



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 183 -2022-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 22 de Noviembre de 2022

**Vistos:** el expediente N° 2200002511, que contiene la Nota Informativa N° 171-2022-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el segundo párrafo del artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben de contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad", para su aprobación; la cual fue elaborada por el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria; con la finalidad de mejorar la atención y unificar el tratamiento para el trastorno límite de la personalidad en los pacientes que acuden a la consulta externa;

Que, mediante Nota Informativa N° 121-2022-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que hace suyo el Informe N° 091-2022-UFPOP-



OEPE-HVLH/MINSA efectuado por la Unidad Funcional de Planeamiento, Organización y Proyectos, a su cargo, donde indica que el documento normativo titulado: "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad", cumple con lo regulado por la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA y con la disposición indicada en el numeral 6.1 Estructura de los documentos normativos, que corresponde a lo precisado en el literal 6.1.3 Guía Técnica, señalado en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA;

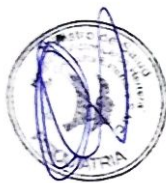
Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, que permitan alcanzar los objetivos y metas de la institución; resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto resolutivo;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

Con el visto bueno de la Jefa del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, de la Jefa la Oficina de Asesoría Jurídica, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

#### SE RESUELVE:



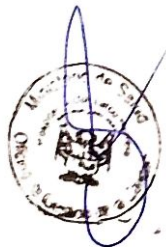
**Artículo Primero: APROBAR**, el Documento Titulado: "GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD" del Hospital Víctor Larco Herrera; la misma que en documento adjunto a folios veintiuno (21) incluido un anexo, forma parte integrante de la presente Resolución.



**Artículo Segundo:** Encargar al Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del Hospital Víctor Larco Herrera, la implementación y cumplimiento del documento aprobado por la presente Resolución.

**Artículo Tercero: DISPONER**, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe))

Regístrese y comuníquese



Ministerio de Salud  
Hospital Víctor Larco Herrera

.....  
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C M P 24232 E. N E. 10693

EMRCH/JRCR/ALVA/MYRV.

#### Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Archivo





**HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y  
SALUD MENTAL COMUNITARIA**



---

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO  
Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD**

---



**2022**

**I. FINALIDAD**

La presente Guía de Práctica Clínica aborda recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento Del Trastorno límite de la personalidad, dirigida a mejorar la atención de los pacientes que acuden al Departamento de Consulta Externa del Hospital Víctor Larco Herrera.

**II. OBJETIVO**

- Unificar el tratamiento para el trastorno límite de la personalidad en los pacientes que acuden a la consulta externa.
- Mejorar la atención que se brinda a los pacientes que acuden a los consultorios externos por presentar trastorno límite de la personalidad.

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Departamento de Consultorios Externos del Hospital Víctor Larco Herrera.

**IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR**

**4.1 NOMBRE Y CÓDIGO**

Trastorno límite de la personalidad (código F60.3 según la CIE-10 de la OMS).

**V. CONSIDERACIONES GENERALES**

**5.1 Definición:**

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y las emociones, así como por la impulsividad en una amplia gama de situaciones, lo que provoca un deterioro significativo o angustia subjetiva.(1)

**5.2 Etiología**

La mayoría de las teorías sobre la etiología del TLP postulan que el trastorno resulta de una combinación de una predisposición genética y factores ambientales adversos, como un trauma. Hay muy pocos estudios, sin embargo, que examinen las interacciones gen-ambiente en pacientes con TLP, y estos están limitados por el pequeño tamaño de las muestras y la falta de replicación. Como ejemplo, el estudio más grande que exploró las interacciones gen/ambiente involucró a 5083 pares de gemelos y 1285 hermanos no gemelos en la población general y se centró en las características relacionadas con el TLP de inestabilidad afectiva, problemas de identidad, relaciones negativas y autolesiones. Haber experimentado un evento vital traumático se relacionó con la gravedad de los rasgos del TLP. Se encontró una correlación gen/ambiente para ciertos eventos de la vida, lo que significa que los genes que ponen a un individuo en riesgo de desarrollar características de TLP también aumentan la probabilidad de estar expuesto a algunos tipos de eventos de vida. (2,3)

Una historia de trauma infantil es común en pacientes con TLP. Sin embargo, la relación entre trauma y TLP no está clara. El trauma infantil no siempre está presente en pacientes con TLP, y muchas personas que sufren abuso no desarrollan TLP. El trauma que a menudo está presente en la historia de los pacientes con TLP puede tomar muchas formas, incluido el abuso sexual, el abuso físico, el abuso verbal, la negligencia y la





separación o pérdida temprana de los padres. Una revisión sistemática encontró altas tasas de abuso sexual infantil (16 a 71 %) y físico (10 a 73 %). (2,4)

### 5.3 Fisiopatología

La investigación preclínica sugiere que quizás la función alterada de los neuropéptidos subyace a los problemas interpersonales de estos pacientes. Se cree que la inseguridad del apego, que conduce a deficiencias en la cognición social, incluidas las representaciones desadaptativas de uno mismo, de los demás y de uno mismo en relación con los demás, es el núcleo de las dificultades interpersonales de los pacientes con TLP y puede ser modulada por la acción oxitocinérgica. Además, numerosos estudios de neurotransmisores y de neuroimagen han comparado a pacientes con TLP con controles sanos y han encontrado anomalías como disfunción de la serotonina y reducciones bilaterales en el hipocampo, la amígdala y otras regiones del lóbulo temporal medial. Es difícil interpretar estos resultados porque los estudios incluyeron e investigaron a pacientes adultos que ya cumplían los criterios para el TLP. Por lo tanto, no está claro si los correlatos neurobiológicos observados representan causas etiológicas o secuelas del trastorno. Hacer esta distinción requiere un estudio longitudinal que incluya a niños o adolescentes premórbidos. También se desconoce la especificidad del neurotransmisor y los hallazgos de neuroimagen para el TLP. (5)

Los hallazgos de la investigación demuestran déficits neuropsicológicos generalizados en pacientes con TLP relacionados en gran medida con el funcionamiento del lóbulo frontal y respaldan la idea de que muchos síntomas del trastorno, como la inestabilidad afectiva y la alteración de la identidad, se deben a conexiones interrumpidas entre la corteza prefrontal y otras regiones del cerebro que controlan funciones cognitivas superiores. (6)

### 5.4 Aspectos epidemiológicos

Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que entre el 30 y 60% de los pacientes con trastorno de personalidad (TP), el trastorno limitrofe (TLP) es el más frecuente. Se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% de los pacientes ambulatorios y entre 18 y 32% de pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas.

Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en varones con una relación estimada de 3:1. Aunque se había considerado el TLP como un trastorno más propio del sexo femenino, actualmente no se considera que existan diferencias reales de prevalencia en la población general (16). La mayoría de los estudios realizados, tanto de forma ambulatoria como hospitalaria determinan que en el TLP predomina el sexo femenino, si bien es cierto, las mujeres son las que buscan atención sanitaria antes que los hombres. Estudios como el de *Widiger & Tull* establecen un porcentaje del 76% de mujeres y *Zlotnick & col.* lo elevan al 70%. En este último estudio se contempla además que la edad en este porcentaje de mujeres es bastante inferior, respecto a la de los hombres, es decir, encontramos mujeres más jóvenes, entre los 29,9 años de media, frente a los 34,8 años de los hombres (14).

Desde el punto de vista etéreo; cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años. *Chabrol y col.* identifican un porcentaje del 14 % entre los 14 y los 20 años. Estos porcentajes tan altos podrían estar sobreestimados, ya que la mayoría de los problemas de identidad aparecen durante ese intervalo de edad, especialmente si hay abuso de otras sustancias. Se observa también que disminuye la prevalencia en torno a un 6% conforme aumenta la edad, lo que se atribuye a una disminución de la expresión clínica del trastorno, especialmente en el clúster B (14).





# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

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. *Zanarini & col.* llevaron a cabo un estudio que incluía el seguimiento a 6 años de 362 pacientes ingresados con TP, siendo el objetivo de realizar un estudio longitudinal de la fenomenología sindrómica y subsindrómica del TLP. De los 362 pacientes, 290 cumplieron criterios diagnósticos de TLP, siendo un 34,5% los que cumplieran 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 (16).

Los diferentes estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares. Todos mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas, pero dentro del rango de la normalidad. Aunque con mejor funcionamiento global, los pacientes con TLP continúan presentando cierto grado de disfunción en distintas áreas y entre el 8 y 10% fallecen por suicidio consumado, siendo la mayor tasa en los primeros 5 años.

En estudios epidemiológicos, se ha encontrado que las personas con TLP tienen tasas de suicidio de hasta un 10%, mientras que los intentos de suicidio son aún más frecuentes, entre un 60-70% (16).

## 5.4.1 Comorbilidades

Uno de los desafíos persistentes en el tratamiento de pacientes con TLP, es que sólo una minoría tiene presentaciones clínicas sencillas sin comorbilidad. Por lo general, el TLP coexiste - con mayor frecuencia - con los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias, cuya sintomatología de estos trastornos, opacan los síntomas del TLP.

En el eje I de los trastornos de salud mental, el 96 % de los pacientes con TLP, presenta un trastorno del estado de ánimo durante su vida. Los trastornos de ansiedad son bastante comunes en pacientes con TLP, presentándose en un 88% de los casos (siendo el trastorno por estrés post traumático el más frecuente con un rango entre 47 a 56%), seguido de los trastornos por uso de sustancias entre un 50 a 65% y de un 7% a 26% para los trastornos de la conducta alimentaria.

En relación al sexo, los resultados son similares a lo que se ve en la población general: el trastorno por uso de sustancias es más frecuente en varones y los trastornos del ánimo y de conducta alimentaria en mujeres (26).

## 5.5 Factores de Riesgos Asociados

### 5.5.1 Medio Ambiente

En la etiología del TLP se ha vuelto indiscutible, el modelo de la interacción gen - ambiente o "modelo de diátesis estrés", cual refiere la existencia de un genotipo que, al interactuar con un medio ambiente adverso, se vuelve más vulnerable para desarrollar la psicopatología - en este caso - del TLP (*Leichsenring & col.*). De hecho, una de las teorías psicológicas más aceptadas del desarrollo de TLP es el modelo biopsicosocial, que postula que la genética individual y antecedentes de traumas en la infancia condicionarían el desarrollo de factores biológicos y psicosociales que al interactuar, propiciarían el desarrollo de psicopatología característica del TLP (*Beauchaine, Klein, Crowell, Derbidge & Gatzke - Kopp, 2009; Crowell, Beauchaine & Linehan 2009*). (19)

En un mismo contexto familiar pueden producirse abusos físicos, sexuales y emocionales de forma concurrente, donde la incidencia de malos tratos es muy alta en las personas con TLP. *Zanarini & col.* publicaron que el 84% de quienes padecen 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.

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 (16).

En estudios de familias de pacientes con TLP se han identificado factores que pueden ser importantes en la aparición de este trastorno como 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 y la falta de implicación emocional por parte de los cuidadores, tiene repercusiones que puede contribuir a las dificultades de socialización del niño e incluso, al riesgo de suicidio (16).

Varios estudios preclínicos y clínicos han mostrado que, durante la época perinatal y la infancia, el ambiente ejerce un impacto crucial en la maduración de estructuras y funciones cerebrales (*Bock, Rether, Groger, Xie & Braun, 2014; Bremner & Vermetten, 2001; Loman & col, 2010*). El resultado de la exposición a sucesos vitales estresantes dependerá del tipo y la duración de la misma (*Andersen, 2003, Bock & col. 2014*), así como del estado madurativo del cerebro en el momento de la exposición, de tal forma que el impacto será mayor en periodos críticos en que haya una elevada plasticidad neuronal y por ende, una mayor sensibilidad al ambiente (*Lupien McEwen, Gunnar & Heim, 2009*).

Uno de los mecanismos por los cuales los factores estresantes podrían provocar alteraciones del desarrollo de estructuras cerebrales es el propuesto por la hipótesis de neurotoxicidad (*Packan & Sapolsky, 1990*). De acuerdo a esta, el estrés mantenido provocaría una alteración de la función del eje hipotálamo – hipofisiario – adrenal (HHA) que resultaría en una respuesta ineficiente al estrés y/o niveles de cortisol crónicamente elevados que provocarían daños a nivel cerebral. La función del eje HHA puede verse afectada por el estrés porque es uno de los principales sistemas del organismo para responder ante factores estresantes.

### 5.5.2 Estilos de vida

El TLP se caracteriza por un patrón recurrente y persistente de inestabilidad en las relaciones personales, distorsiones de la autoimagen y una marcada impulsividad en varios contextos. Los síntomas inherentes a esta patología, su gran uso de los servicios de salud mental y alta tasa de suicidio, hacen que estos pacientes puedan tener una mermada calidad de vida. Esta disminución en su calidad de vida se manifestaría en dos ámbitos: en una discapacidad para realizar de manera funcional tareas del día a día, como aquellas vinculadas con el trabajo, estudios o autocuidado y en un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, como condiciones médicas de tipo físico. Esto se debe a la capacidad de los rasgos de personalidad, de nuestra forma de ser, para incidir en el estado general del sujeto; un ejemplo de esto es el neuroticismo que se asocia negativamente con el bienestar subjetivo, o la extraversión que lo hace positivamente con mayor salud física y mental (*Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi, y Goldberg, 2007*) (16).

Un patrón de personalidad TLP, dada sus repercusiones en todas las dimensiones de la vida y su tendencia a fomentar las decisiones desadaptativas, puede afectar negativamente a ambos ámbitos de la calidad de vida (20).

Su piedra angular puede considerarse su patrón recurrente de inestabilidad en las relaciones personales, la marcada impulsividad, y las distorsiones de la autoimagen que se presentan en varios contextos de sus vidas. Entre las características más destacables del TLP se encuentra también una severa discapacidad funcional, uso extenso de tratamientos y un empeoramiento del curso de otros trastornos depresivos que puedan también estar presentes (*Leichsenring, Leibing, Kruse, New, y Leweke, 2011*) (20).





Los rasgos de personalidad se relacionan con el estado físico del sujeto y con la percepción que se tiene del mismo. En población general, se ha encontrado que el neuroticismo se asocia negativamente con el bienestar subjetivo, mientras que la extraversión lo hace positivamente con niveles más altos de salud física y mental (*Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi, y Goldberg, 2007*). Si bien la asociación entre el TLP y salud física ha sido pocas veces objetivo central de investigación sistemática, ya se dispone; no obstante, de evidencia que indica que estos pacientes presentan una historia extensa de condiciones médicas como dolor de espalda, fatiga crónica o consumo de tabaco (*Frankenburg y Zanarini 2004*), así como mayor posibilidad de padecer otras enfermedades como hipertensión o artritis (*El-Gabalawy, Katz y Sareen, 2010; Lee et al., 2010*). Asimismo, el dolor crónico está presente en el 30% de los pacientes internos con TPL, con una representación significativamente más alta que en población general (*Sansone y Sansone, 2012*). De igual modo, la patología de personalidad también afectaría a la salud percibida, pudiendo llegar a alterar las manifestaciones sintomáticas de la salud física. En el estudio de *Powers y Oltmanns (2013)* la personalidad borderline, al igual que la antisocial y la esquizoide, mostraba una asociación negativa con las percepciones sobre la propia salud, lo que lleva a concluir que el TPL puede actuar en detrimento de la concepción subjetiva de la salud actuando de manera indirecta sobre la salud objetiva (20).

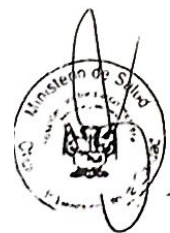
### 5.5.3 Factores hereditarios

Con respecto a la genética, en la etiología del TLP se ha vuelto indiscutible, siendo el modelo de la interacción gen - ambiente o diátesis estrés, el más aceptado, cual refiere la existencia de un genotipo que, al interactuar con un medio ambiente adverso, se vuelve más vulnerable para desarrollar psicopatología (*Leichsenring & col.*). De hecho, una de las teorías psicológicas más aceptadas del desarrollo de TLP es el modelo biopsicosocial, que postula que la genética individual y antecedentes de traumas en la infancia condicionarían el desarrollo de factores biológicos y psicosociales, que la interactuar, propiciarían el desarrollo de psicopatología característica del TLP (*Beauchaine, Klein, Crowell, Derbidge & Gatzke – Kopp, 2009; Crowell, Beauchaine & Linehan 2009*) (19).

Algunos estudios llevados a cabo con muestras de gemelos han demostrado que la influencia genética en el TLP es del 69% (Fórum de salud Mental y AIAQS, coordinadores, 2011). Bajo esta óptica, en una muestra de 1.116 pares de gemelos del mismo sexo y con un seguimiento desde el nacimiento hasta la edad de 12 años, *Belky y col. (2013)* llevaron a cabo un estudio donde encontraron que las características relacionadas con la personalidad límite en niños comparten características etiológicas con el TLP en adultos. Además, estudios de meta análisis como el realizado por *Mosquera & col., (2011)* sobre las causas genéticas del TLP, indican hallazgos de que los factores genéticos como la desregulación emocional pueden influenciar en los rasgos de personalidad. (15)

Otros estudios, como el de *Young y col (2013)* exponen la influencia del ambiente y factores genéticos en la etiología del TLP. Para este autor lo que contribuye a la aparición del TLP es la interacción de un temperamento emocionalmente lábil e intenso (genético) con factores ambientales, destacándose en estos, el contexto familiar inseguro e inestable derivado del abuso (físico, sexual o verbal durante la infancia) o abandono. (15)

La evidencia científica apoya la base genética como componente clave dentro de la etiología polifactorial del TLP (*Siever, Torgensen, gunderson, Livesley & Kendler, 2002; Skodol & col., 2002b*). Se han desarrollado estudios para investigar la asociación entre TLP y determinados poliformismos de genes candidatos, como los del sistema serotoninérgico (5-HT) y dopaminérgico (DA). Se han estudiado los poliformismos genéticos de la región promotora vinculada al transportador de la serotonina (5-HTLPR) con resultados contradictorios (*Ni & col., 2006; Pascual & col., 2008*) y se ha descrito una interacción entre un alelo del gen de la catecol- O-metiltransferasa (COMT) y el alelo corto de la 5-HTLPR en el TLP (*Tadic & col., 2009*). También se han descrito asociaciones entre el TLP y polimorfismos del gen del triptófano hidroxilasa 2 (TPH-2) (*Ni, Chan, Mc Main & Kennedy, 2009; Pérez rodríguez & col. 2010*) del gen de la mono-amino-oxidasa (MAO) de alta actividad (*Ni & col., 2007*) y de los receptores dopaminérgicos D2 y D4 (D2R y





D4R) (Nemoda & col., 2010). Sin embargo, hasta la fecha actual, no se han podido definir genes específicos como causa del TLP (Leichsenring & col., 2011) (22).

Probablemente, los resultados contradictorios que se observan en los estudios genéticos del TLP tengan que ver con que no exista una relación lineal entre el polimorfismo y el trastorno, ni siquiera entre el polimorfismo y algún componente de la psicopatología del trastorno (Caspi & Moffit, 2006). Por lo tanto, es más probable que la base genética del TLP se establezca mediante una compleja interacción gen – gen (GxG) o gen – ambiente (GxE) [Leichsenring & col., 2011]. En la actualidad, existe poca evidencia en relación al estudio de la interacción GxE en el TLP. Los estudios publicados hasta la fecha han relacionado diferentes polimorfismos de genes del sistema 5-HT y de la COMT con la modulación del efecto de estresores de la infancia en la impulsividad del TLP (Wagner & col., 2010; Wagner, Baskaya, Lieb, Dahmen & Tadic, 2009). También se ha observado el efecto modulador de polimorfismos de la TPH-1 sobre el papel de ser víctima de abusos en la infancia y el posterior desarrollo de un TLP (Wilson & col. 2012) (22).

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 Cuadro clínico

#### 6.1.1 signos y síntomas

El trastorno límite de la personalidad afecta la manera en la que una persona se siente sobre si misma, su comportamiento y sus relaciones interpersonales.

Entre los signos y síntomas pueden encontrarse los siguientes: un miedo intenso de abandono, incluso llegar a medidas extremas para evitar una separación o un rechazo real o imaginario; un patrón de relaciones intensas inestables, como idealizar a una persona por un momento y luego creer que esa persona no muestra interés o es cruel; cambios rápidos de identidad e imagen propias que incluyen el cambio de metas y valores, períodos de paranoia relacionada con el estrés y pérdida de contacto con la realidad, que puede durar desde algunos minutos hasta algunas horas; comportamiento impulsivo y riesgoso, como apuestas, conducción imprudente, sexo inseguro, ola de gastos, atracones o abuso de drogas, o sabotaje del éxito al dejar de repente un buen trabajo o terminar una relación positiva; amenazas o conductas suicidas o autolesiones, a menudo en respuesta al miedo de separación o rechazo; grandes cambios de humor que pueden durar desde algunas horas hasta algunos días, que pueden incluir felicidad intensa, irritabilidad, vergüenza o ansiedad; sentimientos continuos de vacío; enojo intenso, inadecuado, como perder el temperamento con frecuencia, ser sarcástico o amargado o tener peleas físicas.

### 6.2 Diagnóstico

#### 6.2.1 Criterios diagnósticos

##### 6.2.1.1 Clasificación internacional de enfermedades - décima edición (cie 10)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE 10), se considera bajo el código F60.3 como Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, en el cual, existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias; el ánimo es impredecible y caprichoso, con predisposición a tener arrebatos de ira y violencia e incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.

Se distinguen dos tipos de trastorno: el tipo *impulsivo*, caracterizado principalmente por inestabilidad emocional y falta de control de impulsos; el tipo *límite*, caracterizado por



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

distorsiones de la imagen corporal, de los propios objetivos y la imagen íntima, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables y tendencia al comportamiento autodestructivo, incluyendo gestos e intentos de suicidio (14).

### TIPO IMPULSIVO (F60.30)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
  2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.
- B. Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes, de los cuales uno de ellos ha de ser el número 2, que son los que se describen a continuación:
1. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
  2. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
  3. Humor inestable y caprichoso. (14)

### TIPO LÍMITE (F60.31)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B, que son los que se describen a continuación:

1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
5. Sentimientos crónicos de vacío. (14)

6.2.1.2 Manual estadístico y del diagnóstico de trastornos mentales – quinta edición (dsm - v)

El TLP es caracterizado en el DSM-IV por la inestabilidad de las conductas interpersonales, de la imagen de uno mismo y los afectos y por una notable impulsividad. Para que se pueda diagnosticar el trastorno se han de cumplir al menos cinco de nueve criterios que se detallan a continuación:

1. Esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas.
3. Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos automutilantes.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto.



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

1. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla.
2. Inestabilidad afectiva.
3. Sensaciones crónicas de vacío.
4. Trastorno de la identidad o imagen inestable de sí mismo.
5. Ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos graves. (14)

### 6.2.2 Diagnóstico diferencial

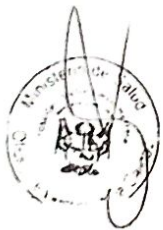
Los pacientes con TLP manifiestan gran variedad de síntomas que pueden presentarse también a otros trastornos asociados, sean del Eje I (trastornos psiquiátricos) o Eje II (trastornos de personalidad) (18).

En el caso de los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos del Eje I y los diferentes patrones de la personalidad límite, son frecuentes – en el caso de los pacientes con TLP - las ideas paranoides y los síntomas disociativos. Según Millon (1998), la principal diferencia reside en la historia de desarrollo, la cual tiene un inicio rápido en el caso de los trastornos del estado del ánimo con síntomas psicóticos. Así mismo, estos pacientes son capaces de mantener un equilibrio psíquico durante largos períodos de tiempo, a diferencia de los pacientes con TLP. La segunda distinción se refiere al tipo de desencadenante; mientras que, en los trastornos del ánimo con síntomas psicóticos, el comportamiento desadaptativo puede explicarse por factores externos o ambientales, en los pacientes con TLP, la alteración es producto de déficits internos de personalidad.

Otro diagnóstico en la que es necesario hacer una distinción entre el TLP y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Mientras que en el TDM se basa en la culpa y la pérdida, la depresión de los pacientes con TLP se basa normalmente en problemas de identidad y conflictos de dependencia-independencia (Turner, 1996). En el espectro cognitivo, los pacientes con TLP tienen como característica, el predominio de creencias negativas y pensamientos dicotómicos. Aunque esto último es característico también de los depresivos, los pacientes con TLP poseen actitudes negativas particularmente hacia estímulos cuyos matices emocionales son ambiguos, controvertidos, o afectivamente neutrales (Kurtz y Morey, 1998) Atre-Vaidya y Hussain (1999) realizaron un estudio en el que evaluaron características temperamentales como: evitación del daño, búsqueda de novedad, dependencia, persistencia, autoinstrucciones, cooperación y autolimitaciones) en sujetos diagnosticados con un TLP y en sujetos con TB. Sus hallazgos demostraron que las puntuaciones de los sujetos con TB en un inventario para evaluar el carácter no se desviaban de los datos normativos, lo que sí ocurría en los sujetos con TLP. Por lo tanto - según este estudio - la ubicación del TLP continuaría en el espectro de los trastornos de personalidad y no en el de los trastornos del estado del ánimo (18).

La alta impulsividad junto con la labilidad emocional, más relaciones violentas y frecuentes episodios depresivos asociados al TLP, han llevado a muchos investigadores (Akiskal, 1994; Akiskal et al., 1985) a creer que tales síntomas son variaciones del trastorno bipolar (TB); basándose en que los sujetos límite muestran alteraciones en el sueño y otros marcadores neurofisiológicos, característicos de los pacientes con TB. Atre-Vaidya y Hussain (1999) realizaron un estudio en el que evaluaron características temperamentales como: evitación del daño, búsqueda de novedad, dependencia, persistencia, autoinstrucciones, cooperación y autolimitaciones) en sujetos diagnosticados con un TLP y en sujetos con TB. Sus hallazgos demostraron que las puntuaciones de los sujetos con TB en un inventario para evaluar el carácter no se desviaban de los datos normativos, lo que sí ocurría en los sujetos con TLP. Por lo tanto - según este estudio - la ubicación del TLP continuaría en el espectro de los trastornos de personalidad y no en el de los trastornos del estado del ánimo (18).

En relación a los demás trastornos de personalidad, existen estudios que afirman que el TLP es indistinguible de los otros trastornos de su mismo grupo, es decir, los trastornos narcisista e histriónico de la persona (Akiskal & col., 1985; Paris, 1997; Atre-Vaidya y Hussain, 1999). Nurnberg & col. (1991) realizaron una investigación para comprobar el solapamiento y la





## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

covariación entre los diferentes trastornos de personalidad y especialmente con el TLP. En algunos casos, se ha observado que la personalidad límite y esquizotípica se manifiestan juntos, siendo la diferencia que mientras en el esquizotípico las patologías de la percepción y el pensamiento llevan al aislamiento social, en los pacientes con TLP, lo característico es la inestabilidad del estado de ánimo y la ambivalencia, junto a unos síntomas psicóticos más transitorios y reactivos a sucesos externos. De modo similar, la labilidad emocional asociada a manipulaciones interpersonales y búsqueda de atención, se producen tanto en el sujeto con un trastorno histriónico de la personalidad como en aquél con TLP, sólo que, en este último, se producen arranques de cólera en las relaciones interpersonales y sentimientos repetidos de vacío y soledad (18).

Con respecto a la personalidad paranoide, está presenta una gran consistencia y rigidez en su comportamiento, la cual está ausente en el TLP; que muestra más bien, una sensación de soledad y de autodestrucción.

Respecto a la personalidad antisocial, hay que señalar que ésta busca aprovecharse y obtener poder de sus acciones, mientras que en el TLP, lo que pretende es descargar las emociones y suscitar atención o cuidado de los demás. No obstante, ante la aparente falta de intención, algunos autores llaman la atención sobre una posible relación entre determinados comportamientos seriamente agresivos, que incluso pueden llevar al crimen. Dicho autor se apoya en la intensa ira, inapropiada y difícilmente controlable que padecen dichos sujetos, que jugaría un papel fundamental en la motivación para la agresión, al igual que lo harían los pensamientos de abandono, las ideas paranoides o la misma impulsividad a la autolesión.

Para finalizar, tanto las personalidades límite como las dependientes temen el abandono; sin embargo, los dependientes suelen implicarse en acciones sumisas y apaciguadoras, frente a los actos impulsivos y coléricos que muestran las personas con TLP y llegan incluso a apartarse de la persona deseada con el fin de llamar la atención (18).

### 6.3 Exámenes auxiliares

#### 6.3.1 de imágenes

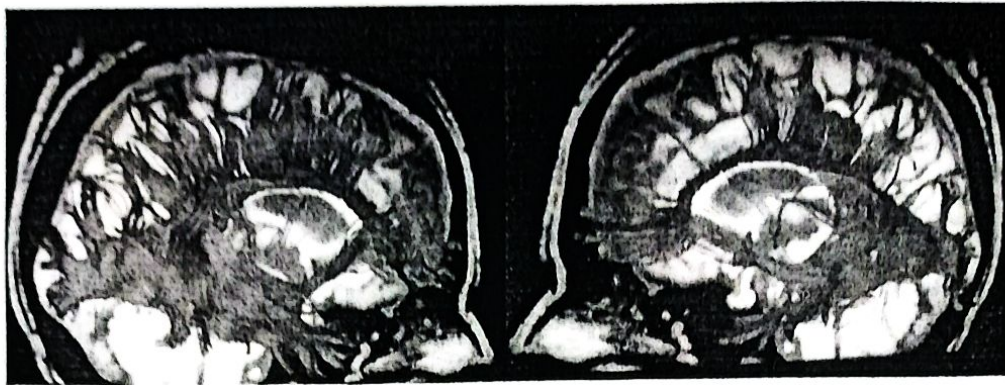
##### PSICODIAGNÓSTICO Y NEUROIMAGEN EN EL TLP

Los pacientes con TLP presentan alteraciones en la estructura y las funciones cerebrales. Entre los hallazgos descritos en la literatura destaca la presencia de alteraciones en la zona frontomedial del cerebro, que se encuentra entre los dos hemisferios y que tiene un papel relevante en el control de las emociones y en la toma de decisiones. Precisamente, la pérdida del control de las emociones y la impulsividad son los síntomas más característicos del TLP. Las alteraciones se presentan tanto a nivel de la sustancia blanca, formada por los axones que conectan las diferentes zonas del cerebro, como de la materia gris, que es donde se localizan las neuronas que llevan a cabo las funciones cerebrales. Los lóbulos frontales intervienen en la actividad motora aprendida y en la organización de la conducta expresiva. En el hemisferio dominante, el área parietal inferior procesa las funciones matemáticas y está íntimamente relacionada con el reconocimiento del lenguaje y con la memoria para las palabras. El lóbulo parietal no dominante integra la relación de la parte izquierda del cuerpo con su entorno. Existe un sistema funcional del cerebro recién identificado, la *Red Neuronal por Defecto* (DMN, por sus siglas en inglés), de la cual la corteza frontomedial constituye una parte importante. Esta red está implicada en los procesos y reflexiones internas sobre uno mismo y en el pensamiento automático. En condiciones normales, esta red está activa en reposo y se desactiva cuando ejecutamos una tarea. Las alteraciones a nivel de esta área cerebral podrían secundar parte de la sintomatología propia del TLP.(7)





Figuras 1 y 2.- Pérdida bilateral de conexiones frontales y parietales



## 6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive: tratamiento

### 6.4.1. Tratamiento psicológico

Se recomienda una psicoterapia basada en la evidencia como tratamiento de primera línea para pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP). Se desconoce la duración óptima de la psicoterapia, pero los pacientes a menudo requieren de meses a años de tratamiento. Se pueden considerar sesiones dos veces por semana. (7)

Se han desarrollado o adaptado varias psicoterapias para tratar a pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), que incluyen:

- Terapia conductual dialéctica (DBT)
- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Terapia basada en la mentalización
- Terapia centrada en la transferencia
- Buen manejo psiquiátrico.
- Entrenamiento de sistemas para la previsibilidad emocional y la resolución de problemas (STEPPS)
- Terapia centrada en esquemas

Estas psicoterapias comparten elementos comunes, pero tienen diferentes énfasis en sus enfoques generales. Algunos enfatizan el entrenamiento de habilidades conductuales (p. ej., DBT) mientras que otros se centran más en las relaciones y la comprensión del significado de las interacciones con los demás (p. ej., terapia centrada en la transferencia o basada en la mentalización)

#### Factores comunes de las psicoterapias: (7,8)

- Proporcionar una intervención activa y enfocada.
- Enfatizar el funcionamiento y las relaciones actuales.
- Abordar la inestabilidad afectiva enseñando o ayudando con la regulación emocional.
- Centrarse en la impulsividad ayudando a los pacientes a observar los sentimientos en lugar de actuar sobre ellos.





## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

- Dirigirse a las dificultades de las relaciones enseñando o ayudando a los pacientes a ser conscientes de sus propios sentimientos y los de otras personas, lo que a menudo se describe como mentalización o atención plena.
- Mejorar las disfunciones de la cognición social fomentando una identidad más coherente y mejorando un sentido de autodeterminación y competencia social.
- La psicoeducación es una parte esencial del tratamiento del TLP y un componente específico de las psicoterapias siguientes. Los pacientes y las familias deben estar informados sobre el trastorno, sus signos y síntomas, las posibles causas, su curso a lo largo del tiempo y las opciones de tratamiento.

### Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC emplea terapias cognitivas para abordar las cogniciones distorsionadas del paciente sobre sí mismo y los demás, y utiliza estrategias conductuales para mejorar el funcionamiento social y emocional. Varios ensayos aleatorizados que comparan la TCC con una condición de control en pacientes con TLP han encontrado resultados mixtos para los resultados primarios, incluido el comportamiento auto agresivo. No está claro si los resultados mixtos de los ensayos reflejan la eficacia de la TCC para el TLP u otros factores, como la heterogeneidad entre las intervenciones de TCC y otras intervenciones cognitivas estudiadas. (9)

### Terapia conductual dialéctica (TDC)

TDC es una variación de TCC bien estudiada y basada en evidencia que incluye un énfasis en el análisis conductual y la gestión de una jerarquía de objetivos de tratamiento, incluido el comportamiento suicida/peligroso, el comportamiento que interfiere con el tratamiento y el comportamiento que interfiere con la calidad de vida. Consiste en psicoterapia individual semanal con un terapeuta entrenado en TDC y entrenamiento de habilidades grupales utilizando habilidades e intervenciones basadas en evidencia como se describe en el manual de habilidades de TDC durante aproximadamente un año. Se debe considerar la TDC para los pacientes más regresivos o para aquellos con altos niveles de autodestrucción.

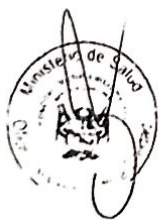
### Buen manejo psiquiátrico (24)

Este enfoque implica un modelo conceptual menos definido y técnicas psicoterapéuticas menos específicas. En su lugar, proporciona un conjunto de principios y prácticas para satisfacer las necesidades clínicas del paciente y ayudar al psiquiatra a evitar muchas de las trampas que pueden ocurrir en el tratamiento del TLP. Incluye algunos principios básicos:

- Divulgación diagnóstica y psicoeducación sobre el trastorno.
- Manejo centrado en los factores estresantes interpersonales
- Adoptar un enfoque terapéutico activo y auténtico
- Establecimiento de objetivos y enfoque en las mejores formas de lograrlos para transmitir el cambio que se espera.
- Flexibilidad en cuanto a duración e intensidad del tratamiento.

### 6.4.2 Tratamiento farmacológico

La decisión de tratar a una persona con un trastorno de personalidad con medicamentos debe basarse en el perfil de riesgo-beneficio del paciente individual (incluida la eficacia del fármaco y los efectos adversos) y su grado de deterioro. En general, las personas con trastornos de la personalidad responden con menos fuerza a la medicación en comparación con las personas con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o psicóticos. Sin embargo, se han encontrado que la adición de medicamentos es útil para pacientes con síntomas que son más severos, causan un mayor deterioro y/o no responden al tratamiento no farmacológico.





## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Los medicamentos psicotrópicos se usan como complementos de la psicoterapia y se enfocan en grupos específicos de síntomas de TLP. Se ha encontrado que el uso adyuvante de medicamentos dirigidos a los síntomas es útil.

### A) Tratamiento basado en dominios (10,11)

Los dominios de síntomas que causan deterioro y angustia en el TLP incluyen:

- Síntomas cognitivo-perceptuales (p. ej., alucinaciones e ideación paranoica)
- Descontrol impulsivo-conductual (p. ej., autolesión, conflicto interpersonal)
- Desregulación emocional (p. ej., estado de ánimo deprimido, labilidad del estado de ánimo, ansiedad, ira)

**Trastornos cognitivos y perceptivos:** por lo general, usamos una dosis baja de medicamentos antipsicóticos para tratar los trastornos cognitivos y perceptivos relacionados con el estrés disruptivo en personas con trastornos graves de la personalidad. Los metaanálisis que comparan los ensayos clínicos controlados con placebo han encontrado que los fármacos antipsicóticos en dosis bajas son más eficaces que los antidepresivos o los estabilizadores del estado de ánimo para el tratamiento de estos síntomas

**Impulsividad o descontrol conductual:** Por lo general, se usan estabilizadores del estado de ánimo para el tratamiento de la impulsividad y el descontrol conductual en pacientes con trastornos graves de la personalidad. Para aquellos que también demuestran autolesiones recurrentes, generalmente agregamos ácidos grasos omega-3 como complemento de un estabilizador del estado de ánimo, dado su perfil de efectos secundarios benignos y evidencia preliminar que sugiere eficacia.

Un estudio reciente que supera la evidencia previa de estabilizadores de ánimo, por su fuerza metodológica y poder estadístico, no observó efectos después de un año de tratamiento con lamotrigina en un estudio con una muestra grande. (12)

**Desregulación afectiva:** Los metaanálisis han encontrado que los estabilizadores del estado de ánimo y los fármacos antipsicóticos en dosis bajas son más eficaces para la desregulación afectiva en comparación con los antidepresivos. Evitar prescribir medicamentos que puedan inducir dependencia y tolerancia fisiológica, incluidas las benzodiazepinas, que son especialmente tóxicas cuando se combinan con alcohol u opioides. Un riesgo adicional de las benzodiazepinas es la desinhibición conductual asociada con esta clase de medicamentos en pacientes con trastornos de la personalidad

### TABLA 1. FARMACOTERAPIA SEGÚN DOMINIO





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

medicamento	Dominio de síntomas	efecto
Antipsicóticos	Cognitivo-perceptivo	Moderado
	Enfado	moderado/grande
antidepresivos	ansiedad	pequeño
	Enfado	pequeño
	Descontrol impulsivo-conductual	muy grande
Estabilizadores del estado de animo	Enfado	muy grande
	ansiedad	grande
	Estado de animo deprimido	Moderado

B) Tratamiento posterior

**Individuos con respuesta parcial:** Es probable que los beneficios sean limitados y pueden tardar semanas en ser completamente evidentes. Debe fomentarse el tratamiento multimodal con intervenciones no farmacológicas. Después de una respuesta parcial, normalmente resistimos la tentación de aumentar otro medicamento. No hay evidencia que apoye el uso de la polifarmacia en los trastornos de personalidad. Si la respuesta a un medicamento es inadecuada, por lo general disminuimos gradualmente el medicamento inicial y comenzamos gradualmente con un medicamento sustituto. Con el tiempo, los pacientes pueden notar que el medicamento parece estar "desapareciendo". Esta puede ser una oportunidad para discontinuar el medicamento o, con el consentimiento del paciente, continuar con el medicamento con la aclaración de que es poco probable que el medicamento resuelva los síntomas; más bien, el efecto previsto es facilitar el crecimiento general del paciente y mejorar el manejo de sus síntomas.

**Duración del tratamiento:** la duración del tratamiento farmacológico se decide caso por caso mediante la toma de decisiones compartida. Un subconjunto de pacientes con síntomas crónicos graves puede beneficiarse potencialmente de continuar con el tratamiento con medicamentos durante años; sin embargo, para la mayoría de los pacientes que reciben psicoterapia y psicoeducación sobre la naturaleza de su trastorno, es probable que los síntomas graves mejoren con el tiempo, lo que permite una disminución gradual después de seis meses a dos años de tratamiento.

Hay datos limitados con respecto al tiempo esperado para el inicio del efecto del medicamento y la duración óptima del tratamiento. Muy pocos ensayos aleatorios que compararon los fármacos con placebo se extendieron más allá de las 12 semanas de duración. La experiencia clínica sugiere que los pacientes pueden notar una mejora moderada de los síntomas (algunas inmediatamente y otras durante varias semanas), especialmente cuando se combinan con intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.





## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Es probable que los beneficios sean limitados y pueden tardar semanas en ser completamente evidentes. Debe fomentarse el tratamiento multimodal.

### 6.5 Complicaciones

Generalmente están referidas a las comorbilidades que suelen presentarse en estos pacientes.

#### Manejo de las comorbilidades (13)

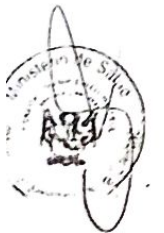
El tratamiento farmacológico se puede considerar como el tratamiento general de las comorbilidades

Antes de iniciar el tratamiento de una condición comórbida en personas con trastorno límite de la personalidad, revisar:

- El diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y el de la condición comórbida, especialmente si el diagnóstico se realizó durante una crisis o presentación de emergencia
- La eficacia y tolerabilidad de los tratamientos anteriores y actuales; interrumpir los tratamientos ineficaces.
- Tratar la depresión comórbida, el trastorno de estrés postraumático o la ansiedad dentro de un programa de tratamiento bien estructurado para el trastorno límite de la personalidad.
- Derive a las personas con trastorno límite de la personalidad que también tienen psicosis mayor, dependencia de alcohol o drogas de clase a, o un trastorno alimentario grave a un servicio adecuado. el coordinador de atención debe mantenerse en contacto con las personas que reciben tratamiento por la afección comórbida para que puedan continuar con el tratamiento del trastorno límite de la personalidad cuando corresponda.

### 6.6 Criterios de referencia y contrareferencia

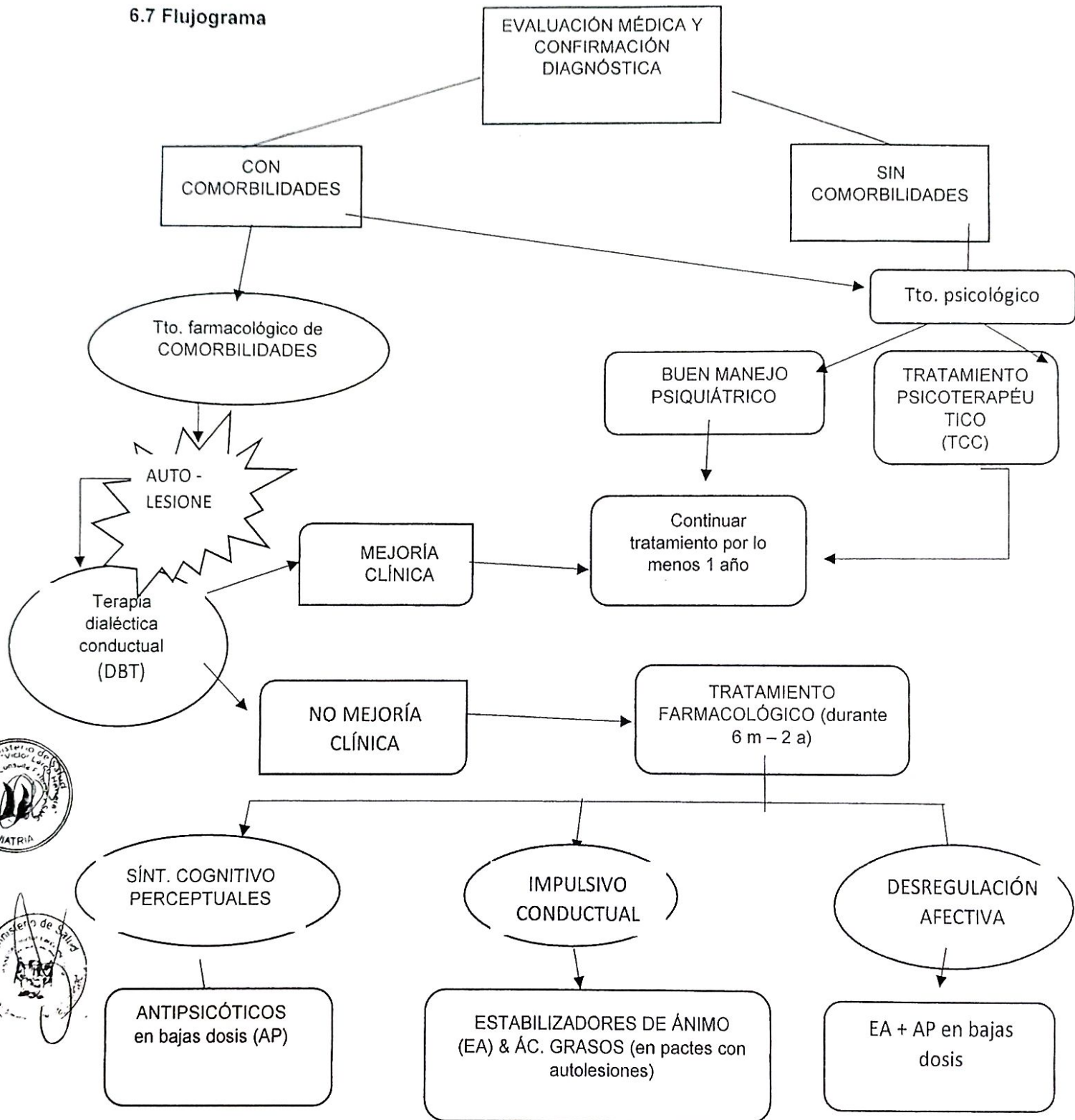
Todas aquellas personas con manifestaciones de impulsividad, agresividad de origen orgánico deben ser derivadas para una evaluación de medicina interna o neurología, según el caso. Si se trata de autolesiones que pongan en riesgo la vida o intentos suicidas, la derivación a emergencia debe ser inmediata.





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

6.7 Flujograma



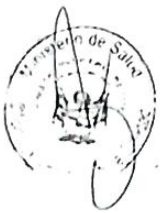


### 6.8 Instrumento de evaluación

El McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) (Anexos) es un cuestionario autoinformado de 10 ítems puntuados de forma dicotómica (verdadero-falso), que en su versión original presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, especialmente en muestras de adolescentes y jóvenes adultos.

El MSI-BPD es la primera escala de cribado para el diagnóstico del TLP basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-V. Surgió como respuesta a la necesidad de una escala válida, fiable y fácil de administrar que permitiera identificar la presencia de TLP de forma preliminar.

De acuerdo a un estudio de casos control realizado en 02 hospitales de Barcelona (España), la escala presentó una elevada consistencia interna ( $KR-20 = 0,873$ ) y una óptima fiabilidad test-retest ( $CCI = 0,87$ ). Mediante un análisis de regresión logística y con la DIB-R como referencia se estableció un punto de corte óptimo de 7, obteniendo una adecuada sensibilidad (0,71) y especificidad (0,68). (25)





VII. ANEXOS

MSI-BDP (CUESTIONARIO DE SCREENING MCLEAN)

Nombre:

Fecha:

Responde 1 (SI) o 2 (NO) a las siguientes preguntas:

Durante este último año:

1. ¿Alguna de tus relaciones personales más cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes? 1 (SI) 2 (NO)
2. ¿Has tratado intencionadamente de hacerte daño físico (quemarte, cortarte, pegarte)? ¿Has realizado alguna tentativa de suicidio? 1 (SI) 2 (NO)
3. ¿Has tenido al menos otros dos de los siguientes problemas de impulsividad: atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal? 1 (SI) 2 (NO)
4. ¿Te has sentido extremadamente malhumorado? 1 (SI) 2 (NO)
5. ¿Te has sentido o te sientes enfadado la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica? 1 (SI) 2 (NO)
6. ¿A menudo has sentido desconfianza de la gente? 1 (SI) 2 (NO)
7. ¿Te has sentido frecuentemente tú mismo como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales? 1 (SI) 2 (NO)
8. ¿Te has sentido o te sientes vacío de forma crónica? 1 (SI) 2 (NO)
9. ¿Te has sentido a menudo con la sensación de no saber quién eres o que no tienes identidad propia? 1 (SI) 2 (NO)
10. ¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte abandonado o ser abandonado, como por ejemplo: llamar repetidamente a una persona para que te confirme que está preocupada por ti, suplicarle que no te deje, agarrarte físicamente? 1 (SI) 2 (NO)





## VIII. BIBLIOGRAFÍA

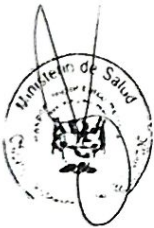
1. Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. enero de 2011;377(9759):74-84.
2. Distel MA, Middeldorp CM, Trull TJ, Derom CA, Willemssen G, Boomsma DI. Life events and borderline personality features: the influence of gene–environment interaction and gene–environment correlation. *Psychol Med*. abril de 2011;41(4):849-60.
3. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 7 de junio de 2018;4(1):18029.
4. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(1):89-101.
5. Perez-Rodriguez MM, Bulbena-Cabré A, Bassir Nia A, Zipursky G, Goodman M, New AS. The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. diciembre de 2018;41(4):633-50.
6. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Res*. diciembre de 2005;137(3):191-202.
7. Paris J. The Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications of Research on Diagnosis, Etiology, and Outcome. *Annu Rev Clin Psychol*. 1 de abril de 2009;5(1):277-90.
8. Zanarini MC, Conkey LC, Temes CM, Fitzmaurice GM. Randomized Controlled Trial of Web-Based Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 27 de junio de 2018 [citado 1 de septiembre de 2022];79(3). Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2017/v78n07/16m11153.aspx>
9. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Results from the Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BOSCOT) Trial. *J Personal Disord*. octubre de 2006;20(5):450-65.
10. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. 2010. 71(1):14.
11. Stoffers-Winterling J, Völm B, Lieb K. Is pharmacotherapy useful for treating personality disorders? *Expert Opin Pharmacother*. 4 de marzo de 2021;22(4):393-5.
12. Crawford MJ, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G, Dale O, Ganguli P, et al. The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Lamotrigine in Borderline Personality Disorder: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. agosto de 2018;175(8):756-64.
13. National Collaborating Centre for Mental Health, editor. *Borderline personality disorder: treatment and management*. Leicester: British Psycholog. Soc. [u.a.]; 2009. 555 p. (National clinical practice guideline).





## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

14. Pérez, P. (2021). *Revisión de los Factores de Riesgo que influyen en el Trastorno Límite de la Personalidad*. Tesis de Grado. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir".
15. Trujillo, A (2017). *Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, comórbido con Trastorno Depresivo Mayor*. Tesis de Grado. Universidad del Norte.
16. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. España: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recuperado el 17 de julio del 2022, de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCTrastornoLimitePersonalidad.pdf>
17. Fructuoso A., López A., Bernabeu A., Briones A. (2016). Psicodiagnóstico y Neuroimagen en el Trastorno Límite de la Personalidad. 17º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis.
18. Caballo, Vicente E.; Camacho, Silvia. (2000). El Trastorno Límite de la Personalidad: Controversias Actuales. *Psicología desde el Caribe*, 5, enero-julio, 31-55.
19. Martín, A. (2015). *Estudio de la Interacción Gen en el Trastorno de la Personalidad*. Tesis de Grado. Universitat Autònoma de Barcelona.
20. Thadani, B. Pérez-García, A. Bermúdez, J. (2018). Calidad de vida en personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite: Papel mediador de la satisfacción vital. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 89-98.
21. Kienast, T. Stoffers, J. Bempohl, F. Lieb, K. (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280-286.
22. Ferrer, M. (2013). *Trastorno Límite de Personalidad: Diferentes manifestaciones de un mismo trastorno*. Tesis de Grado. Universitat Autònoma de Barcelona.
23. Vera-Varela, C. Giner, L. Baca-García E. Barrigón, M. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1):1-6
24. Hong V. Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Harv Rev Psychiatry*. 2016 Sep-Oct;24(5):357-66.
25. Soler, J. Domínguez-Clavéa, E. García-Rizo, C. Vegac, D. Elices, M. Martín-Blanco, A. Feliu-Soler, A. Carmona, C. Pascua, J. Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y de Salud Mental (Barcelona)*. 2016;9(4):195-202.
26. Carranza Almansa, I. Tratamiento de un caso de trastorno límite de la personalidad en una comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2002 Ene-Mar.81



**Guía elaborada por:**

**Med. Cesar Li Amenero**

**Med. Mirko Osnayo Karlovich**