

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
Postgrado en Epidemiología y Salud
UNAN – León



Trastornos límite de la personalidad: Realidades y desafíos en su diagnóstico y manejo por consulta externa. Hospital docente de referencia nacional de atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”. Managua Enero - septiembre 2015.

Autor:
Nazer Martin Salazar Antón

Tutor:
MSc. Juan Almendárez Peralta

¡A la libertad por la Universidad!

Octubre, 2016.

Dedicatoria

Siempre que se presentan estas circunstancias pienso en muchas personas todas merecen esta dedicatoria.

A dios por darnos la vida, la salud y fortaleza de seguir adelante cada día.

A mi madre Rosa Miriam Antón Hernández, Hermanos y Sobrinos.

A mis amigos MSc Carlos Berrios, Joaquín Antonio Escoto Galeano por darme aliento para seguir adelante en esta vida, y su apoyo directo e indirecto para la realización de este estudio.

A los pacientes que fueron parte fundamental para la realización de dicho estudio.

A mis queridos abuelitos Salvadora Hernández Cáceres y Tranquilino Antón Berbís (qepd) por sus legados y buenos consejos que con su sabiduría han aportado a mí vida a través de los años y su apoyo incondicional cuando interactúe con ellos.

A cada una de las personas que dios ha puesto en mi camino y han jugado un papel muy importante en ella.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – León, por darme la oportunidad de compartir sus valiosos conocimientos y apoyo en la realización de este estudio de post grado.

A mis maestros por instruirme y transmitir sus conocimientos y experiencias en la realización de dicho estudio de post grado.

A mi tutor MSc Juan Almendárez Peralta por su paciencia y comprensión para conmigo y el estudio.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – Managua por haberme brinda el tiempo para la realización de dicho post grado.

Al Hospital de Referencia Nacional de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”, en especial a la Doctora Elda Jirón (Responsable de docencia) por su apoyo y dedicación al estudio.

Al personal de Estadística y Archivo de dicho centro asistencial por proporcionarme la información necesaria para la realización de dicho estudio

Resumen

Evaluar el manejo y diagnóstico de los pacientes con trastorno límite de la personalidad fronteriza, consulta externa Hospital JDFV. Enero-septiembre 2015

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de serie de casos en el área de consulta externa del Hospital José Dolores Fletes Valle, con la finalidad de conocer el manejo y diagnóstico de los pacientes con trastorno límite de la personalidad durante el período Enero - septiembre 2015.

La población de estudio fue 37 pacientes diagnosticados con dicho trastorno, que cumplían con los criterios de inclusión. Los cuales fueron atendidos en el área de consulta externa. La información fue recolectada por medio de fichas y procesada con el paquete estadístico Epilinfo 3.5.4

Observamos que el grupo etario mayormente afectado esta entre las edades 15-19 años con un 76.9% seguido 20-29 años con un 23.1%.

Los factores que desencadenan este trastorno es multifactorial en un 92.3%.

La literatura científica más consultada para realizar el diagnóstico fue americana en un 100% de los especialistas.

De manera general se encontró un alto porcentaje en el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas en su tratamiento. Implementar un estudio más exhaustivo de los criterios diagnósticos a nivel nacional, Instar a las autoridades del ministerio de salud la creación de normas y protocolos e incentivar la realización de seguimiento de este y otros estudios ya que las patologías psiquiátricas van en aumento.

Siglarío

AAI: Adult Attachment Interview (Entrevista de Apego para Adultos)

AG: Ácidos Grasos

AIAQS: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

APA: American Psychiatric Association

ATC: Antidepressivos Tricíclicos

CIE/CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades/Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

DSM-III-R/DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III Revised-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Revised (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Revisado)

FR: Función Reflexiva

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OBI: Objective behavioral index

OMS: Organización mundial de la salud

SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (Entrevista Clínica Estructurada)

para el DSM-IV-Eje II)

TCC: Terapia cognitivo-conductual

TDS: Trastornos por Dependencia de Sustancias

TGE: Terapia de Grupo Estándar

TGI: Terapia Grupal Interpersonal

TI: Terapia Interpersonal

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

Glosario

- 1) **Afecto disfórico:** caracterizado por depresión y angustia.
- 2) **Afectivo:** emociones, estados de ánimo o sentimientos.
- 3) **Bipolar:** Que tiene dos polos, como ciertos tratamientos electro terapéuticos que utilizan dos polos o ciertas tinciones bacterianas que afectan sólo a los dos polos de los microorganismos estudiados.
- 4) **Carácter psicótico:** persona que muestra las características de una psicosis.
- 5) **Comorbilidad:** Presencia de varias enfermedades añadidas o asociadas.
- 6) **Cognición social:** Proceso mental caracterizado por entendimiento, pensamiento, aprendizaje y juicio.
- 7) **Estados neuróticos:** persona enferma de neurosis, persona emocionalmente inestable.
- 8) **Efectividad:** Resultado de una intervención diagnóstica, preventiva o terapéutica cuando se aplica en la práctica habitual, en condiciones no experimentales.
- 9) **Evitativo:** mecanismo de defensa consciente o inconsciente, físico o psicológico, a través del cual el individuo trata de evitar o de huir de los estímulos, conflictos o de sentimientos desagradables, tales como la ansiedad, el miedo, el dolor o el peligro.
- 10) **Estrés postraumático:** relativo a las consecuencias emocionales, mentales o fisiológicas que aparecen tras una lesión o enfermedad grave.

- 11)**Esquizofrenia ambulatoria:** Forma leve de esquizofrenia, que se caracteriza por una tendencia a contestar a las preguntas con respuestas vagas y no relacionadas con la pregunta. Las personas afectadas también pueden parecer algo excéntricas y moverse sin una determinada intencionalidad.
- 12)**Factor de Riesgo (FR):** Es toda circunstancia que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.
- 13)**Heredabilidad:** grado en el que un rasgo determinado está controlado por la herencia.
- 14)**Impulsividad:** deseo anormal e irracional de cometer un acto ilegal o socialmente inaceptable.
- 15)**Neuromodulador:** sustancia que altera la transmisión de los impulsos nerviosos.
- 16)**NICE:** Institución que forma parte del NHS (National Health Service británico). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.
- 17)**Obsesivo-compulsivo:** caracterizado o relacionado con la tendencia a realizar actos repetitivos o rituales, habitualmente como medio para liberar la tensión o la ansiedad.
- 18)**Paranoide:** persona, o relativo a esa persona, afectada por un trastorno paranoide.
- 19)**Purga:** liberar de una sustancia indeseable.

- 20) **Serie clínica:** También denominada serie de casos, es un tipo de estudio donde se describe la experiencia con un grupo de pacientes con un diagnóstico similar, sin grupo de comparación.
- 21) **Trastorno antisocial:** alteración caracterizada por patrones repetitivos de conducta carentes de valores morales y éticos que llevan a la persona a un estado de enfrentamiento continuo con la sociedad. Los síntomas son agresividad, falta de sensibilidad, impulsividad, irresponsabilidad, hostilidad, umbral de frustración bajo, intensa inmadurez emocional y escasa capacidad de discernimiento.
- 22) **Trastorno distímico:** alteración del estado de ánimo cuya característica fundamental es su cronicidad de dos años como mínimo de duración, con depresión anímica o pérdida de interés o de satisfacción por todas o casi todas las actividades habituales y pasatiempos, aparte de otros síntomas asociados, aunque no de importancia y duración suficientes como para cumplir los criterios de una depresión mayor.

Índice

Contenido	
<hr/> <hr/>	
<i>I. Introducción</i>	1
<i>II. Antecedentes</i>	4
<i>III. Justificación</i>	5
<i>IV. Planteamiento del problema</i>	6
<i>V. Objetivos</i>	7
<i>VI. Marco Teórico</i>	8
<i>VII. Material y Método</i>	18
<i>VIII. Resultados</i>	25
<i>IX. Discusión de resultados</i>	32
<i>X. Conclusiones</i>	35
<i>XI. Recomendaciones</i>	36
<i>XII. Referencias Bibliográficas</i>	37
<i>XIII. Anexos</i>	45

I. INTRODUCCIÓN

Son varias las razones que me motivan la realización de dicho estudio sobre el **Trastorno límite de la personalidad (TLP)**, conocido también como trastorno borderline. Una de las primeras y más evidentes es que el TLP es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, que se diferencia en sus determinantes etiológicos y en sus formas clínicas y comportamentales de presentación, no sólo de un individuo a otro sino, incluso, de una etapa a otra en la evolución del mismo paciente¹. Esto conlleva que su definición e incluso su diagnóstico resulten a menudo problemáticos, pese a la existencia de criterios definidores, como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (versión IV) (DSM-IV), que, por otro lado, no siempre son aceptados de forma unánime.

Cabe decir que estas dificultades contrastan con la elevada prevalencia del TLP, variable además de un país a otro a causa de las mismas limitaciones que hemos apuntado. A pesar de ello, en la actualidad, los pacientes diagnosticados ya ocupan un espacio bastante amplio de la salud mental. No cabe duda, sin embargo, de que su número aumentaría si se mejoraran el nivel de conocimiento y los medios de filtrado de estos trastornos entre la población general, especialmente en la adolescente.

También debemos tener en cuenta la importancia y trascendencia del TLP en el ámbito de la salud mental y en el salud en general, y considerar sus características clínicas, entre las cuales es conocida su elevada co-morbilidad, que se da en los trastornos psicóticos y del humor, ya sean de tipo depresivo o bipolar, de la impulsividad, los trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivos, alimentarios (anorexia y bulimia), drogadicciones, tendencias suicidas, etc., sin olvidar la simultaneidad con síntomas de otros trastornos de la personalidad como son los de tipo antisocial, paranoide, evitativo y esquizoíptico.

Si a todo esto le sumamos las graves repercusiones en el ámbito familiar de estos pacientes y los problemas que acarrearán en el ámbito social, jurídico e incluso económico,

se hace evidente que nos encontramos ante un trastorno psicopatológico que merece un mayor interés, por parte del ministerio de salud y administrativos como de todos aquellos que trabajan en los correspondientes sectores y niveles de la asistencia psiquiátrica.

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

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

Es una entidad psiquiátrica relevante y quizá sobre la que más se haya escrito lo cual ha derivado en un mayor conocimiento del trastorno, pero por otra parte ha generado mucha confusión debido a la incongruencia de muchos resultados, fruto de bases teóricas muy dispares.

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

Este estudio se centrará en el tratamiento específico del TLP. El TLP se asocia a menudo a otras patologías como trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por estrés postraumático, trastornos de identidad disociativos y trastornos por déficit de atención, etc. Cuando se requiera recomendaciones para el tratamiento de las patologías comórbidas asociadas al TLP.

Las enfermedades mentales se están convirtiendo en una de las grandes epidemias del siglo XXI, con un número cada vez mayor de personas diagnosticadas¹⁶. Identificar los síntomas precisos cuando no son físicos, como sucede muchas veces con las enfermedades mentales, para poder establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado, es una tarea muy difícil a la que se enfrentan los especialistas en su quehacer diario.

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una de estas entidades clínicas a las que tienen que enfrentarse, cada vez con más frecuencia, los médicos psiquiatras y que, dada la diversidad de síntomas con los que se puede presentar, dificulta su correcto diagnóstico.

La forma en que evoluciona la enfermedad y sus características son interrogantes que siguen sin respuesta a pesar de las investigaciones que se han desarrollado internacionalmente y en nuestro país, que medios diagnósticos y manejos farmacoterapéuticos se realizan, en lo que concierne a esta patología; por lo tanto, sería el primer estudio en esta entidad de salud para validar y evaluar el manejo de estos pacientes con trastornos límite de la personalidad (borderline). Dando así el inicio de futuras investigaciones; beneficiando a los pacientes con un manejo acertado en su diagnóstico y manejo farmacoterapéutico, maximizando los recursos económicos del ministerio de salud, también a la sociedad nicaragüense de Psiquiatría en su ejercicio.

II. ANTECEDENTES

Las enfermedades mentales se están convirtiendo en una de las grandes epidemias del siglo XXI, con un número cada vez mayor de personas diagnosticadas¹⁶. Identificar los síntomas precisos cuando no son físicos, como sucede muchas veces con las enfermedades mentales, para poder establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado, es una tarea muy difícil a la que se enfrentan los especialistas en su quehacer diario.

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una de estas entidades clínicas a las que tienen que enfrentarse, cada vez con más frecuencia, los médicos psiquiatras y que, dada la diversidad de síntomas con los que se puede presentar, dificulta su correcto diagnóstico¹.

El presente estudio pretende constituirse en una herramienta en el manejo de esta patología, haciendo una revisión exhaustiva de la bibliografía científica internacional existente hasta el momento, desde un punto de vista pluridisciplinar.

III. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La forma en que evoluciona la enfermedad y sus características son interrogantes que siguen sin respuesta a pesar de las investigaciones que se han desarrollado internacionalmente; en nuestro país que medios diagnósticos y manejos farmacoterapéuticos se realizan, en lo que concierne a esta patología. Con todo lo antes mencionado es posible plantear el problema de la siguiente manera:

¿Qué tan adecuado es el diagnóstico y el manejo de los pacientes, con trastorno límite de la personalidad que se realizan en la consulta externa del Hospital docente de referencia nacional de atención Psicosocial “José dolores fletes valle” de Managua en el período de Enero a septiembre del 2015?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Valorar el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con trastornos límite de la personalidad consulta externa, Hospital docente Psicosocial José Dolores Fletes Valle. Managua Enero - septiembre 2015.

Objetivos específicos

1. Identificar los criterios diagnósticos que utilizan los especialistas para dicho trastorno implementados en la consulta externa del hospital.
2. Describir los distintos abordajes con que se tratan a este tipo de pacientes.
3. Valorar los resultados del abordaje de los pacientes
4. Establecer los desafíos para un mejor abordaje de este problema en dicho centro asistencial

VI. MARCO TEÓRICO

Definición y evolución del concepto.

El TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulso^{2,4}

La heterogeneidad de la presentación clínica del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad han derivado en una gran cantidad de términos y en un desacuerdo entre los distintos autores en cuanto a los atributos esenciales que caracterizan esta entidad⁵. Stern en 1938 fue el primero en utilizar el término *borderline* en una publicación psicoanalítica para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las categorías neuróticas o psicóticas denominándolos “grupo límite de la neurosis”⁶. En los años posteriores diferentes autores utilizaron distintos términos para referirse a estos pacientes: “esquizofrenia ambulatoria”⁷, “esquizofrenia pseudoneurótica”⁸, “carácter psicótico”⁹ u “organización *borderline* de la personalidad”³⁹. El estado actual del concepto “*borderline*” puede sintetizarse en función de las distintas concepciones sobre el trastorno. Se lo ha considerado, dentro del espectro del desorden esquizofrénico, como una forma grave de una organización estructural de la personalidad¹⁰, como una forma específica de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos¹¹, dentro de los trastornos afectivos¹², como un trastorno de los impulsos¹³; y, en los últimos años, como una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático por la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos¹⁴.

En 1980 se incorpora por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” como entidad definida en el DSM-III¹⁵. A pesar de las numerosas críticas y propuestas alternativas, este término se ha mantenido en posteriores revisiones incluido el actual DSM-IV-TR⁴. En la CIE-10 finalmente se incorporó como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo¹⁶.

Epidemiología, curso clínico y pronóstico

El estudio epidemiológico de los trastornos de la personalidad es especialmente complejo, debido, entre otros factores, y la existencia de una elevada comorbilidad. Existe además dificultad al comparar los datos obtenidos en diferentes épocas y países y con metodologías completamente distintas. Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP¹⁷. En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas⁴ y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1¹⁸. Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio¹⁹.

Hay muy pocos estudios sobre la prevalencia del TLP en personas jóvenes. Afecta entre el 0,9-3% de la población comunitaria menor de 18 años^{20,21}. Si se aplican umbrales más bajos de presencia de síntomas, el porcentaje aumenta hasta entre el 10,8-14%^{21,22}. Chanen et al. Citan²³ datos que sugieren una tasa de prevalencia del 11% en pacientes ambulatorios adolescentes. En un estudio más reciente del mismo grupo se sugiere una tasa del 22% en pacientes ambulatorios²⁴. Grilo et al²⁵, publican una tasa de prevalencia del 49% en adolescentes hospitalizados. Estas cifras, obtenidas de un número de estudios limitado, deberán confirmarse con posteriores estudios.

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo.

En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral^{26,28}. Zanarini et al²⁸, llevaron a cabo un estudio que incluía el seguimiento a 6 años de 362 pacientes ingresados con trastorno de la personalidad con el objetivo de realizar un estudio longitudinal de la fenomenologíaindrónica y subsindrónica del TLP. De los 362 pacientes evaluados, 290 cumplieron criterios diagnósticos de TLP. De los pacientes con TLP, 34,5% cumplían criterios de remisión a los 2 años, 49,4% a los 4 años, 68,6% a los 6 años y el 73,5% a lo largo de todo el seguimiento. Sólo el 5,9% de estos pacientes mostraron recaídas. Los síntomas impulsivos tuvieron la evolución más favorable, en especial las autolesiones, el abuso de tóxicos y la promiscuidad sexual. En segundo lugar, los síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales. Finalmente, los síntomas afectivos fueron los que menos remitieron ya que la mayoría seguían presentando un afecto disfórico.

Los diferentes estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares^{29,31}. Todos mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas, pero dentro del rango de la normalidad. Paris et al²⁹, encontraron que sólo el 25% seguían cumpliendo criterios para el TLP, pero con mejoría en todas las áreas. Aunque con mejor funcionamiento global, continúan presentando cierto grado de disfunción en distintas áreas y entre el 8 y el 10% fallecen por suicidio consumado, siendo la mayor tasa en los primeros 5 años. En un estudio de seguimiento a 27 años, Paris²⁷ señala que la mayoría de pacientes funcionaban aún mejor que la valoración a los 15 años, sólo un 8% de los pacientes cumplía criterios para TLP y un 22% cumplía criterios para trastorno distímico. Aunque las características del trastorno pueden estar presentes a lo largo de la vida de las personas con TLP, la intensidad sintomatológica puede variar. Por lo tanto, estos estudios ponen en entredicho la estabilidad en el tiempo del diagnóstico de TLP dado que, si los pacientes mejoran, ya no cumplen criterios diagnósticos.

Etiología

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. La GPC del NICE (2009)³, describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego. Dichos apartados se recogen a continuación de forma resumida.

El conocimiento del que disponemos hoy en día en relación a los determinantes etiológicos del TLP es polémico ya que no existen datos suficientes que avalen la contribución de cada uno de ellos en la aparición del trastorno.

Vulnerabilidad genética

Estudios en gemelos sugieren que el factor de heredabilidad del TLP es de 0,69³², es decir, que la influencia genética en el TLP es del 69%. Aun así, es probable que los rasgos asociados a la agresión impulsiva y a la disregulación del estado de ánimo, y no tanto el propio trastorno límite de la personalidad, sean hereditarios. La evidencia actual sugiere que la influencia genética en los trastornos de la personalidad en general, no concretamente en el TLP, actúa a nivel tanto individual como en asociación a factores ambientales anómalos^{33,34}.

Alteración de los neurotransmisores

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

Existe poca evidencia sobre la influencia de las catecolaminas (los neurotransmisores noradrenalina y dopamina) en la disregulación del afecto^{35,36}.

Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la fenomenología del TLP son la acetilcolina³⁷, la vasopresina³⁸, el colesterol³⁹, y los ácidos grasos⁴⁰, así como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal⁴¹.

Disfunción neurobiológica

En el TLP se han descrito evidencias de un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. Estas áreas son la amígdala⁴², el hipocampo⁴³ y las regiones orbitofrontales^{44,45}. Las personas con TLP muestran una mayor actividad en la corteza prefrontal, dorso lateral y en la cuña, y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso⁴⁶. Asimismo, también se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas, o rostros emocionales⁴⁷.

Factores psicosociales

En estudios de familias se han identificado varios factores que pueden ser importantes en la aparición del TLP como, por ejemplo, la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares. La evidencia reciente también sugiere que la negligencia, así como la falta de implicación emocional⁴⁸, por parte de los tutores (encargados), tienen repercusiones y pueden contribuir a las dificultades de socialización del niño y, tal vez, al riesgo de suicidio.

En un mismo contexto familiar pueden producirse abusos físicos, sexuales y emocionales de forma concurrente. La incidencia de estos malos tratos es muy alta en las personas con TLP⁴⁹. Zanarini et al⁵⁰, publicaron que el 84% de quienes sufren un TLP describen de forma retrospectiva una experiencia de malos tratos psíquicos y negligencia por parte de ambos progenitores antes de cumplir los 18 años. La negación emocional de sus experiencias por parte de quienes cuidaban de ellos es un predictor de TLP. Los malos tratos, por sí solos, no son ni necesarios ni suficientes para que una persona sufra TLP, y es probable que los factores predisponentes y las características contextuales de la relación progenitor-hijo sean factores que influyen en su aparición. Los estudios que han analizado el contexto familiar del trauma infantil en el TLP tienden a considerar que el principal facilitador de los malos tratos y la disfunción de la personalidad es un entorno familiar inestable y poco favorable para el desarrollo de la persona^{51,55}.

Proceso de apego

Son muchas y muy diversas las referencias bibliográficas sobre la relación entre los procesos de apego y la aparición del TLP⁵⁴. Pese a que no existe una relación evidente entre el diagnóstico de TLP y una categoría de apego concreta, el trastorno está muy asociado a un apego inseguro (sólo en el 6-8% de los pacientes con TLP se codifica el apego como “seguro”)⁵⁵. Fonagy et al⁵⁷, sugieren que los efectos adversos

derivados de relaciones de apego inseguro y/o desorganizado se deben a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización.

Esta formulación del apego concuerda con la importancia del entorno familiar invalidante descrito por Linehan⁵⁸, que incluye las experiencias emocionales negativas, la simplificación de la resolución de problemas, la negligencia, el apego inseguro, el abuso físico, sexual y emocional, así como el trauma. Linehan⁵⁸, sitúa este factor en la génesis del TLP, idea que desarrollaron posteriormente Fruzzetti et al^{59,60}. La persona que sufre TLP describe tensión y malestar familiar, y ansiedad y problemas psicológicos propios. También, refiere problemas relacionados con la cognición social, concretamente con la capacidad de identificar y diferenciar las emociones que siente la propia persona y las que sienten los demás. Junto con otros aspectos que contribuyen a la compleja interacción descrita como invalidante, existe por parte del entorno familiar un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene la persona en su propia mente.

Diagnóstico e instrumentos de evaluación

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

En nuestro medio, se utilizan para el diagnóstico de los trastornos mentales tanto la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud, adaptación española del International statistical classification of diseases and related

health problems en su versión CIE-10⁶¹, como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, adaptación española del Diagnostic and statistical manual of mental disorders en su versión DSM-IV-TR⁶². Por ello, se incluyen las tablas con los criterios pertenecientes a ambas clasificaciones (ver Tabla 1)

Tabla 1. Clasificación y criterios en base a la CIE-10⁶¹ (Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad) y el DSM-IV-TR⁶³ (Trastorno Límite de la Personalidad).

CIE-10	DSM-IV-TR
<p>F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</p> <p>F60.30 Tipo impulsivo</p> <p>A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).</p> <p>B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata. 5) Humor inestable y caprichoso. <p>F60.31 Tipo limítrofe (borderline)</p> <p>Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).</p> <p>Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen 	<p>Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

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

Diagnosticar el TLP en la adolescencia es relevante ya que está asociado a una morbilidad grave que parece perdurar décadas⁵³. El problema de la estabilidad del diagnóstico, influye en la identificación, el diagnóstico y el tratamiento del TLP en jóvenes, período de importantes cambios en el desarrollo. Existe cierta evidencia de que el diagnóstico es estable entre el 21 y el 40% de los jóvenes durante un período de 2-3 años^{24,64}. Sin embargo, otros estudios muestran las posibilidades de recuperación del trastorno y aconsejan tener precaución al realizar el diagnóstico de TLP en jóvenes, por el estigma asociado al mismo⁶⁴. En la práctica clínica habitual, el diagnóstico de TLP no suele hacerse antes de los 13 años sino más bien después de los 16 y siempre y cuando el diagnóstico se haya manifestado a lo largo de 1 año. El DSM-IV permite el diagnóstico de los trastornos de la personalidad para los menores de 18 años, con excepción del trastorno antisocial de la personalidad.

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

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo de serie de casos: surgen de la actividad cotidiana, de la intuición o de la necesidad de responder a un problema que no se ha planteado hasta el momento y, por lo tanto, requieren cierto grado de evidencia clínica.

Área de Estudio: El presente trabajo se realizó en el Hospital Docente de Referencia Nacional de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”, ubicado en el km 5 de Carretera Sur, Managua, contiguo a ENACAL, capital de Nicaragua; en el periodo comprendido enero-septiembre 2015. Dicho centro hospitalario cuenta con las siguientes salas:

- Emergencia: 72 horas de estancia.
- Unidad de intervención en crisis: 5 días de estancia.
- Pabellón de agudos No. 4: solo de varones, con 65 camas.
- Pabellón de agudos No. 3: solo de mujeres con 40 camas.
- Pabellón No. 5 de varones y pabellón No. 2 de mujeres que son las salas de crónicos o pacientes que son residentes en dicho hospital.
- Consulta externa del paciente ambulatorio.

Comprende en un total de 223 trabajadores entre estos tenemos:

- 13 Psiquiatras.
- 1 Odontólogo.
- 100 Enfermeras.
- 1 Farmacéutico.
- 3 Terapista ocupacional.
- 6 Trabajadores sociales.
- 6 Psicólogos.
- 1 Nutricionista.
- 92 personal administrativo.

Unidad de análisis: Las fuentes de información son base de datos, historiales clínicos y perfil fármaco-terapéuticos y Encuesta debidamente estructurada.

Universo: Está conformada por pacientes atendidos; en la Sala de consulta externa que fueron diagnosticados y tratados por Trastorno límite de la personalidad en donde encontramos: 37 pacientes entre las edades comprendidas entre 20 - 50 años.

Muestra (Tamaño de muestra y selección de los individuos): No se estimó muestra por lo consiguiente todos los pacientes tuvieron, la misma probabilidad de ser incluidos en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes en las edades comprendidas entre 20 - 50 años, de consulta externa, diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad.
- Pacientes tratados farmacológicamente.
- Paciente con expedientes completos.

Criterio de exclusión:

- Pacientes con expedientes incompletos.
- Pacientes que no hayan sido tratados farmacológicamente.
- Perfil fármaco-terapéutico con letra no legible.

Fuente de la información: será tomada de fuente mixta (Expediente Clínico y encuesta).

Instrumentos de recolección de la información:

Para la recolección de datos se visitó el Hospital escuela de referencia nacional de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valles” a partir del día; lunes 03 de octubre del año 2015 con el fin de revisar expedientes clínicos de los meses de enero a septiembre del 2015. Esta revisión se efectuó en un período estimado de 2 semanas, revisando de 4 expedientes clínicos a diario de lunes a viernes, de 1:00 a 3:00 pm, se recolecto información sociodemográfica y otros datos que nos servirían de enriquecimiento para nuestro estudio, se realizó entrevista a médicos de bases de dicho centro hospitalario de referencia nacional.

La información recolectada fue por medio de sistema de palotes, entrevistas, expedientes clínicos y perfil farmacoterapéutico facilitada por el departamento de estadística del hospital.

Así como también se diseñó un instrumento conforme a las variables definidas en los objetivos del estudio, el cual fue validado por los encuestadores externos y otros supervisores, aplicando encuestas pilotos.

Los resultados anteriores permitieron realizar readecuaciones al instrumento.

Una vez que se validó el instrumento fue aplicado por los encuestadores externo a través de entrevistas individuales a médicos de base de dicho centro asistencial; aspecto que permitió que la recolección de los datos fuese con la calidad esperada.

Procedimientos para la recolección de información:

Una vez obtenidos los registros de los pacientes diagnosticados y manejados en consulta externa, se verificó la calidad del dato y posteriormente se procesaron en una base de datos en formato Access, utilizando software estadístico EpiInfo versión 3.5.4

Una vez digitados los datos, se revisaron nuevamente, para evitar casos duplicados e inconsistencias en la información.

Obtenidas las bases de datos y depuradas, se procedió a seleccionar variables, obtener frecuencias y finalmente se efectuó el análisis de los mismos, utilizando la aplicación estadística EpiInfo versión 3.5.4.

Para el análisis se realizaron cálculos estadísticos de medidas de frecuencia como: Razones, proporciones, medidas de tendencia central como: media y medidas de dispersión como rango.

Se elaboró informe escrito utilizando el procesador de textos Word versión 2010. La presentación se diseñó en Power Point 2007.

Para su participación en la investigación además de lo anterior se les informo de la naturaleza de la información y el manejo de la confidencialidad.

Hubo un compromiso previo para su retroalimentación en cuanto a los hallazgos obtenidos en la investigación, lo cual se realizará a través del departamento de docencia de dicho centro hospitalario.

Operacionalización de las variables:

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento en que ocurrió el evento en estudio	Cédula de identidad, partida de nacimiento o simplemente la referencia del paciente o tutor	Adolescentes Joven Adulto Adulto mayor
Diagnóstico	Acto de reconocer la naturaleza de una enfermedad mediante la	Calificación que da el medico a la enfermedad	TLP ____ Esquizofrenia ____ TBP _____

	observación de sus síntomas y signos)	según los signos que advierte	Depresión ____
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los seres vivos	Referencia del informante u observación de características externas	Masculino ____ Femenino ____
Factores predisponentes	Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud	Implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor	Vulnerabilidad genética ____ Alteración neurotransmisores_ Disfunción neurobiológica ____ Psicosociales ____ Proceso de apego_
Rango terapéutico	Acción y efecto en tiempo	Intervalo de dosis	Cada 6h ____ Cada 8h ____ Cada 12h ____ Cada 24h ____
Medicamentos	Sustancia que administrado interior o exteriormente a un organismo, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.	Familias de medicamentos	ISRS ____ ATC ____ AT ____ AA ____ Anti comiciales ____ BDZ__ Litio____ ISRS+AA ____
Concentración del medicamento	Cantidad de un medicamento por unidad de volumen	Acción y efecto de concentrarse	Gramo ____ Miligramo ____

Plan de análisis:

Obtenidas las bases de datos y depuradas, se procedió a seleccionar variables, obtener frecuencias y finalmente se efectuó el análisis de los mismos, utilizando la aplicación estadística EpiInfo versión 3.5.4 y Excel 2010.

Para el análisis se realizaron cálculos estadísticos de medidas de frecuencia como: Razones, proporciones, medidas de tendencia central como: media y medidas de dispersión como rango.

Los resultados se plasman en tablas y gráficos de resumen.

Aspectos éticos:

Todas las personas encuestadas o entrevistadas se les solicitó la autorización de manera personal.

Para su participación en la investigación además de lo anterior se les informó de la naturaleza de la información y el manejo de la confidencialidad.

Hubo un compromiso previo para su retroalimentación en cuanto a los hallazgos obtenidos en la investigación, lo cual se realizará a través del departamento de docencia de dicho centro hospitalario.

VIII. RESULTADOS

Se revisaron 37 expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados y tratados por trastorno límite de la personalidad esta información se llevó a cabo por medio de un sistema de ficheros para conocer la frecuencia de eventos y causalidad.

Se efectuaron también 13 encuestas dirigidas a médicos psiquiatras que atienden en este centro asistencial, y estos diagnosticaron y manejaron a los pacientes con trastorno límite de la personalidad en consulta externa en el Hospital docente de referencia nacional de atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”. Managua Enero - septiembre 2015.

Referente a la procedencia la población urbana 76% muestra un mayor porcentaje de paciente que presentan dichos trastornos con respecto a el área rural con un 24% de los casos atendidos en este centro de referencia (Gráfico 1).

En relación al género más afectado resultó ser el femenino con 18 casos, seguidos del masculino con 17 casos (Gráfico # 2).

En relación a el grupo etáreo que comprende en las edades de 15-19 años con el 76.9% de los casos, seguidos por el grupo etáreo de 20-29 con el 23.1%. (Gráfico 3).

El trastorno de la personalidad está entre los trastornos mentales más complejos de evaluar. El diagnóstico requiere del clínico la detección de un conjunto de rasgos, síntomas y conductas considerablemente más amplio y heterogéneo que para cualquier otro trastorno. Exige, además, la valoración adicional de la duración de esos criterios diagnósticos, de su inflexibilidad e invasividad, de su independencia de estados psicopatológicos del eje I, y del grado en que producen malestar emocional y deterioro funcional en distintos ámbitos de la vida.

A esto se añade que los pacientes con trastorno límite de la personalidad no siempre son buenos informadores de sus propias peculiaridades.

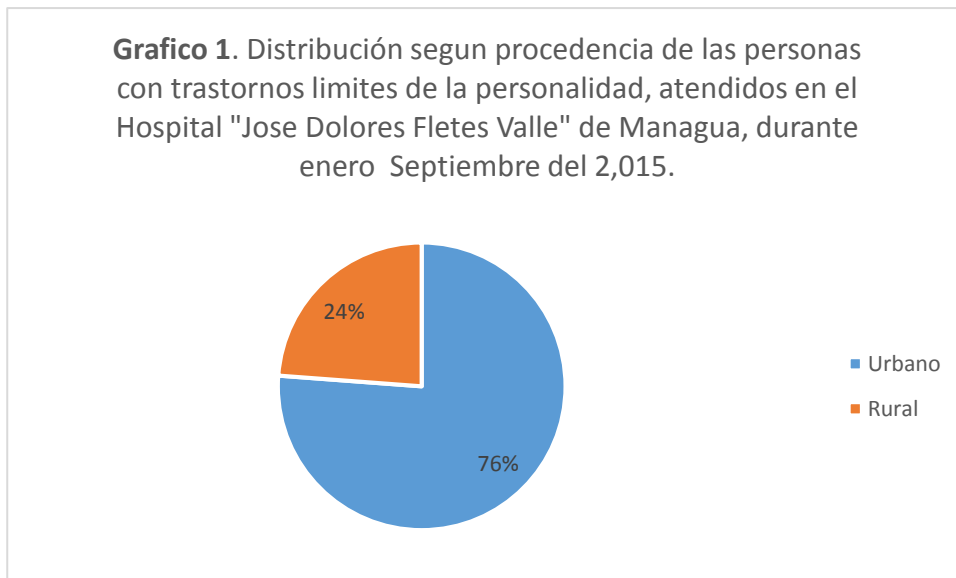
El criterio diagnóstico en base a la literatura científica Americana y Europea empleado en el hospital es el más idóneo ya que están en constante actualización de los avances en su manejo y estos se implementa en consulta externa de dicho centro asistencial, estos se actualizan constantemente con literatura norteamericana y europea, estos médicos muchos de ellos fueron formados en estos países, por lo consiguiente su elección de estos recursos científicos, también porque son en estos países en donde encontramos una gama de estudios y/o artículos sobre este trastorno (Tabla # 2).

Los distintos abordajes con que se tratan, es adecuada ya que es multifactorial sus causas por lo consiguiente describen las pautas para el uso de psicofármacos como parte del tratamiento integral del paciente para ello emplean el modelo psicobiológico.

Los resultados del abordaje farmacoterapéutico fue adecuado, utilizan la terapia combinada IRSS son útiles para disminuir la irritabilidad y la agresividad y, en menor grado, la depresión y la labilidad emocional, los Antipsicóticos atípicos disminuyen en algún grado los síntomas depresivos, la impulsividad y la agresividad, por un efecto del sistema serotoninérgico sobre los sistemas dopaminérgicos y noradrenergicos (Tabla # 3).

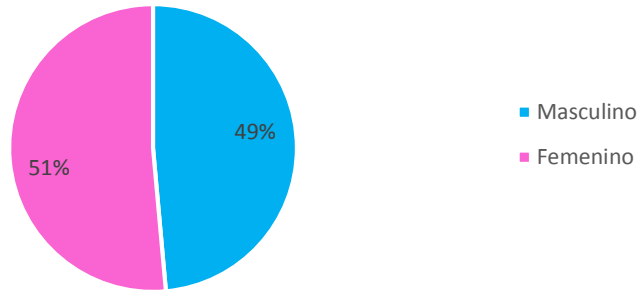
Los profesionales que participan en la atención al paciente trabajan para desarrollar un plan de tratamiento integral y coordinado dado que con frecuencia intervienen en la atención varios profesionales y servicios, tanto de forma simultánea como sucesiva. Asimismo, los profesionales que atienden a estos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

Los desafíos para su adecuado abordaje en estos pacientes es la implementación la terapia miscelánea (Psicoterapia, Psicodinámica, terapia cognitivo-conductual y terapia familiar) para el éxito en su manejo, ya que este trastorno se caracteriza por alteración en la dimensión de la regulación afectiva que se manifiestan en cambios rápidos en el estado afectivo, y se debe a una sensibilidad excesiva a la separación, la frustración y la crítica, por un efecto de del sistema serotoninergico sobre los sistemas dopaminergicos y noradrenergicos (Tabla # 3 y 4)



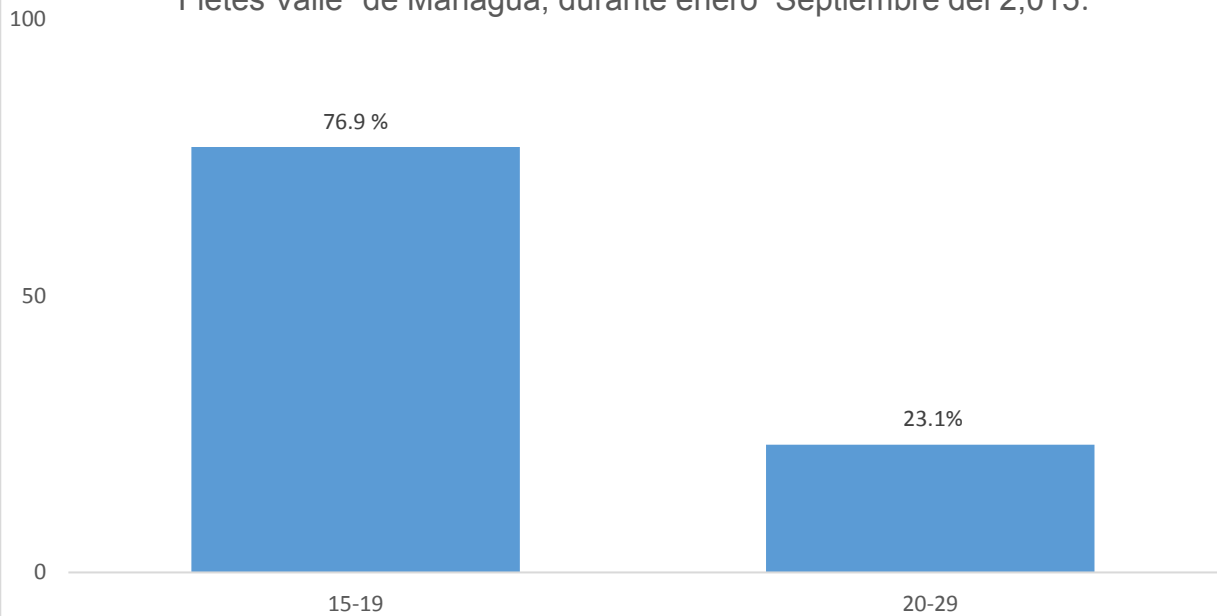
Fuente: Expediente Clínico.

Grafico 2 . Distribución según género, trastornos límites de la personalidad, atendidos en el Hospital "Jose Dolores Fletes Valle" de Managua, durante enero Septiembre del 2,015.



Fuente: Expediente Clínico

Grafico 3. Edades y porcentajes de las personas con trastornos límites de la personalidad, atendidos en el Hospital "Jose Dolores Fletes Valle" de Managua, durante enero Septiembre del 2,015.



Fuente: Encuesta y Expediente Clínico

Tabla 1. Factores predisponentes al trastorno límite de la personalidad atendidos en el hospital “José Dolores Fletes Valle” Managua, durante enero-septiembre 2,015.

Variables	SI	Porcentaje SI	NO	Porcentaje NO
VULNERABILIDAD	12	92.3%	1	7.7%
ALTERACION NEUROTRANSMISORES	12	92.3%	1	7.7%
DISFUNCION NEUROBIOLOGGICA	12	92.3%	1	7.7%
PSICOSOCIALES	12	92.3%	1	7.7%
PROCESO APEGO	13	100%	0	0%
TODAS LAS ANTERIORES	13	100%	0	0%

Fuente: Encuesta

Tabla 2. Recurso científico utilizado para el diagnóstico y manejo del trastorno límite de la personalidad atendidos en el hospital “José Dolores Fletes Valle” Managua, durante enero-septiembre 2,015

Variables	SI	NO	Porcentaje Acumulado
Literatura Española	3	10	23.1
Literatura Americana	13	0	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 3. Terapia farmacológica en el manejo del trastorno límite de la personalidad atendidos en el hospital “José Dolores Fletes Valle” Managua, durante enero-septiembre 2,015

VARIABLES	SI	NO	PORCENTAJE ACUMULADO
INHIBIDOR SELECTIVO DE SEROTONINA	13	0	100
ANTIDEPRESIVO TRICICLICO	0	13	0
ANTIPSICOTICOS CLASICOS	0	13	0
ANTIPSICOTICOS ATIPICOS	13	0	100
ANTICOMISIALES	0	13	00
BENZODIAZEPINAS	0	13	0
LITIO	0	13	0
IRSS + ANTIPSICOTICOS ATIPICOS	13	0	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Tratamientos Psicosociales en el manejo del trastorno límite de la personalidad atendidos en el hospital “José Dolores Fletes Valle” Managua, durante enero-septiembre 2,015

VARIABLES	SI	NO	PORCENTAJE ACUMULADO
PSICOTERAPIA PSICODINAMICA	13	0	100
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	10	3	76.9
TERAPIA DE GRUPO	5	8	38.5
TERAPIA FAMILIAR	8	5	61.5
CLUB DE PACIENTES	4	9	30.8
TODAS LAS ANTERIORES	3	10	23.1

Fuente: Encuesta.

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El trastorno de la personalidad está entre los trastornos mentales más complejos de evaluar. El diagnóstico requiere del clínico la detección de un conjunto de rasgos, síntomas y conductas considerablemente más amplio y heterogéneo que para cualquier otro trastorno. Exige, además, la valoración adicional de la duración de esos criterios diagnósticos, de su inflexibilidad e invasividad, de su independencia de estados psicopatológicos del eje I, y del grado en que producen malestar emocional y deterioro funcional en distintos ámbitos de la vida.

A esto se añade que los pacientes con trastorno límite de la personalidad no siempre son buenos informadores de sus propias peculiaridades.

Los profesionales que participan en la atención al paciente han de trabajar para desarrollar un plan de tratamiento integral y coordinado dado que con frecuencia intervienen en la atención varios profesionales y servicios, tanto de forma simultánea como sucesiva. Asimismo, los profesionales que tratan al paciente han de crear un clima de confianza en el que éste pueda comentar sus dificultades en el proceso de tratamiento, con objeto de reducir al mínimo los abandonos. Es preciso reevaluar periódicamente con el paciente el plan de tratamiento a fin de adaptarse a su evolución y a las nuevas necesidades que pueden surgir en el proceso de atención (Tabla # 3 y 4).

Según literatura consultada Americana y Europea las personas que presenta este trastorno por lo general en su mayoría son mujeres de la zona urbana y estas se encuentran en las edades comprendidas entre 15-19 años que se presenta dicho trastorno ya que estos jóvenes tienen mucha inestabilidad en sus relaciones familiares y personales, por consiguiente, seguimiento de los pacientes por los diversos recursos, diera cuenta a la vez de las mejores formas de abordaje clínico por parte de los profesionales (Grafico # 1 y 3, Tabla # 2).

Como en otras ocasiones y siguiendo una metodología de intercambio grupal, ya conocida, que favorece la puesta en común de conocimientos, se reunieron experimentados profesionales que a su competencia unían una avanzada práctica en este tipo de trastornos.

El resultado, como se verá, y ése fue el propósito, intenta no dejar fuera ningún aspecto que redunde en la mejor tarea con estos pacientes. Se aborda desde la clarificación del diagnóstico no siempre fácil. Se detiene en las formas psicoterapéuticas (individuales, grupales y familiares) así como en los últimos avances en neurobiología, incluyendo los tratamientos psicofarmacológicos. Así mismo, no olvida los abordajes diferenciados en los distintos recursos de Salud Mental. (Tabla # 3 y 4).

El 76.9% de las personas que padecen este trastorno se encuentra entre las edades de 15-19 años ya que es en esta edad en que estos jóvenes tienen mucha inestabilidad en sus relaciones familiares y personales, con respecto al género más afectado es el femenino discrepamos en la opinión de Swartz M et al, ya que en nuestro medio estos pacientes 22% son ambulatorios coincidiendo en nuestro entorno poblacional Grafico # 3).

Cabe destacar lo citado Linehan M. que las buenas relaciones familiares Johnson JG, et al, y sociales juegan un papel importante para evitar este trastorno, ya que de caso contrario las relaciones disfuncionales Johnson JG, et al, Zanarini M, et al, son las causantes para que se presenten el trastorno en la población joven que es la más significativa en nuestra pirámide poblacional y económicamente activa, creando limitantes en el buen desempeño laboral e interacción social (Tabla # 4).

Factores causantes de este trastorno es multifactorial, Fruzzetti et al, coincidiendo en nuestro medio con su opinión en nuestro entorno social (Tabla # 1).

El manejo de estos pacientes tanto farmacológico y no farmacológico, Chanen AM et al, y Garnet KE et al, son los idóneos, dando el éxito de caso contrario podrían llegar a un desenlace fatal (Tabla # 3 y 4).

Los desafíos para su adecuado abordaje en estos pacientes es la implementación la terapia miscelánea (Psicoterapia, Psicodinámica, terapia cognitivo-conductual y terapia familiar) para el éxito en su manejo, ya que este trastorno se caracteriza por alteración en la dimensión de la regulación afectiva que se manifiestan en cambios rápidos en el estado afectivo, y se debe a una sensibilidad excesiva a la separación, la frustración y la crítica (Tabla # 4), por un efecto del sistema serotoninérgico sobre los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos.

Es interesante él porque los médicos especialistas consultan literatura americana en primer lugar seguido de la española, podría ser que estos galenos son egresados de estas casas de estudios superiores por lo consiguiente su elección científica (Tabla # 2)

X. CONCLUSIONES

El manejo psicoterapéutico y farmacológico de estos pacientes es satisfactorio según los estudios y libros consultados para la realización del mismo a pesar que no encontré un documento a nivel hospitalario ni ministerial, todo el bagaje de la información científica esta en Ingles y por lo consiguiente mucha incongruencia en la traducción científico técnica adecuada, el otro inconveniente que observe fue el tiempo dedicado a cada uno de estos pacientes, lo observe muy corto en su anamnesis y abordaje.

Vemos a nuestros jóvenes con muy poca capacidad de espera, con muy poca disposición a pensar, muy urgidos en la actuación. Ello es correlato de una desesperación vital, o lo que es lo mismo, de un fracaso en la instauración de la función de la esperanza. Para que cualquier forma de análisis sea posible es imprescindible introducir elementos de contención que hagan posible una mínima tolerancia a la frustración que, como consecuencia, podamos abrir este espacio de esperanza.

XI. RECOMENDACIONES

1. Actualizarse y unificar criterios en el diagnóstico, en lo que respecta a este trastorno tan complejo para que haga un adecuado manejo de estos pacientes, ya el manejo de dicho trastorno avanza a pasos agigantados.
2. Instar a las autoridades del ministerio de salud la creación de normas y/o protocolos de manejo diagnóstico y farmacoterapéutico a estos pacientes para tener un manejo oportuno y normado.
3. Aumentar los servicios programas psicoterapéuticos en las diferentes áreas cognoscitivas y no cognoscitivas, personal calificado en las diferentes áreas de la psiquis y mejorar la estabilidad psicosocial de estos pacientes para su reinserción social y laboral.
4. Incentivar la realización de seguimientos de este y otros estudios con el fin de un seguimiento sistemático veraz y objetivos del comportamiento de las patologías psico-sociales que van en vertiginoso aumento, y tener diferentes enfoques en los abordajes por consiguiente enriquecimiento de los conocimientos científico técnico.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubio V, Pérez A. Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier; 2003.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. Perry JC, Klerman GL. The borderline patient. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. Arch Gen Psychiatry. 1978;35(2):141-50.
6. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. Psychoanalytic Quarterly. 1938;7:467-89.
7. Zilboorg G. Ambulatory schizophrenia. Psychiatry. 1941;4:149-55.
8. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr Q. 1949;23(2):248-76.
9. Frosch J. The psychotic character: clinical psychiatric considerations. Psychiatr Q. 1964;38:81-96.
10. Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(3):641-85.

11. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975;132(1):1-10.
12. Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry*. 1977;134(11):1227-33.
13. Zanarini MC. Borderline personality as an impulse spectrum disorder. A: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1993.
14. Kroll L. *PTSD/Borderlines in therapy*. New York, NY (US): Norton; 1993.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (3^a ed.)*. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1980.
16. OMS, Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
17. Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco JL. Trastorno límite de la personalidad. En: Roca M, editor. *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ars Médica; 2004.
18. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(10):1015-21.
19. Swartz M, Blazer D, George L. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*. 1990;4(3):257-72.
20. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(12):1752-9.

21. Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1993;150(8):1237-43.
22. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S. Symptomatology de la personnalité limite du DSM IV dans une population non clinique d'adolescents: étude d'une série de 35 cas. *Encephale*. 2001;27(2):120-7.
23. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord*. 2004;18(6):526-41.
24. Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord*. 2008;22(4):353- 64.
25. Grilo CM, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry*. 2001;42(5):364-8.
26. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*. 2002;359(9325):2253-4.
27. Paris J. Long-term outcome of personality disorders. A: Paris J, editors. *Personality Disorders over time*. Washington, DC (US): Am J Psychiatry; 2003.
28. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(2):274-83.
29. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry*. 1987;28(6):530-5.

30. Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP. 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Compr Psychiatry*. 1985;26(5):448-55.
31. Mc Glashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:2-30.
32. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(6):416-25.
33. White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI. Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11(1):8-19.
34. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.
35. Coccaro EF, Lee R, McCloskey M. Norepinephrine function in personality disorder: plasma free MHPG correlates inversely with life history of aggression. *CNS Spectr*. 2003;8(10):731-6.
36. Schulz SC, Schulz PM, Dommissie C, Hamer RM, Blackard WG, Narasimhachari N, et al. Amphetamine response in borderline patients. *Psychiatry Res*. 1985;15(2):97-108.
37. Steinberg BJ, Trestman R, Mitropoulou V, Serby M, Silverman J, Coccaro E, et al. Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients. *Neuropsychopharmacology*. 1997;17(4):264-73.
38. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL, Cooper TB, Ferris CF. Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(8):708-14.

39. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Gecici O, Ustundag B. Serum cholesterol and leptin levels in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*. 2002;45(4):167-71.
40. Zanarini MC, Frankenburg FR. Omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):167-9.
41. Rinne T, Van den Brink W, Wouters L, Van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):2048-54.
42. Rusch N, Van Elst LT, Ludaescher P, Wilke M, Huppertz HJ, Thiel T, et al. A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2003;20(1):385-92.
43. Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder a: volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*. 2003;54:163-71.
44. De la Fuente JM, Goldman S, Stanus E, Vizuete C, Morlan I, Bobes J, et al. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 1997;31(5):531-41.
45. Stein DJ, Hollander E, Cohen L, Frenkel M, Saoud JB, DeCaria C, et al. Neuropsychiatric impairment in impulsive personality disorders. *Psychiatry Res*. 1993;48(3):257-66.
46. Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM, Douglas BJ. Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2003;122(3):193-8

47. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 2003;54(11):1284-93.
48. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741-9.
49. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):600-6.
50. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*. 2000;14(3):264-73.
51. Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(1):24-31.
52. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1991;148(5):648-51.
53. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(2):297- 306.
54. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev*. 2000;71(3):684-9.

55. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):959-86.
56. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev.* 2000;71(3):690-4.
57. Fonagy P, Target M, Gergely G, et al. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry.* 2003;23:412-59.
58. Linehan M. *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York, NY (US): Guilford; 1993.
59. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):1007-30.
60. Fruzzetti AE, Shenk C, Lowry K, et al. Emotion regulation. A: O' Donohue, J.E., Fisher & S.C. Hayes, editors. *Cognitive behaviour therapy: applying empirically supported techniques in your practice.* New York, NY (US): Wiley; 2003.
61. OMS, Organización Mundial de la Salud. *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Madrid: Mediator; 1992.
62. American Psychiatric Association. *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 2001.
63. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors.* Arlington, VA (US): American Psychiatric Association (APA); 2003.

64. Garnet KE, Levy KN, Mattanah JJ, Edell WS, McGlashan TH. Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1380-2.

65. Villanueva AR, *Diccionario Mosby 5 Edición*, Madrid Harcourt

XIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POST GRADO EN SALUD PÚBLICA

Ficha de Recolección de datos

Trastornos de personalidad fronteriza: Realidades y desafíos en su diagnóstico y manejo por consulta externa. Hospital docente de referencia nacional de atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”. Managua Enero-septiembre 2015.

Fecha:

Ficha:

Médico de Base _____

Médico Residente _____

Estimados médicos usted tiene en sus manos una encuesta con el objetivo de conocer acerca del Trastorno Límite de la Personalidad.

En base a su experiencia como médico tratante. Por favor conteste marcando con una **x** la respuesta, según sea su valoración.

Esta encuesta es anónima y confidencial, la información obtenida será utilizada únicamente para los propósitos de la investigación.

1. ¿Conoce del Trastorno de Personalidad fronteriza?

Sí _____ No _____ Un poco _____

2. ¿A qué edad cree usted que se presenta dicho trastorno?

15-19 _____ 20-29 _____ 30-39 _____ 40-49 _____ 50-59 _____ Otros _____.

3. ¿Qué factores causan este trastorno?

Vulnerabilidad genética ____ Alteración neurotransmisores ____

Disfunción neurobiológica ____ Psicosociales ____

Proceso de apego ____ Todas las anteriores ____

4. ¿Pueden tener reacciones violentas?

Sí ____ No ____ No sabe ____

5. ¿Pueden tener lagunas mentales?

Sí ____ No ____ No sabe ____

6. ¿Qué recursos Científico utiliza usted de manera particular para diagnosticar?

Literatura Española ____ Literatura Chilena ____ Literatura Americana ____

Literatura Nicaragüense ____ Existen protocolos en el MINSA ____

Existen protocolos en dicho hospital ____

7. ¿Qué tipo de terapia farmacoterapéutica son las más adecuadas para los pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad?

Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) ____

Antidepresivos tricíclicos (ATC) ____ Antipsicóticos Clásicos (AT) ____

Antipsicóticos Atípicos (AA) ____

Anti comiciales ____ Benzodiazepinas (BDZ) ____ Litio ____

Combinaciones IRSS + AA ____

8. ¿Existen Tratamiento Psicosociales para dichos pacientes?

Psicoterapias psicodinámicas ____ Terapia cognitivo-conductuales (TCC) ____
Terapia de grupo (TG) ____ Terapia familiar __ Club de pacientes (TGI) ____
Todas las anteriores _____

9. ¿Es estrictamente necesario medicar a los pacientes que sufren dicho trastorno?

Sí ____ No ____ No sabe ____

10. ¿Cree usted que existe un medicamento único para esta patología?

Sí ____ No ____ No sabe ____

11. ¿Existen claras diferencias de género en el TLP tanto en la proporción de afectado como en los síntomas, quienes son los más afectados?

Hombres ____ Mujeres ____

Muchas Gracias por su apoyo.