fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

REVISION TERAPÉUTICA

Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo.

Borderline Personality Disorder. Do we know what are we talking about? How to recognize it.

José Luis Fortes Álvarez[1], Angeles Sánchez Cabezudo[2], Juan Antequera Iglesias[3].
1. MIR de Psiquiatría. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
2. Médico especialista en Psiquiatría.
3. Psicólogo Clínico.

Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Provincial de Toledo.
Correspondencia: Dr. José Luis Fortes Álvarez. jlfortes@sescam.jccm.es

Citar como: Fortes Álvarez JL, Sánchez Cabezudo A, Antequera Iglesias J. Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. fml. 2012; 16(12):9p

Recibido el 13/07/2012
Aceptado el 10/08/2012
Publicado el 27/08/2012

Palabras clave (MeSH): Atención Primaria de Salud, trastorno limítrofe de la personalidad, revisión

Resumen
Los pacientes que sufren un trastorno límite de la personalidad son más demandantes de lo habitual, con consultas a veces extravagantes, con implicación y repercusión en el entorno familiar, que pone entre las cuerdas al más experimentado galeno. Los médicos de familia, deben conocer los criterios diagnósticos de esta enfermedad.

Keywords (MeSH): Primary Health Care, Borderline Personality Disorder. review

Abstract
Patients who have a borderline personality disorder are more applicants than usual, with sometimes extravagant consultations with implication and impact on the family, which puts the ropes to more experienced physician. Family physicians must meet the diagnostic criteria for this disease.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad, es un trastorno dónde más pronto que tarde, los médicos de familia se verán necesariamente involucrados en las consecuencias de las conductas de estos pacientes. Son pacientes más demandantes de lo habitual, con consultas a veces extravagantes, con implicación y repercusión en el entorno familiar, que pone entre las cuerdas al más experimentado galeno. Se suelen mostrar como víctimas y culpabilizan a los demás de sus desgracias.

De entrada son pacientes inestables tanto en emociones con en la forma de actuar, sin medir las consecuencias de sus actos, que pueden conllevar conductas de riesgo, por lo que generan mucha conflictividad en el entorno familiar, laboral y socio-sanitario. Muchos de ellos se pueden etiquetar de pacientes difíciles (1), más si, a todo esto, añadimos otras comorbilidades asociadas que sufren.

La relación con los profesionales es muy complicada, tan pronto te ensalzan tus virtudes, como te cuestionan tu forma de trabajar, se muestran hostiles si no se les satisface sus demandas, y por su impulsividad descontrolada pueden estallar en la consulta y perder las formas, generando en nosotros mucho malestar e incertidumbre.

Como cualquier otro trastorno de la personalidad cumple una serie de requisitos fundamentales que en su día Quintero y cols (2), mencionaron y que comprenden entre otros: Rasgos muy arraigados e inflexibles, egosintónicos, que se mantienen durante mucho tiempo, tienen patrones de conducta muy desadaptativos, arrastran mucho sufrimiento personal tanto propio como de terceros, con mal funcionamiento personal en general.

El Trastorno Límite de Personalidad (3) se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en la regulación afectiva, control de impulsos, relaciones interpersonales y autoimagen, causando un grave deterioro funcional de los afectados, además de un elevado uso de los recursos de salud mental.

No queremos avanzar más, sin antes aclarar el concepto de Personalidad, que se puede definir como la forma que tenemos todos nosotros, de percibir e interaccionar con nuestro entorno, lo que pensamos de nosotros, o al menos como nos vemos, el control de nuestros impulsos y como manejamos nuestras emociones y afectos. Esto normalmente varía, fluctúa según las circunstancias, pero cuando se presenta de manera rígida e inflexible, sin adaptación a los cambios que tenemos que experimentar cualquier persona, entonces estamos ante un trastorno de personalidad.

En cuanto los trastornos de personalidad, el DSM- IV TR, contempla once diagnósticos posibles, englobados en tres grupos:

GRUPO A: (excéntricos, raros)
1. Trastorno paranoide de personalidad.
2. Trastorno esquizoide de personalidad.
3. Trastorno esquizotípico de personalidad.

GRUPO B: (inestables, impulsivos, emotivos)
1. Trastorno antisocial de personalidad
2. Trastorno límite o bordeline de personalidad.
3. Trastorno histriónico de personalidad.
4. Trastorno narcisista de personalidad.

GRUPO C: (evitativos, temerosos, neuróticos)
1. Trastorno evitativo de la personalidad.
2. Trastorno de personalidad por dependencia.
3. Trastorno obsesivo- compulsivo de personalidad.

Sin duda, el Trastorno más prevalente es el Trastorno límite de personalidad y algunos autores lo consideran el más disruptivo. Son pacientes que por la gran inestabilidad emocional que sufren, su gran impulsividad, acompañado a veces de consumo de tóxicos o conductas de riesgo, no es extraño que los veamos sin cita en las consultas, o en los servicios de urgencia con relativa frecuencia, añadido a esto su tendencia de autolesionarse, con gestos autolíticos repetidos , manipulando con frecuencia el entorno familiar, sin medir las consecuencias e implicando al médico de familia en su toma de decisiones.

Haciendo un poco de historia, el término de Trastorno Limite de la Personalidad, fue utilizado por primera vez en 1930, pero es en el año 1980 cuando aparece en el DSM- III. Los Psiquiatras clásicos reconocían a estos pacientes en otras entidades nosológicas (Trastornos afectivos, Psicosis, Esquizofrenia…), en un principio se decidió por el termino límite o bordeline pues se consideraba que estaba entre la psicosis y la neurosis, sin una línea de separación clara. Es más, hay autores que se refieren al término límite como poco afortunado, pues deja entrever cierto retraso intelectual en el concepto y puede llegar a confundir más que aclarar, de hecho muchos profesionales de la medicina entienden así el concepto de límite, y se pueden llegar a referir a este trastorno de forma despectiva con esa impresión errónea.

Diagnóstico

Criterios para el diagnóstico de:
A) 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.

A su vez, la CIE-10, se refiere a esta psicopatología como un trastorno de inestabilidad emocional y a su vez lo divide en dos tipos, el impulsivo y el límite. (4)

B) F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

C) F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo
Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.
Incluye:
Personalidad explosiva y agresiva.
Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye:
Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

D) F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite
Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).
Incluye:
Personalidad "borderline".
Trastorno "borderline" de la personalidad.

Diagnostico diferencial del trastorno límite de personalidad

Los individuos límite sufren a menudo trastornos afectivos, alteraciones del pensamiento, síntomas disociativos, abuso/dependencia de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, así como toda una variedad de trastornos de ansiedad (5).

Los pacientes límite presentan típicamente trastornos asociados para los que es necesario establecer un diagnostico diferencial (6). En este sentido, es importante recordar la necesidad de una perspectiva longitudinal en la valoración de los pacientes, que permita diagnosticar el TLP. Esta situación se da en el entorno del médico de familia, ideal para su reconocimiento, cuando pensamos en él.

En términos generales, el diagnostico diferencial del Trastorno Límite de Personalidad debe plantearse con:

1. <u>TRASTORNOS PSICOTICOS:</u>
Los pacientes diagnosticados de trastorno limite de personalidad pueden presentar, episodios micropsicóticos, caracterizados según DSM-IV-TR por ideas paranoides o síntomas disociativos (desrealización, despersonalización), que en general, son de corta duración (menos de 6 semanas) e intensidad insuficiente para hacer un diagnostico de patología del espectro psicóticos. Suelen presentarse de forma brusca y en respuesta a un estresor

2. <u>TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:</u>
2.1 TRASTORNO BIPOLAR: La relación entre el trastornos bipolar y el trastorno limite de personalidad es un asunto controvertido, ya que en ambos trastornos existe solapamiento y dimensiones sintomáticas similares.
De forma característica, los pacientes con TLP presentan un nivel de funcionamiento peor que los pacientes bipolares, quienes consiguen mantener un equilibrio psíquico durante largos periodos de tiempo. Frente a la percepción egodistónica de los sentimientos en los pacientes con trastornos del estado de ánimo, los pacientes límite experimentan

sus emociones de forma más egosintónica, de forma que sus estados de ánimo y sus acciones parecen formar parte de sus vidas de modo inevitable o natural (7)

2.2 EPISODIOS DEPRESIVOS: A pesar de la elevada comorbilidad con los episodios depresivos, la cualidad depresiva en estos últimos es distinta: la rabia, la intolerancia a la frustración, el sentimiento de vacío y la elevada reactividad emocional apuntan al diagnóstico de TLP

2.3 DISTIMIA: Hay que diferenciar los síntomas propios de la Distimia, definidos en el DSM-IV-TR como un estado de ánimo crónicamente depresivo, la mayor parte del día de la mayoría de los días durante dos años de la disforia crónica propia del TLP

3. OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

3.1 T. HISTRONICO: No presenta los sentimientos de vacio crónico, soledad e ira ni las tendencias autodestructivas de los límite. Necesitan a los demás, pero deben sentirse físicamente atractivos, ser el centro de atención.

3.2 T. NARCISISTA: Presentan una grandiosidad típica, así como estabilidad relativa de la autoimagen y falta de auto destructividad, impulsividad y preocupación por el abandono. Estas dimensiones ayudan al diagnostico diferencia entre TLP el T. Narcisista

3.3 T. ANTISOCIAL: Comparte con el TLP las conductas manipulativas, pero mientras que en el TLP estas conductas están destinadas a obtener la atención de quienes se ocupan de ellos, en el T. Antisocial los actos manipulativos tiene como misión la obtención de provecho, poder u otra gratificación.

3.4 T. ESQUIZOTIPICO: Las ideas o ilusiones paranoides son más estables que en TLP. Pueden empeorar bajo el estrés, pero es menos posible que asocien síntomas afectivos acusados. No suelen presentar comportamientos impulsivos ni manipulativos. El aislamiento social se debe a la falta persistente de contactos sociales más que al fracaso de las relaciones interpersonales como en el caso de los límite. Los cambios de humor no son frecuentes en el trastorno esquizotÍpico

3.5 T. PARANOIDE: La suspicacia generalizada, la relativa estabilidad de la autoimagen, la relativa falta de tendencias autodestructivas, impulsividad y falta de preocupación por el abandono ayudan a hacer el diagnóstico diferencial entre TLP y el T. Paranoide

3.6 T. DEPENDIENTE: Aunque teme el abandono, reacciona ante éste con sumisión y mansedumbre y busca rápidamente una relación que reemplace a la anterior para su cuidado, a diferencia del TLP que reacciona ante el abandono con sentimientos de vacío, rabia y demandas. Otra diferencia entre ambos trastornos es el patrón de relaciones intensas e inestables en el TLP.

4. CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA:

Los rasgos de personalidad aparecen como efecto directo de una enfermedad del SNC

5. SINTOMAS QUE PUEDEN APARECER EN ASOCIACION CON EL CONSUMO CRÓNICO DE SUSTANCIAS:

En este caso, la suspensión de la sustancia origina una mejoría de los síntomas

6. PROBLEMA DE IDENTIDAD:

Este entidad está reservada para las preocupaciones sobre la identidad relacionadas con una fase del desarrollo (p. ej., la adolescencia) y no se considera un trastorno mental

Comorbilidad del trastorno límite de la personalidad

Una de las características de la presentación clínica del TLP es su marcada tendencia a asociarse con otras categorías diagnosticas, tanto del Eje I como del Eje II del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales. Los diagnósticos que más frecuentemente aparecen asociados al TLP son los Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad, T de la Conducta Alimentaria, T por Abuso de sustancias, T Somatomorfos y otros T de personalidad. (8)

Zenarini (9), en su estudio de seguimiento a 6 años de pacientes diagnosticados de TLP observa que en aquellos pacientes en los que la clínica limite disminuye a lo largo del tiempo, presentan también un descenso de la patología comórbida, lo que no sucede en aquellos sujetos en los que la clínica permanece estable. Además, cuando se analiza la ausencia de Comorbilidad en eje I como predictor de tiempo a la remisión en pacientes limite, se observa que la ausencia de T por abuso de sustancias es un predictor de remisión más fuerte que la ausencia de Comorbilidad con T de estrés postraumático, T del humor, otros de ansiedad o T de la conducta alimentaria.

Los porcentajes de Comorbilidad a lo largo de la vida para el TLP se muestran en la tabla 1 (10)

Analizando cada trastorno, la evidencia publicada hasta el momento indica que los individuos diagnosticados de TLP y un trastorno por abuso de sustancias presentan una peor adhesión al tratamiento, una mayor cronicidad de su trastorno adictivo, recaídas mas frecuentes y un peor pronóstico global. La hostilidad, desconfianza e ira son menores, pero aumentan en intensidad la ansiedad, sentimientos de insuficiencia e intentos de suicidio

La Comorbilidad del TLP con los Trastornos del Estado de Ánimo es elevada, si bien existe una gran variabilidad en los estudios publicados, que puede ser debida al solapamiento que puede existir entre los síntomas de uno y otro trastorno. La presencia de síntomas afectivos condiciona una peor calidad de vida, un elevado número de hospitalizaciones y alto riesgo de suicidio. (11)

De la misma manera se observa que la Comorbilidad entre el TLP y Trastornos de Ansiedad predice una peor evolución, con mayor tendencia a la cronicidad de los cuadros. La mayor asociación se da entre el TLP y el T de Estrés postraumático, siendo en este caso más llamativa la presencia de historia de autolesiones, traumas, disregulación emocional y Comorbilidad con otros trastornos del eje I. Otros autores (12) encuentran que la Comorbilidad entre TLP y T. de Ansiedad conllevan una mayor cantidad de tratamiento farmacológico, en comparación con aquellos pacientes sin Comorbilidad con TLP.

Existe una fuerte asociación entre el TLP y otros trastornos de personalidad. El estudio de Barraquina muestra cifras de comorbilidad iguales al de Bridget, y en torno al 74%. En su estudio, Barraquina encuentra que el trastorno de personalidad que con más frecuencia aparece asociado al TLP es el paranoide, seguido a continuación por el Evitativo y dependiente. Diferencia perfiles de comorbilidad diferentes según los sexos, de forma que en mujeres limite, el trastorno comórbido en eje II mas frecuente es el dependiente, mientras que en hombres, la comorbilidad es mas significativa para el trastorno antisocial (13)

De acuerdo con la literatura revisada, existen altos índices de asociación entre el trastorno límite de personalidad y los trastornos de la alimentación, siendo especialmente frecuente la comorbilidad entre los trastornos de conducta alimentaria no especificados y el TLP. En las fases más agudas y graves de las dificultades con la alimentación los rasgos límites tienden a emerger con mayor intensidad. Los pacientes limite presentan un curso más complicado de la enfermedad alimentaria, con remisiones estables, pero con frecuencia de migraciones de uno a otro polo del espectro relacionado con la alimentación. (14)

Tabla 1.- Porcentajes de comorbilidad para el TLP

TRASTORNO PSIQUIATRICO	TOTAL	Hombres	Mujeres
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	72.9	80.9	66.2
Abuso de alcohol	15.07	18.9	12.9
Dependencia de alcohol	41.6	52.2	32.7
Abuso de tóxicos	27.4	34.6	21.3
Dependencia de tóxicos	17.7	22.1	14.0
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO	75.0	68.7	80.2
Trastorno Depresivo Mayor	32.1	27.2	36.1
Distimia	9.7	7.1	11.9
Bipolar I	31.8	30.6	32.7
Bipolar II	7.7	6.7	8.5
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	74.2	66.1	81.1
Pánico con agorafobia	11.5	7.7	14.6
Pánico sin agorafobia	18.8	16.2	20.9
Fobia social	29.3	25.2	32.7
Fobia especifica	37.5	26.6	46.6
Ansiedad Generalizada	35.1	27.3	41.6
Estrés postraumático	39.2	29.5	47.2
OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	73.9	76.5	71.8
Paranoide	21.3	16.5	25.4
Esquizoide	12.4	11.1	13.5
Esquizotípico	36.7	38.9	34.9
Antisocial	13.7	19.4	9.0
Histriónico	10.3	10.3	10.3
Narcisista	38.9	47.0	32.2
Evitativo	13.4	10.8	15.6
Dependiente	3.1	2.6	3.5
Obsesivo-compulsivo	22.7	21.7	23.6

Abordaje psicofarmacologico del trastoro límite de personalidad

Los trastornos de personalidad son patologías crónicas que requieren estrategias específicas de manejo. En el ámbito de la Atención Primaria los mayores esfuerzos se centran en mantener y reforzar la relación médico-paciente y establece una alianza terapéutica, como no podía ser de otra manera.

Dada la elevada frecuencia de trastornos comórbido, la singularidad de la historia de cada paciente y la naturaleza heterogénea del TLP, el plan de tratamiento debe ser flexible, adaptado a las necesidades de cada paciente. (15)

El tratamiento farmacológico del TLOP se basa en la evidencia de que algunas dimensiones de la personalidad de los pacientes parecen estar mediadas por una alteración en la fisiología de los neurotransmisores y responden a la medicación (16). Aunque la utilización de fármacos en el tratamiento del TLP esta ampliamente difundida, no existe ninguna medicación aprobada de forma específica para el tratamiento de estos pacientes.

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) ofrece en su Guía de Practica Clínica las recomendaciones

para el tratamiento farmacológico tanto de los periodos de descompensación aguda como de los aspectos relacionados con la vulnerabilidad de los pacientes diagnosticados de TLP. Tres dimensiones psicopatológicas son los principales objetivos de la farmacoterapia:

1. Disregulación afectiva
2. Descontrol impulsivo-conductual
3. Síntomas cognitivos/perceptivos

Se recomienda elegir fármacos antidepresivos, en especial ISRS y estabilizadores del ánimo para disregulación afectiva; ISRS y estabilizadores del ánimo para el descontrol impulsivo-conductual y antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas cognitivos-perceptivos

1. Fármacos antidepresivos:

a. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, Serotonina/Noradrenalina: Estos fármacos tienen un amplio espectro de efectos terapéuticos, son relativamente seguros en sobredosis y el perfil de efectos adversos favorece la adherencia terapéutica. Los estudios avalan la eficacia de Fluoxetina, Sertralina y Venlafaxina en las tres dimensiones psicopatológicas características del TLP. Así, Fluoxetina (hasta 80 mg/día), Sertralina (hasta 200mg/d) y Venlafaxina (hasta 400mg/d) mejoran la agresividad, depresión, disforia, tendencia autodestructiva y disforia tras 8-12 semanas de tratamiento.

2. Estabilizadores del ánimo:

a. Litio: comparado con placebo, mejora la agresividad, irritabilidad y la conducta suicida. La eficacia del Litio frente a la impulsividad-agresividad puede tener relación con su actividad como agonista serotoninérgico. El gran inconveniente de este fármaco es que se asocia a numerosos efectos adversos así como a consecuencias graves/mortales en caso de intoxicación, dado su estrecha ventana terapéutica. (17)

b. Carbamazepina: Se sugiere su uso en pacientes con TLP con reservas debido q que los resultados sobre su eficacia en impulsividad y descontrol conductual son contradictorios y no ha resultado efectiva en la estabilización del animo. Se añaden además los efectos adversos tanto hematológicos como a nivel de SNC y la potencial letalidad en sobredosis.

c. Ácido Valproico: Es el fármaco mas estudiado parel atamiento la impulsividad y trastornos conductuales en pacientes con trastornos de la personalidad. Hollander en 2005 confirma en un ensayo doble ciego la eficacia del valproato en agresividad impulsiva, síntomas depresivos, irritabilidad e ideación y conducta suicida, así como una mejoría tanto en sintomatología global como como en el funcionamiento social (18). Frakenburg et al. Encuentran mejoría significativa en sensibilidad interpersonal, angustia hostilidad y agresividad en su estudio a 6 meses en pacientes con TLP (19). En general, los efectos adversos del Valproato son bien tolerados siendo los mas frecuentes los gastrointestinales, como náuseas y vómitos, elevación de transaminasas, sedación y ganancia de peso. Se deben realizar de forma periódica monitorización de los niveles plasmáticos y recuento hematológico, así como determinación de función hepática.

d. Lamotrigina: Este antiepiléptico de emplea en el tratamiento de los episodios depresivos del trastorno bipolar y en la prevención de recurrencias de dichos episodios. Su uso en el tratamiento de los pacientes con TLP ha sido testado por diferentes autores. Así, Akiskal y Pinto (20) sugieren que dosis de hasta 300 mg/d de Lamotrigina son eficaces en el tratamiento de los pacientes limite, con mejoría en el funcionamiento global, impulsividad sexual, abuso de sustancias y conductas suicidas. Por su parte, Tritt et al (21), encuentran que lamotrigina produce mejorías significativas en la ira tras 8 semanas de seguimiento. Los efectos adversos que mas frecuentemente se asocian con lamotrigina son mareos, diplopía y dolor de cabeza, mientras que el efecto adverso mas serio y potencialmente mortal es una reacción de hipersensibilidad que se presenta síndrome de Stevens-Johnson

e. Topiramato: Es un fármaco en general bien tolerado y seguro pare el tratamiento de los pacientes borderline. En su estudio, Loew encuentra cambios significativos (P <0,001) en la somatización, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad y ansiedad fóbica (22). Se encuentra así mismo mejoría en la ira en el estudio de Nickel (23). Los efectos adversos mas asociados a este fármaco son fatiga, mareos, cefalea y parestesia, así como perdida de peso.

La evidencia actual sugiere que sean los estabilizadores del ánimo (valproato, topiramato y lamotrigina) los fármacos de elección en el tratamiento de los síntomas de disregulación emocional y conductas impulsivas. El tratamiento con fármacos antidepresivos debe asociarse cuando aparezcan episodios depresivos o cuando exista alguna otra comorbilidad que requiera su utilización. (24)

3. Antipsicóticos: Estos fármacos han sido ampliamente utilizados en la práctica clínica en el tratamiento de los síntomas relacionados con el TLP, no sólo por su efecto sobre la dimensión cognitivo/perceptiva, sino por su eficacia en reducir síntomas afectivos como la ira, la inestabilidad emocional y la ansiedad (25)

a. Antipsicóticos de primera generación: Loxapina y Clorpromazina resultaron eficaces en control de ira, suspicacia, depresión y ansiedad y Haloperidol redujo la intensidad de síntomas como des realización, ideas de referencia, depresión y ansiedad (26,27). Dado los efectos secundarios de este grupo farmacológico, entre los que se encuentran el embotamiento afectivo, los trastornos del movimiento, la obesidad e hiperprolactinemia, su uso debe ser cuidadosamente evaluado en los pacientes con TLP. A pesar de que las dosis utilizadas son en general más bajas que las utilizadas en el tratamiento de las psicosis, los efectos adversos mencionados conllevan escasa adherencia a medio y largo plazo.

b. Antipsicóticos atípicos:

B1. Clozapina: Ha mostrado eficacia en varios estudios de pacientes con TLP, tanto en psicopatología general como en descenso de tasa de hospitalizaciones, autolesiones y tentativas de suicidio (28). Su uso queda limitado a aquellos pacientes con síntomas psicóticos que no responden o no toleran otros antipsicóticos. La utilización de este fármaco conlleva la necesidad de monitorización hematológica estricta, dado su potencial capacidad de producir agranulocitosis

B2: Risperidona: Las investigaciones que avalan la eficacia de resiperidona son escasas y derivan de algunos informes de casos y de dos investigaciones iniciales. Rocca et al encuentran que el tratamiento con Risperidona es eficaz en la reducción de conductas agresivas, inestabilidad afectiva y psicopatología global (29), El estudio de Szighety no encuentra diferencias frente a placebo en funcionalidad global, pero si mejorías en psicoticismo, ideas paranoides, fobias y sensibilidad interpersonal (30)

B3:**Olanzapina:** Los estudios publicados muestran que olanzapina es eficaz en el tratamiento de pacientes límite, disminuyendo la intensidad de la disforia, ansiedad, depresión, agresividad, ideaciónparanoide, ira y reactividad interpersonal. En general, olanzapina es bien tolerada y produce una mejoría significativa en las cuatro áreas nucleares de la psicopatología del trastorno limite de personalidad (afecto, cognición, impulsividad y sensibilidad interpersonal) (31). La ganancia de peso y alteraciones metabólicas son los efectos adversos mas comunes, por lo que se recomienda monitorización de estos parámetros en los pacientes tratados

B4 Aripiprazol:Actúa como agonista parcial de los receptores D2 y 5HT1a. Los datos disponibles indican efectos significativos en la reducción de la psicopatología global asociada al TLP, disminución de la ira, síntomas psicóticos, impulsividad y problemas interpersonales. Loe efectos adversos mas frecuentemente encontrados con este tratamiento son dolor de cabeza, insomnio y ansiedad.

B5 Quetiapina: esta dibenzodiazepina, caracterizada por una baja afinidad y una rápida disociación de los receptores postsinápticos D2 ha sido también evaluada en el tratamiento de lo pacientes TLP. Varios estudios confirman la efectividad de este fármaco en el tratamiento de la sintomatología global de los pacientes, impulsividad, ataques de ira, ansiedad y funcionamiento global.

B6 Ziprasidona: La utilización de Ziprasidona intramuscular puede ser útil en episodios de agitación en pacientes con TLP. Su administración es en general segura y bien tolerada.

En general, el manejo del trastornolimite de personalidad puede ser difícil y confuso. Debido a su inestabilidad en múltiples áreas, estos pacientes pueden presentar un amplio espectro de síntomas y sus vidas tienden a ser caóticas. Los pacientes transfieren muchos de sus sentimientos disfuncionales y conflictos a los médicos que los tratan. Una actitud algo distante, el establecimiento de límites claros en cuanto a disponibilidad, frecuencia de las consultas, conducta adecuada y uso de medicación son necesarias para manejar estos pacientes de forma exitosa. El desarrollo de un plan de tratamiento formal y la participación conjunta con los psiquiatras en el tratamiento de los pacientes son una alternativa efectiva.

Tratamiento psicológico del trastorno límite de la personalidad (TLP)

Los objetivos de las psicoterapias están encaminados a que el paciente logre mejorar sus relaciones interpersonales, disminuya la intensidad y la frecuencia de las conductas autodestructivas, así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales. A día de hoy la psicoterapia se sigue considerando un elemento fundamental en el tratamiento del TLP (32). A lo largo de la historia se han propuesto multitud de tratamientos psicológicos, aunque no todos ellos con la eficacia demostrada necesaria para ser aplicados con relativa seguridad. En la Guía de Tratamientos eficaces (33), se determina que no existe ninguna terapia psicológica eficaz para los trastornos de la personalidad en general, ni para ninguno de ellos en particular. Hay distintos factores que hacen insuficientes los datos obtenidos en los diversos estudios: tamaños muestrales pequeños, seguimientos a muy corto plazo, dificultad en la randomización de tratamientos frente a placebos, y, por último, complejidad en las intervenciones, resultando muy complicado descomponer los elementos terapéuticos realmente efectivos.

A pesar de esto, sí que se ha demostrado que existen algunas alternativas probablemente eficaces, como son la terapia dialéctico-conductual de Marsha Linehan, o los diferentes enfoques dentro de la terapia de conducta clásica.

El tratamiento más estudiado ha sido la terapia dialéctico-conductual (DBT, por sus siglas en inglés), creado por Marsha Linehan especialmente para el tratamiento de los TLP graves con alto índice de conductas suicidas. La orientación teórica de la DBT es una mezcla de tres posiciones:

a) La orientación conductual, basándose en procesos de aprendizaje básicos como motor del cambio de la conducta del paciente.
b) La filosofía dialéctica, que enfatiza el cambio como parte de la realidad.
c) La meditación Zen.

Linehan defiende una etiología biosocial del trastorno, situando el origen de la psicopatología de los TLP en una disregulación emocional, que tendría su origen en causas biológicas que implican la vulnerabilidad inicial del sujeto en conjunto con un entorno invalidante. Una familia invalidante niega o responde de modo inadecuado a las vivencias del individuo. No se toman sus reacciones emocionales

como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga. Estas familias tienden a valorar en exceso el control de la expresión emocional, transmiten que la solución de los problemas es más simple de lo que realmente corresponde, y no toleran la manifestación de afectos negativos (34).

La DBT utiliza sesiones individuales, trabajo grupal y consultas telefónicas como parte importante de la terapia. La terapia grupal es un entrenamiento estructurado y con un fuerte componente educativo de habilidades sociales que tiene cuatro módulos:
1. Módulo de habilidades de conciencia.
2. Módulo de habilidades de efectividad interpersonal.
3. Módulo de habilidades de regulación emocional.
4. Módulo de tolerancia a la frustración.

En cuanto a la medición de su eficacia, se reducen especialmente las conductas e ideación suicidas, la inestabilidad afectiva y mejoran la adherencia terapéutica.

Por su parte, la tradición más ortodoxa de la terapia de conducta también cuenta con estudios que la califican como "probablemente eficaz", modificando algunas conductas problemáticas importantes (también autolesiones, comportamiento manipulativo, comportamientos suicidas y modulación de la expresión del afecto). En este tipo de terapias se utilizan técnicas conductuales como:
a) Refuerzo positivo y negativo, con el fin de aumentar las conductas deseables.
b) Economía de fichas, con el fin principal de aumentar la tolerancia a la gratificación aplazada.
c) Tiempo fuera, para disminuir las conductas no adaptativas.

Dentro de estas corrientes, e integrando modelos cognitivos, encontramos la terapia icónica (35). Este modelo se basa en utilizar iconos para que, con la ayuda de la memoria visual, se facilite la evocación de los contenidos terapéuticos y el manejo de las vivencias personales y las emociones que surjan de forma espontánea para que la persona inestable aprenda a analizarlas y encauzarlas. Esta psicoterapia tiene un gran componente psicoeducativo en un formato grupal, donde se conceptualizan y aprenden estrategias para el control emocional. Este trabajo en formato grupal se complementa con la intervención individual, basada fundamentalmente en la relación terapéutica y en la generalización de lo aprendido en el grupo para producir el cambio en la vida personal del usuario.
Muchos otros enfoques de psicoterapia se han propuesto como alternativas para el tratamiento del TLP, entre las que se pueden destacar la terapia basada en la mentalización de Bateman y Fonagy, la terapia cognitivo-analítica de Ryle o la terapia focalizada en la transferencia de Kernberg. Todas ellas están todavía en fase experimental, aunque los datos que arrojan son bastante esperanzadores (36).

Con todo, en la práctica parece existir consenso en que la terapia concreta no sería el factor más relevante en el tratamiento, sino que esté cuidadosamente diseñada y estructurada a medida del tipo específico del paciente (37).

A nivel práctico, sería interesante puntualizar ciertas estrategias de manejo con este tipo de pacientes, ya que en general las personas con trastorno límite de la personalidad tienden a suscitar un cierto rechazo en la sociedad e incluso entre los mismos terapeutas (38). Por ello es importante prestar atención a cómo podremos ayudar al paciente a través de nuestra relación con él.
- Debemos hacer énfasis en la comunicación clara, franca, evitando equívocos, manteniendo coherencia entre lo verbal y lo no verbal y cumpliendo lo acordado.
- Intentar no apresurarnos ni atosigar al paciente para que nos dé un tipo de información determinada. Si el paciente se ve presionado para contar cosas que no quiere contar puede sentirse incomprendido e incómodo.
- Intentar evaluar riesgo de suicidio si detectamos ideación, intentos anteriores y desesperanza. Asimismo, es interesante evaluar la posibilidad de la ocurrencia de episodios psicóticos, consumo de sustancias, abuso de fármacos, pertinencia de tratamiento farmacológico…
- Tolerar emociones negativas muy intensas del paciente.
- Evitar expectativas idealizadas sobre el tratamiento: es conveniente comentar a la persona que viene a tratamiento en qué va a consistir éste, aclarándole que ni la terapia ni la medicación en sí le va a curar o cambiar la personalidad, sino que tan sólo le va a ofrecer una serie de estrategias para hacerle más fácil la autorregulación de sus emociones.
- Identificar los recursos personales del paciente, resaltando sus conductas adaptativas, y abundando en el cómo y porqué de su actuación, y las consecuencias que pudo tener para él mismo.
- Establecer metas a corto plazo, así como dividir las metas por objetivos concretos, reforzando la consecución de cada uno de ellos.

En conclusión, "*las claves para un buen manejo incluyen hacer un diagnóstico preciso, mantener una relación de apoyo con el paciente y establecer metas limitadas*".

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC 1996;4:243-250
2. Quintero FJ, Navío M, Jiménez B. Urgencias y trastornos de la personalidad; En Chinchilla A. Manual de urgencias psiquiátricas; 2º ed. Elservier España, S.L; 2010:247-262.
3. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Elservier España S.L 2002.
4. CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Medica Panamericana, S.A. Madrid;2000.
5. Cervera G, Haro G. Martinez Raga J. Trastorno Limite de la Personalidad. Paradigma de la Comorbilidad Psiquiátrica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005
6. Herbst L. Differential diagnosis between borderline personality disorder and bipolar disorder. Vertex 2010 May-Jun; 21(91):294-300
7. Millon T. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson S.A.; 1998
8. Skodol AE, Gunderson JG, Pfhol B, Widiger TA, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. Biolo Psychiatry. 2002 Jun15; 51(12):936-50
9. Zenarini MC, Frakenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follw-up and prediction of time to remission. Am J Psychiatry. 2004 Nov; 161 (11): 2108-14
10. Briget F. Grant, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline PersonalityDisorder: Results from de Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2008 April; 69(4): 533-45
11. Zanarini MC, Frakenburg FR, Hennen J, Reich DB, 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: 274-83
12. Duck I, Bruce S, Keller M. The relationship between comórbida personality disorder and treatment received in patients with anxiety disorders. J. Pers Disord 2001; 15:157-67
13. Tadic A, Wagner S, Hoch J, Baskaya O, von Cube R, Skaletz C, Lieb K, Dahmen N. Gender difeferences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorders. Psychopathology. 2009;42(4):257-63
14. Zanarini MC et al. The course of Eating disorder in Patients with Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-up Study. Int J Eat Disord. 2010 April; 43(3): 226-232
15. Asociación americana de Psiquiatría. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2006. Barcelona 2006. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.
16. Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Efficacy and tolerability for borderline personality disorder. CNS Drugs. 2008; 22(8):671-92
17. Links PS, Boggild A, Sarin N. Psychoparmacology or personality disorders: review and emergent issues. Curr Psychiatry Rep 2001; 3: 70-76
18. Hollander E, Allen A, López RP, et al. Impact of trait impulsivity and state aggressionon divalproex versus placeboresponse in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2005; 162: 621-4
19. Frakenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double- blind placebo-controlled pilot study. J Psychofarmacology2005; 19:287-91
20. Pinto OC, Akiskal HS. Lamotrigina as apromising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-V major mood disorder. J Affect Disorder 1998; 51:333-43
21. Tritt K, LahmannC, et al. Lamotrigina treatment of aggression in females borderline-patients: a randomized double-blind, placebo-controlled study. J Psychoparmacol 2005; 19:287-91
22. Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C, Fartacek R, Lahmann C, Buschmann W, Tritt K, Bachler E, Mitterlehner F, Pedrosa Gil F, Leiberich P, Rother WK, Egger C. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychopharmacol.2006 Feb;26(1):6
23. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberrich PK, Rother WK, Loew TH. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychiatry. 2004 Nov; 65(11):1515-9
24. Klaus L, Birgit V, Gerta R, Antje T, Jutta MS. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials. B J Psych 2010; 196:4-12
25. Leone N. Response of borderline patients to loxapine and clorpromazine. J Clin Psychiatry 1982; 43: 148-50
26. Serban G, Siegel S. Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. Am J Psychiatry 1984; 141(11): 1455-8
27. Frakenburg FR, Zanarini MC. Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. Comp Psychiatry 1993; 34: 402-405
28. Chengappa KNR, Ebeling T, Kang JS. Clozapine reduces severe self-mutiliation and aggression in psychotic patients with BPD. J Clin Psychiatry 1999; 60: 477-84
29. Rocca P, Machiaro L, Cocuzza E, et al. Treatment of borderline personality disorder with Risperidona. J Clin Psychiatry 2002; 63:241-4
30. Szighethy EM, Schulz SC, Risperidone in comorbid borderline personality disorder and comorbid dysthymia. J Clin Psychofarmachol 1997; 17:326-7
31. Ricote Trigo F, Sánchez Lequerica A, Cañas de Paz F. Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad. En Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría, volumen II, 2ª Edición. . Barcelona 2010. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.
32. Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 51-70.
33. Pérez Álvarez, M. et al. (2005). *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces I. Adultos.* Madrid: Pirámide.
34. Linehan, M. M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite.* Madrid: Paidós.
35. Santiago López, S. (2005). *Tratando… inestabilidad emocional*. Madrid: Pirámide.
36. Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: evaluación y tratamiento. *Inteligo,* 1(1): 4-20.
37. Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide
38. Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal,* 172(12): 1579-83.