación.

En relación a las diversas unidades de hospitalización la evidencia científica es insuficiente para determinar recomendaciones. La mayor parte de la literatura existente se basa en opiniones de expertos recogidas en la introducción de este apartado. Asimismo, los estudios identificados en la presente GPC aportan resultados limitados:

- Unidades de agudos. No se identifican RSEC ni ECA. Se identifica un estudio[400] con un nivel de evidencia 2-, en el que se analizaban 970 ingresos, de los cuales 48 pacientes estaban diagnosticados de TLP y realizaron 78 ingresos.

- Unidades de subagudos. No se identificaron RSEC ni ECA ni estudios referentes a este dispositivo.
- Comunidades terapéuticas. No se identificaron ECA. Se identifica una revisión narrativa[385] con un nivel de evidencia 4, que se refiere a "tratamientos psicosociales" durante el ingreso hospitalario, y sus resultados son no generalizables al dispositivo "comunidad terapéutica" tal y como se conoce en nuestro ámbito. Se identifica un estudio prospectivo de Chiesa[407] con un nivel de evidencia de 2- que muestra que el modelo especializado de step-down presentó cambios significativamente mayores que el modelo hospitalario y el TAU, y que en la mayoría de las dimensiones la diferencia se mantiene a los 72 meses
- Unidades de rehabilitación hospitalaria. No se localizaron estudios referentes a este dispositivo.

La limitada evidencia científica referida a las unidades de hospitalización total impide formular recomendaciones al respecto. Considerando las recomendaciones de la GPC-TLP del NICE (2009)[4] y la opinión del grupo de trabajo de la guía, se puede sugerir que la hospitalización total, puede resultar útil para el manejo de las crisis, el control del riesgo suicida, conductas disruptivas de alta intensidad y frecuencia y el tratamiento de patología comórbida, y no tanto para tratar el TLP.

Recomendaciones

√	Se recomienda el tratamiento en un entorno ambulatorio y, en caso de situación de crisis, valorar un ingreso hospitalario (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda la hospitalización dado que puede resultar útil para el manejo de las crisis, el control del riesgo suicida y el tratamiento de los síntomas clínicos, aunque no para tratar el TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

8.2.4. Servicios de hospitalización parcial: hospitales de día

Son dispositivos de hospitalización a tiempo parcial que permiten dar continuidad al tratamiento de las personas con TLP postcrisis, es decir, al alta de un ingreso en hospitalización total, o también para tratar de evitarla (riesgo de crisis) o contenerla mediante un tratamiento ambulatorio de alta intensidad. El tratamiento se organiza de modo intensivo, colaborando con y en el entorno del paciente. Proporciona evaluación diagnóstica y tratamiento específico intensivo a las personas con TLP, de abordaje multifactorial, con componentes terapéuticos diversos, que permiten tratar al paciente en función de sus necesidades, grado de motivación y síntomas característicos en aquel momento. El tratamiento es intensivo y la intervención terapéutica debe estar alrededor de las 20 horas semanales[411].

Con el tratamiento se pretende conseguir una estabilización sintomática de consistencia suficiente como para continuar el tratamiento en el CSM de referencia y, si procede, en los

dispositivos de rehabilitación del sector (rehabilitación básica, prelaboral, formativa y/o acompañamiento a la inserción laboral o estudios).

La GPC del NICE (2009)[4] no detecta estudios referentes a este dispositivo de hospitalización.

En la búsqueda de la AIAQS se identificaron dos artículos[412,413] a los que se les asigna un nivel de evidencia 2+ y 2+, respectivamente. No se encontraron RSEC ni ECA.

El estudio prospectivo naturalístico comparativo de Petersen[412] expone los resultados de un programa de psicoterapia para pacientes con trastornos graves de la personalidad (incluidos pacientes con TLP) en una clínica danesa. Analiza la efectividad de los tratamientos comparando el programa de tratamiento de día con un tratamiento convencional en los pacientes en lista de espera. La muestra del estudio está formada por 66 pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad, 38 recibieron el programa de tratamiento de día y 28 formaron el grupo de lista de espera. El programa de tratamiento de día incluye terapia psicodinámica (dos veces/semana), terapia cognitiva, psicoeducación, grupo de música o arteterapia (una vez/semana) en formato individual y grupal, tratamiento farmacológico y una persona auxiliar de referencia, todo ello durante 5 meses. El grupo de lista de espera en momentos de crisis y de pobre motivación era atendido individualmente por un miembro del equipo, con el objetivo de mantener al paciente en el grupo de lista de espera y prepararlo para el tratamiento de día en grupo.

Los objetivos del programa del grupo de tratamiento fueron: establecer una alianza terapéutica, reducir síntomas como hospitalizaciones y suicidios, mantener el funcionamiento social y mejorar el funcionamiento interpersonal. Se midieron estos indicadores al inicio del tratamiento y al final (5 meses). El programa resultó eficaz para reducir las hospitalizaciones e intentos de suicidio, para la estabilización psicosocial y disminución de quejas. Aun así no se apreciaron cambios significativos en los rasgos de personalidad.

El estudio de Gratz[413] intenta medir los cambios apreciados en una muestra de 36 pacientes con diagnóstico de TLP que se incorporan en el estudio a lo largo de 18 meses. Los pacientes completaron cuestionarios de admisión donde se midieron comportamientos relevantes y síntomas (estado de ánimo, desregulación emocional, conductas parasuicidas, gravedad de los síntomas y calidad de vida) que se evaluaron basalmente, al mes y a los 3 meses. Los resultados indican una mejora significativa en el estado de ánimo y la desregulación emocional, en las conductas parasuicidas, y en la gravedad de los síntomas en el primer mes y a los 3 meses de seguimiento del tratamiento. Sin embargo, ni el funcionamiento global ni la calidad de vida mejoró. Se observó que se obtenían mejoras relevantes ya en fases iniciales del tratamiento.

Resumen de la descripción de la evidencia

2+	Los pacientes con trastornos graves de la personalidad (incluidos pacientes con TLP) que recibieron un programa de psicoterapia realizaron menos hospitalizaciones (hospitalización en unidades de urgencias psiquiátricas p ≤ 0,001; hospitalización en hospitales psiquiátricos p ≤ 0,05) y el porcentaje de tentativas de suicidio fue significativamente menor (p ≤ 0,01) en comparación con el grupo de lista de espera[412].
2+	Los pacientes que recibieron un programa de psicoterapia en hospital de día experimentaron una mejoría significativa e importante de la GAF-F (p < 0,0001) en el grupo de intervención. En el grupo de comparación no se apreciaron cambios y el efecto fue escaso. La diferencia entre grupos fue muy significativa (p = 0,0019). La intervención supuso un importante efecto significativo en la GAF-S (p < 0,0001) sin observarse efecto alguno en el grupo de comparación. En consecuencia, la diferencia entre grupos fue muy significativa (p < 0,0001)[412].
2+	Los pacientes que recibieron un programa de psicoterapia en hospital de día experimentaron en el ajuste social una mejora significativa, con un efecto medio en el grupo de intervención (p = 0,0055) y deterioro en el grupo de comparación, aunque no significativo, y con un tamaño del efecto que desapareció. La diferencia entre grupos se situó en el límite de la significación (p = 0,047)[412].
2+	Los resultados indican cambios significativos (con grandes tamaños de efecto) respecto al valor basal a 1 mes en todos los parámetros sintomáticos, salvo en la Anger Rumination Scale (ARS). Los resultados obtenidos al cabo de 1 mes en las diferentes escalas fueron: DASS Depression (p < 0,01), DASS Anxiety(p < 0,05), DASS Stress (p < 0,05), ARS (p < 0,10), DERS (p < 0,05), BEST (p < 0,01), BASIS-R (p < 0,01), SBQ-14 (p < 0,05) y DSHI (p < 0,05)[413].
2+	El porcentaje de pacientes con actividades autolesivas disminuyó de forma significativa respecto al valor basal (67%) al cabo de 1 mes (28%; t = 3,29; gl = 17; p < 0,01). No obstante, el pequeño incremento detectado de estas actividades a los 3 meses de tratamiento (39%) hace que las diferencias en el porcentaje de pacientes con autolesiones a los 3 meses respecto al valor basal (t = 2,05; gl = 17; p = 0,06) y entre los meses 1 y 3 (t = 1,00; gl = 17; p > 0,10) no sean significativas[413].
2+	Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (todos ellos severos en el momento basal) disminuyen significativamente, aunque aún eran moderados (es decir, puntuaciones de 14-20 para depresión y de 10-14 para ansiedad) después de 3 meses de tratamiento[413].
2+	El 56% de los pacientes refirió una mejoría fiable de la disregulación emocional, alcanzando el 44% niveles normales de funcionamiento en la escala DERS[413].
2+	Con respecto a la incidencia de parasuicidio, el 39% de los pacientes refirió una mejoría fiable de la tendencia suicida (si bien ninguno refirió una puntuación fuera del intervalo clínico en el SBQ-14)[413].
2+	Con respecto a la intensidad de los síntomas, el 39% de los participantes refirió una mejoría fiable de los síntomas de TLP (llegando el 22% a niveles de funcionamiento normales) y el 56% refirió una mejoría fiable de la intensidad de los síntomas psiquiátricos (si bien ninguno refirió una puntación fuera del intervalo clínico)[413].
2+	Con respecto al deterioro social, el 39% de los participantes refirió una mejoría fiable de la calidad de vida, pero sólo el 11% alcanzó niveles normales de funcionamiento en el QOLI[413].

En relación a este dispositivo asistencial la evidencia científica es insuficiente para determinar recomendaciones consistentes. No se identifican RSEC ni ECA. Se localizaron

dos artículos[412,413], ambos con un nivel de evidencia 2+. Tanto las muestras pequeñas (66 y 36 pacientes, respectivamente) como el hecho de que los estudios pertenezcan a contextos y dispositivos asistenciales distintos al nuestro, hacen que se deban tomar con prudencia los resultados de ambos estudios por su difícil generalización y aplicabilidad, y que sea necesario realizar más estudios para poder sostener recomendaciones con mayor fiabilidad.

Sin embargo, dado que los resultados de los estudios coinciden con la experiencia de los profesionales del grupo de trabajo de la guía, se han tenido en cuenta para realizar las recomendaciones de esta guía, en especial, en relación a los efectos positivos mostrados por los programas de tratamiento en hospital de día en las variables estudiadas (reducción de hospitalizaciones, intentos de suicidio, estabilización psicosocial, reducción de quejas[412], ánimo, disregulación emocional, conductas parasuicidas)[413], así como la conclusión[413] de que son necesarios tratamientos en hospitalización parcial superiores a 6 meses para conseguir cambios en el funcionamiento global y en la calidad de vida.

Recomendaciones

C	Se recomienda ofrecer programas de psicoterapia en hospital de día para reducir las hospitalizaciones e intentos de suicidio, mejorar la estabilización psicosocial y disminuir las quejas.
C	Se recomienda el tratamiento en hospital de día para mejorar el estado de ánimo, la desregulación emocional, las conductas parasuicidas y la severidad sintomática.
√	Se recomienda un tratamiento de duración superior a 6 meses para conseguir cambios significativos en el funcionamiento global, las relaciones interpersonales, el funcionamiento vocacional y en la calidad de vida.

8.2.5. Servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral

El apoyo a la capacitación e inserción sociolaboral ha de estar presente en todos los servicios y niveles asistenciales. Aun así, hay pacientes que necesitan un apoyo más intensivo y específico en el ámbito rehabilitador[387].

8.2.5.1. Servicios de rehabilitación comunitaria

El Servicio de rehabilitación comunitaria (SRC) es un servicio sanitario especializado que realiza funciones de atención especializada en salud mental y de rehabilitación psiquiátrica en la comunidad. Es un equipo multiprofesional formado por psicólogos, diplomados en educación social, diplomados en terapia ocupacional, diplomados en trabajo social, integradores sociales y personal administrativo que garantiza una atención profesional, confidencial y personalizada. Son servicios adecuados para pacientes que siguen tratamiento en el CSM, y tienen patología severa, con necesidades rehabilitadoras básicas, de rehabilitación prelaboral o de inserción sociolaboral y acompañamiento a la misma. El SRC ofrece un conjunto de servicios de rehabilitación e inserción a la comunidad, diseño de programas individualizados de rehabilitación y reinserción social, asesoramiento y apoyo a las familias de los usuarios, intervención comunitaria con entidades públicas y privadas en tareas de sensibilización, coordinación y organización de recursos para los usuarios.

(http://www.chmcorts.com/website/). La GPC del NICE (2009)[4] no localizó estudios relevantes sobre este tema.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un artículo de Hennessey[414], al que se le asigna un nivel de evidencia 4, y un artículo de Arza[190], ya descrito en el apartado 5.7 de la presente guía.

En este artículo, Hennessey describe, partiendo de revisiones bibliográficas, los aspectos médicos y psicosociales del TLP. Opina que, el TLP, es un trastorno difícil tanto para quien lo padece como para los profesionales que lo atienden. Concluye que el conocimiento del desarrollo de este trastorno así como modos eficaces de tratamiento serviría para mejorar el tratamiento de las personas con TLP. Por tanto, los profesionales de rehabilitación están obligados a comprender las características psicosociales subyacentes del TLP y empezar a conocer y familiarizarse con sus propios prejuicios en relación con discapacidades psiquiátricas en general, y del TLP en particular. Por su temática, este artículo se incluye en el apartado 8.4 de Consideraciones sobre la formación especializada de los profesioanles sanitarios.

En el estudio de Arza[190] se describe un programa específico de rehabilitación neurocognitiva. Los resultados del estudio mostraron una mejora significativa en todos los parámetros neuropsicológicos disfuncionales que se asoció, además, a un aumento sustancial de las habilidades en el manejo diario, tanto en las actividades cotidianas como en la relación social y en el desempeño laboral.

8.2.5.2. Servicios de reinserción laboral

Son servicios dirigidos a apoyar el acceso al mundo laboral de pacientes con trastorno mental, que presentan dificultades en la inserción laboral. Los programas de rehabilitación y reinserción laboral existentes están preferentemente orientados a atender a pacientes con trastornos mentales graves, la mayoría de pacientes con TLP no se adaptan a estos programas de reinserción y formación laboral; el sentimiento de frustración es por un igual frecuente en los usuarios y en los profesionales de los programas de reinserción.

La evolución del TLP es con frecuencia tórpida y de larga duración, con el consiguiente efecto de desvinculación del mundo laboral y difícil acceso posterior. El entorno laboral enfrenta generalmente al paciente con TLP con sus principales limitaciones (tolerancia, autocontrol, estabilidad emocional). Por lo tanto, la inserción laboral de estos pacientes, requiere de la adaptación de los servicios de reinserción laboral a este perfil de población.

La GPC del NICE (2009)[4] no localizó estudios relevantes sobre este tema.

En la búsqueda de la AIAQS se identificaron un artículo de Hennessey[414], ya comentado en el apartado de servicios de rehabilitación comunitaria, y un artículo de Elliot[274], ya descrito en el apartado 5.7 de rehabilitación funcional e integración laboral.

Hennessey[414] plantea la necesidad de formación de los profesionales que trabajan en el ámbito de la rehabilitación comunitaria y de la inserción laboral, a fin de que puedan

desarrollar estrategias de intervención adecuadas a las características de estos pacientes que mejoren la eficacia de la reinserción laboral. Por su temática, este artículo se incluye en el apartado 8.4 de Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios.

En el artículo de Elliot[274] se describe un programa de preparación laboral en la ciudad de New York denominado “The connections Place” (TCP). Su objetivo es ayudar y preparar a las personas con TLP a dar perqueños pasos hacia la búsqueda de empleo. La mayoría de personas que han participado en este programa se han involucrado en actividades como escribir su currículum vitae por primera vez, realizar búsquedas de trabajos, y prepararse para obtener una entrevista. Las personas aportaron mejoras en sus vidas, incluyendo una disminución en el aislamiento social, más contactos sociales y mayor productividad.

Resumen de la descripción de la evidencia

No se dispone de estudios en relación a este dispositivo asistencial.

A pesar de no disponer de estudios relevantes sobre los servicios de rehabilitación comunitaria y de inserción laboral, los estudios citados coinciden con la experiencia de los profesionales del grupo de trabajo de la guía y se han tenido en consideración para la formulación de recomendaciones en este apartado, aunque se necesita realizar más estudios en el ámbito específico de la rehabilitación

Recomendaciones

√	Se recomienda ofrecer intervenciones de rehabilitación cognitiva a las personas con TLP y alteración cognitiva, integradas en programas más amplios de rehabilitación psicosocial e incorporadas al plan de tratamiento
√	Se recomienda que los equipos de rehabilitación y reinserción laboral tienen que ser flexibles y específicos, es decir, adaptados a las situaciones y necesidades de cada paciente con TLP.
√	Se recomienda en pacientes con TLP y déficits cognitivos, su participación en programas específicos de rehabilitación neurocognitiva para mejorar los parámetros neuropsicológicos disfuncionales y aumentar las habilidades en el manejo diario, tanto en las actividades cotidianas como en la relación social y en el desempeño laboral.
√	Se recomienda que los equipos de rehabilitación y reinserción laboral deben contar con la figura del “insertor laboral”, especializado y formado en la problemática del TLP, y en estrecha coordinación con los equipos de los CSM que intervienen a nivel psicológico, psiquiátrico y social en la asistencia a esta patología.
√	Se recomienda que la vinculación a programas de reinserción y formación laboral sea incluida en el proyecto terapéutico individualizado (PTI), del paciente, y debe estar consensuado con el paciente, los profesionales y los equipos que intervienen simultáneamente en el caso.
√	Se recomienda que en pacientes con dificultad de inserción en el mercado laboral ordinario, puede ser necesario evaluar su grado de discapacidad y facilitar la tramitación del certificado de disminución a fin de acogerse a las prestaciones que éste ofrece.

8.2.6. Itinerario asistencial

El TLP es un trastorno de larga evolución, con distintos momentos evolutivos característicos del propio trastorno, que van desde períodos de crisis hasta períodos más estables, pasando por fases de estabilización. Según estos períodos, y la gravedad clínica y psicosocial de los pacientes, algunos pueden permanecer estables sin recibir tratamiento específico o sólo con el apoyo y tratamiento farmacológico del médico de AP. En otros momentos, el tratamiento se realizará en los CSM, con o sin intervenciones específicas para esta patología, y en otros, se puede requerir la intervención de otros dispositivos y profesionales. Así, el trastorno sigue un proceso no lineal en el que se puede requerir la intervención, secuenciada o en paralelo, de diferentes profesionales y servicios. Este proceso debe ser coordinado y no fragmentado, de manera que el tratamiento en un dispositivo sea coherente con lo trabajado con anterioridad con el paciente. Es decir, requiere de un itinerario asistencial específico y especializado adaptado a cada paciente y al servicio de la red que corresponda.

Tabla 25. Itinerario asistencial

Fase	Objetivos	Dispositivos	Intervenciones
Crisis	Disminuir/reducir síntomas Prevenir suicidio/autolesiones	Centro de salud mental Hospitalización de agudos Servicios de urgencias	Diagnóstico, evaluación y plan de crisis Manejo de la crisis con el paciente y su entorno Psicoeducación Tratamiento farmacológico si procede.
Estabilización	Lograr una disminución continuada de síntomas Mejorar la tolerancia al estrés y las dificultades Construcción de alianza terapéutica Control de impulsos/emociones Mejorar la adaptación y funcionamiento social	Centro de salud mental Hospitalización parcial. Comunidad terapéutica Hospitalización de subagudos Servicios de rehabilitación comunitaria Programas de gestión de casos	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación Educación sanitaria y psicoeducación Tratamiento farmacológico si procede
Estable	Construcción de alianza terapéutica Control de impulsos/emociones Apoyar la adaptación y funcionamiento social Mejorar la calidad de vida	Centro de salud mental Servicios de rehabilitación comunitaria Servicios de inserción laboral Programas de gestión de casos	Evaluación continuada y adaptación del plan terapéutico. Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la estabilidad Educación sanitaria y psicoeducación Habilidades sociales Apoyo a la inserción laboral y comunitaria Apoyo a la formación Tratamiento farmacológico si procede

Pacientes con mayor grado de severidad, larga evolución, mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, resistentes a tratamientos previos, escaso soporte sociofamiliar, y con discapacidad funcional para mantener su estabilidad y sostener un tratamiento en la comunidad, pueden requerir de un internamiento a más largo plazo, hasta 2 años, en unidades rehabilitadoras de hospitalización. Dicho tratamiento debe ir acompañado de un proyecto de rehabilitación y continuidad de cuidados en la comunidad, en el momento del alta.

La GPC del NICE (2009)[4] no localizó estudios relevantes sobre este tema.

En la búsqueda de la AIAQS se identifican dos artículos[415,416] a los que se les asigna un nivel de evidencia 2-. El artículo de Horz[416] es un seguimiento al cabo de 10 años de la misma muestra de pacientes que Zanarini[415].

El objetivo del estudio de Zanarini[415] era describir el tratamiento psiquiátrico recibido por parte de una muestra de pacientes con TLP y pacientes con patología en el eje II al cabo de 6 años. La muestra del estudio incluye 362 pacientes, 290 con TLP y 72 con patología en el eje II, es decir, con otros trastornos de personalidad (TP). Los resultados del estudio muestran que sólo el 33% de los pacientes con TLP fueron hospitalizados en los últimos 2 años de los 6 de seguimiento (muy por debajo del 79% que habían requerido ingreso con anterioridad). Tres cuartas partes de los pacientes seguían en psicoterapia y con medicación pasados los 6 años de seguimiento. Los autores concluyen que la mayoría de pacientes con

TLP siguen un tratamiento durante los 6 años de la investigación, pero muy pocos de estos tratamientos son específicos para pacientes con TLP.

El estudio de Horz[416] muestra la prevalencia en el uso de tres modalidades de tratamiento (terapia individual, medicación y hospitalización) en el seguimiento a 10 años de pacientes con TLP (n = 290), en comparación con pacientes con otros trastornos de personalidad (TP) del eje II (n = 72). Los pacientes fueron incorporados en el estudio durante un período de hospitalización en el que se realizó la evaluación basal (este estudio utiliza la misma muestra de pacientes que Zanarini[415]). Posteriormente fueron evaluados cada 2 años, hasta los 10 años del período de seguimiento del estudio.

Los resultados del estudio muestran que la prevalencia de uso de las tres modalidades de tratamiento fue menor en los pacientes con TLP. Específicamente, en los pacientes con TLP, el uso de terapia individual disminuyó un 29%, la toma de medicación disminuyó un 21% y los ingresos disminuyeron en un 71%. Cerca del 90% de los pacientes con TLP estuvieron al menos 2 años sin haber necesitado un ingreso. Los autores observaron que la mayor disminución en el mantenimiento de las modalidades de tratamiento ambulatorio se daba alrededor de los 4 años después de la hospitalización y posteriormente se mantenía casi estable a lo largo de los restantes 6 años de seguimiento. Asimismo, fue común la reanudación de los tratamientos interrumpidos entre los pacientes con TLP. En concreto, el 85% de los pacientes que habían interrumpido el tratamiento individual y el 67% de los pacientes que habían interrumpido el tratamiento farmacológico, lo reanudaron. También, el 47% de los pacientes que habían estado como mínimo 2 años sin ingresar, requirieron una nueva hospitalización. A partir de estos datos, los autores concluyen que los pacientes con TLP suelen usar tratamiento ambulatorio durante largos períodos de tiempo y que las hospitalizaciones se ulitizan de forma más intermitente y en un pequeño número de pacientes.

Resumen de la descripción de la evidencia

2-	Sólo el 37,1%, una minoría decreciente de los pacientes con TLP, usó formas más intensivas de tratamiento durante los períodos de seguimiento de 2 años (p. ej., hospitalización psiquiátrica, asistencia en residencias o centros de día)[415].
2-	En el momento basal, el 79% de los pacientes con TLP tenía antecedentes de una hospitalización previa, el 60% había sido hospitalizado varias veces y ese mismo porcentaje había sido hospitalizado durante 30 días o más. Después de los primeros 2 años de seguimiento, los porcentajes respectivos habían descendido al 60, 43 y 35%[415].
2-	A los 4 años de seguimiento, sólo el 36% de los pacientes con TLP había sido hospitalizado por motivos psiquiátricos, sólo el 26% había sido hospitalizado dos veces o más, y sólo el 21% había pasado 1 mes o más ingresado en un centro[415].
2-	Durante el quinto y sexto año tras su ingreso, esos porcentajes se redujeron al 33, 23 y 19%, respectivamente[415].
2-	Un significativo alto porcentaje de pacientes con TLP mostraron una disminución del 29% ([RRR] = 1,29 o 29%; p <.001) en la toma de medicación al cabo de los 10 años de seguimiento[416].
2-	En el momento basal, el 96% de los pacientes con TLP realizaba un uso de terapia individual, y el 73% a los 10 años de seguimiento[416].
2-	Cerca del 90% de los pacientes con TLP no requirieron hospitalización durante al menos uno de los dos años de seguimiento. Se observó en el tratamiento a largo plazo del paciente con TLP un mayor uso continuado del tratamiento ambulatorio y un declive del tratamiento en ingreso hospitalario[416].
2-	Los ingresos hospitalarios disminuyeron en un 71% en los pacientes con TLP al cabo de 10 años de seguimiento ((1-09 x 3,21) x 100% = 71) (RRR for time =.09; RRR Diagnosis x time interaction =3,21; p =.001)[416].

La evidencia científica encontrada en relación a los procesos asistenciales de los pacientes corresponde a los artículos de Zanarini[415] y Horz[416] con un nivel de evidencia asignado 2-, y otro de Gratz[413] cuyo nivel de evidencia es 2+. Zanarini[415] concluye que, a los 6 años de seguimiento, muy pocos pacientes realizan tratamientos específicos ni han requerido hospitalización total. Ambos autores[413,415] plantean la necesidad de que dichos tratamientos sean más largos de 18 y 3 meses, respectivamente, para obtener cambios más estables en la personalidad. Horz[416] concluye la tendencia del uso del tratamiento ambulatorio y la disminución del uso de tratamiento en ingreso hospitalario en este tipo de pacientes. La frecuencia de los ingresos hospitalarios es más distante entre ingresos y es utilizado por una minoría de estos pacientes.

Los resultados de los estudios se tienen en cuenta para formular recomendaciones en este apartado, aunque es necesario realizar más estudios que revisen el itinerario asistencial de los pacientes con TLP para poder efectuar recomendaciones basadas en la evidencia, y poder valorar mejor su generalización, así como su aplicabilidad en nuestra población.

Desde el grupo de trabajo de la guía, las recomendaciones que se pueden hacer respecto a este apartado son las siguientes:

Recomendaciones

√	Se recomienda indicar tratamiento en el ámbito y dispositivo más adecuado y efectivo según el estado del paciente.
C	Se recomienda realizar tratamientos más largos de 18 meses para conseguir cambios estables en la personalidad.
√	Se recomienda disponer de tiempo y recursos para responder adecuadamente a la demanda de los pacientes.
√	Se recomienda elaborar, consensuar e implementar protocolos que definan y diferencien claramente las funciones e indicaciones de cada dispositivo asistencial y que garantizen la continuidad de cuidados entre dispositivos.
√	Se recomienda realizar un proyecto terapéutico interservicios, reflejado en un documento escrito, en el que se establezca también el compromiso del paciente
√	Se recomienda evaluar los procesos asistenciales y los resultados terapéuticos.
√	Se recomienda ofrecer programas de tratamiento ambulatorio específico para los pacientes con TLP en períodos de cierta estabilización sintomática de su trastorno. En nuestro contexto, debería estar disponible en los CSM del sector.
√	Se recomienda disponer de programas de atención específica para los pacientes con TLP, en los hospitales de día y las distintas unidades de hospitalización.
√	Se recomienda favorecer la incorporación a dispositivos formativos, o de inserción laboral o prelaboral, de los pacientes con mejoría sintomática consistente que siguen tratamiento en el CSM y no pueden acceder a recursos normalizados.
√	Se recomienda derivar a tratamiento específico en régimen de hospitalización parcial (hospital de día), si se valora la existencia de sintomatología que no mejora, hay altos niveles de estrés y ansiedad, los pacientes piden ayuda especializada, o existe alto grado de severidad que requiere mayor intensidad de intervención que la que se ofrece en el CSM.
√	Se recomienda iniciar itinerario asistencial en el hospital de día, y posteriormente, si procede, en los CSM y en Servicios de Rehabilitación Comunitaria, con los pacientes que presenten una situación clínica pre o postcrisis, y/o que presenten síntomas más severos a nivel psicosocial.
√	Se recomienda realizar internamientos breves, programados, preferentemente voluntarios y focalizados en situación de crisis (unidad de agudos del sector), previa valoración de otros diagnósticos comórbidos como diagnóstico principal.
√	Se recomienda ingresar en Unidades de Rehabilitación Hospitalaria a pacientes con mayor grado de severidad, larga evolución, mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, resistentes a tratamientos previos, escaso soporte sociofamiliar, y con discapacidad funcional para conseguir mejoras sostenidas que posibiliten posteriormente el tratamiento ambulatorio.

8.3. Programas especializados de continuidad de cuidados en la red

El adecuado seguimiento y continuidad de cuidados y la integración de un programa de tratamiento consensuado y unificado es, en ocasiones, difícil de conseguir. Históricamente, se han buscado estrategias que faciliten la continuidad de cuidados, requerida en patologías complejas y multifactoriales como el TLP.

Entre dichas estrategias están los programas/tratamientos de apoyo de los pacientes en la comunidad, como son, por ejemplo, el tratamiento asertivo comunitario (TAC) o los programas de gestión de casos (PGC). Aunque dichos programas parten de distintos modelos teóricos se desarrollaron para atender a un perfil de pacientes con trastorno mental grave (generalmente esquizofrenia) que presentan sintomatología deficitaria o negativa[417], dificultades en la vinculación, hospitalizaciones repetidas[418], mal cumplimiento terapéutico y ,a menudo, otros problemas añadidos (marginalidad, drogas, problemas legales)[419].

El TAC o el PGC no son tratamientos en sí mismos sino modelos de aproximación al paciente y de estructuración y gestión de los recursos que éste precisa. Se diferencian fundamentalmente en que en el PGC realiza su función un profesional, el gestor de casos; mientras que en el TAC la realiza un equipo específico.

La intervención en dichos programas consiste en:

- Realización de visitas de vinculación y detección de necesidades del paciente.
- Evaluación de la situación psicosocial.
- Elaboración de un PTI focalizado en la atención de las necesidades detectadas y con la situación psicosocial concreta del paciente en aquel momento.
- Favorecer la vinculación del paciente a los recursos sanitarios generales y de salud mental.

La GPC del NICE (2009)[4] y la AIAQS no localizaron estudios relevantes sobre este tema dirigidos a población con TLP. Sí se han encontrado estudios dirigidos a pacientes con TMS como el de Marshall y Lockwood[420] que analizaron la efectividad del TAC como alternativa a la atención estándar en la comunidad, la rehabilitación tradicional en el hospital y el PGC. Incluyeron 17 ensayos clínicos aleatorizados, que compararon el TAC con las restantes modalidades de atención, en pacientes con trastorno mental grave de entre 18 y 65 años de edad. Las conclusiones del estudio señalaron que el TAC es un enfoque clínicamente eficaz para la atención de personas con trastorno mental grave en la comunidad. Si se dirige a personas que requieren hospitalizaciones frecuentes, puede reducir sustancialmente los costes hospitalarios, y mejorar el resultado y la satisfacción del paciente.

Pero aunque haya poca evidencia y a pesar de la reciente implementación de los PGC/TAC en nuestro contexto, la experiencia clínica nos permite señalar su valor y utilidad en el apoyo al tratamiento de pacientes con trastorno mental grave. En especial estos programas

favorecen las posibilidades de vinculación (establecimiento de la alianza terapéutica) de estos pacientes a los tratamientos (en ocasiones nulas, inicialmente) y facilitan el mantenimiento de dicha alianza a lo largo del tiempo, pudiendo disminuir así las tasas de abandono precoz del tratamiento.

Asimismo, Marshall y colaboradores[420] analizaron 11 ensayos clínicos aleatorizados que pretendían determinar la eficacia de los PGC para la atención comunitaria de pacientes con trastornos mentales graves. Se comparó con la atención estándar mediante cuatro indicadores: 1) casos en contacto con los servicios; 2) duración de las estancias hospitalarias; 3) resultado clínico y social, y 4) costes. Las conclusiones señalaron que el PGC incrementó la vinculación a los servicios, duplicó los ingresos hospitalarios y aumentó las estancias, mejoró el cumplimiento terapéutico pero no presentó mejoría clínica significativa, ni del funcionamiento social ni de la calidad de vida[4,420].

No existen estudios comparativos que permitan decidir la superioridad de un modelo sobre otro, PGC frente a TAC; su función y objetivos son los mismos, ya que la implantación de un modelo u otro está condicionado fundamentalmente por la organización sanitaria del lugar en el que se implantan.[421] La presencia de una red de atención psiquiátrica con buena dotación de los equipos comunitarios y programas específicos hace recomendable el PGC que permita la articulación de servicios que ya ofrece la red y la continuidad de cuidados, mientras que la ausencia de ella obliga a equipos específicos como el TAC a ofrecer una atención integral[4].

Los distintos estudios sobre la eficacia del PGC o el TAC para reducir las hospitalizaciones o el tiempo de estancia hospitalaria muestran a menudo resultados contradictorios. En una RSEC de ensayos controlados, realizada por Burns[421], se mostraba que cuando el consumo hospitalario de los pacientes con trastorno mental grave es alto, la gestión intensiva de casos puede reducirlo pero que es menos efectivo cuando dicho consumo es bajo.

A pesar de ello, hay un consenso sobre su utilidad que ha permitido la generalización de su uso para la atención de pacientes con trastornos mentales graves y especiales necesidades de apoyo en su cotidianidad y en la vinculación a los servicios. En nuestro medio, hay una experiencia creciente de implantación de un modelo de PGC, el programa de servicios individualizado (PSI) coordinado con la red psiquiátrica existente con funciones asistenciales y de gestión de recursos que aporta buenos resultados.

Resumen de la descripción de la evidencia

No se han encontrado estudios relevantes sobre la atención a pacientes con TLP mediante PGC.

En relación a los programas de seguimiento y apoyo adecuados en la red, la evidencia científica es escasa. No se identifican RSEC ni ECA realizados específicamente con pacientes con TLP. La realización de recomendaciones en este ámbito se basa en los resultados obtenidos con este tipo de programas aplicados a la atención a pacientes graves (aquellos que cumplen criterios de trastorno mental grave) y en la experiencia del grupo de

trabajo de la guía. Se observa la necesidad de más estudios efectuados con pacientes con TLP para realizar recomendaciones basadas en la evidencia.

Desde el grupo de trabajo de la guía, las recomendaciones que se pueden hacer respecto a este apartado son las siguientes:

Recomendaciones

√	Se recomienda incorporar a la red asistencial programas especializados de continuidad de cuidados (PGC/TAC), para proporcionar atención a las personas con TLP de larga evolución, funcionamiento desorganizado, poco apoyo en su entorno y dificultades de vinculación a los servicios asistenciales.

8.4. Consideraciones sobre la formación especializada de los profesionales sanitarios

La mayoría de los pacientes con TLP reciben un tratamiento ineficaz, a pesar de la alta incidencia del trastorno. Hay escasez de servicios y son muy frecuentes los desacuerdos entre los profesionales sobre cómo atender a estos pacientes.

La mayoría de profesionales de la salud mental mantienen contacto frecuente con pacientes con TLP, no obstante un porcentaje muy pequeño de ellos han recibido formación específica sobre el trastorno y generalmente se ha referido a algún taller o breve seminario. La falta de formación especializada se detecta fácilmente en la evaluación y gestión de los tratamientos de las personas con TLP. Sin embargo, el tratamiento de los pacientes con TLP requiere de profesionales con formación y experiencia contrastada en el manejo de los tratamientos de esta patología.

En ocasiones los tratamientos inespecíficos, y/o estrictamente sintomáticos, dada la patoplastia del TLP, pueden conducir a intervenciones ineficaces que cronifiquen el trastorno o lo empeoren.

A nivel internacional, hay un artículo de Nadort[233] donde explica cómo intentan conocer el grado de satisfacción de los tratamientos psicológicos disponibles en el TLP en distintas instituciones holandesas y el grado de aceptación de la implementación de nuevas estrategias terapéuticas. Este artículo concluía que un 50% de los encuestados estaban insatisfechos con los tratamientos disponibles para el TLP, las fuentes de conocimiento de tratamientos se debían,en casi un 70%, a artículos científicos y el 77% estaban satisfechos con las herramientas de intervención de que disponían para el TLP.

A nivel nacional hay algunas experiencias de formación, como la descrita[422] sobre el programa formativo de psicoterapia integrada multicomponente de los trastornos de personalidad, basado en una concepción relacional de la patología de la personalidad y articulado en torno a una concepción nuclear de las relaciones objetales como elemento básico de la personalidad del sujeto. La GPC del NICE (2009)[4] no incluye este apartado.

En la búsqueda de la AIAQS se identifica un ECA[423] al que se le asigna un nivel de evidencia 1- y una calidad de la evidencia alta según la valoración del programa de lectura crítica de Osteba, y un estudio no controlado y aleatorizado[424] al que se le asigna un nivel de evidencia 4. Asimismo se destaca un artículo[414], comentado en el apartado 8.2.5. Servicios de Rehabilitación Comunitaria y de Reinserción Laboral, al que se le asigna un nivel de evidencia 4, por ser una revisión bibliográfica.

El estudio de Commons[423] estudia el impacto de la asistencia a un programa de formación dirigido a mejorar las actitudes de los clínicos que trabajan con pacientes con TLP que se autolesionan deliberadamente. Los participantes de este estudio fueron 99 clínicos de tres servicios de salud (dos australianos y un neozelandés). Se comparan dos muestras de clínicos de dos servicios de salud diferentes, salud mental y urgencias, teniendo en cuenta los años de experiencia clínica, género, formación universitaria finalizada, ocupación primaria y el promedio de contacto clínico con pacientes con TLP. Se complementaron cuestionarios antes y después del curso, sin trazas identificativas, ni posibilidad de revisión posterior.Los programas de educación clínica fueron presentados utilizando Microsoft PowerPoint y contenían la siguiente información: investigación sobre las actitudes hacia el TLP, las tasas de prevalencia, criterios diagnósticos según el DSM-IV, factores etiológicos, definición y tipos de autolesiones y suicidios, y respuestas terapéuticas del TLP. Cada sesión educativa iba acompañada por la presentación de casos clínicos de tres mujeres con diagnóstico de TLP. Al finalizar la formación se entregaban guías clínicas para trabajar con TLP, que incluían, por ejemplo, la intervención durante las crisis. El material educativo fue presentado por el autor en un formato de conferencia de 90 minutos, y los participantes discutieron el contenido en un taller de 30 minutos con el educador.

Los resultados obtenidos en el estudio sugieren que el acceso a la formación clínica específica en TLP puede mejorar las actitudes frente a los pacientes con este trastorno tanto en los médicos de urgencias como en los de salud mental. Asimismo, sugieren que el acceso regular a ese tipo de formación puede ayudar a mantener actitudes positivas y respuestas empáticas en los profesionales.

En el estudio descriptivo de Aaltone[424] se explica el modelo de formación que se instauró en la Universidad de Turku para el abordaje de pacientes con patología mental grave, ya sea psicosis o TLP. Es un programa de 6 años de duración dividido en dos fases. La primera fase tiene una duración de 3 años en los que se trabaja en un modelo familiar sistémico adquiriendo los conocimientos a través de la práctica clínica. La segunda fase es de superespecialización en patología grave. El modelo para estos últimos 3 años es esencialmente psicodinámico, pues se parte de la base de que después de una reestructuración básica de la problemática del paciente, si se desea una mejoría más duradera y apuntando a los motivos de la enfermedad, se deberá trabajar la realidad intrapsíquica del paciente. La razón de realizar tales esfuerzos y dedicación reside en el convencimiento de este grupo de que las patologías graves deben ser abordadas con mucho tiempo y una sólida formación por parte del terapeuta y su grupo de apoyo.

En el artículo de Hennessey[414] se describen, partiendo de revisiones bibliográficas, los aspectos médicos y psicosociales del TLP. El autor plantea la necesidad de formación de los profesionales que trabajan en el ámbito de la rehabilitación comunitaria y de la inserción

laboral, para que puedan desarrollar estrategias de intervención adecuadas a las características de estos pacientes que mejoren la eficacia de la reinserción laboral.

Resumen de la descripción de la evidencia

1-	Cuando se compararon las puntuaciones obtenidas en el ADSHQ antes y después de acudir a programas educativos, se demostró una mejoría significativa de las puntuaciones de actitud hacia el trabajo con conductas autolesivas deliberadas en pacientes con TLP, con un tamaño de efecto pequeño o mediano (t(98) = -6,127; p = 0,000; d = 0,40)[423].
1-	En cuanto a las comparaciones de los contextos asistenciales, los médicos tanto de los servicios de urgencias como de salud mental demostraron mejorías estadísticamente significativas en las puntuaciones de actitud hacia las conductas autolesivas deliberadas en el TLP después de que acudieran a programas educativos, con un tamaño de efecto mediano (t(32) = -3,45; p = 0,002; d = 0,43, y t(65) = -5,12; p = 0,000; d = 0,42, respectivamente)[423].
4	Las patologías graves deben ser abordadas con mucho tiempo y una sólida formación por parte del terapeuta y su grupo de apoyo[424].
4	Es necesario estructurar el contacto entre médico y paciente, estableciéndose al comienzo de la primera reunión unas normas claras sobre el calendario de las reuniones, los honorarios y los procedimientos establecidos[414].
4	El médico debe adoptar un papel activo durante las sesiones para mantener al cliente en contacto con la realidad y reducir las distorsiones propias de la transferencia[414].

En relación a la formación específica para los profesionales sanitarios, la evidencia científica es escasa. Se identifica un ECA[423] al que se le ha asignado un nivel de evidencia 1-, un estudio controlado y no aleatorizado[424] con un nivel de evidencia de 4 y una revisión bibliográfica[414] también con un nivel de evidencia 4. Dichos estudios muestran la necesidad de que los profesionales reciban formación específica en el TLP. Las conclusiones de estos estudios concuerdan con la experiencia del grupo de trabajo de la guía y se consideran aplicables y generalizables a nuestro contexto, por lo que se tienen en cuenta en la realización de las recomendaciones de este apartado.

Las recomendaciones que se pueden hacer respecto a los requisitos de formación específica en el TLP son las siguientes:

Recomendaciones

D	Se recomienda la formación clínica en TLP para mejorar las actitudes frente a los pacientes con este trastorno tanto de los médicos de urgencias como de los de salud mental, con el objetivo de mantener actitudes positivas y respuestas empáticas.
D	Se recomienda que el abordaje a largo plazo de las patologías graves, como el TLP, se realice con dedicación y una sólida formación por parte del terapeuta y su grupo de apoyo.
√	Se recomienda disponer en cada dispositivo de profesionales expertos, con formación específica respecto al TLP: identificación de síntomas y manejo de elementos diagnósticos, principales modelos de comprensión y principales modelos de intervención (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda proporcionar espacios de supervisión llevados a cabo, preferentemente, por profesionales externos al equipo (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda conocer los límites de la medicación como modulador de la intensidad de los síntomas y la inefectividad y/o iatrogenia de los cambios de medicación en función de la inestabilidad emocional y sintomática del TLP (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).
√	Se recomienda conocer las diferentes fases en la evolución de los tratamientos y en especial el manejo cuidadoso de su finalización (adaptado de la GPC del NICE (2009) por el grupo de trabajo de la guía).

9. Difusión e implementación

Las guías de práctica clínica pretenden ayudar a profesionales y usuarios en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más adecuada. La elaboración de estas guías supone la inversión de esfuerzos y recursos que a menudo no son apropiadamente aprovechados, por no ser usadas suficientemente por los profesionales sanitarios o no implicar mejoras en la calidad de la asistencia o en la salud de la población a la que van dirigidas.

Para la introducción de una GPC en un contexto clínico, es necesario diseñar y establecer estrategias para superar potenciales barreras que pudieran interferir en su implementación.

El grupo de trabajo de la guía propone el siguiente plan de intervenciones para implantar la presente GPC sobre el manejo del TLP:

- Promoción de la GPC por parte de autoridades sanitarias a través de los medios de comunicación.
- Trabajo junto con las sociedades científicas, participantes en la elaboración de la GPC, para la revisión y difusión de la misma.
- Propuesta de inclusión de la GPC en bases de datos que recopilan GPC (por ejemplo, la National guideline clearinghouse).
- Colaboración con asociaciones y federaciones de usuarios y familiares con interés en la GPC.
- Acceso libre a las diferentes versiones de esta GPC en la web de GuiaSalud (http://www.guiasalud.es). La guía estará disponible en las siguientes formas: guía completa, guía resumida y guía rápida. Posteriormente, se elaborará una guía destinada a profesionales sanitarios de la AP, y otra guía específica para pacientes, familiares y cuidadores.
- Presentación de los resultados de la GPC en actividades científicas (congresos, jornadas, reuniones).
- Envío postal o electrónico de la guía resumida de la GPC a colegios profesionales, administraciones sanitarias, centros asistenciales y asociaciones profesionales.
- Publicación de información sobre la GPC en revistas y publicaciones especializadas.
- Difusión de información y de los objetivos de la GPC a través de listas de distribución de profesionales sanitarios con especial interés en la misma.

10. Recomendaciones de investigación

En este capítulo se recogen las propuestas de investigación futura en relación con los diferentes apartados de la guía en los que se han formulado recomendaciones.

10.1. Cuestiones preliminares: limitaciones metodológicas de los estudios revisados en la presente GPC

Los estudios examinados en los que se analizan los efectos de las intervenciones psicológicas, psicosociales y farmacológicas en las personas con TLP presentan un conjunto de limitaciones metodológicas que hacen difícil valorar sus resultados. En consecuencia, en muchos casos y pese a existir investigación, resulta difícil extender y recomendar dichas intervenciones a la práctica clínica habitual, en condiciones pragmáticas y dirigidas a los usuarios habituales de los servicios.

Las principales limitaciones metodológicas detectadas afectan a diferentes ámbitos del diseño, como las muestras incluidas en los estudios, la descripción y características de las intervenciones analizadas y las medidas de resultados.

La mayoría de los estudios incluyen muestras reducidas, con poblaciones con frecuencia sesgadas en razón de género, ausencia de ideación suicida, no presencia de comorbilidad, ni de uso de sustancias. Estas características muestrales, por sí mismas, dificultan la extrapolación de resultados a las poblaciones tratadas en condiciones pragmáticas de intervención.

En cuanto a las intervenciones, particularmente las psicológicas y psicosociales, se han llevado a cabo en condiciones experimentales que incluyen una formación técnica ideal de los encargados de llevarlas a cabo y en condiciones de reclutamiento e intervención muy favorables y en servicios altamente especializados.

Por último, las medidas de resultados y los instrumentos utilizados para cuantificarlos resultan muy variados lo que dificulta sintetizar los datos de los distintos estudios y comparar las intervenciones.

Por todas estas razones, el grupo de trabajo de la guía sugiere las siguientes recomendaciones en relación al diseño y ejecución de investigaciones referidas a intervenciones con población con TLP.

Recomendaciones

Se recomienda la realización de diseños de intervenciones dirigidas a poblaciones con TLP que incluyan muestras más amplias y con poblaciones con características más próximas a las que utilizan habitualmente los servicios.
Se recomienda establecer medidas de resultados homogéneas y consensuadas y el uso de instrumentos validados.

10.2. Consideraciones generales acerca del TLP y su prevención

Los prometedores resultados de la aplicación de intervenciones asistenciales en fases iniciales de los trastornos psicóticos, ha desvelado el interés por comprobar si, en relación a otros trastornos mentales, es posible introducir intervenciones en fases precoces de su desarrollo. En relación al TLP empiezan a existir datos que perfilan algunas conductas en la adolescencia como precursoras del trastorno. Al mismo tiempo, aunque el diagnóstico no pueda ser establecido en su totalidad por no cumplir criterios de suficiente intensidad sintomática, parece que intervenciones dirigidas a disminuir la presencia de factores de riesgo en población vulnerable pueden preservar de la consolidación del trastorno.

Recomendaciones

Se recomienda investigar las fases iniciales del TLP a fin de identificar factores de riesgo que incidan en la aparición del trastorno.
Se recomienda realizar nuevos ECA para comprobar el efecto de las intervenciones preventivas en relación a la evolución y pronóstico del TLP.
Se recomienda estudiar el efecto de intervenciones específicas en relación al consumo de alcohol y tóxicos en jóvenes que presentan manifestaciones iniciales con riesgo de aparición de un TLP.

10.3. Intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento del TLP

En la actualidad, presenciamos un avance prometedor en las intervenciones psicológicas dirigidas al TLP que ofrecen nuevas oportunidades para facilitar la mejoría clínica y psicosocial de estos pacientes. No obstante, la evidencia disponible acerca de la eficacia de estas intervenciones se encuentra todavía en una fase inicial de desarrollo.

En la tabla 26 se resumen las intervenciones psicológicas y psicosociales analizadas en la guía sobre las que no se ha encontrado evidencia suficiente como para formular recomendaciones específicas de práctica clínica. Por este motivo, si deben ser aplicadas, se recomienda investigaciones que permitan valorar su efectividad de forma más concluyente.

Tabla 26. Recomendaciones de investigación según intervención

Recomendaciones de más investigación sobre el tema
Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves:
Terapia cognitiva asistida por manual (TCAM)
Psicoeducación
Terapias psicológicas individuales y grupales:
Terapia cognitivo conductual (TCC)
Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)
Terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE)
Terapia cognitiva analítica (TCA)
Terapia grupal interpersonal (TGI)
Terapia centrada en el cliente
Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)
Programas de terapias psicológicas:
Terapia grupal dialéctico-conductual de entrenamiento en habilidades (TDC-EH)
Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación
Terapia icónica
Intervenciones familiares:
Psicoeducación
Terapia dialéctico-conductual (TDC) adaptada para adolescentes suicidas
Terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP
Rehabilitación funcional e integración laboral:
Rehabilitación funcional
Integración laboral

10.3.1. Programas de terapia psicológica para personas con TLP

Respecto a los programas de terapia psicológica, se han llevado a cabo estudios acerca de su eficacia en personas con TLP, especialmente sobre la terapia dialéctico-conductual (TDC) y terapia basada en la mentalización (TBM).

No obstante, las limitaciones que ofrecen dichos estudios y el hecho de tratarse de intervenciones administradas en centros altamente especializados[4] limita la posible generalización de sus resultados a contextos asistenciales ordinarios de salud mental.

De acuerdo con las recomendaciones que realiza la GPC del NICE (2009)[4] sería conveniente la realización de ECA en los que se comparen los programas de terapia psicológica con un seguimiento ambulatorio por parte de los servicios comunitarios de salud mental. Esto ayudaría a determinar la efectividad, los costes y la relación coste-efectividad de estas intervenciones administradas en entornos de práctica clínica habitual. Se recomienda que esto se estudie a partir de ECA en los que se apliquen criterios de valoración a medio plazo y de coste-efectividad, y cuya duración mínima sea de 18 meses. En estos ensayos, se tendrá que prestar atención especial a la formación y supervisión de quienes realicen las intervenciones para asegurar que los sistemas empleados para administrarlas sean tanto válidos como generalizables.[4]

Recomendaciones

Se recomienda investigar la efectividad de los programas de terapias psicológicas (TDC y TBM) en poblaciones habituales de los servicios asistenciales y en condiciones de práctica clínica habitual de administración.

10.3.2. Intervenciones familiares

Pese a la importancia en la práctica clínica de un abordaje integral de las personas con TLP, existe escasa evidencia sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a la familia y a su contexto psicosocial.

Recomendaciones

Se recomienda llevar a cabo estudios controlados sobre la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas o psicoeducativas dirigidas a las familias, valorando su impacto en el nivel de estrés, carga familiar y calidad de vida de los familiares.
Se recomienda estudiar cómo la incorporación de las familias a un tratamiento multimodal influye en su eficacia para facilitar la mejoría clínica y psicosocial de los pacientes con TLP.

10.3.3. Intervenciones de rehabilitación funcional e integración laboral

Pese a la creciente importancia que las intervenciones de rehabilitación funcional e integración laboral tienen sobre el pronóstico y evolución del TLP, no existen ECA acerca de sus resultados.

Recomendaciones

Se recomienda realizar ECA sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a la rehabilitación funcional y a la integración laboral en personas con TLP.

10.4. Tratamiento farmacológico

La investigación de las intervenciones farmacológicas en el TLP muestra hasta ahora muy pocos resultados eficientes. Sin embargo, algunas intervenciones orientadas a favorecer la estabilidad emocional mediante el uso de anticonvulsivantes como estabilizadores del estado de ánimo sugieren la conveniencia de ampliar su estudio a poblaciones más amplias y en condiciones pragmáticas.

Recomendaciones

Se recomienda continuar investigando en el uso de fármacos anticonvulsivantes como estabilizadores del estado de ánimo en poblaciones con TLP.

10.5. Gestión de la crisis

La gestión de la crisis es un elemento nuclear en el abordaje de los pacientes con TLP y en la decisión del ámbito de tratamiento desde el que se atenderá al paciente. Avanzar en el reconocimiento de los factores de riesgo que pueden estar asociados a las crisis, así como en el conocimiento de sus manifestaciones prodrómicas y en el desarrollo de modalidades específicas de atención a la misma, constituyen nuevos retos para las futuras líneas de investigación en el tratamiento de los pacientes con TLP.

Recomendaciones

	Se recomienda realizar estudios para identificar factores de riesgo que puedan estar asociados a las crisis así como para el reconocimiento precoz de sus manifestaciones prodrómicas.
	Se recomienda realizar estudios para desarrollar intervenciones específicas dirigidas a abordar las crisis en los pacientes con TLP.

10.6. Organización de servicios y programas

Estudios recientes han confirmado que el abordaje de los pacientes con TLP es básicamente ambulatorio y que éstos se mantienen vinculados a los servicios durante largos períodos de tiempo. En la mayoría de los estudios se han utilizado intervenciones no específicas para pacientes con TLP. Por lo tanto, es necesario realizar estudios de seguimiento en los que se analicen los resultados a largo plazo de la implementación de programas específicos de atención a pacientes con TLP en los diferentes servicios de la red asistencial. Asimismo, es preciso definir el papel de los diferentes servicios en la constitución del itinerario asistencial de los pacientes con TLP.

En la atención a pacientes con trastornos mentales graves se han desarrollado programas de seguimiento comunitario que han facilitado la continuidad asistencial de estos pacientes, la atención a sus necesidades y el desarrollo de sus competencias personales. Dado que el perfil psicopatológico y de funcionamiento de los pacientes con TLP es distinto, es necesario realizar estudios que valoren la aplicación de programas de gestión de casos (PGC) en pacientes con TLP.

Mención especial merecen las dificultades en la continuidad asistencial entre los servicios infantojuveniles y los servicios de adultos. Dado que se está realizando un esfuerzo importante para intervenir en fases precoces de los trastornos, los programas y las estrategias para favorecer la continuidad asistencial entre servicios infantojuveniles y de adultos deberán desarrollarse y evaluarse su efectividad.

Recomendaciones
Se recomienda realizar estudios que permitan definir criterios operativos de indicación de utilización de los diferentes recursos de la red asistencial para el TLP
Se recomienda realizar estudios que permitan delimitar el plan de tratamiento, las intervenciones que deben ser ofrecidas, la intensidad de las mismas, y los servicios y dispositivos requeridos en función de la gravedad y complicaciones evolutivas que presente el trastorno.
Se recomienda realizar estudios que evalúen la aplicación de programas de gestión de casos (PGC) en pacientes con TLP.
Se recomienda realizar estudios que evalúen intervenciones dirigidas a favorecer la continuidad de la atención entre servicios de salud mental infantojuvenil y servicios de adultos.

Anexos

Anexo 1. Declaración de intereses

Autores

Irene Álvarez Tomás, Mª Carmen Casadellà Ventura, Rocío Casañas Sánchez, Mª Dolors Estrada Sabadell, Fernando Gutiérrez Ponce de León, Lluís Lalucat Jo, Yolanda Lozano Echevarría, María Martínez de Cheshire, Laia Mas Expósito, José María Otín Grasa, Núria Puigdellívol, Ángela Pujol Pujol, Mª Jesús Rufat Rubio, Elena Sánchez Gómez, Mercè Teixidó Casas y Esther Verdaguer Rosas han declarado ausencia de intereses.

Óscar Andión Pérez ha recibido ayuda económica para la financiación de un programa de investigación de la Fundación Obra Social La Caixa.

Carmen Barral Picado ha recibido ayuda económica para la financiación de un programa de investigación de la Fundación Obra Social La Caixa.

Natalia Calvo Piñero ha recibido ayuda económica para la financiación de un programa de investigación de la Fundación Obra Social La Caixa.

Marc Ferrer Vinardell ha obtenido honorarios como ponente a conferencias de Janssen Cilag, Lundbeck y Astrazéneca. También ha recibido ayuda económica para la financiación de un programa de investigación de la Fundación Obra Social La Caixa.

Beatriz Gancedo Villegas ha recibido ayuda económica para la financiación de un programa de investigación de la Fundación Obra Social La Caixa.

Ana Martín Blanco ha recibido financiación para reuniones, congresos y asistencia a cursos de Almirall y Lundbeck.

Juan Carlos Pascual Mateos ha recibido financiación económica por parte de Lilly y Pfizer para reuniones, congresos y asistencia a cursos. También ha obtenido honorarios como ponente en conferencias y cursos de Lilly y Pfizer.

Revisores

Carmen Bayón Pérez, Julio Bobes García, José Luis Carrasco Perera, Jordi Cid Colom, Carlos Mirapeix Costas, Dolores Mosquera Barral, José Juan Uriarte Uriarte, Enric Vicens Pons, han declarado ausencia de intereses.

Víctor Pérez Solá ha recibido financiación económica por parte de Lilly para asistencia a cursos y honorarios como ponente a conferencias y cursos de Lilly, Astrazéneca y Almirall. También ha obtenido financiación de programas educativos y cursos por parte de Almirall y financiación de Astrazéneca por participar en una investigación.

Vicente Rubio Larrosa ha recibido financiación de Lilly para acudir a reuniones, cursos y congresos.

Mercedes Rueda Lizana ha obtenido honorarios como ponente en conferencias y cursos de Pfizer.

Anexo 2. Otros aspectos metodológicos

Anexo 2.1. Estrategias de búsqueda bibliográfica

INFORME DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA PARA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

A. Estrategias de búsqueda sistemática

I. Estrategia para identificar ensayos clínicos, metanálisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica sobre el trastorno límite de la personalidad

II. Estrategia específica sobre intervención biológica

III. Estrategia específica sobre pruebas diagnósticas y sensibilidad al cambio de sintomatología

IV. Estrategia específica sobre intervención psicosocial

V. Estrategia específica sobre programas asistenciales

VI. Estrategia específica sobre situaciones especiales

Período temporal
Período incluido en la búsqueda sistemática: sin límites de inicio. Para guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas se cerró la búsqueda sistemática en mayo de 2010. Para ECA se cerró en enero de 2009.

I. Estrategia para identificar ensayos clínicos, metanálisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica sobre el trastorno límite de la personalidad

Fuentes de información
Pubmed/MEDLINE, Psycinfo, Biblioteca Cochrane Plus, TRIPDatabase, GuiaSalud, G-I-N International Guidelines Library, US National Guidelines Clearinghouse, UK National Library for Health, UK NICE Guidance, CMA Infobase, New Zealand Guidelines Group, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Estrategia de búsqueda Pubmed/MEDLINE
Búsqueda por términos: borderline AND disorder*, borderline disorder.

#1 "Borderline Personality Disorder"[Mesh] OR "Borderline Personality Disorder*" OR (Borderline[ti] AND Personality[ti] AND Disorder*[ti])

#2 (randomized controlled trial[Publication Type] OR "clinical trial"[pt] OR trial*[ti] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]))

#3 (systemat*[ti] AND review*[ti]) OR (systemat*[ti] AND overview*[ti]) OR (integrati*[ti] AND review*[ti]) OR (integrati*[ti] AND overview*[ti]) OR (quantitativ*[ti] AND review*[ti]) OR

(quantitativ*[ti] AND overview*[ti]) OR (methodologic*[ti] AND review*[ti]) OR (methodologic* OR overview*[ti]) OR (manual[ti] AND search*[ti]) OR (collaborativ*[ti] AND review*[ti]) OR (collaborativ*[ti] AND overview*[ti]) OR (cochrane[tw] AND review[tw]) OR (Medline[tw] AND review[pt]) OR (Pubmed[tw] AND review[pt]) OR "hand searched"[tw] OR handsearch*[tw] OR "hand search"[tw] OR "hand searching"[tw] OR "pooled data"[tw] OR "review literature"[mesh] OR meta-analy* OR metaanaly* OR meta analy* OR meta-analysis[pt] OR systematic[sb] OR (review[pt] AND random*[tw]) OR (review[pt] AND "clinical trials"[MESH])

#4 practice guideline[pt] OR guideline[pt] OR guideline*[ti] OR consensus development conference[pt] OR recommend*[ti] OR consens*[ti] OR statement*[ti] OR (clinical[ti] AND protocol*[ti]) OR (medical[ti] AND protocol*[ti])

(#1 AND #2) OR (#1 AND #3) OR (#1 AND #4)

Estrategia de búsqueda PsycInfo
#1 DE "Borderline Personality Disorder" or DE "Borderline States" or TI (borderline* AND personal* AND disorder*)

#2 TI (metaanalyt* OR meta analyt*) OR MR (metaanalys* OR meta analysis) or MR systematic review or MR quantitative review) OR TI ((systemat* OR integrati* OR quantitativ* OR qualitativ* OR methodologic* OR manual OR collaborativ*) AND (review OR overview))

#3 TI (guideline* OR consens* OR recommend* OR statement* OR standard* OR protocol*) OR DE "Treatment Guidelines" OR MJ (guideline* OR consens* OR recommend* OR statement*)

(#1 AND #2) OR (#1 AND #3)

Estrategia de búsqueda Biblioteca Cochrane Plus
#1 (borderline*:ti and personal*:ti and disorder*:ti)

#2 (trastorn*:ti and personal*:ti)

#3 (borderline*:ky and personal*:ky and disorder*:ky)

#4 BORDERLINE PERSONALITY DISORDER expandir todos los árboles (MeSH)

#1 OR #2 OR #3 OR #4

Estrategia de búsqueda TRIPDatabase, GuiaSalud, G-I-N International Guidelines Library, US National Guidelines Clearinghouse, UK National Library for Health, UK NICE Guidance, CMA Infobase, New Zealand Guidelines Group y Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
Búsqueda por términos: borderline AND disorder*, borderline disorder.

II. Estrategia específica sobre intervención biológica

Fuentes de información
Scopus, Psycinfo, Biblioteca Cochrane Plus

Estrategia de búsqueda
Búsqueda en los campos título, descriptores y/o palabras clave, utilizando los términos siguientes:

#1 (Borderline AND Personality AND Disorder)

#2 ("antidepressive agent*" OR (antidepress* AND tricyclic) OR "monoamine oxidase inhibitor*" OR "Anti-Anxiety Agent*" OR electroconvulsiv* OR electroshock* OR electroconvulsive OR electric OR "fatty acids" OR diet* OR exercise* OR "physical activity" OR "physical activities" OR "self esteem" OR "self concept" OR "body image" OR "topiramate " OR anticonvulsant* OR "Carbamazepine" OR "oxcarbazepine " OR "Valproic Acid" OR "lamotrigine " OR "lamotrigine 2-N-glucuronide" OR "olanzapine" OR "sultopride" OR amisulpride OR "Risperidone") OR "9-hydroxy-risperidone" OR hydroxydesipramine OR 5-hydroxytryptophan OR adinazolam OR alaproclate OR amineptin OR amitriptyline OR amoxapine OR aniracetam OR benactyzine OR bifemelane OR bupropion OR citalopram OR clomipramine OR clorgyline OR clovoxamine OR clovoxamine OR cyclobenzaprine OR deanol OR desipramine OR desmethyldoxepin OR dothiepin OR doxepin OR duloxetine OR femoxetine OR flesinoxan OR fluoxetine OR fluvoxamine OR "gamma-endorphin,des-tyr (1) gepirone" OR hydroxymaprotilin OR hypericin OR imipramine OR indalpine OR indeloxazine OR iprindole OR iproniazid OR isocarboxazid OR "lithium carbonate" OR "lithium compound*" OR lofepramine OR maprotiline OR metapramine OR mianserin OR milnacipran OR minaprine OR mirtazapine OR "mk 771" OR moclobemide OR nefazodone OR nialamide OR nortriptyline OR norzimelidine OR o-desmethylvenlafaxine OR opipramol OR paroxetine OR phenelzine OR pirlindole OR pizotyline OR progabide OR protriptyline OR quipazine OR reboxetine OR ritanserin OR rolipram OR sertraline OR sibutramine OR sidnocarb OR sulforidazine OR sulpiride OR talipexole OR tianeptine OR tofisopam OR toloxatone OR tranylcypromine OR trazodone OR trimipramine OR tryptophan OR venlafaxine OR viloxazine OR "2-pyrimidinyl piperazine" OR "dioxo-6-nitro-7-sulfamoylbenzo" OR "3-methyl-5- (1-methyl-2-pyrrolidinyl)" OR isoxazole OR "6-methyl-2- (phenylethynyl) pyridine" OR "7-nitroindazole" OR abecarnil OR alnespirone OR "alpha (4-fluorophenyl) -4- (5-fluoro-2-pyrimidinyl) -1-piperazine butanol" OR alpidem OR alprazolam OR "bibp 3226" OR "binospirone mesylate" OR bromazepam OR buspirone OR carpipramine OR chlordiazepoxide OR chlormezanone OR "CL 218872" OR "clorazepate dipotassium" OR deramciclane OR diazepam OR doramectin OR estazolam OR "ethyl loflazepate" OR flesinoxan OR flunitrazepam OR flurazepam OR fluvoxamine OR gabapentin OR gepirone OR halazepam OR honokiol OR indorenate OR ipsapirone OR kavain OR ketazolam OR lorazepam OR mebikar OR medazepam OR meprobamate OR methoxytryptophol OR midazolam OR nabilone OR nitrazepam OR nordazepam OR ondansetron OR oxazepam OR oxprenolol OR prazepam OR ritanserin OR suriclone OR tandospirone OR temazepam OR tetrahydrodeoxycorticosterone OR tranylcypromine OR trazodone OR triazolam OR triazulenone OR zolazepam)

#3 (random* OR trial* OR efficacy OR effectiv* OR blind* OR placebo* OR cohort* OR multicent* OR prospectiv* OR longitudinal OR follow*)

#1 AND #2 AND #3

III. Estrategia específica sobre pruebas diagnósticas y sensibilidad al cambio de sintomatología y pruebas diagnósticas validadas en España

Fuentes de información

Scopus, Psycinfo, Biblioteca Cochrane Plus, Índice Médico Español (IME), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS).

Estrategia de búsqueda

Búsqueda en los campos título, descriptores y/o palabras clave, utilizando los términos siguientes:

#1 (Borderline AND Personality AND Disorder"])

#2 (sensitivit* OR specicificity) AND ((personality AND inventory) OR (psychiatric AND status AND rating AND scale*) OR psychometric* OR questionnaire* OR (epq OR ipde OR stai OR bdi OR ymrs OR dibr OR dsm OR scid) OR scale*))

#1 AND #2

IV. Estrategia específica sobre intervención psicosocial

Fuentes de información

Scopus, Psycinfo, Biblioteca Cochrane Plus.

Estrategia de búsqueda

Búsqueda en los campos título, descriptores y/o palabras clave, utilizando los términos siguientes:

#1 (Borderline AND Personality AND Disorder"])

#2 (psychosocial OR psychoeducation* OR education* OR famil* OR counseling OR group* OR interpersonal OR caregiver* OR psychodynamic OR (cognitive AND behaviour AND therapy) OR (family AND therapy) OR (interpersonal AND relations) OR cognitive OR psychotherap*)

#3 (random* OR trial* OR cohort OR follow* OR prospective OR longitudinal)

#1 AND #2 AND #3

V. Estrategia específica sobre programas asistenciales

Fuentes de información
Scopus, Psycinfo, Biblioteca Cochrane Plus.

Estrategia de búsqueda
Búsqueda en los campos título, descriptores y/o palabras clave, utilizando los términos siguientes:

#1 (Borderline AND Personality AND Disorder"])

#2 ("Case Management" OR (assertive* AND communit*) OR (assertive* AND outreach*) OR (outreach* AND programm*) OR "Community Mental Health Services" OR "Community Psychiatry" OR assertiveness OR "Community Health Planning") OR TITLE ("Community Health Services" OR "Community Health Nursing" OR "Community networks")))

#1 AND #2

VI. Estrategia específica sobre situaciones especiales

Fuentes de información
Scopus, Psycinfo, Biblioteca Cochrane Plus.

Estrategia de búsqueda
Búsqueda en los campos título, descriptores y/o palabras clave, utilizando los términos siguientes:

#1 (Borderline AND Personality AND Disorder"])

#2 (pregnan* AND (breast AND feed*) OR breastfeed* OR lactati* OR gestation* OR aborti* OR fertility OR obstet* OR epidural)

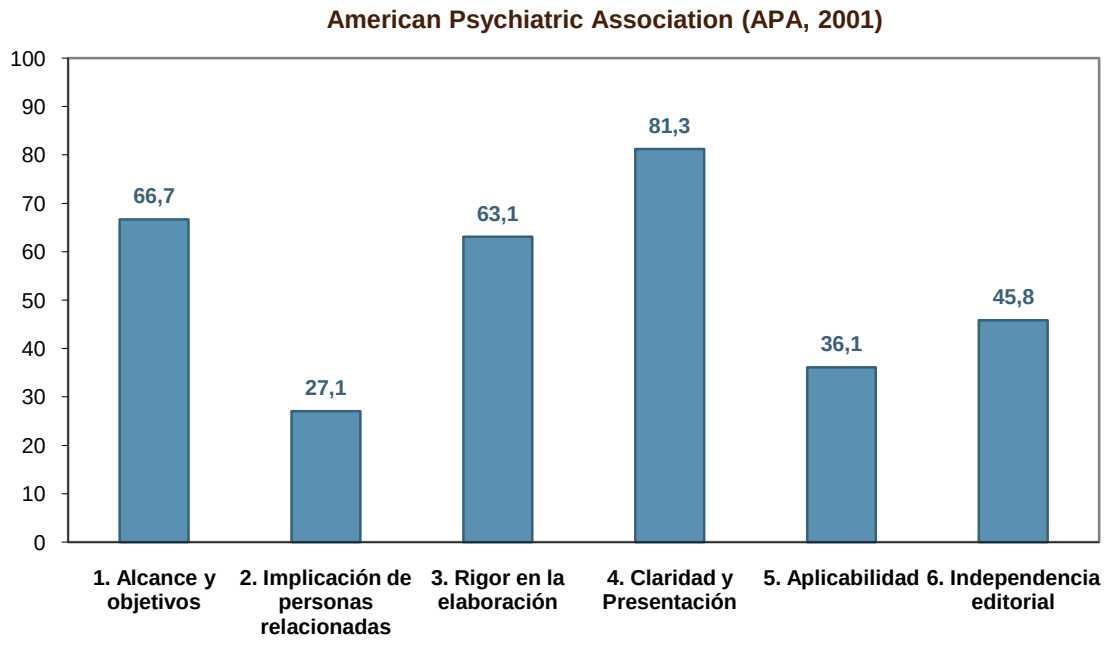
#1 AND #2

B. Búsqueda manual

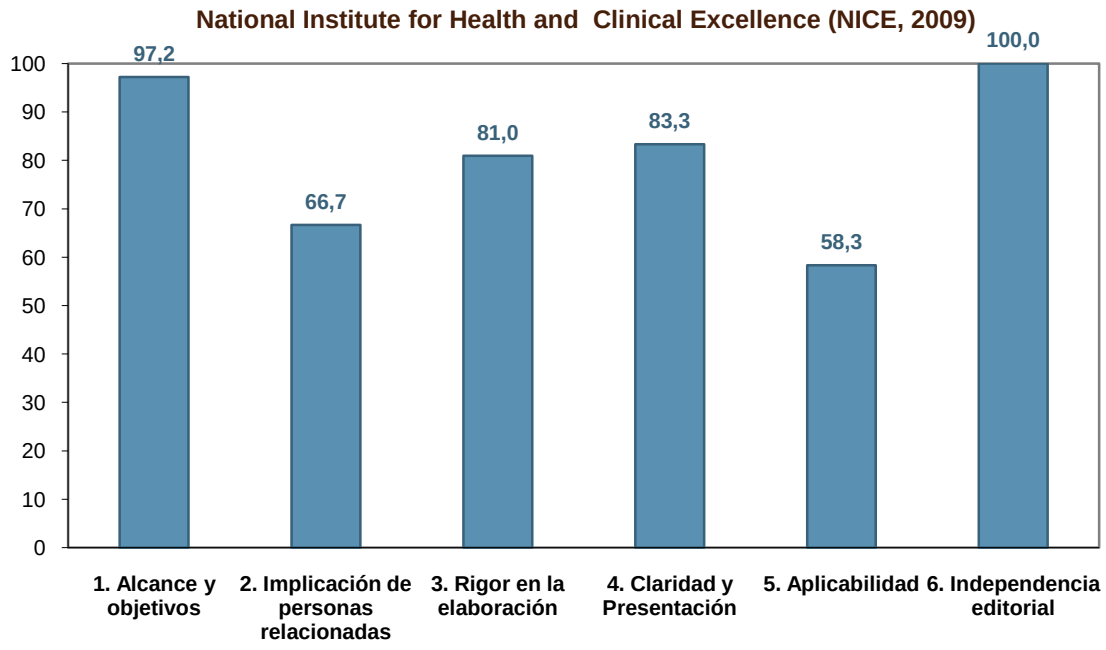
La búsqueda sistemática, realizada siguiendo las estrategias y períodos ya comentados, se complementó con búsquedas manuales aportadas por los miembros del grupo de trabajo de la guía y los revisores externos y finalizó en octubre de 2010.

Anexo 2.2. Valoración de la calidad de las GPC según instrumento AGREE

GPC no recomendada



GPC recomendada



Anexo 2.3. Plantilla para la elaboración de recomendaciones mediante evaluación formal o juicio razonado

Pregunta:	
Volumen de evidencia Comentar la cantidad de evidencia disponible y su calidad metodológica.	
Aplicabilidad y generalización Comentar hasta qué punto las pruebas encontradas se pueden aplicar en el Sistema Nacional de Salud y en qué medida los resultados de los estudios obtenidos son generalizables a la población diana de la GPC.	
Consistencia Comentar si ha habido resultados discordantes entre los diferentes estudios y, de ser así, las razones por las que el grupo de trabajo de la guía se ha decidido por una opción u otra.	
Relevancia-Impacto clínico Señalar el impacto que podría tener la intervención en nuestro medio, considerando el tamaño de la población, la magnitud del efecto, el beneficio relativo frente a otras opciones, los recursos que se verían implicados, y el balance entre riesgo y beneficio.	
Otros factores Señalar en este espacio aspectos que se han podido tener en cuenta al evaluar la evidencia disponible.	
Clasificación de la evidencia Resumir la evidencia disponible con relación a la pregunta a la que se quiere dar respuesta. Indicar el nivel de evidencia asignado.	**Nivel de evidencia**
RECOMENDACIÓN Recoger la recomendación que el grupo de trabajo entiende que se deriva de la evidencia evaluada. Indicar el grado de recomendación. Apuntar las discrepancias, si las hubiere, en la formulación de la recomendación.	

Anexo 3. Diagnóstico e instrumentos de evaluación

Entrevistas basadas en la clasificación DSM	
Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV (**DIPD-IV**; Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders)	**Original** ▪ Zanarini MC. The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders. Belmont, MA: McLean Hospital and Harvard Medical School, 1996. **Adaptación española** ▪ Grilo CM, Anez LM, McGlashan TH (2003). The Spanish-Language Version of the Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders: Development and Initial Psychometric Evaluation of Diagnoses and Criteria. Comprehensive Psychiatry 44, 154-161.
Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (**IPDE**; International Personality Disorder Examination)	**Original** ▪ Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM et al. (1994). The International Personality Disorder Examination. Arch Gen Psychiatry 51, 215-224. ▪ Loranger AW (1999). IPDE: International Personality Disorder Examination: DSM-IV and ICD-10 Interviews. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. **Adaptación española** ▪ López-Ibor Aliño JJ, Pérez Urdaniz A, Rubio Larrosa V (1996). IPDE. International Personality Disorder Examination. Madrid: Meditor.
Personality Disorder Interview-IV (**PDI-IV**)	**Original** ▪ Widiger TA, Mangine S, Corbitt EM, Ellis CG, & Thomas GV (1995). Personality Disorder Interview-IV: A semistructured interview for the assessment of personality disorders. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado.
Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II (**SCID-II**; Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders)	**Original** ▪ First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin L (1997). Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc. **Adaptación española** ▪ First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II). Barcelona: Masson; 1999.
Structured Interview for DSM-IV Personality (**SIDP-IV**)	**Original** ▪ Pfohl B, Blum N, Zimmerman M (1997). Structured Interview for DSM-IV Personality: SIDP-IV. Washington, DC, American Psychiatric Press. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado.
Estrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite – Revisada (**DIB-R**; Diagnostic Interview for Borderline Patients – Revised)	**Original** ▪ Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. Journal of Personality Disorders, 3, 10-18. **Adaptación española** ▪ Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Álvarez E, Zanarini MC, Pérez-Sola V (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R). Actas Españolas Psiquiatría 32, 293-298. ▪ Szerman N, Peris MD, Ruiz A, Ruiz M, Gunderson JG, Rejas J, Study Group for the Validation of the DIB-R into Spanish (2005). Linguistic adaptation and validation into Spanish of the Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised (DIB-R). Curr Med Res Opin. 21, 1251-9.
Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (**ZAN-BPD**)	**Original** ▪ Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. J Personal Disord. 17, 233-42. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado.

Cuestionarios basados en la clasificación DSM	
Cuestionario Diagnóstico de la Personalidad-4+ (**PDQ-4+**; Personality Diagnostic Questionnaire-4+)	**Original** ▪ Hyler SE (1994). Personality Questionnaire PDQ-4+. New York, New York State Psichiatric Institute. ▪ Hyler SE (1997). PDQ-4 and PDQ-4+ instructions for use. New York, New York State Psychiatric Institute. ▪ http://www.pdq4.com/ **Adaptación española** ▪ Calvo N, Caseras X, Gutiérrez F, Torrubia R (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). Actas Españolas de Psiquiatría 30, 7-13. ▪ Calvo, N. Adaptació al castellà del Personality Diagnostic Questionnaire-4+: Propietats psicomètriques en població clínica i en estudiants. Tesis doctoral, UAB, 2007.
Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (**MCMI-III**, Millon Clinical Multiaxial Inventory-III)	**Original** ▪ Millon T (1997). The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual (2nd Edition). Minneapolis, MN: National Computer Systems. **Adaptación española** ▪ Cardenal V, Sánchez MP, Ortiz-Tallo M (2007). Guía práctica para la interpretación del MCMI-III. Evaluación de 14 casos clínicos. Madrid: TEA Ediciones. ▪ http://www.teaediciones.com/teaasp/buscador.asp?IdGama=321
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Escalas de Trastorno de la Personalidad (**MMPI 2-PD**; Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2-Personality Disorder Scales)	**Original del instrumento completo** ▪ Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen AM, Kreammer B (1989). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) Manual for Administration and Scoring. Minneapolis, MN: University of Minneapolis Press. **Original de las escalas de trastorno de la personalidad** ▪ Colligan RC, Morey LC, Offord KP (1994). The MMPI/MMPI-2 personality disorder scales: Contemporary norms for adults and adolescents. Journal of Clinical Psychology 50, 168-200. **Adaptación española** ▪ Ávila-Espada A, Jiménez-Gómez F. (1999). Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessota-2 (MMPI-2). Madrid: TEA Ediciones.
Inventario Coolidge del Eje II (**CATI**; Coolidge Axis II Inventory)	**Original** ▪ Coolidge FL, Merwin MM (1992). Reliability and validity of the Coolidge Axis II Inventory: A new inventory for the assessment of personality disorders. Journal of Personality Assessment 59, 223-238. ▪ Coolidge FL (2000). The Coolidge Axis II Inventory: Manual. Colorado Springs: Author. **Adaptación española (Colombia)** ▪ Ospina-García MB (2005). Adaptación transcultural al español del Inventario Coolidge del Eje II para el diagnóstico de personalidad del DSM IV. Trabajo de Grado, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
OMNI Personality Inventory (**OMNI**)	**Original** ▪ Loranger AW (2001). OMNI Personality Inventories: Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. ▪ Hay una versión breve, el OMNI-IV Personality Disorder Inventory (OMNI-IV) que se limita a los trastornos de la personalidad del DSM, con la misma referencia. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Inventario de Trastornos de la Personalidad de Wisconsin (**WISPI**; Wisconsin Personality Inventory)	**Original** ▪ Klein MH, Smith-Benjamin L, Rosenfeld R, Treece C, Husted J, Greist JH (1993). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: development, reliability, and validity. Journal of Personality Disorders 7, 285-303. ▪ Smith TL, Klein MH, Benjamin LS (2003).Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID-II. Journal of Personality Disorders 17, 173-187. **Adaptación española** ▪ Robles-García R, Torres-Nabel LC, Páex-Agraz F (2003). Estudio de traducción y fiabilidad del Inventario de Trastornos de la Personalidad de Wisconsin (WISPI-IV). Actas Españolas de Psiquiatría 31, 133-137.

Inventario de Evaluación de la Personalidad (**PAI**; Personality Assessment Inventory)	**Original** ▪ Morey LC (1991). Personality Assessment Inventory: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. **Adaptación española (México)** ▪ Rogers R, Flores J, Ustad K, Sewell KW (1995). Initial validation of the Personality Assessment Inventory-Spanish version with clients from Mexican American communities. Journal of Personality Assessment 64, 340-348. ▪ Fantoni-Salvador P, Rogers R (1997). Spanish Versions of the MMPI-2 and PAI: An investigation of concurrent validity with Hispanic patients. Assessment, 4, 29-39. ▪ http://www3.parinc.com/products/product.aspx?Productid=PAI-SPANISH
Borderline Syndrome Index (**BSI**)	**Original** ▪ Conte HR, Plutchik R, Karasu TB, Jerrett I (1980). A self-report borderline scale: Discriminant validity and preliminary norms. Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 428-435. ▪ Edell WS (1984). The Borderline Syndrome Index: Clinical validity and utility. Journal of Nervous and Mental Disease, 172, 254-263. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Borderline Symptom List (**BSL-95**)	**Original** ▪ Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kühler T, Stieglitz RD (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). Psychopathology 40, 126-32. **Hay una versión breve** ▪ Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, Steil R, Philipsen A, Wolf M (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. Psychopathology 42, 32-39. **Adaptación española (versión breve)** ▪ Traducido el BSL-23, no se ha encontrado publicación ▪ http://www.zi-mannheim.de/bsl_english.html
McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (**MSI-BPD**)	**Original** ▪ Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). J Personal Disord 17, 568-73. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Borderline Personality Questionnaire (**BPQ**)	**Original** ▪ Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C, Shelton C (2006). The BPQ: A scale for the assessment of Borderline Personality based on DSM-IV criteria. Journal of Personality Disorders 20, 247–260. **Adaptación española (en curso)** ▪ Fonseca-Pedrero E, Muñiz J, Lemos S, Paino M, Villazón-García U (septiembre 2009). Traducción y adaptación al español del Borderline Personality Questionnaire (BPQ). Ponencia presentada en el XI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud, Málaga.
Borderline Personality Features Scale for Children (**BPFS-C**)	**Original** ▪ Crick NR, Murray-Close D, Woods K. Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. Dev Psychopathol. 2005 Fall; 17(4):1051-70. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Borderline Personality Inventory (**BPI**)	**Original** ▪ Leichsenring F (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. J Pers Assess. 73, 45-63. ▪ Erratum in: J Pers Assess. 2006, 86, 117. **Hay una versión breve** ▪ Lee CY, Wen JK, Yeh WC, Lee Y, Chong MY (2009). Reliability and validity of the 20-item taiwan version of the borderline personality inventory. Chang Gung Med J 32(2):165-71. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado

Kid's Coolidge Axis II Inventory (**KCATI**)	**Original** ▪ Coolidge FL, Philbrick PB, Wooley MJ, Bunting EK, Hyman JN, Stager MA (1990). The KCATI: Development of an inventory for the assessment of personality disorders in children. Journal of Personality and Clinical Studies 6, 225-232. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Personality Inventory Scales (**PIS**)	**Original** ▪ Burgess JW (1991). The Personality Inventory Scales: a self-rating clinical instrument for diagnosis of personality disorder. Psychological Reports 69, 1235-1246. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Entrevistas basadas en modelos dimensionales	
Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (**SWAP-200**)	**Original** ▪ Westen D, Shedler J (1999). Revising and assessing Axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. Am J Psychiatry 156, 258-272. ▪ Westen D, Shedler J (1999). Revising and assessing Axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. Am J Psychiatry 156, 273-285. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado.
Listado de Psicopatía-Revisado (**PCL-R**; Psychopathy Checklist-Revised)	**Original** ▪ Hare RD (1991). The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Canada: Multi-Health Systems. **Adaptación española** ▪ Moltó J, Carmona E, Poy R, Ávila C, Torrubia R (1996). Psychopathy Checklist-Revised in Spanish prison populations: Some data on reliability and validity. Issues in Criminological and Legal Psychology24, 109-114. ▪ Moltó J, Poy R, Torrubia R (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. Journal of Personality Disorders 14, 84-96.
Personality Assessment Schedule (**PAS**)	**Original** ▪ Tyrer P, Alexander MS, Cichetti D, Cohen MS, Remington M (1979). Reliability of a schedule for rating personality disorders. British Journal of Psychiatry 135, 168-74. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado.
Structured Interview for the Five-Factor Model (**SIFFM**)	**Original** ▪ Trull TJ, Widiger TA (1997). Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. ▪ Trull TJ, Widiger TA, Useda JD, Holcomb J, Doan B, Axelrod SR, Stern BL, Gershuny BS (1998). A structured interview for the assessment of the five-factor model of personality. Psychological Assessment 10, 229-240. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Cuestionarios basados en modelos dimensionales	
Inventario de Personalidad NEO-Revisado (**NEO PI-R**; NEO Personality Inventory-Revised)	**Original, junto con versión breve** ▪ Costa PT, McCrae RR (1992). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor-Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa. Fl.: Psychological Assessment. **Adaptación española, junto con versión breve** ▪ Costa PT, McCrae RR (1999). NEO PI-R MANUAL. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores. Madrid: TEA Ediciones. ▪ http://www.teaediciones.com/teaasp/buscador.asp?idGama=149 **Hay una versión para adolescentes** ▪ Ortet G, Ibáñez MI, Ruipérez MA, Villa H, Moya J, Escrivá P (2007). Adaptación para adolescentes de la versión española del NEO PI-R (JS NEO). Psicothema 19, 263-268.

Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (**TCI-R**; Temperament and Character Inventory-Revised)	**Original** ▪ Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD (1994). The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality. ▪ Cloninger CR (1999). The temperament and character inventory-revised. St Louis, Missouri: Center for Psychobiology of Personality, Washington University. ▪ http://psychobiology.wustl.edu/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=68 **Adaptación española** ▪ Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, Fernández-Aranda F (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. Actas Esp Psiquiatr 32, 8-15. **Hay dos versiones breves** ▪ Gutiérrez-Zotes JA, Cortés MJ, Valero J, Peña J, Labad A (2005). Propiedades psicométricas de la versión española abreviada del TCI-R (TCI-140) y su relación con las Escalas de la Personalidad Psicopatológica (MMPI-2 PSY-5) en pacientes. Actas Esp Psiquiatr 33, 231-237. ▪ Adan A, Serra-Grabulosa JM, Caci H, Natale V (2009). A reduced Temperament and Character Inventory (TCI-56). Psychometric properties in a non-clinical sample. Personality and Individual Differences 46, 687-692.
Escala de Susceptibilidad al Castigo y Susceptibilidad a la Recompensa (**SCSR**)	**Original (español)** ▪ Torrubia R, Ávila C, Moltó J, Caseras X (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. Personality and Individual Differences 31, 837-862.
Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kulhman (**ZKPQ;** Zuckerman-Kulhman Personality Questionnaire)	**Original** ▪ Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M (1993). A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five and the alternative five. Journal of Personality and Social Psychology 65, 757-768. ▪ Zuckerman M (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. In B. De Raad & M. Perugini (eds.): Big Five Assessment (pp. 377-396). Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers. **Adaptación española** ▪ Gutiérrez-Zotes JA, Ramos JA, Sáiz J (2001). Desarrollo de la versión española del cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ-III) y propiedades psicométricas. Psiquis 22, 19-30. ▪ Gomà M, Valero S (2008). Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a general population sample. Psicothema 20, 324-330. **Hay una versión breve** ▪ Aluja A, García O, García LF (2003). Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ-III-R): a study of a shortened form. Personality and Individual Differences 34, 1083-1097.
Cuestionario Revisado de la Personalidad de Eysenck (**EPQ-R**; Eysenck Personality Questionnaire-Revised)	**Original** ▪ Eysenck HJ, Eysenck SGB (1991). Manual for the EPQ-R. San Diego, CA: EdITS/ Educational and Industrial Testing Service. **Adaptación española, junto con versión breve** ▪ Eysenck HJ, Eysenck SGB (1997). EPQ-R. Cuestionario Revisado de la Personalidad de Eysenck. Madrid: TEA. ▪ Eysenck HJ, Eysenck SGB (2001). EPQ-R, cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS). TEA Ediciones, SA. ▪ http://www.teaediciones.com/teaasp/buscador.asp?idGama=145
Cuestionario Exploratorio de Personalidad (**CEPER**).	▪ Caballo, V. (1997). Cuestionario Exploratorio de Personalidad. CEPER. Revista Conductual 9, (3). 560-562. ▪ Caballo, VE, Valenzuela J. (2001). Evaluación de los trastornos de personalidad por medio de un nuevo instrumento de autoinforme: el CEPER. Psicología Conductual, 9, 551-564.
Evaluación Dimensional de la Patología de la Personalidad-Cuestionario Básico (**DAPP-BQ**; Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire)	**Original** ▪ Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML (1989). A study on the factorial structure of personality pathology. Journal of Personality Disorders 3, 292-306. ▪ Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML (1991). Dimensions of personality pathology. Canadian Journal of Psychiatry 36, 557-562. **Adaptación española** ▪ Gutiérrez-Zotes JA, Gutiérrez F, Valero J, Gallego E, Baillés E, Torres X, Labad A, Livesley WJ (2008). Structure of Personality Pathology in Normal and Clinical Samples: Spanish Validation of the DAPP-BQ. Journal of Personality Disorders 22, 389-404.

Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (**SNAP**)	**Original** ▪ Clark LA (1993). The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. ▪ Clark LA, Simms LJ, Wu KD et al. (en prensa). Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP-2). Minneapolis: University of Minnesota Press. ▪ http://www.upress.umn.edu/tests/snap.html **Hay versión breve** ▪ Harlan E, Clark LA (1999). Short forms of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) for Self and Collateral Ratings: Development, Reliability, and Validity. Assessment, 6, 131-145. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado.
Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorder scales (**IIP-PD**)	**Original** ▪ Pilkonis PA, Kim Y, Proietti JM, Barkham M (1996). Scales for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems. Journal of Personality Disorders 10,355-369. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Lista de Adjetivos de la Personalidad (**PACL**; Personality Adjective Check List)	**Original** ▪ Strack S (1987). Manual for the Personality Adjective Check List (PACL). Draft Psychology Service, 116b. Veterans' Administration Outpatients Clinic. ▪ Strack S, Lorr M (1990). Item factor structure of the Personality Adjective Check List (PACL). Journal of Personality Assessment 55, 86-94. ▪ http://www.21stcenturyassessment.com/pacl.htm **Adaptación española** ▪ Tous JM, Pont N, Muiños R (2006). Factor Structure of Items from the Personality Adjective Check List in a Sample of Normal Adolescents. The Spanish Journal of Psychology, 9, 228-233.
Inventario Millon de Estilos de Personalidad (**MIPS**; Millon Index of Personality Styles)	**Original** ▪ Millon T (1994). Millon Index of Personality Styles (MIPS). San Antonio: The Psychological Corparation. **Adaptación española** ▪ Aparicio-García ME, Sánchez-López MP (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Anales de Psicología, 15, 191-211. ▪ Sánchez-López MP, Díaz-Morales JF, Aparicio M (2001). Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Madrid: TEA Ediciones. ▪ http://www.teaediciones.com/teaasp/buscador.asp?idGama=153
Personality Psychopathology Five (**PSY-5**)	**Original** ▪ Harkness AR., McNulty JL, Ben-Porath YS (1995). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. Psychological Assessment, 75, 502-518. ▪ Harkness AR, McNulty JL, Ben-Porath YS, Graham JG (2002). The Personality Psychopathology Five (PSY-5) scales. Minneapolis: University of Minnesota Press. **Adaptación española** ▪ Gutiérrez-Zotes JA, Cortés MJ, Valero J, Peña J, Labad A (2005). Propiedades psicométricas de la versión española abreviada del TCI-R (TCI-140) y su relación con las Escalas de la Personalidad Psicopatológica (MMPI-2 PSY-5) en pacientes. Actas Esp Psiquiatr 33, 231-237.
Escala de Impulsividad de Barratt (**BIS-11**; Barratt Impulsiveness Scale)	**Original** ▪ Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 51, 768-774. **Adaptación española** ▪ Oquendo MA, Baca-Garcia E, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann JJ (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). Eur J Psychiatry, 15, 147-155.
Escala de Búsqueda de Sensaciones (**SSS-V**) Sensation Seeking Scale-Form V (forma V)	**Original** ▪ Zuckerman M (1994). Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York: Cambridge University Press. **Adaptación española** ▪ Pérez J, Torrubia R (1986). Fiabilidad y validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V). Revista Latinoamericana de Psicología 18: 7-22.

Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (**BDHI**; Buss-Durkee Hostility Inventory)	**Original** ▪ Buss H, Durkee A (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. J Consult Psychiatry; 21: 343-348. **Adaptación española** ▪ Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, Montalbán V, Mann JJ (2001). Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). Eur J Psychiatry 15: 101-112.
Questionnaire of Thoughts and Feelings (**QTF**)	**Original** ▪ Renneberg B, Schmidt-Rathjens C, Hippin R, Backenstrass M, Fydrich T (2005). Cognitive characteristics of patients with Borderline Personality Disorder: Development and validation of a self-report inventory. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 36, 173-182**.** **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Cuestionario de Esquemas de Young (**YSQ**; Young Schema Questionnaire)	**Original** ▪ Young, J. (1990). Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc. ▪ Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. Cognitive Therapy and Research 19 (3), 295–321. ▪ http://www.schematherapy.com/id55.htm **Adaptación española (Colombia)** ▪ Castrillón DA, Chaves L, Ferrer A, Londoño NH, Maestre K, Marín C, Schnitter M (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población Colombiana. Revista Latinoamericana de Psicología 37, 541-560. **Adaptación española (traducido, no publicado)** ▪ Cid J, Torrubia R (2002, septiembre). Schema as a construct in cognitive behavioural therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. Comunicación presentada en The XXXII European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Maastricht, Netherlands.
Personality Disorder Beliefs Questionnaire (**PDBQ**)	**Original** ▪ Arntz A, Dietzel R, Dreessen L (1999). Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. Behaviour Research and Therapy 37, 545–557. ▪ Dreessen L, Arntz A (1995). The Personality Disorder Beliefs Questionnaire (short version). Maastricht: Author. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Personality Belief Questionnaire (**PBQ**).	**Original** ▪ Beck AT, Beck JS (1991). The Personality Belief Questionnaire. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania. ▪ Beck AT, Butler AC, Brown GK, Dahlsgaard KK, Newman CF, Beck JS (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. Behaviour Research and Therapy 39, 1213–1225. **Hay una forma breve** ▪ Butler A, Beck AT, Cohen L (2007). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and Preliminary Findings. Cognitive Therapy and Research 31, 357-370. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Otros instrumentos: gravedad y cambio	
Impresión Clínica Global para el Trastorno Límite de la Personalidad (**CGI-BPD**; Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder patients)	**Original (español)** ▪ Perez V, Barrachina J, Soler J, Pascual JC, Campins MJ, Puigdemont D, Álvarez E (2007). The Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. Actas Esp Psiquiatr 35, 229-35.
Borderline Evaluation of Severity Over Time (**BEST**)	**Original** ▪ Pfohl B, Blum N, St. John D, McCormick B, Allen J, Black DW (2009). Reliability and Validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): A Self-Rated Scale to Measure Severity and Change in Persons With Borderline Personality Disorder. J Pers Dis, 23, 281-293. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado

Objective Behavioral Index (**OBI**)	**Original** ▪ Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L. (1999). The Objective Behavioral Index: a measure for assessing treatment response of patients with severe personality disorders. J Nerv Ment Dis. 187, 290-5. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Severity Indices of Personality Problems (**SIPP-118**)	**Original** ▪ Verheul R, Andrea H, Berghout CC, Dolan C, Busschbach JJV, Van der Kroft PJA, Bateman AW, Fonagy P (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, Factor Structure, Reliability, and Validity. Psychological Assessment, 20 23-34. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Multidimensional Personality Disorder Rating Scale (**MPDRS**)	**Original** ▪ Johnson JG, First MB, Cohen P, Kasen S (2008). Development and validation of a new procedure for the diagnostic assessment of personality disorder: The Multidimensional Personality Disorder Rating Scale (MPDRS). Journal of Personality Disorders 22, 246-258. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Conducta suicida y autolesiva	
Self-Injurious Thoughs and Behaviors Interview (**SITBI**)	**Original** ▪ Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. Psychol Assess 19, 309-17. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Suicide Attempt Self-Injury Interview (**SASII**)	**Original** ▪ Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. Psychol Assess 18, 302-12. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Functional Assessment of Self-Mutilation (**FASM**)	**Original** ▪ Lloyd EE, Kelley ML, Hope T (1997). Self-mutilation in a community simple of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Peper presented at the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Escala de Ideación Suicida (**SSI**)	**Original** ▪ Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979). Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation. J Cons Clin Psychol 47, 343-52. **Adaptación española (México)** ▪ González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz-León S, González-Forteza C, González-Núñez JJ (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental 23, 21-30. ▪ Hay una versión española, pero no se ha publicado validación http://www.portalpsicologico.org/cuestionarios-y-test/cuestionarios-y-test/escala-de-ideacion-suicida.html
Beck Suicidal Ideation Scale (**BSIS**)	**Original** ▪ Beck AT, Steer RA, Ranieri WF (1988). Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. J Clin Psychol; 44: 499-505. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado
Suicidal Behaviors Questionnaire (**SBQ**).	**Original** ▪ Addis M, Linehan MM (1989). Predicting suicidal behavior: Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. Poster presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement Behavior Therapy, Washington, D.C. **Adaptación española** ▪ No se ha encontrado

Glosario metodológico

Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE): Instrumento de evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica. Se entiende por calidad de las guías de práctica clínica la confianza en que los sesgos potenciales del desarrollo de la guía han sido señalados de forma adecuada y en que las recomendaciones son válidas tanto interna como externamente, y se pueden llevar a la práctica.

Aleatorización: Procedimiento por el que la selección de una muestra o la asignación a un tratamiento u otro, o a placebo, se hace por mecanismos de azar.

Cochrane Library: Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración Cochrane, compuesta, entre otras, por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.

Comorbilidad: Presencia de varias enfermedades añadidas o asociadas.

Diferencia de medias (DM): Es la media de las diferencias en valor absoluto de los valores a la media. Es una medida de efecto en datos continuos.

Diferencia de riesgos (DR): Diferencia entre la tasa (o probabilidad) de efecto adverso en el grupo de tratamiento y la tasa en el grupo control. Es una medida de efecto en datos discretos.

Efectividad: Resultado de una intervención diagnóstica, preventiva o terapéutica cuando se aplica en la práctica habitual, en condiciones no experimentales.

Eficacia: Resultado de una intervención diagnóstica, preventiva o terapéutica cuando se aplica en condiciones experimentales y/o controladas, por ejemplo, en un ensayo clínico.

Ensayo clínico: Estudio experimental para valorar la eficacia y la seguridad de un tratamiento o intervención.

Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA): Tipo de ensayo clínico en el que los pacientes son asignados de forma aleatoria, por medio del azar, a los distintos tratamientos que se comparan.

Estadísticamente significativo: En un estudio, si la probabilidad de que las diferencias en el efecto encontradas al comparar dos grupos es menor de un nivel de significación previamente definido, se dice que las diferencias son estadísticamente significativas; esto es, que es muy poco probable que las diferencias observadas entre tratamientos o grupos comparados se deban al azar. Normalmente se utiliza un nivel de significación del 5%, y suele presentarse como $p < 0,05$. No obstante, debe tenerse en cuenta que una diferencia entre tratamientos puede ser estadísticamente significativa pero que ello no siempre implica que la diferencia encontrada sea “clínicamente significativa” o relevante.

Estudio pre-post: Estudio en el que el mismo grupo de personas es evaluado antes y después de una intervención o tratamiento.

Estudio ciego: Un estudio en el que alguno de los implicados en el mismo no conoce qué persona está recibiendo uno u otro tratamiento o placebo. La ocultación del tratamiento se usa para prevenir que los resultados de una investigación resulten "influenciados" por el efecto placebo o por el sesgo del observador. Para valorar correctamente el cegamiento es necesario conocer quién ha sido cegado en el estudio (pacientes, investigadores, profesionales sanitarios, adjudicadores de resultados y/o estadísticos).

Estudio de casos y controles: Es un estudio epidemiológico observacional, en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se investiga si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

Estudio de cohorte: Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presentan diferentes grados de exposición a un factor de riesgo y en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.

Evidencia: Pruebas. Medicina basada en la evidencia: medicina basada en pruebas científicas.

Factor de Riesgo (FR): Es toda circunstancia que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

Guía de Práctica Clínica (GPC): Conjunto de instrucciones, directrices, afirmaciones o recomendaciones, desarrolladas de forma sistemática, cuyo propósito es ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones, sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas.

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado. Indica la probabilidad de que un individuo, libre de enfermedad, la desarrolle en un período determinado.

Intervalo de Confianza (IC): Es el intervalo en el que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de "intervalo de confianza al 95%" (o "límites de confianza al 95%"). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor en el 95% los casos.

Metanálisis (MA): Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohorte, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios más grandes.

Morbilidad: Enfermedad ocasionada.

NICE: Institución que forma parte del NHS (National Health Service británico). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.

NNT/NNH: Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Es el número de personas que se necesitaría tratar ("number needed to treat", [NNT]) con un tratamiento específico para producir, o evitar, un evento adicional. Del mismo modo se define el número necesario para perjudicar o ("number needed to harm" [NNH]) para evaluar efectos indeseables.

Odds ratio (OR): Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Si es igual a 1, el efecto del tratamiento no es distinto del efecto del control. Si el OR es mayor (o menor) que 1, el efecto del tratamiento es mayor (o menor) que el del control. Nótese que el efecto que se está midiendo puede ser adverso (p. ej., muerte, discapacidad) o deseable (p. ej., dejar de fumar).

Pregunta clínica en formato paciente-intervención-comparación-resultados (outcomes) (PICO): Método específico de formulación de preguntas clínicas. Se deben tener en cuenta los siguientes componentes: paciente, intervención, comparación, resultados (outcomes). La ventaja de este formato de pregunta clínica es que define sin ambigüedad lo que se pretende conocer y ayuda a realizar la búsqueda bibliográfica, ya que para cada tipo de pregunta corresponde un tipo de estudio con el diseño adecuado para responderla.

Placebo: Es una sustancia o intervención inerte que se utiliza como control en la investigación clínica. Sirve para descartar las curaciones debidas a causas desconocidas que no serían atribuibles a la terapia que se investiga.

Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan una enfermedad o una característica en un momento, o período de tiempo determinado. Indica la probabilidad de que un individuo de una determinada población tenga una enfermedad en un momento, o período de tiempo determinado.

Revisión Sistemática de la Evidencia Científica (RSEC): Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Puede incluir o no el metanálisis.

Revisión Sistemática de Ensayos Controlados: Ídem que la definición de RSEC, pero en este caso, la evidencia es extraída únicamente de ensayos clínicos controlados, y por tanto, proporciona un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud.

Revisión Cochrane: Revisión sistemática realizada según la metodología de la Colaboración Cochrane y publicada en la Biblioteca Cochrane.

Riesgo relativo (RR): El cociente entre la tasa de eventos en el grupo tratamiento y control. Su valor sigue la misma interpretación que la OR.

Serie clínica: También denominada serie de casos, es un tipo de estudio donde se describe la experiencia con un grupo de pacientes con un diagnóstico similar, sin grupo de comparación.

Sesgo: Es un error que aparece en los resultados de un estudio debido a factores que dependen de la recolección, análisis, interpretación, publicación o revisión de los datos, y que pueden conducir a conclusiones que son sistemáticamente diferentes de la verdad o incorrectas acerca de los objetivos de una investigación.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Agencia escocesa multidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de aquéllas.

Standard Error (SE): Término que se utiliza a menudo para hacer referencia a la desviación estándar de la media.

Los términos relacionados con aspectos metodológicos se basan el glosario de CASPe (programa de habilidades en lectura crítica en España), en http://www.redcaspe.org/homECAp.asp

Abreviaciones

AAI: Adult Attachment Interview (Entrevista de Apego para Adultos)

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

ADSHQ: Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire

AEEM: Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AG: Ácidos Grasos

AIAQS: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AP: Atención Primaria

APA: American Psychiatric Association

APS: Atención Primaria de salud

ARS: Anger Rumination Scale

ATC: Antidepresivos Tricíclicos

AVD: Actividades de la Vida Diaria

BDHI: Buss-Durkee Hostility Inventory (Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee)

BDI: Beck Depression Inventory

BEST: Borderline Evaluation of Severity over Time

BIS-11: Barratt Impulsiveness Scale (Escala de Impulsividad de Barratt)

BPI: Borderline Personality Inventory

BPQ: Borderline Personality Questionary (Cuestionario de personalidad borderline)

BPFS-C: Borderline Personality Features Scale for Children.

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

BSI: Borderline Syndrome Index

BSIS: Beck Suicidal Ideation Scale

BSL-95: Borderline Symptom List

CADSS: Clinician Administered Dissociative States Scale

CAP: Centro Atención Primaria

CATI: Coolidge Axis II Inventory (Inventario Coolidge del Eje II)

CCAA: Comunidades Autónomas

CEPER: Cuestionario Exploratorio de la Personalidad

CGI-BPD: Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder (Impresión Clínica Global para el Trastorno Límite de la Personalidad)

CGI-I: Clinical Global Impressions-Improvement Scale

CGI-S: Clinical Global Impression-Severity

CIE/CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades/Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión

CSM: Centro de Salud Mental

CSMA: Centro de Salud Mental Adultos

CSMIJ: Centro de Salud Mental Infantil-Juvenil

CTBE: Community Treatment By Experts (Tratamiento Comunitario Por Expertos)

DAPP-BQ: Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (Cuestionario Básico para la Evaluación Dimensional de la Patología de la Personalidad)

DBT: Dialectical behaviour therapy (Terapia Dialéctico-Conductual, TDC)

DBT-ST: Dialectical Behaviour Therapy-Skills Training (Terapia Dialéctico-Conductual de Entrenamiento en Habilidades, TDC-EH)

DHA: Ácido Docosahexaenoico

DIB-R: Diagnostic Interview for Borderline-Revised (Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada)

DIPD-IV: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV)

DSH: Deliberate Self-Harm (Episodios Autolesivos Deliberados, EAD)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

DSM-III-R/DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III Revised-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Revised (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Revisado)

DSS: Dissociative States Scale

EAD: Episodios Autolesivos Deliberados (Deliberate Self-Harm, DSH)

ECSM: Equipo Comunitario de Salud Mental

EPA: Ácido Eicosapentanoico

EPQ-R: Eysenck Personality Questionnaire-Revised (Cuestionario Revisado de la Personalidad de Eysenck)

FASM: Functional Assessment of Self-Mutilation Interview

FDA: Food and Drug Administration

FEARP: Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial

FR: Función Reflexiva

GABA: Ácido Gamma Aminobutírico

GAF: Global Assesment Functionning (Escala Global de Funcionamiento)

GAF-F: Global Assesment Functioning-Functioning Scale (Escala Global de Funcionamiento-Funcionamiento)

GAF-S: Global Assesment Functioning-Symptoms Scale (Escala Global de Funcionamiento-Síntomas)

GAS: Global Assessment Scale

GPC: Guía de Práctica Clínica

GPCE-TPI: Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente

GPP: Good Practice Point

HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale (Escala de Hamilton para la Ansiedad)

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Hamilton para la Depresión)

I-BAFT: Integrative Borderline Adolescent Family Therapy (Terapia Familiar Integrativa para adolescentes con TLP)

ICG-TLP: Impresión Clínica Global-Trastorno Límite de la Personalidad

IIP-PD: Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorder

IMAO: Inhibidor de la monoaminoxidasa

IMPS: Inpatient multidimensional psychiatric scale

IPDE: International personality disorder examination (Examen internacional de los trastornos de la personalidad)

IPT: Interpersonal Psychodynamic Therapy

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina

KCATI: Kid's coolidge axis II inventory

LOCF: Last observation carried forward (Enfoque de última observación considerada) en la escala ZAN-BPD

MACT: Manual-Assisted Cognitive Therapy (Terapia cognitiva asistida por manual, TCAM)

MBT: Mentalization-Based Therapy (Terapia Basada en la Mentalización, TBM)

MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III)

MIPS: Millon Index of Persnoality Styles (Inventario Millon de Estilos de Personalidad

MMPI 2-PD: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Escala de Trastorno de la Personalidad del MMPI 2)

MOAS: Modified Overt aggression scale

MPDRS: Multidimensional personality disorder rating scale

MSI-BPD: McLean screening instrument for borderline personality disorder

NEO-PI-R: NEO personality inventory-revised (Inventario de personalidad NEO-revisado)

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OAS-M: Overt aggression scale-modified

OBI: Objective behavioral index

OFC: Olanzapina-fluoxetina combination

OMNI: OMNI personality inventory

OMS: Organización mundial de la salud

PACL: Personality adjective check list (Lista de adjetivos de la personalidad)

PAE: Programa atención específica

PAI: Personality assessment inventory (Inventario de evaluación de la personalidad)

PAS: Personality Assesment Schedule

PBQ: Personality Belief Questionnaire

PCL-R: Psychopathy Checklist-Revised (Listado de Psicopatía-Revisado)

PDBQ: Personality Disorder Beliefs Questionnaire

PDI-IV: Personality Disorder Interview-IV

PDQ-4+: Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (Cuestionario Diagnóstico de la Personalidad-4+)

PFT: Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

PGC: Programas de Gestión de Casos

PIS: Personal Inventory Scales

PSY-5: Personality Psychopatology Five

PTI: Proyecto Terapéutico Individualizado

QOLI: Quality of life interview

QTF: Questionnaire of thoughts and feeling

RD: Real decreto

RSEC: Revisión sistemática de la evidencia científica

SASII: Suicide Attempt Self-Injury Interview

SBQ: Suicidal Behaviors Questionnaire

SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV-Eje II)

SCL-90: Symptom Checklist 90

SCL-90-R: Symptom Checklist 90-Reviewed

SCM: Structured Clinical Management

SCSR: Escala Susceptibilidad al Castigo y Susceptibilidad a la Recompensa

SF-36: Short Form-36 (Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud)

SIDP-IV: Structured Interview for DSM-IV Personality

SIFFM: Structured Interview for the Five-Factor Model

SIPP-118: Severity Index of Personality Problems

SITBI: Self-Injurious Thoughs and Behaviors Interview

SNAP: Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPI: Scale Psychiatry Illness

SSI: Scale for Suicide Ideation (Escala de Ideación Suicida)

SSS-V: Sensation Seeking Scale-Form V (Escala de Búsqueda de Sensaciones)

STAXI: State Trait Anger Expression Inventory

STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving

SWAP-A: Shedler-Westen Assessment Procedure for Adolescents (Procedimiento de valoración de Shedler-Westen para adolescentes)

SWAP 200: Shedler-Westen Assessment Procedure 200

TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario

TBM: Terapia Basada en la Mentalización (Mentalization-Based Therapy, MBT)

TCA: Terapia Cognitiva Analítica.

TAU: Treatment As Usual (Tratamiento Habitual)

TC: Terapia Cognitiva.

TCAM: Terapia Cognitiva Asistida por Manual (Manual-Assisted Cognitive Therapy, MACT))

TCC: Terapia cognitivo-conductual

TCE: Terapia centrada en esquemas/terapia cognitiva centrada en esquemas

TCI-R: Temperament and character inventory-revised (Inventario de temperamento y carácter)

TCPE: Tratamiento comunitario por parte de expertos (CTBE: Community treatment by experts)

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TDC: Terapia Dialéctico-Conductual

TDC-EH: Terapia Grupal Dialéctico-Conductual de Entrenamiento de Habilidades (Dialectical Behavioral Therapy-Skills Training, DBT-ST)

TDS: Trastornos por Dependencia de Sustancias

TGE: Terapia de Grupo Estándar

TGI: Terapia Grupal Interpersonal

TI: Terapia Interpersonal

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

USM: Unidad de Salud Mental

WISPI-IV: Wisconsin Personality Inventory (Inventario de Trastornos de la Personalidad de Wisconsin)

YSQ: Young Schema Questionnaire (Cuestionario de Esquemas de Young)

ZAN-BPD: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder

ZKPQ: Zuckerman-Kuhlm Personality Questionnaire (Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlm)

Bibliografía

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

2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.

3. Consejo asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Quaderns de salut mental 8. Barcelona: Catsalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.

4. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.

5. Grupo de trabajo sobre guías de práctica clínica. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: I+CS Nº 2006/1.

6. Instrumento AGREE versión española [página web en Internet]. The AGREE collaboration. Disponible en: www.agreecollaboration.org

7. López de Argumedo M, Reviriego E, Andrío E, Rico R, Sobradillo N, Hurtado de Saracho I. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la Lectura Crítica y la síntesis de la evidencia científica. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba Núm. 2006/02.

8. SIGN 50 A guideline developer's handbook. Revised edition. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). National Health Service (NHS); 2008.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

10. Perry JC, Klerman GL. The borderline patient. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. Arch Gen Psychiatry. 1978;35(2):141-50.

11. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. Psychoanalytic Quarterly. 1938;7:467-89.

12. Zilboorg G. Ambulatory schizophrenia. Psychiatry. 1941;4:149-55.

13. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr Q. 1949;23(2):248-76.

14. Frosch J. The psychotic character: clinical psychiatric considerations. Psychiatr Q. 1964;38:81-96.

15. Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(3):641-85.

16. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. Am J Psychiatry. 1975;132(1):1-10.

17. Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. Am J Psychiatry. 1977;134(11):1227-33.

18. Zanarini MC. Borderline personality as an impulse spectrum disorder. A: Paris J, editor. Borderline personality disorder: etiology and treatment.Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1993.

19. Kroll L. PTSD/Borderlines in therapy. New York, NY (US): Norton; 1993.

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (3ª ed.). Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1980.

21. OMS, Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

22. Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco JL. Trastorno límite de la personalidad. En: Roca M, editor. Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2004.

23. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. Hosp Community Psychiatry. 1991;42(10):1015-21.

24. Swartz M, Blazer D, George L. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. Journal of Personality Disorders. 1990;4(3):257-72.

25. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(12):1752-9.

26. Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. Am J Psychiatry. 1993;150(8):1237-43.

27. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S. Symptomatologie de la personnalite limite du DSM IV dans une population non clinique d'adolescents: etude d'une serie de 35 cas. Encephale. 2001;27(2):120-7.

28. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. J Pers Disord. 2004;18(6):526-41.

29. Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. J Pers Disord. 2008;22(4):353-64.

30. Grilo CM, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. Compr Psychiatry. 2001;42(5):364-8.

31. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. Lancet. 2002;359(9325):2253-4.

32. Paris J. Long-term outcome of personality disorders. A: Paris J, editors. Personality Disorders over time.Washington, DC (US): Am J Psychiatry; 2003.

33. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2003;160(2):274-83.

34. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. Compr Psychiatry. 1987;28(6):530-5.

35. Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP. 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. Compr Psychiatry. 1985;26(5):448-55.

36. Mc Glashnan TH. The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatry. 1986;43:2-30.

37. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. Compr Psychiatry. 2000;41(6):416-25.

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

39. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science. 2003;301(5631):386-9.

40. Coccaro EF, Lee R, McCloskey M. Norepinephrine function in personality disorder: plasma free MHPG correlates inversely with life history of aggression. CNS Spectr. 2003;8(10):731-6.

41. Schulz SC, Schulz PM, Dommisse C, Hamer RM, Blackard WG, Narasimhachari N, et al. Amphetamine response in borderline patients. Psychiatry Res. 1985;15(2):97-108.

42. Steinberg BJ, Trestman R, Mitropoulou V, Serby M, Silverman J, Coccaro E, et al. Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients. Neuropsychopharmacology. 1997;17(4):264-73.

43. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL, Cooper TB, Ferris CF. Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality-disordered subjects. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(8):708-14.

44. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Gecici O, Ustundag B. Serum cholesterol and leptin levels in patients with borderline personality disorder. Neuropsychobiology. 2002;45(4):167-71.

45. Zanarini MC, Frankenburg FR. Omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. Am J Psychiatry. 2003;160(1):167-9.

46. Rinne T, Van den Brink W, Wouters L, Van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2002;159(12):2048-54..

47. Rusch N, Van Elst LT, Ludaescher P, Wilke M, Huppertz HJ, Thiel T, et al. A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. Neuroimage. 2003;20(1):385-92.

48. Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder a: volumetric magnetic resonance imaging study. Biol Psychiatry. 2003;54:163-71.

49. De la Fuente JM, Goldman S, Stanus E, Vizuete C, Morlan I, Bobes J, et al. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. J Psychiatr Res. 1997;31(5):531-41.

50. Kunert HJ, Druecke HW, Sass H, Herpertz SC. Frontal lobe dysfunctions in borderline personality disorder? Neuropsychological findings. J Pers Disord. 2003;17(6):497-509.

51. Stein DJ, Hollander E, Cohen L, Frenkel M, Saoud JB, DeCaria C, et al. Neuropsychiatric impairment in impulsive personality disorders. Psychiatry Res. 1993;48(3):257-66.

52. Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM, Douglas BJ. Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. Psychiatry Res. 2003;122(3):193-8.

53. Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. Biol Psychiatry. 2001;50(4):292-8.

54. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. Biol Psychiatry. 2003;54(11):1284-93.

55. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(8):741-9.

56. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(7):600-6.

57. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. J Pers Disord. 2000;14(3):264-73.

58. Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. J Nerv Ment Dis. 2005;193(1):24-31.

59. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1991;148(5):648-51.

60. Fonagy P, Bateman A. Mentalizing and borderline personality disorder. J Ment Health. 2007;16:83-101.

61. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68(2):297-306.

62. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. Child Dev. 2000;71(3):684-9.

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

64. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. Child Dev. 2000;71(3):690-4.

65. Weinfield NS, Sroufe LA, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. Child Dev. 2000;71(3):695-702.

66. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G. Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. Dev Psychopathol. 2005;17(1):1-23.

67. Fonagy P, Target M, Gergely G, et al. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. Psychoanalytic Inquiry. 2003;23:412-59.

68. Linehan M. Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, NY (US): Guilford; 1993.

69. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. Dev Psychopathol. 2005;17(4):1007-30.

70. Fruzzetti AE, Shenk C, Lowry K, et al. Emotion regulation. A: O' Donohue, J.E., Fisher & S.C. Hayes, editors. Cognitive behaviour therapy: applying empirically supported techniques in your practice.New York, NY (US): Wiley; 2003.

71. OMS, Organización Mundial de la Salud. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator; 1992.

72. American Psychiatric Association. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001.

73. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington, VA (US): American Psychiatric Association (APA); 2003.

74. Garnet KE, Levy KN, Mattanah JJ, Edell WS, McGlashan TH. Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? Am J Psychiatry. 1994;151(9):1380-2.

75. Perry JC. Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. Am J Psychiatry. 1992;149(12):1645-53.

76. Garb HN. Clinical judgment and decision making. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:67-89.

77. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(3):225-45.

78. Clark LA, Harrison JA. Assessment instruments. A: Livesley WJ, editors. Handbook of personality disorders: theory, research and treatment.New York, NY (US): Guilford; 2001. p. 227-57.

79. McDermut W, Zimmerman M. Assessment instruments and standardized evaluation. A: Oldham J, Skodol A, Bender D, editors. Textbook of personality disorders.Washington, DC (US): American Psychiatric Press; 2005. p. 89-101.

80. Torrubia R, Caseras X, Gutiérrez F. Evaluación de la personalidad. En: Vallejo J, Leal C, editores. Tratado de Psiquiatría.Barcelona: Ars Médica; 2005.

81. Zanarini MC. The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders. Belmont, MA (US): McLean Hospital and Harvard Medical School; 1996.

82. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(3):215-24.

83. Widiger TA, Mangine S, Corbitt EM, Ellis CG, Thomas GV. Personality disorder interview-IV: A semistructured interview for the assessment of personality disorders. Professional manual. Odessa, FL (US): Psychological Assessment Resources; 1995.

84. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin L. The structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Arlington, VA (US): American Psychiatric Press; 1997.

85. Pfohl B, Blum N, Immerman M. Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV). Washington: American Psychiatric Press; 1997.

86. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. J Pers Disord. 1989;3:10-8.

87. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. J Pers Disord. 2003;17:233-42.

88. Segal DL, Coolidge FL. Structured interviewing and DSM classification. En: Hersen M, Turner S, editors. Adult Psychopathology and Diagnosis. New York, NY (US): John Wiley & Sons; 2003.

89. Widiger TA, Samuel DB. Evidence-based assessment of personality disorders. Psychol Assess. 2005;17(3):278-87.

90. Widiger TA. Personality disorders. En: Hunsley J, Mash EJ, editors. A guide to assessments that work. New York, NY (US): Oxford University Press; 2008.

91. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II). Barcelona: Masson; 1999.

92. Loranger AW, Sartorius N, Janca A. Assessment and diagnosis of personality disorders: the international personality disorder examination (IPDE). New York, NY (US): Cambridge University Press; 1996.

93. López-Ibor JJ, Pérez A, Rubio V. International Personality Disorder Examination IPDE. Madrid: Meditor; 1996.

94. Skodol AE, Oldham JM, Rosnick L, Kellman HD, Hyler SE. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders: A comparison of two structured interviews. Int J Methods Psychiatr Res. 1991;1:13-26.

95. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Álvarez E, et al. Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R). Actas Esp Psiquiatr. 2004;32(5):293-8.

96. Szerman N, Peris MD, Ruiz A, Ruiz M, Gunderson JG, Rejas J. Linguistic adaptation and validation into Spanish of the Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised (DIB-R). Curr Med Res Opin. 2005;21(8):1251-9.

97. Zimmerman M. What should the standard of care for psychiatric diagnostic evaluations be? J Nerv Ment Dis. 2003;191(5):281-6.

98. Millon T, Millon C, Davis R. MCMI-III Manual. Minneapolis (US): National Computer Systems; 1994.

99. Hyler SE. Personality Questionnaire PDQ-4+. New York, NY (US): New York State Psychiatric Institute; 1994.

100. Colligan RC, Morey LC, Offord KP. The MMPI/MMPI-2 Personality Disorder scales: contemporary norms for adults and adolescents. J Clin Psychol. 1994;50(2):168-200.

101. Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kuhler T, Stieglitz RD. Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). Psychopathology. 2007;40(2):126-32.

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

103. Coolidge FL, Merwin MM. Reliability and validity of the Coolidge Axis II Inventory: a new inventory for the assessment of personality disorders. J Pers Assess. 1992;59(2):223-38.

104. Coolidge FL. The Coolidge Axis II Inventory: Manual. Colorado Springs, CO (US): Autor; 2000.

105. Ospina-García MB. Adaptación transcultural al español del Inventario Coolidge del Eje II para el diagnóstico de personalidad del DSM IV [trabajo de grado]. Cali (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana; 2005.

106. Ávila-Espada A, Jiménez-Gómez F. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessota-2 (MMPI-2). Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1999.

107. Loranger AW. OMNI Personality Inventories: Professional manual. Lutz, FL (US): Psychological Assessment Resources, Inc.; 2001.

108. Fantoni-Salvador P, Rogers R. Spanish versions of the MMPI-2 and PAI: an investigation of concurrent validity with hispanic patients. Assessment. 1997;4:29-39.

109. Morey LC. Personality assessment inventory: professional manual. Odessa, FL (US): Psychol Assess; 1991.

110. Rogers R, Flores J, Ustad K, Sewell KW. Initial validation of the Personality Assessment Inventory-Spanish version with clients from Mexican American communities. J Pers Assess. 1995;64(2):340-8.

111. Smith TL, Klein MH, Benjamin LS. Validation of the Wisconsin personality disorders inventory-IV with the SCID-II. J Personal Disord 17(3), 173-187. J Personal Disord. 2003;17(3):173-87.

112. Klein MH, Smith-Benjamin L, Rosenfeld R, Treece C, Husted J, Greist JH. The Wisconsin personality disorders inventory: development, reliability, and validity. J Personal Disord. 1993;7:285-303.

113. Hopwood CJ, Morey LC, Edelen MO, Shea MT, Grilo CM, Sanislow CA, et al. A comparison of interview and self-report methods for the assessment of borderline personality disorder criteria. Psychol Assess. 2008;20(1):81-5.

114. Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. Annu Rev Psychol. 2007;58:227-57.

115. Westen D, Arkowitz-Westen L. Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. Am J Psychiatry. 1998;155(12):1767-71.

116. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. J Pers Disord. 2005;19(2):110-30.

117. Fonseca-Pedrero E, Muñíz J, Lemos S, Paino M, Villazón-García U. Traducción y adaptación al español del Bordeline Personality Questionnaire (BPQ) [ponencia]. En: XI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Málaga; 15-18 septiembre 2009.

118. Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C, Shelton C. The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. J Pers Disord. 2006;20(3):247-60.

119. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. J Abnorm Psychol. 2007;116(4):810-22.

120. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2008;193(6):477-84.

121. Costa PT, McCrae RR. The revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor-Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL (US): Psychological Assessment Resources; 1992.

122. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. J Pers Soc Psychol. 1993;65(4):757-68.

123. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. Manual of the Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. St. Louis, MO (US): Center for Psychobiology of Personality, Washington University; 1994.

124. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. J Abnorm Psychol. 1992;101(3):432-40.

125. Mulder RT, Joyce PR. Temperament and the structure of personality disorder symptoms. Psychol Med. 1997;27(1):99-106.

126. Leibing E, Jamrozinski K, Vormfelde SV, Stahl J, Doering S. Dimensions of personality--relationship between DSM-IV personality disorder symptoms, the five-factor model, and the biosocial model of personality. J Pers Disord. 2008;22(1):101-8.

127. O'Connor BP, Dyce JA. Rigid and extreme: a geometric representation of personality disorders in five-factor model space. J Pers Soc Psychol. 2001;81(6):1119-30.

128. Adan A, Serra-Grabulosa JM, Caci H, Natale V. A reduced Temperament and Character Inventory (TCI-56). Psychometric properties in a non-clinical sample. Pers Individ Dif. 2009;46(687):692.

129. Cloninger CR. The temperament and character inventory-revised. St Louis, MO (US): Center for Psychobiology of Personality. Washington University; 1999.

130. Gutiérrez-Zotes JA, Cortes MJ, Valero J, Pena J, Labad A. Psychometric properties of the abbreviated Spanish version of TCI-R (TCI-140) and its relationship with the Psychopathological Personality Scales (MMPI-2 PSY-5) in patients. Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(4):231-7.

131. Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, et al. Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. Actas Esp Psiquiatr. 2004;32(1):8-15.

132. Ortet G, Ibáñez MI, Ruipérez MA, Villa H, Moya J, Escrivá P. Adaptación para adolescentes de la versión española del NEO PI-R(JS NEO). Psicothema. 2007;19(2):263-8.

133. Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R MANUAL. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de cinco factores. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1999.

134. Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. Am Psychol. 2007;62(2):71-83.

135. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. A study on the factorial structure of personality pathology. J Pers Disord. 1989;3:292-306.

136. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Dimensions of personality pathology. Can J Psychiatry. 1991;36(8):557-62.

137. Gutiérrez-Zotes JA, Gutiérrez F, Valero J, Gallego E, Bailles E, Torres X, et al. Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. J Pers Disord. 2008;22(4):389-404.

138. Harlan E, Clark LA. Short forms of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) for self and collateral ratings: development, reliability, and validity. Assessment. 1999;6(2):131-45.

139. Clark LA. The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP). Minneapolis, MN (US): University of Minnesota Press; 1993.

140. Clark LA, Simms LJ, Wu KD, Casillas A. Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP-2) (en prensa). Minneapolis, MN (US): University of Minnesota Press.

141. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. Clin Psychol Rev. 2007;27(2):226-39.

142. Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. J Clin Psychol. 2006;62(2):185-200.

143. Kleespies PM, Dettmer EL. An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies. J Clin Psychol. 2000;56(9):1109-30.

144. Walsh B. Clinical assessment of self-injury: a practical guide. J Clin Psychol. 2007;63(11):1057-68.

145. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. Psychol Assess. 2007;19(3):309-17.

146. Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. Psychol Assess. 2006;18(3):303-12.

147. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community simple of adolescents: descriptive characteristics and provisional prevalence rates [póster]. A: 30th Annual Meeting Society for Behavioral Medicine. New Orleans, LA (US); July 1997.

148. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343-52.

149. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. J Clin Psychol. 1988;44(4):499-505.

150. González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortíz-León S, González-Forteza C, González-Núñez JJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Ment. 2000;23(2):21-30.

151. Addis M, Linehan MM. Predicting suicidal behaviour: Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. En: 9th Annual Meeting of the Association for the Advancement Behavior Therapy. Washington, DC (US); 1989.

152. Nock MK, Wedig MM, Janis IB, Deliberto TL. Self-Injurious thoughts and behaviours. En: Hunsley J, Mash EJ, editors. A guide to assessments that work. New York, NY (US): Oxford University Press; 2008.

153. Johnson JG, First MB, Cohen P, Kasen S. Development and validation of a new procedure for the diagnostic assessment of personality disorder: the Multidimensional Personality Disorder Rating Scale (MPDRS). J Pers Disord. 2008;22(3):246-58.

154. Verheul R, Andrea H, Berghout CC, Dolan C, Busschbach JJ, van der Kroft PJ, et al. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. Psychol Assess. 2008;20(1):23-34.

155. Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L. The Objective Behavioral Index: a measure for assessing treatment response of patients with severe personality disorders. J Nerv Ment Dis. 1999;187(5):290-5.

156. Pfohl B, Blum N, St JD, McCormick B, Allen J, Black DW. Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2009;23(3):281-93.

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

158. Zanarini MC. Diagnostic interview for personality disorders (DIPD). Belmont, MA (US): Psychosocial Research Program. McLean Hospital; 1983.

159. Grilo CM, Anez LM, McGlashan TH. The Spanish-Language Version of the Diagnostic Interview for DSM-IV personality disorders: development and initial psychometric evaluation of diagnoses and criteria. Compr Psychiatry. 2003;44(2):154-61.

160. Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LC, Stout RL, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. J Pers Disord. 2000;14(4):300-15.

161. Renneberg B, Schmidt-Rathjens C, Hippin R, Backenstrass M, Fydrich T. Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: development and validation of a self-report inventory. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2005;36(3):173-82.

162. Linehan M. The empirical basis of dialectical behavior therapy: development of new treatments versus evaluation of existing treatments. Clin Psychol Sci Pract. 2000;7:113-9.

163. Calvo N, Caseras X, Gutiérrez F, Torrubia R. Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). Actas Esp Psiquiatr. 2002;30:7-13.

164. Cardenal V, Sánchez MP, Ortiz-Tallo M. Guía práctica para la interpretación del MCMI-III. Evaluación de 14 casos clínicos. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 2007.

165. Robles-García R, Torres Nabel LC, Páex-Agraz F. Estudio de traducción y fiabilidad del Inventario de trastornos de la personalidad de Wisconsin (WISPI-IV). Actas Esp Psiquiatr. 2003;31(3):133-7.

166. Torrubia R, Ávila C, Moltó J, Caseras X. The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. Pers Individ Differ. 2001;31(6):837-62.

167. Gutiérrez-Zotes JA, Ramos JA, Sáiz J. Desarrollo de la versión española del cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ-III) y propiedades psicométrica. Psiquis. 2001;22:19-30.

168. Eysenck HJ. EPQ-R. Cuestionario Revisado de la Personalidad de Eysenck. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1997.

169. Tous JM, Pont N, Ruben M. Factor structure of items from the personality Adjective Check List in a sample of normal adolescents. Span J Psychol. 2006;9(2):228-33.

170. Pilkonis PA, Kim Y, Proietti JM, Barkham M. Scales for personality disorders developed from the inventory of interpersonal problems. J Pers Disord. 1996;10:355-69.

171. Arntz A, Dietzel R, Dreessen L. Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. Behav Res Ther. 1999;37(6):545-57.

172. Beck AT, Beck JS. The personality belief questionnaire. Unpublished manuscript. Pennsylvania (US): University of Pennsylvania; 1991.

173. Cid J, Torrubia R. Schema as a construct in cognitive behavioural therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. En: XXXII European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Maastricht (The Netherlands); September 2002.

174. Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). Eur J Psychiatry. 2001;15:147-55.

175. Pérez J, Torrubia R. Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de búsqueda de sensaciones (forma V). Rev Latinoam Psicol. 1996;18:7-22.

176. Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). Eur J Psychiatry. 2001;15:101-12.

177. Hare RD. The hare psychopathy checklist-revised. Toronto, ON (Canada): MultiHealth Systems; 1991.

178. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1998;155(12):1733-9.

179. Rusch N, Corrigan PW, Bohus M, Kuhler T, Jacob GA, Lieb K. The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis. 2007;195(6):537-9.

180. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. Br J Psychiatry. 2008;192(2):118-23.

181. Ferrer M, Andióna O, Matalí J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, et al. Comorbid Attention-deficit/Hiperactivity disorder in Borderline patients defines an impulsive subtype of Borderline personality disorder [Accepted for publication]. J Pers Disord. 2010.

182. Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005;29(6):865-77.

183. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 1998;39(5):296-302.

184. Barrachina J, Pérez V. Semiología clínica. El problema de la comorbilidad. En: Szerman N, Peris MD, editores. Trastorno borderline de personalidad. Madrid: Entheos; 2004.

185. Gunderson JG. Trastorno Límite de la Personalidad, Guía clínica. Arlington, VA (US): Amercian Psychiatric Publishing, Inc; 2002.

186. Gunderson JG. Borderline personality disorder: a clinical guide. Washington, DC (US): American Psychiatric Publishing; 2002.

187. Frankenburg FR, Zanarini MC. The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. J Clin Psychiatry. 2004;65(12):1660-5.

188. Gunderson JG, Links P. Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide. Second edition. Arlington, VA (US): American Psychiatric Publishing, Inc; 2008.

189. Maurex L. Neuropsychological functions in women with borderline personality disorder and a history of suicide attempts [tesis doctoral]. Stockholm (Sweden): Karolinska Institutet; 2009.

190. Arza R, Díaz-Marsa M, López-Mico C, de Pablo NF, López-Ibor JJ, Carrasco JL. Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con trastorno límite de personalidad: una serie de casos. Actas Esp Psiquiatr. 2009;37(4):236-9.

191. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Intervenciones farmacológicas para las personas con trastorno de la personalidad borderline (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.); 2005. CD005635.

192. Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. J Psychiatr Pract. 2009;15(3):163-72.

193. Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. Med J Aust. 2007;187(7 Suppl):S18-S21.

194. Paris J. Treatment of Borderline personality disorder. A guide to Evidence-Based Practice. New York (US): The Guilford press.; 2008.

195. Pfeffer CR. Suicide in mood disordered children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2002;11(3):639-47, x.

196. Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. Ann N Y Acad Sci. 2001;932:106-28.

197. Paris J. Clinical trials of treatment for personality disorders. Psychiatr Clin North Am. 2008;31(3):517-26, viii.

198. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. Aust N Z J Psychiatry. 2009;43(5):397-408.

199. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña.; 2009. AATRM Núm. 2006/05-2.

200. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ. 2000;321(7262):694-6.

201. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(12):1060-4.

202. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(6):649-58.

203. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. J Pers Disord. 2004;18(1):52-72.

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

205. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(7):757-66.

206. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. Int J Psychoanal. 2005;86(Pt 3):841-68.

207. Verheul R, Herbrink M. The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. Int Rev Psychiatry. 2007;19(1):25-38.

208. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry. 2001;158(1):36-42.

209. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry. 1999;156(10):1563-9.

210. Munroe-Blum H, Marziali E. A controlled trial of short-term grouptreatment for borderline personality disorder. J Pers Disord. 1995;9:190-8.

211. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. Am J Psychiatry. 2003;160(7):1223-32.

212. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, González AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behav Ther. 2001;32(2):371-90.

213. Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. Cogn Behav Pract. 2000;7:413-9.

214. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. Psychol Med. 1999;29(1):19-25.

215. Schmidt U, Davidson KM. When life is too painful: finding options after self harm. Hove (United Kingdom): Psychology Press; 2002.

216. Tyrer P, Jones V, Thompson S, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, et al. Service variation in baseline variables and prediction of risk in a randomised controlled trial of psychological treatment in repeated parasuicide: the POPMACT Study. Int J Soc Psychiatry. 2003;49(1):58-69.

217. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ, Jr. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. J Pers Disord. 2006;20(5):482-92.

218. Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2008;22(3):284-90.

219. Palacín M. Grupos para la promoción de la salud. En: Sáez S, Pérez RM. El Grupo en la promoción y educación para la salud. Lleida: Milenio; 2004.

220. Davidson KM. Cognitive therapy for personality disorders: a guide for therapists. Oxford (United Kingdom): Butterworth Heinemann; 2000.

221. Davidson K, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Norrie J, Palmer S, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample. J Pers Disord. 2006;20(5):431-49.

222. Blum N, St JD, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, et al. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. Am J Psychiatry. 2008;165(4):468-78.

223. Young J. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schemafocused Approach. Sarasota, FL (US): Professional Resource Exchange; 1990.

224. Young J, Klosko JS. Reinventing Your Life: the Breakthrough Program to End Negative Behavior . . . and Feel Great Again. New York, NY (US): Plume Books; 1994.

225. Spinhoven P, Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Kooiman K, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol. 2007;75(1):104-15.

226. Goldfried MR, Dávila J. The role of relationship and technique in therapeutic change. Psychotherapy. 2005;42:421-30.

227. Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. Behav Res Ther. 2009;47(11):961-73.

228. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2009;40(2):317-28.

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

230. Arntz A, Van Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorder. Chichester (United Kingdom): Wiley-Blackwell; 2009.

231. Young J, Arntz A, Giesen-Bloo J. Therapy adherence and competence scale [documento en Internet]. Maastricht (The Netherlands): Onderzoeks Instituut EPP; 2006 [consultado mayo 2006]. Disponible en: www.epp.unimaas.nl

232. Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: study design. BMC Psychiatry. 2009;9:64.

233. Nadort M, Van DR, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Wensing M, et al. Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. Behav Res Ther. 2009;47(11):938-45.

234. Ryle A. Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder: the Model and the Method. New York, NY (US): John Wiley & Sons; 1997.

235. Ryle A, Kerr IB. Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice. Chichester (United Kingdom): John Wiley & Sons; 2002.

236. Ryle A, Golynkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. Br J Med Psychol. 2000;73 (Pt 2):197-210.

237. Ryle A. The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. J Pers Disord. 2004;18(1):3-35.

238. Thompson AR, Donnison J, Warnock-Parkes E, Turpin G, Turner J, Kerr IB. Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy. Int J Ment Health Nurs. 2008;17(2):131-7.

239. Kernberg O. Borderline conditions and pathological narcissism. New York, NY (US): Jason Aronson; 1975.

240. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. Washington, DC (US): American Psychiatric Press; 2006.

241. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry. 2007;164(6):922-8.

242. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of

transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol. 2006;74(6):1027-40.

243. Carter G. Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2008;2010(44):162-73.

244. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. Am J Psychiatry. 1994;151(12):1771-6.

245. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, NY (US): Guilford Press; 1993.

246. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.

247. Verheul R, Van den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. Br J Psychiatry. 2003;182:135-40.

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

249. Harned MS, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray A, Comtois KA, Linehan MM. Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. J Consult Clin Psychol. 2008;76(6):1068-75.

250. McMain S. Dialectic behaviour therapy reduces suicide attempts compared with non-behavioural psychotherapy in women with borderline personality disorder. Evid Based Ment Health. 2007;10(1):18.

251. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. Behav Res Ther. 2009;47(5):353-8.

252. Linehan MM, Schmidt H, III, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addict. 1999;8(4):279-92.

253. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend. 2002;67(1):13-26.

254. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2009;166(12):1365-74.

255. Soler J, Campins MJ, Pérez V, Puigdemont D, Pérez-Blanco E, Álvarez E. Olanzapine and cognitive-behavioural group therapy in borderline personality disorder. Actas Esp Psiquiatr. 2001;29(2):85-90.

256. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2009;166(12):1355-64.

257. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J Psychiatry. 2008;165(5):631-8.

258. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Behav Ther. 2006;37(1):25-35.

259. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to bahavior change. New York, NY (US): Guilford Press; 1999.

260. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC (US): American Psychiatric Press; 2002.

261. Santiago S, Castro S, Cañamero D, Godoy A, Marcos C. Terapia icónica en inestabilidad emocional. Estudio preliminar. Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2006;5(2):151-64.

262. Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H. Group and family treatments for borderline personality disorder. Hosp Community Psychiatry. 1991;42(10):1038-43.

263. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. Fam Process. 2005;44(2):217-25.

264. Miller A, Rathus J, Linehan M, Wetzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. J Pract Psychiatry Behav Health. 1997;3(2):78-86.

265. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2002;32(2):146-57.

266. Santisteban DA, Muir JA, Mena MP, Mitrani VB. Integrative borderline adolescent family therapy: Meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. Psychotherapy. 2003;40(4):251-64.

267. Szapocznik J, Kurtines W. Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth. New York, NY (US): Springer Publishing Company; 1989.

268. Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. Can J Psychiatry. 2006;51(7):453-60.

269. Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. Can J Psychiatry. 2007;52(11):718-25.

270. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, NY (US): Basic Books; 1984.

271. Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, et al. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. J Clin Psychiatry. 2004;65(3):379-85.

272. Panadès R. La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2002.

273. Mank D. Valores y empleo para personas con discapacidad. Revista Siglo Cero. 1996;29(178):5-10.

274. Elliott B, Weissenborn O. Employment for persons with borderline personality disorder. Psychiatr Serv. 2010;61(4):417.

275. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Álvarez E, et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. Int Clin Psychopharmacol. 2010;25(6):349-55.

276. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, et al. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychiatry. 2004;65(11):1515-9.

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

278. Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Pedrosa GF, Bachler E, et al. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. Am J Psychiatry. 2006;163(5):833-8.

279. Nose M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. Int Clin Psychopharmacol. 2006;21(6):345-53.

280. Mercer D. Medications in the treatment of borderline personality disorder 2006. Curr Psychiatry Rep. 2007;9(1):53-62.

281. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. J Clin Psychiatry. 2010;71(1):14-25.

282. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. Br J Psychiatry. 2010;196(1):4-12.

283. Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(6):CD005653.

284. Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA. A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. Int Clin Psychopharmacol. 2009;24(5):270-5.

285. Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Muhlbacher M, Tritt K, et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. Biol Psychiatry. 2005;57(5):495-9.

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

287. Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. J Clin Psychiatry. 2002;63(5):442-6.

288. Hollander E, Allen A, López RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, et al. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. J Clin Psychiatry. 2001;62(3):199-203.

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

290. Nickel C, Lahmann C, Tritt K, Muehlbacher M, Kaplan P, Kettler C, et al. Topiramate in treatment of depressive and anger symptoms in female depressive patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Affect Disord. 2005;87(2-3):243-52.

291. Morrow J, Russell A, Guthrie E, Parsons L, Robertson I, Waddell R, et al. Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77(2):193-8.

292. De la Fuente JM, Bobes J, Vizuete C, Mendlewicz J. Effects of carbamazepine on dexamethasone suppression and sleep electroencephalography in borderline personality disorder. Neuropsychobiology. 2002;45(3):113-9.

293. Hollander E, Tracey KA, Swann AC. Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. Neuropsychopharmacology. 2003;28:1186-97.

294. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. Psychopharmacol Bull. 1973;9(1):13-28.

295. Malone RP, Luebbert J, Pena-Ariet M, Biesecker K, Delaney MA. The Overt Aggression Scale in a study of lithium in aggressive conduct disorder. Psychopharmacol Bull. 1994;30(2):215-8.

296. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry. 1976;33(6):766-71.

297. Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, Jiang P, Smith TB. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2005;162(3):621-4.

298. Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Ascher JA, Monaghan E, Rudd GD. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. J Clin Psychiatry. 1999;60(2):79-88.

299. Schaffer A, Zuker P, Levitt A. Randomized, double-blind pilot trial comparing lamotrigine versus citalopram for the treatment of bipolar depression. J Affect Disord. 2006;96(1-2):95-9.

300. Tiihonen J, Hallikainen T, Ryynanen OP, Repo-Tiihonen E, Kotilainen I, Eronen M, et al. Lamotrigine in treatment-resistant schizophrenia: a randomized placebo-controlled crossover trial. Biol Psychiatry. 2003;54(11):1241-8.

301. Holmes LB, Wyszynski DF, Baldwin EJ, et al. Increased risk for non-syndromic cleft palate among infants exposed to lamotrigine during pregnancy. Abstract. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2006;76(5):318.

302. Spielberger CD. Manual for the state-trait anger expression inventory. Odessa, FL (US): Psychological Assessment Resources; 1988.

303. Leiberich P, Nickel MK, Tritt K, Pedrosa GF. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients, Part II: an 18-month follow-up. J Psychopharmacol. 2008;22(7):805-8.

304. Harvey PD, Greenberg BR, Serper MR. The affective lability scales: development, reliability, and validity. J Clin Psychol. 1989;45(5):786-93.

305. Vieta E, Goikolea JM, Olivares JM, González-Pinto A, Rodríguez A, Colom F, et al. 1-year follow-up of patients treated with risperidone and topiramate for a manic episode. J Clin Psychiatry. 2003;64(7):834-9.

306. Cheng AT, Mann AH, Chan KA. Personality disorder and suicide. A case-control study. Br J Psychiatry. 1997;170:441-6.

307. Dursun SM, Devarajan S. Clozapine weight gain, plus topiramate weight loss. Can J Psychiatry. 2000;45(2):198.

308. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-83.

309. Horowitz L, Strauß B, Kordy H. Manual zum Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Weinheim (Germany): Beltz; 1993.

310. Nickel M. Topiramate reduced aggression in female patients with borderline personality disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2007;257(7):432-3.

311. Young SN, Leyton M. The role of serotonin in human mood and social interaction. Insight from altered tryptophan levels. Pharmacol Biochem Behav. 2002;71(4):857-65.

312. Soloff PH, George A, Nathan S, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, et al. Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. J Clin Psychopharmacol. 1989;9(4):238-46.

313. Montgomery SA, Montgomery DB, Janyanthi RS, Roy DH, McAuley R, Shaw PJ. Maintenance therapy in repeat suicidal behaviour: a placebo controlled trial. En: Proceedings of the 10th International Congress of Suicide Prevention and Crisis Intervention: Ottawa (Canada): International Association for Suicide Prevention; 1979. p. 227-9.

314. Montgomery SA, Roy D, Montgomery DB. The prevention of recurrent suicidal acts. Br J Clin Pharmacol. 1983;15 Suppl 2:183S-8S.

315. Rinne T, Westenberg HG, Den Boer JA, Van den Brink W. Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood

abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients. Biol Psychiatry. 2000;47(6):548-56.

316. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, Albanese M, et al. Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacol. 1995;15(1):23-9.

317. Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(5):377-85.

318. Arntz A, Van den Hoorn M, Cornelis J, Verheul R, Van den Bosch WM, De Bie AJ. Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. J Pers Disord. 2003;17(1):45-59.

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

320. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. Am J Psychiatry. 1981;138(7):896-903.

321. Guy W, Bonato RR, editors. Manual for the ECDEU Assessment Battery, 32nd Revision. Bethesda, MD (US): National Institute of Mental Health; 1970.

322. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71.

323. Lorr M, Klett CJ. Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale: Manual. Palo Alto, CA (US): Consulting Psychologists Press; 1966.

324. BUSS AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. J Consult Psychol. 1957;21(4):343-9.

325. George A, Soloff PH. Schizotypal symptoms in patients with borderline personality disorders. Am J Psychiatry. 1986;143(2):212-5.

326. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Perel JM. Paradoxical effects of amitriptyline on borderline patients. Am J Psychiatry. 1986;143(12):1603-5.

327. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Perel JM. Behavioral dyscontrol in borderline patients treated with amitriptyline. Psychopharmacol Bull. 1987;23(1):177-81.

328. Barratt ES. Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. Psychol Rep. 1965;16:547-54.

329. Lazzaro TA, Beggs DL, McNeil KA. The development and validation of the self-report test of impulse control. J Clin Psychol. 1969;25(4):434-8.

330. Edell WS. The Borderline Syndrome Index. Clinical validity and utility. J Nerv Ment Dis. 1984;172(5):254-63.

331. Cornelius JR, Soloff PH, Perel JM, Ulrich RF. Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. Am J Psychiatry. 1993;150(12):1843-8.

332. Leucht S. Amisulpride a selective dopamine antagonist and atypical antipsychotic: results of a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Neuropsychopharmacol. 2004;7 Suppl 1:S15-S20.

333. Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. Arch Gen Psychiatry. 1986;43(7):680-6.

334. Leone NF. Response of borderline patients to loxapine and chlorpromazine. J Clin Psychiatry. 1982;43(4):148-50.

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

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

337. Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JH, Gallop RJ. Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. J Clin Psychiatry. 2008;69(6):999-1005.

338. Pascual JC, Soler J, Puigdemont D, Pérez-Egea R, Tiana T, Álvarez E, et al. Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. J Clin Psychiatry. 2008;69(4):603-8.

339. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. GPT Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Barcelona: Pharma Editores, S.L.; 2006.

340. Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A, Bohus M, Detke HC, Trzaskoma Q, et al. Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. Br J Psychiatry. 2008;193(6):485-92.

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

342. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 20:22-33.

343. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. J Pers Disord. 2002;16(3):270-6.

344. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979;134:382-9.

345. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol. 1967;6(4):278-96.

346. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32(1):50-5.

347. Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory. Göettingen (Germany): Hogrefe & Huber Publishers; 1992.

348. Nickel MK, Loew TH, Pedrosa GF. Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II: an 18-month follow-up. Psychopharmacology (Berl). 2007;191(4):1023-6.

349. Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. J Pers Disord. 2008;22(2):123-34.

350. Cowdry RW, Gardner DL. Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(2):111-9.

351. Vorma H, Naukkarinen HH, Sarna SJ, Kuoppasalmi KI. Predictors of benzodiazepine discontinuation in subjects manifesting complicated dependence. Subst Use Misuse. 2005;40(4):499-510.

352. Freeman MP. Omega-3 fatty acids in psychiatry: a review. Ann Clin Psychiatry. 2000;12(3):159-65.

353. Peet M, Stokes C. Omega-3 fatty acids in the treatment of psychiatric disorders. Drugs. 2005;65(8):1051-9.

354. Fenton WS, Dickerson F, Boronow J, Hibbeln JR, Knable M. A placebo-controlled trial of omega-3 fatty acid (ethyl eicosapentaenoic acid) supplementation for residual symptoms and cognitive impairment in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2001;158(12):2071-4.

355. Garland MR, Hallahan B. Essential fatty acids and their role in conditions characterised by impulsivity. Int Rev Psychiatry. 2006;18(2):99-105.

356. Hallahan B, Hibbeln JR, Davis JM, Garland MR. Omega-3 fatty acid supplementation in patients with recurrent self-harm. Single-centre double-blind randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2007;190:118-22.

357. Philipsen A, Schmahl C, Lieb K. Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. Pharmacopsychiatry. 2004;37(5):196-9.

358. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis. 1986;174(12):727-35.

359. Bremner JD, Krystal JH, Putnam FW, Southwick SM, Marmar C, Charney DS, et al. Measurement of dissociative states with the Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS). J Trauma Stress. 1998;11(1):125-36.

360. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. Am J Psychiatry. 2006;163(1):20-6.

361. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. Psychiatr Serv. 2002;53(6):738-42.

362. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993;32(1):69-75.

363. Runeson B, Beskow J. Borderline personality disorder in young Swedish suicides. J Nerv Ment Dis. 1991;179(3):153-6.

364. Stone MH. Suicide in borderline and other adolescents. Adolesc Psychiatry. 1992;18:289-305.

365. Young DW, Gunderson JG. Family images of borderline adolescents. Psychiatry. 1995;58(2):164-72.

366. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Skodol AE, Grilo CM, Edelen MO, et al. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts. Acta Psychiatr Scand. 2009;120(3):222-9.

367. Barber ME, Marzuk PM, León AC, Portera L. Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. Am J Psychiatry. 1998;155(3):385-9.

368. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. J Nerv Ment Dis. 2002;190(8):510-8.

369. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. Am J Psychiatry. 2004;161(7):1296-8.

370. Zisook S, Goff A, Sledge P, Shuchter SR. Reported suicidal behavior and current suicidal ideation in a psychiatric outpatient clinic. Ann Clin Psychiatry. 1994;6(1):27-31.

371. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. J Affect Disord. 1996;39(1):61-72.

372. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. Am J Psychiatry. 2000;157(4):601-8.

373. Berk MS, Jeglic E, Brown GK, Henriques GR, Beck AT. Characteristics of recent suicide attempters with and without Borderline Personality Disorder. Arch Suicide Res. 2007;11(1):91-104.

374. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. Am J Psychiatry. 1997;154(12):1715-9.

375. Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J. Comorbidity of borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(4):348-52.

376. Links PS, Eynan R, Heisel MJ, Barr A, Korzekwa M, McMain S, et al. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2007;21(1):72-86.

377. Paris J, Nowlis D, Brown R. Predictors of suicide in borderline personality disorder. Can J Psychiatry. 1989;34(1):8-9.

378. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. J Pers Disord. 1994;8(4):257-67.

379. Sansone RA, Rytwinski D, Gaither GA. Borderline personality and psychotropic medication prescription in an outpatient psychiatry clinic. Compr Psychiatry. 2003;44(6):454-8.

380. Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A. Families of borderline patients: a psychoeducational approach. Bull Menninger Clin. 1997;61(4):446-57.

381. Sanderson C, Swenson C, Bohus M. A critique of the American psychiatric practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2002;16(2):122-9.

382. Tyrer P. Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: a bridge too far. J Pers Disord. 2002;16(2):113-8.

383. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. Am J Psychiatry. 2009;166(5):530-9.

384. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

385. Chiesa M. In-patient hospital-based psychosocial treatment of borderline personality disorder: A systematic review of rationale and evidence-base. Clin Neuropsychiatry. 2005;2:292-301.

386. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, et al. Borderline personality disorder in primary care. Arch Intern Med. 2002;162(1):53-60.

387. PAE - TLP. Document de treball del Programa d'Atenció Específica al Trastorn Límit de la Personalitat. [documento de uso interno]. Barcelona: Centre d'Higiene Mental Les Corts.

388. Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, Oliver A, Mathers C. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I: Clinical and social outcome. Br J Psychiatry. 1993;163:49-54.

389. Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, et al. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. Lancet. 1992;339(8805):1311-4.

390. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. BMJ. 1998;316(7125):106-9.

391. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry. 2001;158(2):295-302.

392. Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? J Pers Disord. 2004;18(3):240-7.

393. Krawitz R, Watson C. Borderline Personality Disorder: A practical Guide to treatment. Oxford (United Kingdom): Oxford University Press; 2000.

394. Bateman AW, Tyrer P. Services for personality disorder: organisation for inclusion. Adv Psychiatr Treat. 2004;10:425-33.

395. Fagin L. Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: borderline personality disorders. Adv Psychiatr Treat. 2004;10:93-9.

396. Sederer Ll. Inpatient Psychiatry: Diagnosis and Treatment, 3rd edition. Baltimore, MD (US): Williams & Wilkins; 1991.

397. Lewin R, Sharfstein SS. Managed care and the discharge dilemma. Psychiatry. 1990;53(2):116-21.

398. Kullgren G. Factors associated with completed suicide in borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis. 1988;176(1):40-4.

399. Council of Europe. White Paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Strasbourg (France): Council of Europe; 2000.

400. Peritogiannis V, Stefanou E, Damigos D, Mavreas V. Admission rates of patients with borderline personality disorder in a psychiatric unit in a General Hospital. Int J Psychiatry Clin Pract. 2008;12(1):78-80.

401. Haigh R, Worrall A. The principles and therapeutic rationale of therapeutic communities.

402. Warren F, Evans C, Dolan B, Norton K. Impulsivity and self-damaging behaviour in severe personality disorder: The impact of democratic therapeutic community treatment. Therapeutic communities: the International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations. 2004;25(1):55-71.

403. Warren F, Zaman S, Dolan B, Norton K, Evans C. Eating disturbance and severe personality disorder: ocutcome of specialist treatment for severe personality disorder. Eur Eat Disord Rev. 2006;14:69-78.

404. Dolan BM, Evans C, Wilson J. Therapeutic community treatment for personality disordered adults: changes in neurotic symptomatology on follow-up. Int J Soc Psychiatry. 1992;38(4):243-50.

405. Dolan B, Warren F, Norton K. Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. Br J Psychiatry. 1997;171:274-9.

406. Copas JB, O'Brien M, Roberts J, Whiteley JS. Treatment outcome in personality disorder: the effect of social, psychological and behavioural variables. Pers Individ Differ. 1984;5:565-73.

407. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. Six-year follow-up of three treatment programs to personality disorder. J Pers Disord. 2006;20(5):493-509.

408. Antikainen R, Lehtonen J, Koponen H, Arstila A. The effect of hospital treatment on depression and anxiety in patients with borderline personality organization. Nord J Psychiatry. 1992;46:399-405.

409. Antikainen R, Koponen H, Lehtonen J, Arstila A. Factors predicting outcome of psychiatric hospital treatment inpatients with borderline personality organization. Nord J Psychiatry. 1994;48:177-85.

410. Antikainen R, Hintikka J, Lehtonen J, Koponen H, Arstila A. A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder inpatients. Acta Psychiatr Scand. 1995;92(5):327-35.

411. Grupo de expertos de la AEN. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre hospitales de día. Cuadernos Técnicos, 12. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2009.

412. Petersen B, Toft J, Christensen NB, Foldager L, Munk-Jorgensen P, Lien K, et al. Outcome of a psychotherapeutic programme for patients with severe personality disorders. Nord J Psychiatry. 2008;62(6):450-6.

413. Gratz KL, Lacroce DM, Gunderson JG. Measuring changes in symptoms relevant to borderline personality disorder following short-term treatment across partial hospital and intensive outpatient levels of care. J Psychiatr Pract. 2006;12(3):153-9.

414. Hennessey M, McReynolds CJ. Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. Work. 2001;17(2):97-103.

415. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. J Clin Psychiatry. 2004;65(1):28-36.

416. Hörz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. Psychiatr Serv. 2010;61(6):612-6.

417. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, et al. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis-results from the Danish OPUS trial. Schizophr Res. 2005;79(1):95-105.

418. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ. 2006;332(7545):815-20.

419. Commander M, Sashidharan S, Rana T, Ratnayake T. North Birmingham assertive outreach evaluation. Patient characteristics and clinical outcomes. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(12):988-93.

420. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000050.

421. Burns T. Community mental health teams. A guide to current practices. New York, NY (US): Oxford University Press; 2005.

422. González MA, Mirapeix C. Una experiencia de formación integradora. Psicoterapia multicomponente para los trastornos de la personalidad. En: XI Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis; febrero-marzo 2010.

423. Commons Treloar AJ, Lewis AJ. Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. Aust N Z J Psychiatry. 2008;42(11):981-8.

424. Aaltonen J, Alanen YO, Keinanen M, Rakkolainen V. An advanced specialist-level training programme in psychodynamic individual psychotherapy of psychotic and borderline patients: the Finnish approach. Eur J Psycother couns health. 2002;5(1):13-30.

World Health Organization
Collaborating Centre for
Health Technology Assessment

INAHTA

Miembro fundador

HTAi

Miembro corporativo

Guidelines International Network

Miembro corporativo

ciberesp

Miembro corporativo