

EFICACIA DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO VERSUS INTERNAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Rodríguez Tubilla, Santos. Diplomado en enfermería. Enfermero Interno Residente de la especialidad de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Gómez Borrego, Ana Belén. Enfermera Especialista en Salud Mental. Máster en Enfermería Europea. Máster en Salud Internacional. Acreditada por la ACSA con nivel de EXPERTO en el Mapa de Competencias de salud Mental. UGC Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Ramírez Sánchez, Alberto. Enfermero Especialista en Salud Mental. UGC Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

E-mail de contacto: santosrodrigueztribilla@ono.com



Resumen

Antecedentes: el trastorno límite de la personalidad (TLP) es una compleja entidad clínica que se caracteriza por la inestabilidad emocional y la conducta impulsiva, afectando gravemente a las relaciones interpersonales. El tratamiento es difícil por elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, el abuso de sustancias y el comportamiento suicida.

Objetivos: analizar la eficacia del tratamiento farmacológico del TLP en régimen de internamiento en comparación con aquellos pacientes que siguen el mismo tratamiento de forma ambulatoria o en hospitales de día. Otros objetivos son: a) comparar la adherencia de los pacientes internos y ambulatorios; b) analizar el efecto sobre el comportamiento suicida; c) examinar la eficacia a medio plazo tras la intervención.

Métodos: Se plantea el diseño de un estudio analítico cuasi-experimental, con dos grupos (tratamiento ambulatorio vs internamiento) que son evaluados antes de iniciar el tratamiento, a la alta médica y a los 6

meses de la finalización del mismo. Los participantes en el estudio serán reclutados a partir de los servicios de admisión de los distintos centros terapéuticos de salud mental seleccionados. Se ha considerado seleccionar una muestra de 90 pacientes ambulatorios y 60 internos. Se aplicará la Entrevista Clínica Estructurada, la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad (funcionamiento afectivo, cognitivo, impulsividad y relaciones interpersonales) y la Escala de Adaptación Social. También se evaluará la tasa de adherencia y de comportamientos suicidas.

Conclusiones

Idealmente, el diseño del estudio permitirá comparar la eficacia de las dos formas terapéuticas del TLP. Por tratarse del diseño de un estudio no podemos exponer, de momento, datos concluyentes.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, tratamiento ambulatorio, internamiento, adherencia, comportamiento suicida.

Abstract



Background: The Borderline Personality Disorder (BPD) is a complex clinical entity characterized by emotional instability and impulsive behavior, severely affecting interpersonal relationships. Treatment is difficult due to high comorbidity with other psychiatric disorders, substance abuse and suicidal behavior.

Objectives: To examine the efficacy of treatment of BPD in psychiatric inpatient compared to those patients who continue treatment on an outpatient or day hospital. Other objectives are: a) to compare the adherence of inpatient and outpatient; b) to analyze the effect on suicidal behavior; c) to review the effectiveness at medium term after treatment.

Methods: The design of an analytical quasi-experimental study is raised with two groups (inpatient vs. outpatient) that are evaluated before starting treatment with discharge report after and 6 months of completion. Participants in the study will be recruited from services admission of various therapeutic mental health centers selected. It has been decided to select a sample of 90 inpatients and 60

outpatients. The Structured Clinical Interview apply, the Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder (affective functioning, cognitive, impulsivity and interpersonal relationships) and the Social Adjustment Scale will be applied before starting, at the end, and 6 months of completing treatment. Adhesion rate and suicidal behaviors were also assessed.

Conclusions

Ideally, the study design will allow us to compare the effectiveness of both BPD therapies. Due it is the design of this research we can not state any conclusive data at the moment.

Keywords: Borderline Personality Disorder, outpatient treatment, ambulatory treatment, inpatient treatment, adhesion, suicidal behavior.

Introducción

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un desorden mental y del comportamiento que se caracteriza fundamentalmente por la inestabilidad emocional y la conducta impulsiva, así como por un conjunto de síntomas que están asociados al deterioro de la imagen de uno mismo y la alteración de las relaciones interpersonales, entre otros (1). Este complejo trastorno de la personalidad resulta difícil de definir y diagnosticar, debido a su concomitancia con otros trastornos de la personalidad como el trastorno antisocial y a su alta comorbilidad con otros desórdenes psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, el abuso de sustancias y la tentativa de suicidio (2).

La falta de control sobre los propios impulsos y los accesos de ira, así como el miedo a la soledad y al abandono, producen un elevado grado de sufrimiento en el paciente, afectando gravemente a su funcionamiento cotidiano y provocando un uso excesivo de los servicios sanitarios y un coste social y económico muy significativo (3).

El TLP es el trastorno de personalidad más frecuentemente atendido en el ámbito clínico. La complejidad de este trastorno, que se encuentra asociado con altas tasas de conducta autodestructiva (incluyendo tentativas y consumación de suicidio) y que afecta gravemente al funcionamiento cotidiano del paciente, ha llevado a las principales instituciones clínicas a recomendar el abordaje de su tratamiento desde diferentes enfoques, que incluyen tanto el uso de fármacos como la psicoterapia individual o en grupo (4).

Otro aspecto importante relativo al tratamiento del TLP es el referido a la necesidad de llevar a cabo el internamiento temporal en un centro en aquellos casos de especial complejidad o en los que se observen conductas autodestructivas que puedan poner en peligro la integridad física del paciente, frente al tratamiento ambulatorio de elección habitual.

Definición

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), que en la clasificación diagnóstica



de la Organización Mundial de la Salud (OMS), CIE-10, es denominado Trastorno Emocionalmente Inestable de la Personalidad (TEIP, cód. F60.3), forma parte de los trastornos de la personalidad y conducta en adultos (cód. F60) es definido como un trastorno de la personalidad con una marcada tendencia a actuar impulsivamente sin tener en cuenta las consecuencias, junto a inestabilidad afectiva (7). La capacidad para planificar las acciones es mínima, y accesos de ira intensa pueden dar lugar a actos violentos y explosiones conductuales. Esta actuación agresiva se produce fundamentalmente cuando los actos impulsivos son criticados por los demás.

Según la OMS (7), existen dos subtipos de TEIP, que comparten el tema de la impulsividad y de la falta de autocontrol:

a) Tipo impulsivo (cód. F60.30), en el que las características predominantes son la inestabilidad emocional y la falta de control. Accesos de violencia o conducta amenazante son comportamientos comunes,

especialmente en respuesta a la crítica de los demás.

b) Tipo límite (cód. F60.31), en el que están presentes varias características de inestabilidad emocional, pero que además presenta una distorsión en la autoimagen del paciente, en sus metas, y en sus preferencias internas (incluidas las sexuales).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) (8) define el TLP como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, auto-imagen y afectividad, caracterizado por la impulsividad, de comienzo en la edad adulta temprana y presente en una variedad de contextos.

Los signos clínicos de la enfermedad incluyen la desregulación emocional, agresividad impulsiva, la auto-lesión repetida, y tendencias suicidas crónicas, que hacen que estos pacientes sean usuarios frecuentes de los servicios de salud mental (1)

Epidemiología y Prevalencia

El TLP es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en la



población general (2), donde es diagnosticado entre el 1% y el 2% de los adultos. En poblaciones psiquiátricas se eleva al 10% de los pacientes externos y al 20% de los pacientes internos (2,9).

Sin embargo, los datos epidemiológicos son controvertidos, ya que la prevalencia a lo largo de toda la vida hallada en un estudio realizado en Estados Unidos mostró que un 5,9% (IC99%: 5,4-6,4) de la población ha sido diagnosticada en alguna ocasión siguiendo los criterios del TLP, lo que supone que el número de personas afectadas por este trastorno es mucho mayor de lo que venía siendo reconocido (10). Los datos no han permitido encontrar diferencias significativas entre hombres (5,6%, IC99%: 5,0-6,2) y mujeres (6,2%, IC99%: 5,6-6,9). La prevalencia del TLP está inversamente relacionada con la edad, afectando por lo tanto en mayor medida a la población adulta más joven, entre 20-29 años (9,3%), que en el resto de grupos de edad. El grupo étnico también está relacionado con la prevalencia de TLP, siendo mayor entre los nativos americanos (11,9%) y negros (8,2%), que en blancos (8,2%), asiáticos (3,4%) e hispanos (5,3%).

Otro estudio estadounidense encontró una prevalencia similar (5,9%) en la población adulta general (11). Tampoco se encontraron diferencias clínicas significativas entre hombres y mujeres.

No existen estudios comunitarios sobre la prevalencia del TLP en España, aunque se sabe que en los registros de atención primaria no aparece como uno de los trastornos mentales más representados, afectando al 0,017% de los pacientes atendidos, siendo mayor en pacientes con otros trastornos mentales, particularmente por abuso de sustancias (0,161%) (12). Sin embargo, a pesar de la escasez de este diagnóstico en atención primaria, estos pacientes duplican la tasa de visitas al médico general respecto a la población general, con 8,1 frente a 4,4.

Comorbilidad

El TLP presenta un elevado nivel de comorbilidad con un conjunto de trastornos psiquiátricos, tanto de carácter internalizante como externalizante (36). Es muy frecuente encontrar en las personas diagnosticadas de TLP un historial de eventos interpersonales traumáticos,



tales como abuso o agresión física y sexual. Mientras que los traumas interpersonales están vinculados con TLP tanto si han ocurrido en la infancia como en la edad adulta, los traumas no asociados a sucesos interpersonales sólo están relacionados con este trastorno si han ocurrido durante la infancia. Más del 90% de pacientes con TLP presentan al menos un trastorno comórbido del eje I del DSM-V, exhibiendo niveles significativos de comportamiento disfuncional (37).

Entre los trastornos más frecuentemente asociados con el TLP se encuentra el trastorno bipolar. Los pacientes con trastorno bipolar y TLP comórbido presentan más síntomas sicóticos, tentativas de suicidio, reactividad emocional, características atípicas, episodios depresivos estacionales, labilidad emocional inducida por antidepresivos, irritabilidad y resistencia a los tratamientos antidepresivos (38).

En general, las personas con un TLP tienen una mayor probabilidad de padecer un trastorno comórbido del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, y otros

trastornos de la personalidad. Tomko et al., en un estudio muy reciente, (39) encontraron que el 84,8% de los pacientes con TLP diagnosticado también tendrán algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, el 82,7% tendrán algún episodio de afectación del estado de ánimo, y el 78,2% serán diagnosticados por un trastorno de abuso de sustancias. (Tabla 1)

Justificación

Tratamiento

El tratamiento del TLP es complejo y requiere la puesta en marcha de múltiples estrategias terapéuticas, que variarán también en función de la sintomatología clínica específica del paciente. En 2001, la American Psychiatric Association estableció en su Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder (40) como recomendación que el núcleo del tratamiento debería ser la psicoterapia.

La primera prioridad a la hora de aplicar un tratamiento es asegurar que



el paciente no está en riesgo de herirse a sí mismo o de herir a otras personas. Gunderson (41) estableció una serie de recomendaciones para evaluar el nivel de cuidado que necesita un paciente con TLP en función de un conjunto de temas, entre los que destacan los pensamientos de suicidio y la conducta de automutilación, en cuya presencia se debe extremar la atención e incluso, estudiar la posibilidad de realizar un internamiento en un centro hospitalario. Además, el terapeuta debe tener en cuenta los síntomas y comportamientos que pueden suponer una amenaza para la propia continuidad del tratamiento, como la excesiva ansiedad, el bajo estado de ánimo, episodios psicóticos o el consumo de sustancias tóxicas. Todas estas conductas pueden interferir negativamente en el curso del tratamiento, por lo que en estos casos el tratamiento farmacológico puede estar indicado (ansiolíticos, antidepresivos, etc.) (40).

Entre las terapias psicológicas podemos encontrar básicamente dos tipos: las de naturaleza integral, que tratan una recuperación total del paciente, y aquellas que intervienen sobre

aspectos parciales del comportamiento o de la personalidad (42). Al primer tipo pertenecen (42):

- Terapia dialéctica conductual
- Tratamiento basado en la mentalización
- Terapia centrada en la transferencia
- Terapia cognitiva-conductual
- Psicoterapia dinámica deconstructiva
- Psicoterapia interpersonal
- Terapia interpersonal

En el segundo grupo de psicoterapias encontramos:

- Terapia dialéctica conductual en grupo para entrenamiento de habilidades
- Terapia de grupo para la regulación de la emoción
- Terapia de grupo centrada en esquemas
- Sistemas de entrenamiento para la predictibilidad



emocional y la solución de problemas (STEPPS)

- STEPPS más terapia individual
- Tratamiento cognitivo asistido manualmente
- Psicoeducación

Las intervenciones farmacológicas son cada vez más frecuentemente utilizadas para tratar diferentes facetas del espectro de los TLP, como la inestabilidad afectiva, la impulsividad, los estados disociativos o los síntomas cognitivos (40). Los trastornos comórbidos, como la depresión, pueden ser objeto de intervenciones psicofarmacológicas. Diferentes clases de agentes, tales como estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos y antidepressivos, se han utilizado en el tratamiento de personas con TLP (43), siendo muy común el tratamiento polifarmacéutico (44). Sin embargo, no existen tratamientos farmacológicos específicos para el TLP, sino que el fármaco es seleccionado debido a su acción conocida en el tratamiento de los trastornos asociados, como la depresión, la psicosis o los trastornos de ansiedad (45).

Objetivos

El objetivo general es analizar la eficacia del tratamiento farmacológico del TLP en régimen de internamiento en comparación con aquellos pacientes que siguen el mismo tratamiento de forma ambulatoria o en hospitales de día.

Como objetivos específicos se han establecido los siguientes:

- a) Comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes internos y ambulatorios.
- b) Analizar el efecto del tratamiento sobre el comportamiento suicida en los pacientes internos y ambulatorios.
- c) Examinar la eficacia a medio plazo una vez finalizado el período de intervención.

Un estudio realizado por Bartak et al (5) ya demostró que el tratamiento de tres grupos de pacientes (ambulatorio, hospital de día, interno) con trastornos de personalidad, con mayoría de TLP, producía resultados positivos en todos los casos, aunque con una mayor eficacia para aquellos pacientes que seguían el tratamiento en régimen de



internamiento. Sin embargo, Paris (6) indica que la hospitalización de pacientes con TLP puede ser contraproducente en aquellos casos en los que se ha detectado una conducta suicida.

Por lo tanto, la pregunta de investigación planteada es la siguiente:

En el tratamiento del TLP, ¿produce el internamiento en centros psicoterapéuticos o psiquiátricos, por un lado, mejores resultados (presencia de criterios clínicos diagnósticos, funcionamiento en el área afectiva, cognitiva, impulsividad y relaciones interpersonales, y ajuste social) que el tratamiento ambulatorio o en hospitales de día, por otro? ¿Qué efectos tiene el internamiento en aspectos tales como la adherencia al tratamiento farmacológico, eliminación de los comportamientos suicidas y la eficacia a largo plazo de la intervención?

Material y método. Diseño del estudio y población

Diseño

Idealmente, el diseño del estudio permitirá comparar la eficacia de las dos formas terapéuticas del TLP (ambulatoria vs internamiento), así como analizar el mantenimiento a medio plazo de los efectos de los mismos.

Se propone utilizar un estudio con diseño analítico, donde se va a llevar a cabo una intervención y se pretende evaluar una presunta relación causa-efecto. A la vez, hablamos de un estudio cuasi-experimental, dado que no se dispone de un grupo control y la asignación de los sujetos a los grupos no es aleatoria. También hay que tener en cuenta que dispondremos de dos grupos (sujetos que recibirán tratamiento de forma ambulatoria vs. sujetos que serán internados) que recibirán medidas terapéuticas diferentes. Será longitudinal, donde se evaluará a los sujetos antes de iniciar el tratamiento, inmediatamente antes del alta y a los 6 meses de la finalización del mismo.

Se entiende por tratamiento ambulatorio aquel en el que el paciente acude al centro sanitario únicamente para recibir la sesión psicoterapéutica correspondiente. A esta modalidad pertenecen los hospitales de día, así como hospitales privados y centros psicoterapéuticos o psiquiátricos que ofrecen este tipo de tratamiento. Por internamiento se define la modalidad de tratamiento en la que el paciente es ingresado en un centro psicoterapéutico o psiquiátrico público o privado en régimen de pernocta. En esta modalidad, el paciente se halla bajo la disciplina del centro en todas sus actividades.

A partir de los datos sociodemográficos de los sujetos y de otras mediciones, obtendremos variables de distinta naturaleza:

- Variables cuantitativas:
continuas (edad, IMC...),
discretas (nº de ingresos previos, nº hijos...).
- Variables cualitativas:
dicotómicas (sexo, empleado o desempleado, presencia o no de comorbilidad, consumo de

tóxicos...), politómicas (estado civil, nivel estudios, profesión, nivel económico...).

Si atendemos a las variables según su relación en el estudio de investigación, tendremos como variables dependientes las medidas de resultado de las distintas baterías de pruebas que se aplicarán actuando como indicadores de la eficacia de las intervenciones y serán también variables dependientes la tasa de adherencia al tratamiento y la tasa de comportamiento suicida (se detallan todas ellas en el apartado de análisis).

La variable independiente será la modalidad de tratamiento terapéutico al que es sometido el sujeto (ambulatorio vs. en régimen de internamiento). Los diferentes tipos de tratamientos aplicados serán tratados como una variable de control.

El estudio será presentado al Comité de Investigación del Hospital Universitario Virgen de la Victoria para su aprobación.

Población y muestra



Los participantes en el estudio serán reclutados a partir de los servicios de admisión de los distintos centros terapéuticos de salud mental seleccionados en una fase posterior del proyecto. Estudios anteriores indican que aproximadamente el 10% de los pacientes que siguen tratamiento psiquiátrico ambulatorio y sobre el 20% de los pacientes ingresados en centros de salud mental son diagnosticados como TLP (8). En la población general, la prevalencia estimada se encuentra entre el 1 y el 2% (8,46).

Por lo tanto, se puede estimar que en la población española, el número de personas afectadas por TLP, mayores de 17 años, es de unas 760.000, a partir de la prevalencia estimada más pesimista (2%), teniendo en cuenta que la población total mayor de 17 años es de 38 millones aproximadamente, según el Instituto Nacional de Estadística. No obstante, la población que solicita ayuda es una proporción muy reducida. Estos pacientes se encuentran repartidos en las unidades de salud mental de los hospitales públicos y privados, centros terapéuticos de clínicas privadas, fundaciones y asociaciones, y centros

de psicoterapia. La mayoría de las personas que reciben tratamiento lo hacen de forma ambulatoria, siendo más accesibles para formar parte de la muestra. Los pacientes internados son de mucho más difícil acceso, por las políticas de organización de los propios centros, que limitan la posibilidad de contactar con ellos.

Por estos motivos, hemos considerado como el procedimiento de selección de participantes más idóneo el muestreo no probabilístico consecutivo, donde se reclutará a todos los individuos de la población accesible que cumplan los criterios de selección durante el periodo de reclutamiento fijado para el estudio.

Debido a la imposibilidad de realizar una estimación del número de pacientes con TLP que reciben tratamiento ambulatorio y tratamiento en régimen de internamiento, se ha considerado seleccionar una muestra de 90 pacientes ambulatorios y 60 internos que garanticen una supervivencia al final del estudio de 30 sujetos como mínimo. Dado que los pacientes ambulatorios no están tan controlados, suponemos que habrá



mayor mortalidad experimental, por lo que se parte de un número de participantes superior. Para ello, en una fase posterior del proyecto, se realizará una selección de centros hospitalarios públicos de España con unidades ambulatorias y en régimen de internamiento de salud mental. Una vez seleccionados, se contactará con la dirección de los centros y los coordinadores de las áreas de salud mental con el fin de solicitar su colaboración en el estudio.

Los pacientes irán siendo seleccionados en los servicios de admisión de dichos centros hospitalarios hasta completar la muestra.

Los criterios de inclusión serán los siguientes:

1. Edad entre 18 y 70 años.
2. Patología de la personalidad por TLP.
3. Consentimiento informado del paciente o la familia.

Se han establecido los siguientes criterios de exclusión:

1. Insuficiente dominio del idioma español.
2. Deterioro cerebral orgánico.
3. Retraso mental.
4. Esquizofrenia.

Material; instrumentos y medidas

En el momento de la admisión en el centro terapéutico, así como a la finalización del tratamiento y a los 6 meses de la terminación del mismo, los participantes serán evaluados mediante una batería de pruebas diagnósticas:

a) Adaptación española de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (47). Esta entrevista cubre las 11 formas diagnósticas del DSM-IV-TR del Eje II, incluyendo el TLP. El cuestionario consta de 119 ítems. La entrevista tiene 119 preguntas, que son abiertas, cerradas y sí-no. La fiabilidad tes-retest para los TLP es baja (0.37).

b) Adaptación al español de la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R, versión española) (48). Se trata de



una escala elaborada específicamente para conseguir una mayor fiabilidad diagnóstica en el caso específico de los TLP. Consta de 125 ítems que evalúan las siguientes áreas: 1, afectiva; 2, cognitiva; 3, conductas impulsivas; y 4, relaciones interpersonales. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach indica una alta fiabilidad global (0,89) y en cada una de sus áreas (0,73 a 0,77).

c) Versión española de la Escala de Adaptación Social (The Social Adaptation Self – Evaluation Scale, SASS) (49). Esta escala fue diseñada con el propósito de evaluar la conducta y el ajuste social de forma sencilla. Contiene 21 ítems que miden motivación y conducta social en cuatro áreas (relaciones extrafamiliares, ocio y trabajo, intereses socio-culturales, y relaciones familiares y estrategias conductuales). La escala goza de una elevada fiabilidad según el coeficiente alfa de Cronbach, con valores comprendidos entre 0,87 y 0,88.

También se realizará, antes del inicio del tratamiento, un registro de los datos sociodemográficos. Se obtendrá información de la edad, género, estado

civil (soltero, casado, separado/divorciado, viudo), trabajo (sí, no), e ingresos anuales (en euros)...

Método

Una vez obtenidos los permisos para el reclutamiento de pacientes por parte de los hospitales colaboradores, se tendrá una reunión informativa con los profesionales sanitarios que prestan servicio en dichas unidades de salud mental, con el fin de informarles de los objetivos del estudio y solicitar la colaboración en la aplicación de las entrevistas clínicas y escalas diagnósticas, tanto antes del inicio del tratamiento, como a la finalización y a los 6 meses del alta.

Los pacientes serán reclutados sucesivamente conforme a su llegada a los centros de admisión correspondientes. Tras la evaluación inicial protocolaria del propio centro, y comprobado el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, los pacientes pre-seleccionados serán entrevistados con el fin de solicitar su participación en el estudio, para lo cual



deberán leer y firmar un formulario de consentimiento informado.

A los participantes se les completará la evaluación inicial y formarán parte del estudio, aplicándoseles el tratamiento terapéutico correspondiente, en función el centro donde estén ubicados. También serán evaluados al finalizar el tratamiento y 6 meses después del alta, como se ha dicho anteriormente.

El estudio comenzará en mayo de 2016. El periodo de reclutamiento se fijará en una fase posterior del proyecto en función del tamaño muestral deseado y del número de sujetos reclutables al día. La duración de la intervención y fecha final del estudio se estima para mayo de 2018. Se cuentan con tres investigadores principales (los autores de este manuscrito) y se prevé la colaboración de los distintos profesionales de las unidades terapéuticas de los Hospitales que participen en la investigación y en particular de los Enfermeros Internos Residentes (EIRs) que se encuentren en formación en ese momento.

Tratamientos

Los diferentes centros de atención de salud mental ofrecen una variedad de tratamientos psicoterapéuticos adaptados a la población de pacientes con TLP. Sus tratamientos difieren según varias características, entre las que se encuentran su alcance (integral o parcial), el enfoque (cognitivo, conductual, interpersonal, etc.), desarrollo de las sesiones (individuales o en grupo), etc..

Debido a que este estudio se centrará en la eficacia del tratamiento ambulatorio vs en régimen de internamiento, los diferentes tipos de tratamientos aplicados serán tratados como una variable de control.

Por lo tanto, en este estudio se establecerán dos grupos de tratamiento en función del régimen en que la terapia específica es aplicada:

1. Grupo de pacientes ambulatorios: se entiende por tratamiento ambulatorio aquel que es aplicado sin que sea necesario el ingreso en un centro de salud mental. No obstante, algunos pacientes pueden requerir el ingreso ocasional por una agudización de los



síntomas. Si el ingreso es temporal, no serán excluidos del estudio.

2. Grupo de pacientes internos: el tratamiento en régimen de internamiento es el que se aplica con el paciente ingresado en un centro de salud mental. Estos pacientes, no obstante, tienen un régimen de salidas, que puede incluir dormir en casa los fines de semana, cada 15 días, etc., en función del estado del paciente. Los pacientes que por cualquier motivo sean dados de alta o abandonen voluntariamente el régimen de internamiento serán excluidos del estudio.

La duración de los tratamientos psicoterapéuticos para el TLP suele ser de aproximadamente 12 meses.

Análisis

Las medidas de resultado, que son indicadores de la eficacia de las intervenciones, son las siguientes:

1. Cambio en los criterios clínicos diagnósticos evaluados por la Entrevista Clínica Estructurada.
2. Cambio en el funcionamiento en las áreas afectivas, cognitiva, conducta impulsiva y relaciones interpersonales evaluado por Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad.
3. Modificación observada en la conducta y adaptación social evaluada por la Escala de Adaptación Social.

A estas medidas hay que añadir la evaluación de la tasa de adherencia, que se entiende como la proporción de pacientes que han terminado el tratamiento completo en cada modalidad:

$$A_j = n_j/N_j$$

Donde:

A_j es la tasa de adherencia en cada uno de los grupos j ;



n_j es el número de pacientes que han finalizado el tratamiento en cada grupo j ;

N_j es el número de pacientes que iniciaron el tratamiento en cada grupo j .

Por último, se define el comportamiento suicida como la realización de actos dirigidos a infligirse daño a sí mismo, ya sea con resultado de lesiones o muerte, o sin resultado aparente. Los comportamientos suicidas se computarán y se calculará una tasa (S) por grupo:

$$S_j = C_j/N_j$$

Donde:

S_j es la tasa de comportamientos suicidas en cada uno de los grupos j ;

C_j es el número de comportamientos suicidas observados en cada grupo j ;

N_j es el número de pacientes que iniciaron el tratamiento en cada grupo j .

Para el análisis de los datos se utilizará el software SPSS, versión 22. Los datos serán vertidos en una base de datos y en primer lugar se realizará una

depuración de los mismos, con el fin de detectar errores de transcripción o de registro, así como la presencia de datos perdidos. Una vez depurada la base de datos, se realizará un análisis descriptivo de las variables del estudio. Se calculará la media (intervalo de confianza-IC- 95%) y la desviación típica de las variables numéricas, así como las frecuencias y porcentajes (IC 95%) de las variables cualitativas, en el pretest, posttest y seguimiento. Se estudiará la equivalencia de ambos grupos en la línea base mediante la aplicación de pruebas t de Student para dos muestras independientes (variables numéricas dependientes), o mediante la prueba Chi-cuadrado (variables categóricas dependientes). Una vez determinada la equivalencia inicial, se realizarán las mismas pruebas con los datos obtenidos en el posttest y en el seguimiento para comparar la eficacia de los tratamientos ambulatorio vs internamiento. Para comparar la eficacia dentro de cada grupo y de estos entre sí, se aplicará un ANOVA de medidas repetidas, tomando como variable dependiente las medidas numéricas de resultado, como variable intrasujetos el momento de medida, y

como variable intersujetos el grupo de tratamiento. El nivel de significación aplicado será del 5%.

Conclusión

Por tratarse del diseño de un estudio no podemos exponer, de momento, datos concluyentes. Idealmente, el diseño del estudio permitirá comparar la eficacia de las dos formas terapéuticas del TLP.

De momento partimos de una breve revisión literaria acerca del TLP y al constatar la complejidad de esta patología y la falta de evidencia científica acerca de la efectividad de los distintos tratamientos terapéuticos planteamos llevar a cabo este proyecto de investigación, donde podamos dar respuesta a preguntas como: ¿produce

el internamiento en centros psiquiátricos mejores resultados que el tratamiento ambulatorio? ¿Qué efectos tiene el internamiento en aspectos como la adherencia al tratamiento, eliminación de los comportamientos suicidas y la eficacia a largo plazo de la intervención?

Financiación y conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con otras personas o instituciones que pudieran haber influido en los resultados. Este proyecto de investigación no ha recibido ninguna subvención específica de cualquier organismo de financiación del sector público, comercial o asociaciones sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet* 2004;364:453-61.
2. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F: Borderline Personality Disorder. *Lancet* 2011, 377:74–84.
3. Cuevas Yust C, López Pérez-Díaz AG. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2012;12(1):97-114.
4. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel et al. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatr* 2001;158:1-52.
5. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Ziegler UM, Dekker J, Rossum BV et al. Effectiveness of Outpatient, Day Hospital, and Inpatient Psychotherapeutic Treatment for Patients with Cluster B Personality Disorders. *Psychother Psychosom* 2011;80:2838.
6. Paris J. Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder? *J Pers Disord* 2004;18(3):240-7.
7. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva: 1999
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA: 2013.
9. Paris J: Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *J Pers Disord* 2010, 24:405–11.
10. Grant BF, Chou P, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSMIV Borderline Personality Disorder:



Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008 April;69(4):533-45.

11. Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV Borderline Personality Disorder in Two Community Samples: 6,330 English 11-Year-Olds and 34,653 American Adults. *J Personality Dis* 2011;25(5):607-19.

12. Aragonés Benaiges E, Salvador Carulla L, López Muntaner J, Ferrer M, Piñol Moreso JL. Prevalencia registrada del trastorno límite de la personalidad en las bases de datos de atención primaria. *Gac San* 2013;27(2):171-4.

13. Reichborn-Kjennerud T, Ystrom E, Neale MC, Aggen SH, Mazzeo SE, Knudsen GP. Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Symptoms of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(11):1206-1214. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1944.

14. Amad A, Ramoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P. Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Behav Rev* 2014;40:6-19.

15. Mobascher A, Bohus M, Dahmen N, Dietl L, Giegling I, Jungkunz M, et al. Association between dopa decarboxylase gene variants and borderline personality disorder. *Psychiatr Res* 2014;219(3): 639-95.

16. Bond C, LaForge KS, Tian M, Melia D, Zhang S, Borg L, Gong J, Schluger J, Strong JA, Leal SM, Tischfield JA, Kreek MJ, Yu L: Single-nucleotide polymorphism in the human mu-opioid receptor gene alters beta-endorphin binding and activity: possible implications for opiate addiction. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998; 95:9608–13.

17. Krosiak T, Laforge KS, Gianotti RJ, Ho A, Nielsen DA, Kreek MJ: The single nucleotide polymorphism A118G alters functional properties of the human mu-opioid receptor. *J Neurochem* 2007; 103:77–87.

18. Stanley B, Siever LJ. The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model. *Am J Psychiatry* 2010;167:24-39.



19. Mesa Cornejo BM, Barros Núñez P, Medina Lozano C. Metilación del ADN: marcador diagnóstico y pronóstico de cáncer. *Gac Méd Méx* 2006;142(1):81-2.
20. Dammann G, Teschler S, Haag T, Altmüller F, Tuzek F et al. (2011) Increased DNA methylation of neuropsychiatric genes occurs in borderline personality disorder. *Epigenetics* 6: 1454-1462. doi:10.4161/epi.6.12.18363.
21. Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, Olié E, Salzmann A et al. (2011) Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry* 1: e59. doi: 10.1038/tp.2011.60.
22. Ruocco AC, Hudson JI, Zanarini MC, Gunderson JG. Familial Aggregation of Candidate Phenotypes for Borderline Personality Disorder. *Personal Disord* 2014;Jul 21 [Epub ahead of print].
23. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rütther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res* 2005;134(2):169-79.
24. Helgeland MI, Torgersen S. Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comp Psychiatry* 2004;45(2): 138-47.
25. Machizawa-Summers S. Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *Int JPsychiatr* 2007;42:265-73. doi. 10.1080/00207590601109276.
26. Joyce PR, McKenzie JM, Luty SE, Mulder RT, Carter JD, Sullivan PF et al. Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Aust Nz J Psychiat* 2003;37:756-64. doi: 10.1111/j.1440-1614.2003.01263.x.



27. Hudson JI, Zanarini MC, Mitchell KS, Choi-Kain LW, Gunderson JG. The contribution of familial internalizing and externalizing liability factors to borderline personality disorder. *Psychol Med* 2014; 44:2397-407. doi:10.1017/S0033291713003140.
28. Schwarze CE, Mobascher A, Pallasch B, Hoppe B, Kurz M, Hellhammer DH et al. Prenatal adversity: a risk factor in borderline personality disorder?. *Psychological Medicine* 2013;43:1279-91. doi:10.1017/S0033291712002140.
29. Gunderson JG, Links PS. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide* (2ª ed.). American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington; 2008.
30. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating borderline personality disorders from other Axis II disorders. *J Pers Disord* 1989;3:10-8.
31. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSMIV (SCIDI)*. Masson S. A., Barcelona; 1999
32. King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L, Lohrenz T, Fonagy P, Montague PR. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*. 2008 Aug 8;321(5890):806–10.
33. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009 May;166(5):505–8.
34. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher O, Levy KN, et al. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007 Dec;164(12):1832–41.
35. Koenigsberg HW, Siever LJ, Lee H, Pizzarello S, New AS, Goodman M, et al. Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2009 Jun 30;172(3):192–9.
36. Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM, Skodol AE, Markon KE, Grant BF, et al. Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing–externalizing



structure of common mental disorders. *Psychol Med* 2011;41:1041-50. doi:10.1017/S0033291710001662.

37. Westphal M, Olfson M, Bravova M, Gameroff MJ, Gross R, Wickramaratne P, et al. Borderline Personality Disorder, Exposure to Interpersonal Trauma, and Psychiatric Comorbidity in Urban Primary Care Patients. *Psychiatry* 2013;76(4):365-80.

38. Perugi G, Angst J, Azorín JM, Bowden C, Vieta E, Young AH, et al. Is comorbid borderline personality disorder in patients with major depressive episode and bipolarity a developmental subtype? Findings from the international BRIDGE study. *J Affective Disorders* 2013;144(1-2):72-8.

39. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *J Pers Disord* 2013. e-View Ahead of Print. doi: 10.1521/pepi_2013_27_093.

40. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(suppl 10):1–52.

41. Gunderson JG. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC; 2001.

42. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2..

43. Abraham PF, Calabrese JR. Evidence-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? *J Affect Disord* 2008; 111: 21–30.



44. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453–61.
45. Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD005653. DOI: 10.1002/14651858.CD005653.pub2.
46. Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J. Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Editorial Médica Panamericana; Madrid: 2005.
47. 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. Masson; Barcelona: 1999.
48. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez 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.
49. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Corominas A, Adan A, Sánchez J, et al. Validación de la versión española de la Escala de Adaptación Social en pacientes depresivos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27(2):71-80.



Tabla 1 Comorbilidades del TLP (29)

Tabla 1. Comorbilidades del TLP (29)

	Pacientes TLP con otros trastornos	Pacientes con otros trastornos y TLP
Depresión	50	15
Distimia	70	10
Trastorno Bipolar II	11	16
Trastorno Bipolar I	9	11
Trastornos de la alimentación	25	na
Bulimia	20	20
Anorexia	5	20
Obesidad	5	10
Trastorno por Estrés Postraumático	30	8
Abuso de sustancias	35	10
Abuso de alcohol	25	5
Somatización	5	10
Trastorno narcisista de la personalidad	25	15
Trastorno antisocial de la personalidad	25	25

