

PROGRAMA SÓCRATES
PARA EL
TRASTORNO LÍMITE DE
PERSONALIDAD

Borrador propuesta
Hospital Universitario de Alava
Junio 2012



INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de personalidad se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y las emociones junto con un escaso control de impulsos. Es considerado un síndrome heterogéneo de difícil delimitación en el que están presentes importantes diferencias interindividuales en cuanto a su presentación clínica. Esta variabilidad conlleva una demora en el diagnóstico de 9,5 años en mujeres y 6,5 en hombres [1]. El TLP ha sido asociado a elevados porcentajes de suicidio consumado (entre un 8 a un 12%) [2,3], un severo déficit funcional, altas tasas de trastornos comórbidos y un uso intensivo y en ocasiones caótico de los servicios de salud [4,5,6,7,8].

Los datos de prevalencia indican que se trata de un trastorno común. En población general se ha estimado una prevalencia del 1.4 al 5.95 % [9,10] y en población clínica los datos indican que un 6.4% de pacientes ambulatorios, un 9.3% de los pacientes en tratamiento en salud mental y un 20% de los pacientes ingresados en unidades psiquiátricas tienen un diagnóstico de TLP [11,12,13]. Es habitual, que estos pacientes frecuenten las urgencias de los hospitales generales y las unidades de agudos donde ingresan unos días como medida de contención. Este tipo de ingresos, si bien necesarios, no afrontan la realidad el problema, el núcleo patológico del TLP.

Si bien sabemos que los pacientes con TLP usan los servicios de salud mental más que otros grupos de pacientes, a excepción de los esquizofrénicos, representado el 10% de las consultas de los centros ambulatorios de salud mental y

en torno al 15-20% de los pacientes ingresados [14], actualmente, las respuestas asistenciales son diversas y no consensuadas.

El tratamiento estándar consiste en una combinación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico como coadyuvante. Se considera que ambas modalidades son útiles para el tratamiento del TLP [15,16].

A pesar de los datos obtenidos en otros países que apuntan a unos mejores datos de eficacia en intervenciones específicas e intensivas para este tipo de patología mental grave, en nuestro país no existen de forma generalizada unidades dedicadas al tratamiento para el TLP.

PROGRAMA SÓCRATES: DESCRIPCIÓN

Este proyecto surge ante la necesidad de realizar un tratamiento intensivo e interdisciplinar con personas diagnosticadas de TLP. Esta intervención especializada se basa en la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha Linehan y tiene como población diana a aquellas personas con diagnóstico de TLP dentro de la comunidad autónoma de Álava.

Para poder asegurar una adecuada cobertura clínica un equipo estable que asumirá hasta 8-10 casos, 2-3 por terapeuta.

a. Procedimiento de derivación

En el caso de derivaciones propuestas desde la Red de Salud Mental Extra-hospitalaria será necesario que su terapeuta de referencia complete el informe de derivación. El equipo valorará posteriormente la conveniencia de su paso al programa.

Desde el hospital se podrá plantear el ingreso en el programa de pacientes que no estén realizando un seguimiento ambulatorio o en caso de considerar pertinente la derivación se realizará de forma coordinada y acordada con su terapeuta de referencia.

b. Criterios de inclusión/exclusión

- Diagnóstico de trastorno límite de la personalidad según CIE-10 o DSM-V.

- Sintomatología predominante: conductas parasuicidas, deterioro funcional, intentos de tratamiento infructuosos y refractariedad.
- Edades comprendidas entre los 16 y 35 años. A valorar en función del caso.
- El paciente acudirá a tratamiento de forma voluntaria y se establecerá un contrato terapéutico de permanencia en el programa. En caso de no presentar una motivación suficiente (o mínima) se procederá al alta con la posibilidad de poder realizar otro intento de seguimiento cuando así lo demande el paciente.

No se aceptarán en el programa pacientes con:

- Un diagnóstico de retraso mental
- Un diagnóstico principal de dependencia a tóxicos

c. Estructura de tratamiento

El tratamiento se llevara a cabo durante aproximadamente dos años. Queda dividido en tres fases diferenciadas: la fase pre-tratamiento y la fase del tratamiento de aproximadamente de dos años de duración y la fase de finalización y cierre.

1. Fase pre-tratamiento

Una vez derivado el paciente se procederá a realizar una entrevista clínica conjunta con psicología y psiquiatría tanto con él paciente como con su familia y se establecerá un terapeuta responsable del caso. Se valorará la necesidad de realizar pruebas psicométricas complementarias (valoración de inteligencia y/o personalidad). En caso de ser considerado necesario el paciente también será evaluado por trabajo social.

Además de esta entrevista clínica inicial, un evaluador independiente realizará una completa valoración psicodiagnóstica tanto en el inicio como en el final del seguimiento con los siguientes instrumentos con el objetivo de valorar la evolución y la eficacia del tratamiento:

- [Entrevista diagnóstica](#)

Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE; International Personality Disorder Examination)

O Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II (SCID-II; Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders) ¿

- Listado de síntomas (screening)
Borderline symptom list BSL-23
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3658905/>
- Escala de ansiedad de Hamilton HAS-A
- Escala de manía de YOUNG
- Escala para la depresión de Beck
- Cuestionario de impulsividad de Barrat BIS-11
- Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2
- Escala autoaplicada de adaptación social
- Impresión clínica global para el trastorno límite de personalidad (CGI-BPD) o en su defecto una general (para ver evolución)

Los **objetivos** de esta primera etapa son:

- Establecer una relación terapéutica
- Trabajar la adherencia al tratamiento
- Establecer unas metas/objetivos
- Delimitación de los límites y condiciones del proceso terapéutico

2. Fase de tratamiento

2.1. Primera fase

Esta fase tendrá una duración aproximada de un año y está compuesta por las siguientes actividades asistenciales:

❖ *Consulta psicológica y psiquiátrica semanal*

Cada paciente tiene un psicoterapeuta individual que es también su terapeuta de referencia dentro del equipo de tratamiento. Los otros componentes de la terapia giran en torno a la terapia individual. El terapeuta presta una atención estrecha a los temas motivacionales, incluyendo factores personales y ambientales

que inhiben los comportamientos efectivos y que provocan y refuerzan comportamientos desadaptados. Las sesiones individuales se llevan a cabo generalmente una vez por semana.

❖ *Grupos de entrenamiento en habilidades semanales*

Todos los pacientes deben seguir un entrenamiento en habilidades estructurado durante el primer año de terapia. El entrenamiento en habilidades con los pacientes con TLP resulta muy difícil dentro del contexto de la terapia individual, orientada a reducir la motivación hacia el suicidio y otros comportamientos de riesgo característicos de la patología. La necesidad de realizar intervenciones en crisis interferiría en este tipo de abordaje de carácter psicoeducativo.

El grupo es llevado a cabo por dos terapeutas preferiblemente diferentes a su terapeuta principal.

Aunque los grupos tienen generalmente 6-8 pacientes, es posible hacer un grupo con sólo dos pacientes. Un paciente que, por una u otra razón, no puede estar en un grupo, podría recibir un entrenamiento individual.

La Terapia Dialéctica Conductual se compone de 4 módulos de habilidades específicas, dos de ellos centrados en el cambio (*habilidades sociales y de regulación emocional*) y los otros dos en la aceptación (*mindfulness y tolerancia al malestar*)

❖ *Asistencia telefónica*

Las consultas telefónicas entre sesiones de psicoterapia son una parte importante de la TDC. Hay varias razones para ello:

- Muchos pacientes con TLP tienen dificultades para pedir ayuda de una forma eficaz. A veces se inhiben por miedo, vergüenza, o creencia de que tienen poco valor o sus necesidades no son válidas; en vez de ello pueden engancharse en comportamientos parasuicidas u otro tipo de comportamientos como forma de “gritar pidiendo ayuda”. Otros pacientes no tienen dificultad para pedir ayuda, pero lo hacen de forma demandante o abusiva, actuando de forma que los demás se pueden sentir manipulados, o utilizando otro tipo de estrategias ineficaces. Las sesiones telefónicas se diseñan para cambiar este tipo de patrones disfuncionales.

- Los pacientes necesitan a menudo ayuda para generalizar las habilidades que aprenden en la terapia a su vida cotidiana. Con una llamada el paciente puede recibir la preparación necesaria para que esta generalización tenga lugar de una forma exitosa.
- Después de un conflicto o un malentendido ofrecen la oportunidad de reparar este sentimiento sin tener que esperar a la siguiente sesión.

- **Horario de atención telefónica:** 8 a 3 de la mañana y tardes de 3 a 7.

- **Personal:** La atención telefónica durante las tardes será ofrecida en horas de atención continuada en caso de que se esto sea factible con los recursos disponibles

❖ *Ingreso en la Unidad de Agudos del Hospital Santiago de Álava*

Los ingresos serán asumidos por todo el equipo del Programa Sócrates y en la medida de lo posible serán programados y con unos objetivos establecidos previamente junto con el paciente.

❖ *Intervención familiar*

Se propondrá a aquellas familias interesadas en participar en el tratamiento la posibilidad de realizar entrevistas mensuales para evaluar la evolución del paciente y mejorar la convivencia familiar. Se valorará en función del caso realizar una intervención familiar específica.

❖ *Sesiones clínicas semanales*

Tratar a pacientes con TLP puede ser muy estresante para los terapeutas referentes. Muchos se queman rápidamente o caen en comportamientos iatrogénicos que comprometen la eficacia del tratamiento. Para evitar este tipo de actuaciones y poder realizar una supervisión y coordinación adecuada se establecen sesiones clínicas semanales en las que participa todo el equipo del programa pudiéndose convocar a todo el equipo asistencial de psiquiatría en casos graves de difícil manejo.

Los **objetivos** de esta primera fase del tratamiento son:

- Reducción de conductas suicidas

- Reducción de conductas que interfieren con el proceso terapéutico
- Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente
- Incrementar habilidades comportamentales (regulación emocional, tolerancia al malestar, toma de conciencia del problema y habilidades sociales)
- Aumenta la autovalidación y respeto por uno mismo

2.2. Segunda fase

Durante el segundo año se comienzan a espaciar las consultas tanto individuales como familiares. Esta fase durará aproximadamente un año. El objetivo de esta segunda parte del tratamiento consistirá en mantener y afianzar los progresos. Para ello, además de las sesiones individuales se propondrá a los pacientes la participación en grupos de refuerzo trimestrales. Este tipo de grupo de apoyo será opcional y abierto. Normalmente el paciente establece con el grupo compromisos de tiempo limitado renovables.

3. Finalización y cierre

Se derivará de nuevo al paciente a su terapeuta de referencia solapando la asistencia en ambos servicios hasta asegurar la continuidad y adherencia al tratamiento.

BIBIOGRAFÍA

1. Rubio V y Pérez A. Trastornos de personalidad. Madrid: Elsevier; 2003.
2. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. Nord J Psychiatry 2005; 59:319.
3. Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry 2002; 10:315.
4. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry 2001, 158:295–302

5. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51:936–950
6. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006; 163:20–26
7. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder *Lancet* 2004; 364:453–461
8. Skodol, AE, Gunderson JG, Shea MT et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord* 2005; 19:487–504
9. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:533.
10. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62:553.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Fourth edition, Text revision, American Psychiatric Association, Washington, DC; 2000.
12. Gross R, Olfson M, Gameroff M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med* 2002; 162:53.
13. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1911.
14. Psychiatry Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatry Association; 2001.
15. American Psychiatric Association Practice Guidelines. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1.
16. Paris J. The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5:277.