USJ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

José Manuel Granada López

Villanueva de Gállego, 2018

EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD



TESIS DOCTORAL

EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

José Manuel Granada López

2018

Villanueva de Gállego Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

universidad SANJORGE GRUPO SANVALERO

TESIS DOCTORAL

EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

José Manuel Granada López

2018

Villanueva de Gállego, Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

DIRECTOR Y TUTOR:
Sergio Moreno González

CODIRECTORES:
Vicente Rubio Larrosa
Raúl Juárez Vela

Yo que curo al alcohol con mis heridas,
que nunca aprendí a ser feliz más allá de mí misma,
que me resulta imposible mirar a otros ojos
más de tres segundos porque me aterra ser descubierta,
que no sé mentir pero desconozco cuándo digo la verdad,
que echo de menos mi futuro, y así con todo,
que soy tan minúscula como el punto de una i y
prescindible como una exclamación de apertura,
que te quiero más pero siempre después de ti.

Elvira Sastre (Baluarte)

Las personas catalogadas del "límite" sufren una clínica compleja. Probablemente la que menos cabida tiene en la organización asistencial actual. Se trata de sujetos que, en muchos casos, no parecen encajar en ninguna parte, porque o bien se incluyen en los "criterios de exclusión" de los dispositivos o bien son expulsados cuando "quebrantan las normas".

Laura Martín y Fernando Colina (Manual de Psicopatología)

Agradecimientos

A Vicente Rubio, director de tesis, profesor, compañero, amigo, imprescindible en mi vida.

A Sergio Moreno y Raúl Juárez, por su trabajo como directores de tesis, por su amistad.

A Miguel y Víctor, mis chicos, a los que quiero infinito.

A Mercedes, Manuel, Sara y Alberto, por su apoyo incondicional, por formar una familia genial.

Al resto de la familia, tíos, primos, sobrinos, cuñado, ¡tantos y tan buenos!

A mis compañeras y compañeros de la salud mental, del Hospital Ntra. Sra. de Gracia, especialmente a Miriam, Ana, María José y César.

A mis compañeras y compañeros del Departamento de Sanidad, de la Universidad de Zaragoza, de la Universidad San Jorge, del Centro de Día de Movera, de la Unidad Docente de Enfermería Especialista en Salud Mental.

A personas de las que tanto aprendo como Armando Colomer, Ana Rivases, Manolo García Encabo, Michael Nash, Diego Marro, Paco Martínez Granados y Manuel Machuca.

A Fernando Sabirón por un café con larga conversación.

A mis amigas y amigos de San Martín, Racing, Los Olivos, Cuadrilla del Cubo, Grupo de Lectura, Padel a las 7, Quedada el viernes, Asociación San Martín Mudéjar, Tendido 7, ...

A Fernando Jiménez Mazo y al grupo que formó.

A Helena, Silvia, Chus, Belén.

A Javi y Alberto, con los que volvería a subir al Posets.

A Ángela, a Pili con amor.

A las y los participantes en este estudio, por su ayuda y sus enseñanzas, al resto de personas a las que he intentado atender y cuidar en mi trabajo.

ABREVIATURAS

Abreviatura	*Significado*
16-PF	16 Personality Factors
APA	American Psychiatric Association
BIS	Barrat Impulsiveness Scale
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition.
DSM-IV-TR	DSM-IV, versión revisada
DSPD	Dangerous and severe personality disorder
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado
EEG	Electroencefalograma
GPC	Guía de Práctica Clínica
HAS	Hamilton Anxiety Scale
IPDE	International Personality Disorder Examination
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
ISSPD	International Society for Study of Personality Disorders
MADRS	Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale
MCMI-III	Millon Clinical Multiaxial Inventory-III
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIT	Programa Individualizado de Tratamiento
PRM	Problemas Relacionados con los Medicamentos
SASS	Social Adaptation Self-evaluation Scale
STEPPS	Systems training for emotional predictability and problem solving
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
TP	Trastorno de la Personalidad
TUS	Trastorno por Uso de Sustancias
UTP	Unidad de Trastornos de la Personalidad

PRESENTACIÓN

Los medicamentos no curan el trastorno límite de la personalidad (TLP), en determinados casos pueden ayudar sobre alguno de los múltiples síntomas que manifiestan los pacientes, como ansiedad, impulsividad y ánimo deprimido o inestable. Con frecuencia las pautas de tratamiento que mantienen, de manera irregular, durante largo tiempo las personas con TLP, incluyen varios psicofármacos, muchos más de los indicados en la bibliografía, o en las guías de práctica clínica, con dudas sobre su necesidad y eficacia (1).

Desde la propia experiencia profesional en este ámbito y con la finalidad de diseñar un estudio orientado a esta práctica y a la restitución de la información obtenida a los pacientes y a los profesionales, se diseñó y realizó esta tesis sobre la narrativa de personas con TLP acerca de la propia experiencia farmacoterapéutica y asuntos relacionados con la evolución de su trastorno, sus terapéuticas y la relación con los profesionales.

Se consideró como más apropiada la metodología cualitativa complementándose con los datos descriptivos cuantitativos que permiten un acercamiento fiable a la realidad de las personas que son atendidas en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 17
2. MARCO TEÓRICO 20
2.1 Personalidad 20
2.2 Trastornos de la personalidad 24
2.3 Trastorno límite de la personalidad 28
2.3.1 Definición 28
2.3.2 Etiología 31
2.3.3 Diagnóstico 34
2.3.4 Clínica 38
2.3.5 Curso y pronóstico. 42
2.3.6 Epidemiología. 45
2.3.7 Familia y entorno. 47
2.3.8 Estigma. 50
2.4 Abordajes terapéuticos. 52
2.5 La relación terapéutica y sus dificultades en personas con TLP. 60
2.6 Abordajes combinados. 62
2.7 Tratamientos psicofarmacológicos. 63
2.8 Experiencia farmacoterapéutica. 69
2.9 Problemas relacionados con los medicamentos. 71
2.10 Unidad de Trastornos de la Personalidad. 73
3. JUSTIFICACIÓN. 78
4. ANTECEDENTES. 81
5. OBJETIVOS 83
6. METODOLOGÍA 84
6.1 Método y tipo de estudio realizado. 84
6.2 Período y lugar donde se desarrolla la investigación 86
6.3 Universo y Muestra. 87
6.4 Descripción de las variables del estudio. 90

6.5 Procedimientos. 93
6.6 Métodos de recolección y análisis de la información. 94
6.7 Aspectos éticos. 103
6.8 Limitaciones del estudio. 105
7. RESULTADOS 107
7.1 Datos sociodemográficos 107
7.1.1 Edad 107
7.1.2 Sexo 107
7.1.3 Lugar de nacimiento 108
7.1.4 Estado civil 108
7.1.5 Número de hijos 109
7.1.6 Tipo de convivencia 109
7.1.7 Nivel de estudios 110
7.1.8 Profesión 110
7.1.9 Situación laboral 111
7.2 Datos biográficos y clínicos informados por el paciente 112
7.2.1 Datos de escolarización 112
7.2.2 Inteligencia 112
7.2.3 Nivel socioeconómico 113
7.2.4 Problemas legales 114
7.2.5 Creencias religiosas 114
7.2.6 Antecedentes familiares 115
7.2.7 Hermanos 116
7.2.8 Padres 117
7.2.9 Infancia 118
7.2.10 Antecedentes personales de problemas en el desarrollo 120
7.2.11 Evolución clínica 122
7.2.12 Consumo de sustancias 124
7.2.13 Ideación suicida y autolesiones 125
7.2.14 Sexualidad y relaciones de pareja 126
7.2.15 Dinámica existencial, autoconcepto y autoimagen. 128

7.2.16 Terapias y tratamientos. 132
7.3 Datos psicométricos. 136
7.4 Datos sobre su tratamiento psicofarmacológico al ingreso. 140
7.5 Datos obtenidos en entrevistas. 143
8. DISCUSIÓN. 201
9. CONCLUSIONES Y APLICACIÓN PRÁCTICA. 222
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 224
11. ANEXOS 263

INDICE DE TABLAS

Número	*Descripción*	*Página*
Tabla 1	Diferencias en diagnóstico TLP de CIE y DSM	35
Tabla 2	DSM-IV Trastorno límite de la personalidad	36
Tabla 3	Ejemplos de usos off–label habituales en Psiquiatría	63
Tabla 4	Clasificación de Problemas Relacionados con Medicamentos	72
Tabla 5	Datos sociodemográficos	90
Tabla 6	Datos biográficos y clínicos informados por el paciente	90
Tabla 7	Datos psicométricos	92
Tabla 8	Tratamientos farmacológicos.	92
Tabla 9	Datos sociodemográficos. Edad.	107
Tabla 10	Datos sociodemográficos. Sexo.	107
Tabla 11	Datos sociodemográficos. Lugar de nacimiento.	108
Tabla 12	Datos sociodemográficos. Estado civil.	108
Tabla 13	Datos sociodemográficos. Número de hijos.	109
Tabla 14	Datos sociodemográficos. Tipo de convivencia.	109
Tabla 15	Datos sociodemográficos. Nivel de estudios.	110
Tabla 16	Datos sociodemográficos. Profesión.	110
Tabla 17	Datos sociodemográficos. Situación laboral.	111
Tabla 18	Datos biográficos y clínicos. Datos de escolarización.	112
Tabla 19	Datos biográficos y clínicos. Cómo considera su inteligencia.	112
Tabla 20	Datos biográficos y clínicos. Cómo considera su nivel socioeconómico.	113
Tabla 21	Datos biográficos y clínicos. Cómo considera su nivel socioeconómico respecto al de su familia de origen.	113
Tabla 22	Datos biográficos y clínicos. Problemas con la justicia.	114
Tabla 23	Datos biográficos y clínicos. Creencias religiosas.	114

Tabla 24	Datos biográficos y clínicos. Antecedentes familiares.	115
Tabla 25	Datos biográficos y clínicos. Familiar con antecedentes.	116
Tabla 26	Datos biográficos y clínicos. Número de hermanos.	116
Tabla 27	Datos biográficos y clínicos. Trato respecto a sus hermanos.	116
Tabla 28	Datos biográficos y clínicos. Valoración de su madre.	117
Tabla 29	Datos biográficos y clínicos. Valoración de su padre.	117
Tabla 30	Datos biográficos y clínicos. Valoración de ambos.	117
Tabla 31	Datos biográficos y clínicos. Comunicación con padres.	118
Tabla 32	Datos biográficos y clínicos. Infancia feliz.	119
Tabla 33	Datos biográficos y clínicos. Ha hecho lo que ha querido.	119
Tabla 34	Datos biográficos y clínicos. Ha sido sobreprotegido.	119
Tabla 35	Datos biográficos y clínicos. Reprimían malas acciones.	120
Tabla 36	Datos biográficos y clínicos. Parto problemático.	120
Tabla 37	Datos biográficos y clínicos. Problemas antes de los 14 años.	120
Tabla 38	Datos biográficos y clínicos. EEG de niño.	121
Tabla 39	Datos biográficos y clínicos. Problemas con la alimentación.	121
Tabla 40	Datos biográficos y clínicos. Excesivamente movido.	121
Tabla 41	Datos biográficos y clínicos. Edad de inicio de tratamiento.	122
Tabla 42	Datos biográficos y clínicos. Profesional con el que inició tratamiento.	122
Tabla 43	Datos biográficos y clínicos. Evolución tras los 35 años.	123
Tabla 44	Datos biográficos y clínicos. Diagnósticos recibidos.	123
Tabla 45	Datos biográficos y clínicos. Psicofármacos no prescritos.	124
Tabla 46	Datos biográficos y clínicos. Fumador.	124
Tabla 47	Datos biográficos y clínicos. Consumo de tabaco diario.	124
Tabla 48	Datos biográficos y clínicos. Consumo de alcohol y drogas.	124
Tabla 49	Datos biográficos y clínicos. ideas de suicidio.	125

Tabla 50	Datos biográficos y clínicos. Tentativas autolíticas.	125
Tabla 51	Datos biográficos y clínicos. Autolesiones.	126
Tabla 52	Datos biográficos y clínicos. Valoración de vida sexual.	126
Tabla 53	Datos biográficos y clínicos. Número de parejas no estables.	126
Tabla 54	Datos biográficos y clínicos. Número de parejas estables.	127
Tabla 55	Datos biográficos y clínicos. Relaciones homosexuales.	127
Tabla 56	Datos biográficos y clínicos. Orientación sexual.	127
Tabla 57	Datos biográficos y clínicos. Abusos sexuales.	128
Tabla 58	Datos biográficos y clínicos. Valoración en la convivencia.	128
Tabla 59	Datos biográficos y clínicos. Valoración en el ámbito existencial.	129
Tabla 60	Datos biográficos y clínicos. Emocionalmente inestable.	129
Tabla 61	Datos biográficos y clínicos. Indeciso.	129
Tabla 62	Datos biográficos y clínicos. Toma decisiones.	130
Tabla 63	Datos biográficos y clínicos. Valoración de sus decisiones.	130
Tabla 64	Datos biográficos y clínicos. Manipulación.	130
Tabla 65	Datos biográficos y clínicos. Se complica la vida.	130
Tabla 66	Datos biográficos y clínicos. Valoración personal.	131
Tabla 67	Datos biográficos y clínicos. Complejos.	131
Tabla 68	Datos biográficos y clínicos. Problemas con la imagen corporal.	131
Tabla 69	Datos biográficos y clínicos. Cirugía estética.	132
Tabla 70	Datos biográficos y clínicos. Número de profesionales.	132
Tabla 71	Datos biográficos y clínicos. Hospitalizaciones previas.	132
Tabla 72	Datos biográficos y clínicos. Período asintomático.	133
Tabla 73	Datos biográficos y clínicos. Tratamientos no farmacológicos.	134
Tabla 74	Datos biográficos y clínicos. Tratamientos farmacológicos.	134
Tabla 75	Datos psicométricos. IPDE.	136

Tabla 76	Datos psicométricos. Cuestionario Salamanca.	137
Tabla 77	Datos psicométricos. Cuestionario Hamilton Ansiedad - HAS.	138
Tabla 78	Datos psicométricos. Cuestionario Depresión - MADRS.	138
Tabla 79	Datos psicométricos. Cuestionario adaptación social - SASS.	138
Tabla 80	Datos psicométricos. Cuestionario Barrat de Impulsividad - BIT.	139
Tabla 81	Datos psicométricos. Tratamiento ingreso vs alta.	140
Tabla 82	Número de psicofármacos por paciente.	141
Tabla 83	Pacientes con psicofármacos por grupo.	141
Tabla 84	Pacientes con psicofármacos por principio activo.	142

INDICE DE IMÁGENES

Número	*Descripción*	*Página*
Imagen 1	Do Not Do Recommendation. Drug treatment.	64
Imagen 2	Do Not Do Recommendation. Antipsychotic Drugs.	65
Imagen 3	Datos biográficos y clínicos. Antecedentes familiares.	115
Imagen 4	Datos psicométricos. IPDE.	136
Imagen 5	Datos psicométricos. Cuestionario Salamanca.	137

ANEXOS

Número	*Descripción*	*Página*
Anexo I	Recursos en internet para ayuda y soporte a los cuidadores de personas con TLP.	264
Anexo II	Entrevista semiestructurada.	265
Anexo III	Hoja informativa.	268
Anexo IV	Consentimiento informado.	269
Anexo V	Cuestionario UTP	270
Anexo VI	Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón. Información requerida y respuesta.	279
Anexo VII	Antecedentes en familiares de trastorno mental grave.	280
Anexo VIII	Diagnósticos recibidos por los paciente.	281
Anexo IX	Respuestas dadas a la pregunta de si tiene algún complejo físico.	284
Anexo X	Pautas de tratamiento psicofarmacológico.	285

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad es una de las patologías psiquiátricas que más dificultades ocasiona en su definición y conceptualización (2) y, por tanto, a la hora de orientar su abordaje terapéutico.

Se puede afirmar que al hablar de los trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno límite, existen diferentes conceptualizaciones, lo que influye en la realización de un correcto diagnóstico, con dificultades de diagnóstico diferencial (3), lo que no ha ayudado a establecer unos abordajes adecuados, que pudieran estar contrastados (4).

El problema generado por estos trastornos tiene hoy en día mayor visualización, la bibliografía e investigación no dejan de aumentar y esto trasciende a las organizaciones sanitarias. Aun así, en nuestro entorno la investigación en trastornos de la personalidad es muy incipiente, destacando la ausencia de estudios de interés en algunos aspectos concretos como etiología, tratamientos psicofarmacológicos, diagnóstico, conductas autolesivas y suicidas, entre otros (5). Pero una vez conocido el problema, se está en la fase de establecer respuestas terapéuticas adecuadas, y aquí aparece la encrucijada referida, no hay líneas de actuación claras, pudiendo ser, en ocasiones, contradictorias como el amplio uso de tratamientos psicofarmacológicos, no recomendados en las guías de práctica clínica, en detrimento de los psicoterápicos, apoyados por la evidencia (6), o la dificultad de implementar programas específicos en los servicios de salud mental a pesar de haberse demostrado su utilidad (7), o cómo seleccionar los pacientes que puedan beneficiarse de programas altamente especializados (8).

A la patología que muestra una clínica con inestabilidad en emociones, con impulsividad, respondemos con indefiniciones, con mensajes contradictorios desde el ámbito científico (9), lo que indica que hay un largo camino investigador por recorrer y que, probablemente, deba albergar propuestas diferentes o alternativas a las utilizadas hasta la fecha, que no han aportado lo suficiente, y que se han diseñado de forma semejante a otras áreas de la patología médica o psiquiátrica.

Por ello cabría cuestionarse si el uso de metodologías, que en otros ámbitos ofrecen resultados positivos, puede extrapolarse a la investigación en trastornos de la personalidad, es por esto que la presente propuesta se sitúa en la emergente investigación que incluye el método cualitativo (10)(11).

Investigación cualitativa que exige del investigador una posición reflexiva y crítica, con la bibliografía existente relacionada con los objetivos formulados, no debe ser una búsqueda y transcripción al uso de la investigación cuantitativa sino que exige mayor esfuerzo, para ese análisis crítico del conocimiento. La revisión de la bibliografía debe producir ideas que en el transcurso de la investigación generen conocimiento aplicable a su finalización (12).

El aumento de la visibilidad de estos trastornos es una situación a priori positiva, si trasciende al conocimiento popular la realidad de que hay un número importante de personas que sufre unos trastornos denominados de la personalidad (13), parece que favorecerá el desarrollo de políticas asistenciales, preventivas, en torno al problema. Pero, como ya se conoce en el ámbito de la salud mental, este paso a la sociedad puede verse ensombrecido por la estigmatización, la atribución de ideas prejuiciosas a las personas en función de su identificación con el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Así, se ha asistido a la tipificación de los pacientes con estos trastornos no sólo con sus síntomas o disfunciones, sino con otros calificativos (manipuladores, peligrosos, caprichosos, etc.) que trascienden más allá del ámbito sanitario. La lucha contra el estigma es lenta, difícil y debe abarcar muchos ámbitos; desde la investigación se puede contribuir a ello situando la realidad de las personas con trastorno de la personalidad, separando lo clínico de las actitudes y los prejuicios, y proponiendo alternativas terapéuticas (14).

El objetivo terapéutico no debe encaminarse a la resolución de síntomas o a que la persona alcance un funcionamiento normal, sino a la aceptación de sus peculiaridades y dificultades, y con ellas conseguir la máxima adaptación a su medio, a las personas que le rodean, disminuyendo su malestar (15).

Por otro lado, la metodología cualitativa especialmente, pero cualquier tipo de investigación, parte en numerosas ocasiones de la experiencia propia, de la búsqueda de respuestas a las dificultades, a los problemas o a las incertidumbre vividas en el trabajo asistencial con personas que sufren TLP. Es por ello que el planteamiento de la presente investigación ha incluído una serie de objetivos específicos, pero con la premisa de que los hallazgos, caso de producirse, deberán ser de aplicabilidad práctica en el desempeño terapéutico, es decir que se trata de una investigación que nace para la mejora de las propuestas terapéuticas para pacientes con TLP (16).

Y, ahondando en el argumento anterior, la metodología de investigación de este estudio debe permitir la respuesta a las interrogantes planteadas, pero también es frecuente que el estudio cualitativo de la narrativa de pacientes abra nuevas vías para investigar, y que todo ello redunde en la mejora de la práctica asistencial y terapéutica con personas que padecen trastorno límite de la personalidad (17).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Personalidad

Hablar de la personalidad exige un largo recorrido desde los primeros conceptos hipocráticos sobre los temperamentos, en la conducta, y su correlación con los humores, en el cuerpo (etimológicamente deriva de la palabra griega *prosopon*, que definía a la máscara utilizada en teatro), hasta las conceptualizaciones modernas, pasando por Freud, Rogers, Allport, Cattel, Eysenk, Millon, etc. (18).

Numerosos teóricos han tratado de definir y estudiar la personalidad, así, se han ido estructurando los diversos paradigmas de la personalidad. Esto también se ha acompañado de diferentes esfuerzos por evaluar, medir e interpretar la personalidad humana. Y, consecuentemente, se han explorado distintas estrategias para modificar o tratar las alteraciones de ésta, entendidas como aquellas que exceden de los parámetros que se han establecido como *normales* (19).

Conviene citar alguna de estas teorías, así Freud estableció que la personalidad resulta de la dinámica entre tres estructuras que aparecen durante el desarrollo de la persona. El ello, desde el nacimiento, inconsciente y que busca la satisfacción de los deseos, lo instintivo. El yo, entre lo consciente y lo preconsciente, pretende la satisfacción de lo que el ello desea en el entorno pero modulando esto por el razonamiento, actúa bajo el principio de realidad. Y la tercera estructura, el superyó, garante de la moralidad y de lo aceptable socialmente. Freud planteó que ésta se desarrolla conforme se abordan y superan una serie de etapas desde el nacimiento, en el que juega un papel fundamental la dinámica entre libido y satisfacción del deseo, estas fases son: la oral, anal, fálica, latencia y genital. Bajo esta dinámica describió los mecanismos de defensa, como modos de reacción del individuo a las demandas de su inconsciente. Estos mecanismos son universales, aparecen evolutivamente en la vida del sujeto, adaptándose y sofisticándose en función de esta evolución y la relación con el entorno. Así pues, Freud situó la personalidad en el yo del individuo, teniendo en

cuenta la relación dinámica con el ello y superyó, y las características definitorias de esta personalidad se determinarían según las fijaciones establecidas en las diferentes etapas evolutivas descritas en su modelo (20).

Según esta teoría se han desarrollado instrumentos para la evaluación de la personalidad, entre los que destacan el test proyectivo de las manchas de tinta de Rorschach o el TAT (Test de Apercepción Temática) (21).

Posteriormente, Rogers (22) y Allport (23), entre otros, desarrollaron la teoría fenomenológica de la personalidad. Esta considera a la persona como responsable de sus acciones y de sus consecuencias, bajo una motivación positiva va evolucionando en la vida, alcanzando niveles superiores en su funcionamiento. Para Rogers la persona nace con una serie de capacidades que debe desarrollar mediante la adquisición de habilidades, con esa tendencia a la realización, a alcanzar logros. Allport da importancia a los factores individuales en la configuración de la personalidad, en la autonomía de la motivación de cada persona. Bajo esta teoría se construyeron distintas herramientas para la valoración de la personalidad, pero se prefería el estudio de caso, la entrevista no estructurada.

Uno de los autores más representativos de la teoría de los rasgos es Catell (24). Por rasgos se entienden las características particulares de cada persona que, en su conjunto, definen su personalidad. Este autor estableció la siguiente agrupación de los rasgos de la personalidad: comunes - únicos, superficiales - profundos, constitucionales -ambientales, dinámicos - temperamentales.

Eysenk describió la personalidad como la organización estable de carácter, temperamento, inteligencia y físico de cada individuo. También definió los rasgos de la personalidad en díadas opuestas: introversión-extraversión, neuroticismo-estabilidad, psicoticismo-realismo. De este grupo parte herramientas como el 16-PF de Catell y el MMPI, de amplio uso en la actualidad. La teoría conductual de la personalidad, con Skinner como autor representativo, partía de la premisa de que la persona desde que nace es moldeada por el ambiente, en un proceso continuo de aprendizaje, de

interacción con el medio que rodea al individuo y con una serie de estímulos que pueden reforzar la conducta, formando una serie de lazos estímulo-respuesta (25).

Desde la teoría cognitiva de la personalidad, Bandura formuló la personalidad como una interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente, lo que permitía que la conducta de las personas se orientase hacia metas. Además, según sus planteamientos, los individuos se deben regular mediante su libertad y capacidad de cambio (26).

Hoy se utiliza con frecuencia la díada temperamento y carácter, que describiría mediante su suma la personalidad de un sujeto. Temperamento hace referencia a las características biológicas que determinan la conducta del individuo como respuesta a estímulos. Esta determinación biológica, que acompaña al ser humano desde su nacimiento, se va modulando por la interacción constante con el medio que le rodea, con el entorno social (27). De esta manera se va conformando el carácter. Por tanto, éste queda definido como un conjunto de peculiaridades que se estructuran durante el desarrollo del sujeto, a través de mecanismos socioculturales adquiridos, valores, objetivos, metas, creencias y estrategias para el afrontamiento, utilizando para ello procesos cognitivos superiores como la lógica y la abstracción, entre otros (28).

Cloninger aporta un modelo integrador de la personalidad en el que se suman la base biológica de la personalidad junto a la experiencia y el aprendizaje sociocultural. Intenta, mediante su propuesta, superar esa dicotomía entre lo biológico y lo atribuible al entorno y, a un mismo tiempo, superar otra dicotomía entre lo categorial y lo dimensional, importante para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la personalidad. En su modelo propone cuatro dimensiones temperamentales: búsqueda de novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia, y tres dimensiones de carácter: autodirección, cooperación y auto-trascendencia (29).

Siguiendo el paradigma integrador de la personalidad de Cloninger, Millon incluye aspectos cognitivos, conductuales y biológicos, además de los derivados de la interacción con los demás, es decir, la personalidad como resultado de variables psicológicas, biológicas y sociales. Toma también elementos psicodinámicos como los

mecanismos de defensa, y las representaciones objetales entre otros. Este autor, bajo esa perspectiva integradora, elaboró el MCMI-III (Inventario Multiaxial Clínico de Millon) (30).

Para el profesor Seva (31) “la personalidad es un concepto globalizador de todo lo que constituye el ser humano (estructuras orgánicas, temperamentales y caracteriológicas), definido en cada momento y lugar de su existencia, por unas coordenadas sincrónicas o transversales y por otras diacrónicas o transhistóricas y biográficas."

2.2 Trastornos de la personalidad

No hace tanto tiempo que se comienza a reflejar en la bibliografía esta patología 'fronteriza' , que no se ajustaba a los trastornos ya descritos en la nosología clásica, y que planteaban ante todo una gran dificultad para el tratamientos, para el abordaje dinámico. Es Kernberg el que expuso una organización de la personalidad límite, con una estructura psíquica propia y característica y no solo por su situación entre la neurosis y la psicosis (32).

En la actualidad se ha producido el fenómeno de un gran interés científico y clínico por estos trastornos anteriormente 'marginados' de la práctica asistencial y de la investigación, así, en nuestro país entre 2010 y 2015 hubo 80 publicaciones sobre el TLP, número escaso y la mayoría en revistas de escasa presencia a nivel internacional (5). Este creciente interés puede deberse a la necesidad de responder a la realidad clínica actual, a la presencia creciente de sintomatología de la esfera de la personalidad. La fenomenología clínica es permeable al entorno sociocultural, en cada momento histórico, que hace que los pacientes actualmente presenten unas manifestaciones clínicas *contemporáneas*, por así decirlo (33).

Esta incorporación de los trastornos de la personalidad a la literatura científica y, por tanto, a la praxis clínica, camina de la mano de la evolución de las nosologías psiquiátricas. Así, la clasificación DSM de trastornos mentales es desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría, se publica bajo el nombre de Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-I en 1952, se revisa posteriormente en 1968 y se publica el DSM-II que incluye trastornos de personalidad, como respuesta a aquellas manifestaciones psicopatológicas que no encajaban adecuadamente ni en el ámbito de los trastornos psicóticos ni en el de los neuróticos. Hace más de 30 años, en 1980, que la clasificación DSM-III, dentro de su Eje II, clasificó los trastornos de la personalidad mediante un sistema de *cluster* en el que se alojaban categorías individuales que, con demasiada frecuencia, superponían sus criterios, dificultado su utilización en algunas de ellas, o recurriendo a hablar de comorbilidad entre trastornos de la personalidad (34).

Se toma como referencia para el presente estudio la clasificación DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association (35), que habla de los trastornos de personalidad como un continuo de los rasgos de personalidad, estableciendo que cuando éstos son inflexibles, no favorecen la adaptación y causan dificultades significativas en la funcionalidad de la persona o gran malestar y estrés subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad. Tiene un inicio en la adolescencia y primera infancia, es estable a lo largo del tiempo y conduce a un deterioro. Los trastornos de la personalidad se tipifican en el Eje II de esta clasificación, y se agrupan en tres denominados *cluster* (como se ha indicado anteriormente) (36):

- *Cluster* A: personas retraídas, frías, suspicaces o irracionales.
    - Paranoide: personas suspicaces, poco confiadas, se ofenden con facilidad.
    - Esquizoide: poco interesados por los demás, no transmiten emociones, tendentes a ser solitarios, a no relacionarse con otros.
    - Esquizotípico: considerados como peculiares, extraños, poco dados a relacionarse, incómodos en situaciones sociales. Suspicaces, pueden presentar percepción o ideación inusual, discurso excéntrico y afectividad inapropiada.
- *Cluster* B: personas susceptibles, melodramáticas, con necesidad de ser el centro de atención, labilidad de ánimo y superficialidad, frecuentes conflictos con los demás.
    - Antisocial: conducta irresponsable desde la niñez, impulsividad, pueden cometer actos contra los demás, delitos, sin que haya un posterior remordimiento o arrepentimiento.
    - Límite: personas con gran impulsividad que les ocasiona problemas, afectividad inestable, en ocasiones ira intensa e inapropiada. Sensación

de vacío, grande esfuerzos para evitar abandonos, incertidumbre ante sí mismos, dificultad para mantener relaciones interpersonales estables.

- Histriónico: personas muy susceptibles, con gran necesidad de llamar la atención, egocéntricas y seductoras.

- Narcisista: personas con sensación de ser muy importantes, frecuente envidia, fantasía de éxitos, actitud prepotente, falta de empatía lo que les lleva a aprovecharse de los demás. Rechazan cualquier crítica y necesitan la admiración y el reconocimiento constantes.

- *Cluster* C: personas ansiosas, con gran tensión y estrés, con un control extremo.

  - Evitativo: personas tímidas, dudan relacionarse por temor a la crítica, vergüenza en mostrar emociones o temor a resultar inapropiado. Pocas relaciones interpersonales, y poco dados a abandonar rutinas.

  - Dependiente: personas que necesitan la aprobación de los demás, en tanto que ellas se inhiben en su responsabilidad, incluso anteponen a los demás por temor al abandono. Muy desamparados cuando termina una relación, gran afectación por las críticas, buscan agradar a los demás haciendo incluso tareas desagradables solo con esa finalidad.

  - Obsesivo-compulsivo: personas perfeccionistas, rígidas, con gran indecisión y escrupulosidad extrema, muy pendientes de pequeños detalles, los demás tienen que hacer las cosas a su manera. Poco dados a mostrar afectos o generosidad.

No especificado: categoría para aquellos trastornos de la personalidad que no cumplen criterios de las categorías anteriores o pertenecen a categorías no incluidas en la clasificación.

La clasificación de la OMS, CIE-10, mantiene el diagnóstico categorial, con los diagnósticos y sus criterios correspondientes casi coincidentes con las últimas revisiones de la clasificación americana DSM. Esto perpetúa el problema de

solapamiento diagnóstico, resuelto con el abuso del término comorbilidad, pero que no se traduce en una utilidad para el tratamiento de estos trastornos y además, no describe adecuadamente la complejidad clínica, la disfunción asociada y la gravedad de la sintomatología de las personas diagnosticadas.

Parece que La nueva clasificación CIE-11 puede orientarse a la sustitución de las categorías de los trastornos de la personalidad tal como las conocemos, incluyendo una gradación de gravedad, entre dificultades relacionadas con la personalidad y un grave trastorno de personalidad y cinco dominios o áreas de rasgos: afectividad negativa, disocial, desinhibida, anancástica y de desapego. Este planteamiento intentaría nuevas vías diagnósticas que permitan orientar mejor los tratamientos, ya que con las propuestas categoriales, manejadas desde hace décadas, apenas ha habido avances en tratamientos, más allá de ligeras evidencias para algunos modelos psicoterápicos. Esta propuesta se acerca al modelo alternativo, incipiente en la DSM-5 (37), más cercana a la investigación que ha tenido mejores aportaciones, la que se ha basado en rasgos de personalidad y en la funcionalidad de los sujetos. Así pues, la CIE-11 terminaría con el modelo categórico, que ha supuesto una gran dificultad para la investigación y la práctica clínica, y dará paso a un modelo más coherente con las dificultades de las personas que sufren problemas derivados de su personalidad (38).

2.3 Trastorno límite de la personalidad

2.3.1 Definición

Históricamente se ha situado, diferenciado claramente, entre las áreas globales freudianas de neurosis y psicosis, ya que los clínicos observaban cómo había población, que claramente no correspondía a una estructura psicótica, pero no que no permitía o no respondía adecuadamente al abordaje psicodinámico de las neurosis. Ya en esos momentos se describen síntomas de esta población "límite" como ira, depresión, ansiedad, dificultades con el manejo de la autoestima y con acontecimientos del entorno (39).

Kernberg a finales de los años 60 hace una aproximación, en este sentido, como una estructura límite, que se sitúa entre las clásicas neurótica y psicótica (32).

A partir de los 70 aparecen diversos planteamientos, unos más próximos a las estructuras psicóticas y otros como unas formas claramente fronterizas (40), aunque según otros postulados, como el de Tyrer, lo sitúan en los trastornos del estado de ánimo (41). Bien cerca del trastorno bipolar, explicado mediante la comorbilidad (42), o bien como una depresión atípica, con gran sensibilidad al rechazo de los demás y conductas autoconsoladoras como respuesta a la desregulación con ansiedad, irritabilidad y bajo estado de ánimo (42).

En este sentido, estudios sugieren que el TLP formaría una tercera unidad psiquiátrica, ligada a otras dos, la depresión y la manía, que forman una entidad nosológica que es el trastorno bipolar (43). Esta cercanía se argumenta por la superposición de abundante sintomatología y por la frecuencia de ambos diagnósticos presentes comórbidamente. Hasta el 20% de los pacientes con trastorno bipolar muestran comorbilidad con TLP (44).

Desde esos postulados iniciales que partían del psicoanálisis hasta su inclusión nítida como entidad nosológica en el DSM-III, en la década de los 80, una pléyade de autores, bajo diferentes paradigmas, han hecho aproximaciones a

esta psicopatología. Su propia denominación ('borderline', 'limítrofe', 'fronterizo', 'límite') habla de no estar en ninguna de las descripciones patológicas clásicas, con una colección heterogénea de síntomas bajo la misma denominación nosológica (45).

En la actualidad persiste la dificultad de situar en las clasificaciones nosológicas la colección heterogénea de síntomas que se suelen agrupar bajo el epígrafe de trastorno límite de la personalidad. La clasificación DSM-5, a pesar de trabajar una concepción dimensional de los trastornos de la personalidad (46), finalmente optó por mantener la clasificación categorial, en la misma línea que ediciones anteriores, manteniendo las mismas incertidumbres (47) y el abundante uso del término comorbilidad como reparador de los solapamientos diagnósticos (48).

El sistema de clasificación DSM, de la Asociación Americana de Psiquiatría, es la referencia a utilizar, junto a la clasificación de la OMS, CIE-10. En el sistema DSM se han descrito de una forma categorial los trastornos de la personalidad, desde la versión DSM-III hasta la actual DSM-5, con escasas modificaciones (únicamente el diagnóstico de trastorno de la personalidad pasivo-agresivo sale del *cluster* C de la DSM-III y queda junto a otros trastornos en los apéndices de temas por estudiar). La confluencia de las nosologías DSM y CIE, cercanas en la clasificación de los trastornos de la personalidad, son las de uso común en el mundo científico y asistencial, a pesar de, como se refleja en la bibliografía, las dificultades que presentan (49).

Si atendemos a la práctica asistencial y para acercarnos al grupo poblacional del presente estudio y su clínica, se puede tomar la definición que utiliza el NIMH (National Institute of Mental Health) que habla del trastorno límite de la personalidad como: "un trastorno mental grave, marcado por un patrón de inestabilidad en las emociones, el comportamiento, la autoimagen y la funcionalidad. Todo esto se puede manifestar con acciones impulsivas y relaciones inestables. Una persona con TLP puede experimentar intensos

episodios de ira, depresión y ansiedad que pueden durar de sólo unas horas a días. Algunas personas con TLP también tienen altas tasas de comorbilidad con trastornos mentales como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, junto con trastornos por uso de sustancias, autolesiones, ideación y tentativas suicidas" (50).

2.3.2 Etiología

Desde hace pocas décadas, en que cobró interés el estudio de los trastornos de la personalidad, especialmente el cuadro descrito como límite, se relacionó su aparición con la presencia de experiencias traumáticas en la infancia, sucesos en forma de maltrato físico, sexual, psicológico o negligencia en su cuidado (45). Aunque diferentes estudios no han asegurado la causalidad directa entre el trauma infantil y la patología límite (51).

En esta línea de explorar eventos en la infancia, o estilos de crianza, la teoría del apego es un modelo biopsicosocial que explica la forma de relacionarse con las personas cercanas, padres, hijos, pareja. Estas formas de relación se aprenden durante la primera infancia y moldean las relaciones íntimas posteriores. Un adulto que ha desarrollado desde su infancia un correcto apego a las figuras parentales será capaz de adaptarse a las diferentes exigencias sociales y mantener un equilibrio adecuado entre la autorregulación y la regulación interpersonal del estrés. Los estilos inseguros de apego con los adultos: ansioso (individuos hipersensibles al rechazo, muestran conducta impulsiva y búsqueda de atención); evitativo (los individuos son poco proclives a las interacciones sociales, y están socialmente aislados); desorganizado (los individuos no funcionan adecuadamente en situaciones estresantes, sufriendo así desregulación afectiva). Bajo estas teorías del apego se han desarrollado diversas modalidades de psicoterapia: psicoterapia basada en la mentalización, psicoterapia centrada en la transferencia y terapia focalizada en esquemas (52).

Tampoco la aparición de sintomatología en la adolescencia, que podría sugerir un futuro trastorno de la personalidad, quiere decir que estos síntomas se vayan a consolidar en la edad adulta constituyendo un verdadero diagnóstico de TP. Así, estos síntomas en la adolescencia no tienen un exacto valor predictivo, se puede observar el concepto tomado de la clínica sistémica: el chivo expiatorio, como rol asociado al niño que alivia o da salida a las tensiones entre padres, equilibra el conflicto entre padres y si él mejora, éstos empeoran,

pero se trata de un fenómeno circunscrito a esa etapa, sin que tenga que tener obligada continuidad en la edad adulta. También en la gestación de un TLP aparece el abuso sexual en la infancia, en algunos casos, que puede originar un funcionamiento borderline, con dependencia farmacológica y trastornos de la alimentación (53).

El modelo biopiscosocial es de amplia aceptación en salud mental, y su utilización como explicativo de la etiología de la patología psíquica, como un sumatorio de factores biológicos, psicológicos y sociales, puede utilizarse del mismo modo en el trastorno límite de la personalidad. Pero esto puede ocasionar un efecto negativo si se toma como una dicotomía entre los trastornos psiquiátricos considerados con una etiología más cercana a lo biológico, trastorno bipolar por ejemplo, frente al trastorno límite de la personalidad, cuyo origen se atribuye más a causas psicosociales, esto ha llegado a provocar la exclusión de estos últimos de los circuitos asistenciales en el pasado, siendo denostados y gozando de menor prestigio entre los profesionales (54).

Diversos estudios sobre alteraciones biológicas en personas con TLP buscan su correlato en la clínica, en los síntomas que presentan, fundamentalmente impulsividad, irritabilidad, inestabilidad emocional, y también en la identificación de mejores tratamientos, biomarcadores y factores genéticos y epigenéticos, en esta línea los estudios de Stanley y Siever en 2010 con su modelo de función neuropeptídica(55), o los que vinculan los traumas y estresores sociales a cambios en áreas cerebrales por mecanismos epigenéticos y de neuroplasticidad (56). Hay un terreno importante por explorar, en torno a la correlación de rasgos de los trastornos de la personalidad que afectan a la adaptación social y a la funcionalidad con cambios en neurocircuitos específicos y su reflejo en genes específicos. Esto también ayudará a la conceptualización de los TP y al desarrollo de intervenciones biológicas más orientadas y específicas (57), ya que recientes estudios sobre genética hablan de superposición etiológica con otros cuadros como psicosis y trastorno bipolar,

toda vez que la clínica en algunos casos se superpone, pero en otros parece ser específica de los trastornos de la personalidad, habrá que esperar nuevos estudios que aporten información en este sentido, que podría clarificar la orientación de los modelos de clasificación diagnóstica actuales (44).

La epigenética, que estudia las interacciones entre fenotipo y genotipo, está siendo investigada como modelo explicativo de la aparición de trastornos conductuales y de la personalidad, aunque están en fases todavía muy iniciales. Así, se unirían las experiencias traumáticas, los modelos de crianza, el apego y el vínculo, y otros factores psicosociales, como modeladores de patrones epigenéticos patológicos, y en esta línea estarían los desarrollos de terapéuticas biológicas y psicológicas como respuestas dirigidas (58).

La suma de factores biológicos, psicológicos y sociales, parece ser el modelo explicativo aceptado, ante la falta de conclusiones más evidentes. Así Bateman y Fonagy proponen que el origen del TLP está en la falta de habilidades de mentalización (interpretación que se hace de las acciones de uno mismo y de las de los demás, a partir de estados mentales intencionales como deseos, emociones, necesidades…), como consecuencia de traumas en infancia. Esto generaría individuos vulnerables al desarrollo de un trastorno límite (59).

2.3.3 Diagnóstico

El modelo de clasificación DSM ha caminado en paralelo con la desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, la CIE, que en sus sucesivas revisiones ha ido aproximando su planteamiento, en cuanto a los trastornos de la personalidad, a la clasificación americana. Su presente versión, la CIE-10, se solapa con la DSM-IV y posteriores revisiones y con la actual DSM-5, aunque la próxima revisión, CIE-11, es posible que tome otros derroteros más esperanzadores tanto para la práctica clínica como para la investigación (38).

En cuanto al diagnóstico existe gran controversia, máxime cuando la falta de consenso o de criterios universalmente aceptados pasan al terreno judicial o forense, en el que hay experiencias como el etiquetado como DSPD, *grave y peligroso*, tremendamente controvertido y polémico, con el único resultado positivo de poner de manifiesto las dificultades en el abordaje de personas con trastorno de la personalidad grave, que muestra agresividad, cometen delitos y sobrepasan el ámbito sanitario. Pero que ha resultado negativo en otros asuntos, enfrentando a los profesionales de la salud con los de la justicia. Con lo que se evidencia lo serio y complejo del diagnóstico y de su etiquetado (60).

Más allá, Proctor sugiere que la etiqueta diagnóstica TLP se cruza con expectativas culturales y morales y se muestra discriminatoria para las mujeres, debido a que se asocia con fuerza el diagnóstico a las mujeres, mientras que, con clínica similar, los hombres se catalogan como antisociales (61). En esta línea, con frecuencia los clínicos tiende a aplicar estereotipos sobre la apariencia y conducta de la mujer, su supuesta vulnerabilidad biológica en forma de disregulación emocional como elemento fundamentalmente femenino y la figura materna que no ejerce adecuadamente su rol relacionada con la aparición de TLP en sus hijas. Es por esto que se podrían confundir aspectos éticos o prejuiciosos relacionados con la naturaleza femenina y su relación con el TLP (62).

Las clasificaciones diagnósticas de uso habitual en la práctica asistencial de nuestro entorno, DSM-5 y CIE-10 utilizan una catalogación categorial, es decir un conjunto de rasgos definitorios de cada patología, y así describen los trastornos de la personalidad, sin embargo hay una importante corriente que reivindica la clasificación dimensional de los mismos, aportando variables como gravedad, o intensidad de los síntomas, observando los trastornos de la personalidad como un continuum, con fluctuaciones en cada persona y no como entidades categóricas que están o no presentes (63).

Los modelos diagnósticos dimensionales reflejan bien la realidad, pero los clínicos siguen prefiriendo los modelos categoriales, la investigación presente mayoritariamente se articula con ellos, aunque es previsible que nuevas clasificaciones con un modelo dimensional contribuyan a dinamizar los estudios y la asistencia (64).

En la práctica habitual los profesionales utilizan ampliamente las clasificaciones de la APA y de la OMS que, si bien comparten la mayoría de los criterios diagnósticos, tienen diferencias que han dificultado en ocasiones asuntos como la epidemiología, se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1. Diferencias en diagnóstico TLP de CIE y DSM.

CIE – 10 Trastorno de inestabilidad emocional.	DSM-IV-TR Trastorno límite de la personalidad
Incluye dos subtipos: • Impulsivo: Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros. • Límite (los criterios prácticamente son coincidentes con la clasificación DSM-IV-R)	En un contexto de estrés agudo pueden presentar ideación paranoide o síntomas disociativos graves. La inestabilidad en las relaciones interpersonales y los altibajos emocionales son básicos.

Para el presente estudio se utiliza la clasificación revisada de la DSM, la DSM-IV-TR, puesto que es la que utilizaban los clínicos para realizar el diagnóstico en los sujetos incluidos en el estudio, y porque su reciente revisión, la DSM-5, no aporta cambios significativos en el modelo clasificatorio categorial.

Así pues, la DSM-IV-TR plantea una definición del trastorno y los criterios que debe cumplir para realizar el diagnóstico (tabla 2).

Tabla 2. DSM-IV Trastorno límite de la personalidad.

DSM IV-TR

F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.
6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7) Sentimientos crónicos de vacío.
8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Para el diagnóstico clínico existen numerosas escalas, cuestionarios, test, mal denominados 'objetivos', que se refieren a inventarios de autoinforme o los que puntúa el paciente, entrevistas semiestructuradas y otros conocidos como pruebas proyectivas. Pero se utilicen unos u otros, se debe completar con la narrativa del paciente, su historia, la observación directa o información de otros profesionales, familiares y personas cercanas (65).

Hacer de la valoración, diagnóstico clínico y orientación terapéutica un proceso con dedicación de tiempo, con paciencia, facilitará el trabajo posterior, con mayor beneficio terapéutico y ahorro de tiempo (66).

Este tiempo de dedicación al diagnóstico del TLP resulta clave cuando los síntomas, especialmente los afectivos, la inestabilidad, no tienen la suficiente intensidad o duración en el tiempo que permita el diagnóstico diferencial con otros trastornos de la personalidad o de patologías del Eje I, como trastorno bipolar, disociativo, etc. (67).

Conviene, por último, señalar la importancia de no centrar la tarea asistencial en el diagnóstico, por el impacto que puede tener sobre la persona, máxime si hablamos del escaso aporte de las clasificaciones categoriales. Etiquetar con un diagnóstico tiene unos riesgos de estigmatización para la propia persona, para ésta en su red social y, no menos importante, entre los profesionales sanitarios. Por tanto, el diagnóstico debe ser más un elemento interno, dentro del proceso asistencial individual, al que se le debe restar valor para el individuo, y centrar el foco en sus dificultades y el abordaje que se puede hacer de ellas (68).

2.3.4 Clínica

Dentro de los trastornos de la personalidad, es el límite el que puede tener la calificación de enfermedad o trastorno mental grave, en función de la intensidad de sus síntomas, la discapacidad generada y la cronicidad del mismo (69).

Así pues, la clínica, los síntomas que se asocian a este trastorno, se ha definido detalladamente como criterios en la clasificación DSM-IV-TR, ya vistos anteriormente, si bien existe un trabajo orientado a su agrupación en torno a diferentes áreas para facilitar su asociación a determinadas terapéuticas, especialmente la farmacológica.

Entre estas áreas, la disregulación emocional es una de las principales características definitorias del TLP, junto con la impulsividad, ambas facilitarían la aparición de conductas y síntomas fuertemente asociados al trastorno como las tentativas y amenazas de suicidio, las autolesiones, las serias dificultades en las relaciones interpersonales, el consumo de sustancias y conductas de riesgo, entre otras conductas (51). Esta disregulación emocional constituye una dificultad para modificar o regular la experiencia, la conducta, la comunicación ante los estímulos emocionales (70)(71).

Conductas como la autolesión, como daño autoinflingido en el cuerpo sin aparente intención suicida (72), que aparecen ya en edades tempranas y son paradigmáticas del TLP, aproximadamente el 30% de los pacientes con TLP comienza a autolesionarse antes de los 12 años y otro 30% lo hace entre los 13 y los 17 años (73). Hasta el 80% de las mujeres que, con diagnóstico de TLP, se realizaban autolesiones, afirmaban tener baja percepción del dolor. Esta hipoalgesia en los momentos de práctica de estas conductas autolesivas, similares a la alcanzada en procesos meditativos, podrían explicarse por alteración de componentes afectivos, cognitivos y evaluativos ligados al dolor (74).

Esta conducta autolesiva, sin intención suicida, se está conviertiendo en un problema frecuente, de salud pública, con creciente presencia en grupos poblacionales diagnosticados y no diagnosticados de trastornos psíquicos, ingroduciéndose en el DSM-5 como una condición pendiente de más estudio, como respuesta a quienes solicitaban su inclusión como una entidad diagnóstica por sí misma (75).

Pero, fuera de las conductas autolesivas o de la amenaza suicida, sí es cierto que el suicidio consumado es de alta prevalencia en TLP, entre el 40% y el 65% de las personas que se suicidan cumplen los criterios de un trastorno de la personalidad, siendo el TLP el más comúnmente asociado. Eso hace que las intervenciones psicosociales sean imprescindibles en los casos graves de TLP, incluso cuando están recibiendo tratamiento psicofarmacológico (51).

La elevada impulsividad constituye una característica que define también al TLP, se traduce en los individuos en conductas como el uso de sustancias, promiscuidad sexual, atracones de comida y posteriores compensaciones, gastos, juego patológico, conductas de riesgo como la conducción temeraria. No hay valoración de riesgo o de consecuencias, pero resulta compleja la definición de impulsividad para facilitar su evaluación y tratamiento (76).

Un metaanálisis sobre alteraciones neuropsicológicas en TPL, destaca disfunciones cognitivas en diversas áreas: atención, memoria de trabajo, memoria semántica y episódica, memoria procedural (incluyendo habilidades sociales, condicionamiento al miedo y habituación), sistemas ejecutivos (planificación, resolución de conflictos, adaptación a cambios ambientales), y en dominios de cognición social (reconocimiento emocional, interpretación de las emociones, mentalización) (77).

En este sentido, las personas con TLP presentan déficit en ejecución de pruebas neuropsicológicas, especialmente en procesos de recuperación de memoria inmediata y diferida, memoria de trabajo, atención sostenida y velocidad de

procesamiento, fluidez verbal, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, abstracción y planificación (78).

En la bibliografía, y por supuesto también en la práctica, pocas veces aparece el TLP como única patología identificable en el sujeto si se toman los criterios de las clasificaciones al uso, DSM y CIE, la presencia de varios TP que cumplen criterios, o de patología del Eje I, trastornos afectivos, ansiosos, trastornos por uso de sustancias, de la conducta alimentaria, etc., asunto que se resuelve bajo la denominación de comorbilidad. O en el caso de la frecuente presencia asociada de TUS, la denominación de patología dual, que aparece en múltiples estudios como complicación de los procesos terapéuticos (79).

La comorbilidad en pacientes con TLP que presentaban otros TP en un 87%, y éstos pertenecían mayoritariamente a los *cluster* A (TP paranoide) y C (obsesivo y evitativo), siendo esta última, la presencia en TLP de TP evitativo predictora de peor funcionalidad a largo plazo, es decir peor pronóstico a quien puede ser diagnosticado de ambos trastornos. La frecuente combinación de dos o más trastornos de la personalidad no parece seguir un patrón, con combinaciones diferentes en los pacientes. Refuerza el estudio que para el diagnóstico clínico se han utilizado diversas escalas pero también el seguimiento y observación directa ya que se trata de pacientes en tratamiento en hospital de día, lo que confiere mayor seguridad a los diagnósticos identificados en el Eje II (3).

En contraposición a la sintomatología con frecuencia tan aparatosa y llamativa que desorienta en el diagnóstico, desde la clínica y con una más que evidente aplicabilidad práctica, se enumeran y describen los *síntomas ocultos* en el TLP, que son todos aquellos que exceden de los reflejados como criterios diagnósticos en DSM y CIE. Estos síntomas escondidos y ocultos, se pueden agrupar en los que se relacionan con uno mismo: autoengaño, miedo a sí mismo, toma de decisiones erróneas, mecanismos de defensa, incapacidad para la escucha, herida narcisista, remordimiento y culpa, síndrome de arrogancia y somatización; y los que se vinculan a la relación con los demás:

discusión del pequeño detalle, el otro como sujeto manipulable, la seducción y el encanto superficial, miedo al compromiso, nadie les entiende y el mundo ideal. Ahondando en cada uno de estos síntomas, en su valoración clínica, permite un mayor conocimiento en lo particular de cada una de las personas con TLP, más allá de la estandarización de descripciones categóricas o dimensionales, y por lo tanto ajustar el abordaje terapéutico de cada uno de ellos con el objetivo de mejorar esa relación con los demás y con uno mismo, tan deteriorada en estos pacientes (80).

Dentro de la heterogeneidad sintomatológica que se enumera, aparecen nuevos síntomas, o si así se considera, nuevas comorbilidades con otras manifestaciones conductuales patológicas o con consecuencias negativas para el paciente. Así, es significativa la relación de fenómenos como la adicción a internet con la presencia de trastornos de la personalidad, lo que habrá que tener en cuenta a la hora de plantear abordajes terapéuticos frente a estas nuevas adicciones (81).

Por último, cabe señalar un asunto que no siempre es tenido en cuenta como el cuidado de la salud física en personas con TLP, con frecuencia se encuentran déficit en su autocuidado, conductas de riesgo y un elevado uso de recursos sanitarios, tanto hospitalarios como ambulatorios de atención a la salud general. Por tanto la patología límite de la personalidad supone una carga no solo psiquiátrica sino también médica, por lo que este asunto debería incluirse en la planificación terapéutica, tanto el cuidado de su salud física como la reducción de riesgos (consumo de drogas, prácticas de riesgo, nutrición descuidada, etc.) pero también es indispensable el asesoramiento para el uso de recursos de salud general de una manera medida y adecuada (82).

2.3.5 Curso y pronóstico.

Resulta muy interesante el concepto de gravedad clínica, si bien los parámetros médicos y fisiológicos habituales no serían extrapolables a la enfermedad mental. Establecer una serie de parámetros descriptivos de los trastornos mentales, ya que los biomarcadores no generan la suficiente confianza, y las limitaciones y desadaptación generadas, serviría para orientar a los clínicos en el curso, pronóstico y tratamiento del trastorno límite. Aunque también ahí, en la descripción, se carece de un único marco teórico al que ceñirse. Con frecuencia se utiliza el riesgo suicida o de daño a otros como indicador de gravedad, lo que no es totalmente ajustado a la realidad, o puede excluir de tratamientos especializados a otras personas. Incluso se puede decir que no habría que ser estricto en tratar a las personas con TLP con los indicadores de mayor gravedad, sino que el crear grupos más heterogéneos, con personas más y menos graves, en los dispositivos asistenciales especializados, contribuiría a una mejoría clínica de todos ellos, en mayor medida que si únicamente accedieran los pacientes de mayor gravedad (83).

En 2010 se describe un sistema de clasificación en función de la gravedad, en lugar de utilizar las usuales clasificaciones diagnósticas, con la pretensión de aproximarse más a la realidad de las personas, y a las necesidades de los clínicos y gestores para organizar y priorizar tratamientos. También intenta evitar el estigma que las etiquetas diagnósticas hacían caer sobre los individuos. Y finalmente, sitúa las tasas de prevalencia en unos niveles más reales que lo que estiman numerosos estudios, es decir, identificaba los más graves únicamente, evitando altas tasas que impiden iniciar políticas de abordaje sanitario (64).

La duración en el tiempo, la estabilidad de los síntomas, son clave para realizar un diagnóstico, pero los estudios arrojan datos de estabilidad más bien moderada, mayor cuando se utiliza un modelo dimensional para el diagnóstico en lugar de uno categorial. Esto indica la necesidad de revisar los criterios, la

metodología, y las herramientas para el diagnóstico. Las recomendaciones para la investigación sugieren unas observaciones estandarizadas y a largo plazo, que muestren qué síntomas de los trastornos son sensibles a los tratamientos y terapias (84).

Frente a otra psicopatología, trastornos afectivos, la remisión de los trastornos de la personalidad es más frecuente, con menor número de recaídas aunque es de mayor intensidad la desadaptación social. Solo el 11% de las personas en las que remitió la sintomatología a lo largo de los años, volvió a presentar alguna recaída (4). Hay síntomas característicos del TLP: autolesiones, gestos autolíticos, impulsividad, conducta disruptiva, entre otros, que con los tratamientos recomendados (habitualmente la combinación de psicofármacos, psicoterapia y otras intervenciones) mejoran con buenos resultados en no más de un año o dos, en cambio persisten los rasgos de personalidad que son más egosintónicos, aunque sean problemáticos (mal humor, irritabilidad, hostilidad, etc.), y esto se torna más complicado si se asocia un uso de drogas, siendo más compleja su remisión y un factor pronóstico de mala evolución y de suicidio (85).

En cuanto al pronóstico, un importante estudio evolutivo de personas diagnosticadas de trastorno de la personalidad, abarcando más de dos décadas, indica que éstas presentan cinco a seis veces mayor mortalidad por cualquier motivo que la población general, se triplica la mortalidad por causas naturales y es más de diez veces superior si se habla de causas no naturales. Además, en personas con trastornos psiquiátricos comórbidos, el riesgo de suicidio aumenta hasta 42 veces en mujeres y 19 en hombres (86). Lo que da muestra de las importantes repercusiones, hablando únicamente de tasas de mortalidad, en las personas que padecen trastornos de la personalidad. Este estudio, y otros, ponen de manifiesto lo necesario de seguimientos largos de trastornos que son tan polimórficos y cambiantes en sus manifestaciones, por eso los ECA que se planteen tienen que ser muy adaptados a favorecer la vinculación de los pacientes en la investigación que permita seguimientos

prolongados y evite los abandonos que tanto sesgan los resultados de los ensayos (87).

El seguimiento más amplio en el tiempo de personas con TP revela que la tantas veces referida estabilidad en el tiempo de los rasgos problemáticos no lo es tanto, hay sintomatología que aminora su intensidad, puede aparecer otra, contemplándose una capacidad evolutiva y de plasticidad entre trastornos de la personalidad (88).

Los clínicos, con frecuencia, son reacios a diagnosticar de TLP, en ocasiones por su percepción de condena a los pacientes a una etiqueta de cronicidad. La mayoría de pacientes no cumplen criterios de diagnóstico a lo largo de toda su vida, no es tan estable como se supone el trastorno, aunque esta remisión de síntomas no es sinónimo de recuperación, como ya se ha visto, los trastornos de la personalidad constituyen una amalgama de síntomas y rasgos, y aunque unos cedan los otros pueden seguir ocasionando discapacidad y deterioro en el funcionamiento de la personas (89).

Uno de los asuntos relevantes sobre el curso del TLP es su riesgo potencial de muerte por suicidio, y aunque las manifestaciones de intencionalidad y tentativas suicidas son más frecuentes en edades tempranas, es a la edad media de 38 años cuando las tasas de suicidio consumado eran más altas, alcanzándose la tasa del 10%. Esto pone de manifiesto que la preocupación de los clínicos está focalizada en edades más jóvenes y se puede descuidar el seguimiento de pacientes con más años de evolución, que no han logrado una adecuada recuperación, no siempre los más graves están en seguimiento en los dispositivos sanitarios, se pueden encontrar fuera de él y con mayor riesgo potencial de suicidio (90).

2.3.6 Epidemiología.

El conocimiento de datos fiables de incidencia y prevalencia de los trastornos de la personalidad en nuestro país es un asunto todavía pendiente. Las principales fuentes de información son el CMBD y el registro de mortalidad, ninguno de éstos aporta solución a este problema (91). Los estudios epidemiológicos sobre trastornos de la personalidad, como puede apreciarse, son escasos en la bibliografía, tanto por la dificultad de obtención de datos como por los instrumentos y criterios para su medición. Según se describe en el análisis del período de 2010 a 2015, no se publicó ningún artículo científico en nuestro país sobre la epidemiología de los TP, centrándose lo publicado en tratamientos y en la comorbilidad con otros trastornos, principalmente (5).

En diferentes estudios en países occidentales, los trastornos de la personalidad presentan altas prevalencias en población general, el 11,4% de la población (92), aumentando a un 28,2% si la medición se realiza en la tercera década de la vida (93), y el 31.4% de entre todos los pacientes de salud mental (94).

El trastorno límite de la personalidad presenta tasas de prevalencia en torno entre el 2 y 6% (95)(96).

En un amplio estudio sobre prevalencia de TP en población británica, se señala que los hombres son más propensos a padecer un trastorno (13,3%) en comparación con las mujeres (8,7%). De ellos, el 53,5% tenía un trastorno, el 21,6% tenía dos, el 11,4% tenía tres y el 14,0% tenía entre cuatro y ocho diagnósticos. Discuten sus datos con los de estudios anteriores desde 1989 a 2002, y en esta comparativa podría destacarse que la prevalencia del TLP oscila entre 1,1 al 3,2% (97).

Se puede observar gran disparidad en las cifras de diferentes estudios, en dependencia de diversos factores (clasificación utilizada, instrumentos para el diagnóstico, etc.) que introducen sesgos importantes a la hora de comparar los resultados en diferentes poblaciones o incluso de diferentes estudios sobre la

misma población. Así se pueden encontrar cifras del orden de 1 de cada 5 mujeres en población australiana cumplen criterios de TP (98). También el estudio sobre población de Oslo ofrece cifras importantes, 1 de cada 7 de las personas evaluadas cumplirían criterios para TP, aunque señala que la correlación estadística entre datos sociodemográficos y TP no aclara si es causa o consecuencia y para ello propone estudios prospectivos longitudinales en amplias muestras de población, con todas las complicaciones que ello plantea con los recursos diagnósticos con los que contamos en la actualidad (99).

En nuestro país la prevalencia del TLP oscilaría entre el 1 y el 3% entre la población general (100), pero si se estudia la población que está en tratamiento en salud mental, la prevalencia se situaría entre el 20 y 24% (101).

2.3.7 Familia y entorno.

El funcionamiento del núcleo familiar es un claro determinante asociado a la presencia de enfermedad y al mantenimiento de la salud de sus miembros. Se cataloga a las familias como funcionales o disfuncionales según su capacidad para afrontar las diferentes etapas vitales y los acontecimientos que puedan ir surgiendo, entre ellos la enfermedad mental (102). Por esto, las familias más disfuncionales, es decir, con dificultades en sus comunicación, falta de organización y pobre respuesta a las crisis, tendrían mayor probabilidad de tener entre sus miembros una persona con trastorno de la personalidad. Así pues, parece necesario conocer la estructura y la dinámica de la familia, así como su estilo de comunicación y afrontamiento y la actitud ante las dificultades, para intervenir sobre el cuidado a la salud de uno de sus miembros (103).

Estudios realizados tanto en familiares directos de personas con TLP, como entre gemelos, indican que el factor familia contribuye al desarrollo de la patología (104). En el caso de los estudios familiares, sus datos no pueden diferenciar su atribución a factores genéticos o a factores ambientales o propios de la convivencia. En diferentes estudios, para el caso de familiar directo previo con TLP existe presencia del trastorno en un 14% a 44% de los individuos, y estos porcentajes aumentan a 37-69% en los estudios con gemelos (105). En diferentes estudios se asocian monoparentalidad o ser hijo único a la presencia de TP en la edad adulta (106).

Sin embargo, no parece haber asociación familiar entre otras patologías psiquiátricas, como esquizofrenia o trastorno depresivo mayor, y TLP, salvo en los trastornos del control de los impulsos (107).

También es importante indagar sobre la función parental de las personas con TLP, en las que se produce con mayor frecuencia la inversión de roles entre padres e hijos, con la presencia angustiosa del temor al abandono y expectativas negativas en la relación padre/madre - hijo, además de

representaciones incongruentes de uno mismo y una regulación pobre de las emociones, confusión de límites, propensión a la fantasía, incoherencia e intrusión de conductas traumáticas, como pueden ser las autolesiones. Todo esto dificulta el desarrollo correcto de la parentalidad y puede incidir en la presencia de patología psíquica en el niño que crece en este entorno (108).

El medio familiar se ve afectado por el trastorno y, de igual manera, forma parte de él, entrando en unos circuitos en los que están presentes la culpa, la ira, el aislamiento, la confusión y el caos. La puesta en marcha de diferentes estrategias, guiadas o no por intervenciones profesionales, pueden incluso empeorar la situación. En este aparente caos, el paciente, puede salir también malparado si se refuerzan sus funcionamientos patológicos (109). En definitiva, frecuentemente se ven afectados los familiares por estrés, ánimo depresivo y sobrecarga, en su relación como cuidadores con una persona con TLP (110).

Existe controversia acerca de la utilidad de intervenir sobre los núcleos familiares de las personas con TLP, en tiempos anteriores se aludía al frecuente fracaso de las metodologías habituales de terapia familiar, mientras que en la actualidad parece imprescindible intervenir con los familiares, ya sea con una estrategia terapéutica o con la finalidad de aumentar sus conocimientos y cambiar actitudes. Este último formato, el de la psicoeducación, se orienta a que el aumento de los conocimientos, el poseer mayor información, facilita el empoderamiento y propicia los cambios. Permite introducir cierto orden en el caos mediante el uso de estrategias sencillas, la mejora de habilidades y la transformación de la continua queja en un problema abordable y solucionable (111). Las intervenciones grupales reducen el nivel de sobrecarga yu el malestar psicológico global, aunque no se muestran efectivas sobre el ánimo depresivo (112).

Cada vez con mayor frecuencia se encuentran en internet diferentes recursos de ayuda y soporte a los cuidadores de personas con TLP, fundamentalmente familiares (113). (Anexo I)

En España apenas hay instituciones, entidades o asociaciones profesionales que desarrollen una verdadera labor de apoyo a los cuidadores no profesionales y familiares, la información disponible y estrategias de ayuda parte de las asociaciones de familiares, que específicamente en torno a los trastornos de la personalidad han ido surgiendo en las dos últimas décadas.

Se han realizado algunas publicaciones de apoyo a los familiares de personas con TLP, con mayor o menos difusión y que suponen una mínima ayuda que se complementa con experiencias grupales o individuales de trabajo con el entorno que se realizan en los dispositivos asistenciales específicos.

2.3.8 Estigma.

Se habla de estigma como aquella etiqueta, marca o señal, que enfatiza lo imperfecto, una parte de la persona que anula la totalidad de ésta, transmitiendo una imagen distorsionada y negativa de esta persona.

Las personas con TLP con frecuencia acumulan experiencias de frustración y culpabilidad tanto en sus relaciones con los demás y consigo mismos, como con los servicios sanitarios. En sus ingresos, o en sus atenciones en servicios de urgencias, se pueden sentir poco comprendidos, confusos, recibiendo a menudo diferentes diagnósticos y orientaciones terapéuticas que contribuyen a acrecentar la incertidumbre que les acompaña. Los medios de comunicación resaltan de estos trastornos su relación con el delito, con la agresividad, con la manipulación, ofreciendo de ellos una imagen estigmatizada. Así estas personas se sienten poco entendidas, rechazadas hasta por quien tendría que atender su patología (114).

El estigma, a su vez, puede dividirse en dos categorías. Una sería el estigma social, en que la sociedad, a partir de imágenes prefijadas, de estereotipos, distorsionan la realidad de otro grupo, habitualmente minoritario, en el caso que nos ocupa, las personas con TLP. Y la otra categoría es el autoestigma, que hace que, por diversas circunstancias, el sujeto no se integre en su entorno social, rechace apoyos sociales y sanitarios, y dificulte su evolución (115).

El estigma se incrementa en aquellas patologías, poco comprendidas, en las que el sujeto es vinculado a la adquisición y mantenimiento del trastorno, es, por así decirlo, culpable de lo que le ocurre, lo que es fácilmente asimilable a la patología de la personalidad, en que las personas que la padecen frecuentemente son tildados de caprichosos, mal educados, hostiles, inmaduros, etc. (116).

El estigma puede ser uno de los factores determinantes en el proceso de búsqueda de ayuda profesional, interfiriendo en el acceso a servicios de salud y

en el mantenimiento de un tratamiento, afectando por tanto a la recuperación de la persona. Esta estigmatización junto a la marginación dentro de los sistemas de atención a la salud mental son determinantes como barreras potenciales para encontrar el tratamiento adecuado para el trastorno límite de la personalidad (117).

También el estigma percibido puede suponer una menos asignación de recursos a la asistencia a la salud mental y una marginación de colectivos que padecen determinadas patologías psíquicas. Además, el estigma no solo afecta a la persona que padece el trastorno sino que también lo hace sobre sus familiares, profesionales que le tratan e instituciones sanitarias (118).

2.4 Abordajes terapéuticos.

El abordaje terapéutico de las personas con TLP puede ir desde el tratamiento ambulatorio, con psicoterapia individual y/o tratamiento psicofarmacológico, hasta, en los casos de sintomatología más intensa y baja funcionalidad, tratamientos en unidades altamente especializadas o monográficas, en las que equipos multidisciplinares ofrecen psicoterapia individual y grupal, tratamiento psicofarmacológico, y otras intervenciones y cuidados, tanto en modalidades de hospitalización parcial (de día) como con hospitalización a tiempo completo.

En esta modalidad de hospitalización completa, existen diversas experiencias en España como las de Madrid, Zaragoza y la Comunidad terapéutica hospitalaria para trastornos de la personalidad del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés.

Un programa intensivo, integrado por diversas intervenciones, multicomponente y multiprofesional, en formato de hospital de día, para pacientes con TLP con clínica grave, se muestra eficaz en la reducción de ingresos, visitas a urgencias y consultas no programadas, aunque podría plantearse disminuir su duración, para optimización de los recursos (119).

Las unidades específicas para la hospitalización se muestran eficaces, disminuyen los reingresos en unidades de agudos y visitas en urgencias, los ingresos son programados, voluntarios, con una duración superior a un mes y con unos objetivos terapéuticos que cuentan con el compromiso del paciente. En España la unidad de referencia de este tipo está en Zaragoza (120).

Los programas que incluyen hospitalización completa tiene unas ventajas importantes frente a otros modelos: (121)

1. Interrumpe la dinámica de convivencia perversa.
2. Obliga a un mayor compromiso del paciente y familia.
3. Facilita la intervención familiar sin la interacción del paciente y viceversa.
4. Permite intensa evaluación biológica, psicométrica y observacional.
5. Facilita la identificación con otros pacientes TP.

6. Facilita la conciencia operativa de trastorno del paciente.
7. Acelera alianza con el grupo de pacientes y el equipo terapéutico.
8. Facilita la elaboración de un plan terapéutico.
9. Permite asegurar cumplimiento psicofarmacológico y objetivar eficacia.
10. Control del consumo de tóxicos.
11. Estructuración de jornada con normalización de horarios de sueño y comida.
12. Permite mayor confrontación por disponer de mayor contención y apoyo.
13. Manejo de crisis in situ.

Los sistemas sanitarios ofrecen, en ocasiones, unas respuestas terapéuticas que para los usuarios y sus familiares pueden ser de difícil comprensión, complejas. Se les hace complicado confiar en los profesionales, debido fundamentalmente a sus dificultades en las relaciones interpersonales unido a sus experiencias previas. Aunque, paradójicamente, señalan como clave para su mejora clínica la relación terapéutica a largo plazo con profesionales altamente capacitados. Su experiencia en los servicios sanitarios señalaba la relación con los profesionales como la aportación más positiva recibida. Esta ambivalencia ofrece una oportunidad a los equipos, especialmente al de enfermería de salud mental, para que desarrolle alternativas terapéuticas complementarias a los cuidados básicos de salud, o a las terapias, individuales o grupales, altamente especializadas (122).

Así pues, la propia naturaleza de la patología influye directamente en la utilización de recursos sanitarios, en los que altas expectativas no satisfechas pueden dificultar el acceso a programas terapéuticos. En todo caso, desde los equipos terapéuticos debe mantenerse un total respeto y un trato digno hacia estar personas, en las que hace mella con frecuencia el estigma o las miradas prejuiciosas (123).

Los profesionales de enfermería que trabajan en salud mental, especialmente los que lo hacen en unidades de hospitalización de corta estancia, consideran que los pacientes con TLP son más difíciles de cuidar que el resto y que, además, la atención que reciben es inadecuada, motivada por la falta de recursos especializados (124). Además, cuando se produce la hospitalización de personas con TLP, con frecuencia

motivada por autolesiones o tentativas autolíticas, se pone de manifiesto el dilema entre la necesaria contención de estos actos potencialmente dañinos para la persona, y la asunción de responsabilidad del paciente sobre sus actos. Se debate, pues, entre abordar los riesgos a corto plazo del daño autoinfringido o bien tomar la estrategia de restringir los ingresos y trabajar sobre la autorresponsabilización. Si se tiende a evitar los ingresos es para romper ese circuito de amenaza con dañarse y la habitual respuesta desde los sistemas sanitarios de la hospitalización de corta estancia (125).

Una propuesta terapéutica que combine pacientes hospitalizados con otros en régimen ambulatorio mejora la vinculación y el cumplimiento del tratamiento (126).

La psicoterapia focalizada o basada en la transferencia se ha demostrado más beneficiosa para los pacientes que otras intervenciones comunitarias de profesionales experimentados, especialmente en aspectos como sintomatología, vinculación con la terapia, ideación autolítica, funcionamiento psicosocial y necesidad de hospitalizaciones (127).

Hay que señalar expresamente la década de los 80, años en los que las publicaciones científicas doblaron en número a las de la década anterior, se lanzó la revista Journal of Personality Disorders (fundada por A. Millon y A. Frances en 1986), se publicó la DSM-III un año después, y a finales de este período comienzan a aparecer diferentes opciones psicoterapéuticas específicas para TLP, de corte cognitivo-conductual o dinámicas, además de la de O. Kernberg (128). Así se comienzan a difundir tanto los modelos propuestos por Beck-Freeman (129) y Young (130), de orientación cognitivo-conductual, como el de M. Lineham (131). Tras estas propuestas, sigue la Terapia Basada en la Mentalización, de A. Bateman y Fonagy (132), de orientación psicodinámica. M. Linehan estructura sus propuestas en la conocida Terapia Dialectico Conductual (133).

Estas propuestas psicoterapéuticas iniciales se van ampliando, en paralelo al creciente interés científico por los trastornos de la personalidad y así, los desarrollos de Otto Kernberg se estructuran en la terapia focalizada en la transferencia (128)(127), la Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline

Personality Disorder y la terapia centrada en esquemas de Young (130)(134).

Las psicoterapias se orientan hacia la mejora en aspectos como las relaciones con los otros, la disminución de autolesiones y otras conductas autoagresivas, e integración de conflictos internos y relacionales (135).

Se han desarrollado diversos modelos de psicoterapias, muy estructuradas, basadas en manuales, con una formación reglada, que se identifican con acrónimos, y que consiguen resultados terapéuticos a corto plazo. Sin embargo, muchos pacientes necesitan largos períodos, durante años, de seguimiento con intervenciones que incluyen psicoterapia, psicofármacos y otros tratamientos adicionales, pero si se indaga en los perfiles de estas personas se encuentra diversas características y la presencia de otros trastornos en comorbilidad, así que el modelo terapéutico debe ser extremadamente flexible y adaptado a cada situación personal y contexto (136).

En esta línea parece que van propuestas recientes como la Terapia Interpersonal Reconstructiva que intenta combinar el discurso intrapsíquico y el interpersonal, así, mediante el análisis de las relaciones interpersonales, este modelo intenta reconstruir la estructura interna de la personalidad. Se trata de un modelo transteórico, ecléctico, que toma elementos psicodinámicos, existencialistas, humanistas y cognitivistas, constituyendo una moderna propuesta multifocal, que no desdeña el apoyo de los tratamientos farmacológicos, que permiten atenuar la sintomatología más disruptiva y permite al paciente trabajar en la psicoterapia (137).

Resultan muy interesantes las propuestas, con mayor o menor estructuración, que se hace para el tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad grave que no tienen abordaje psicoterápico, como son los programas colaborativos desde enfermería en salud mental, con el apoyo de psicólogos y psiquiatras. La aportación de esta estructuración *(Collaborative Care for Patients)* es que pone especial énfasis en tres puntos:

1. Mejor orientación de los objetivos terapéuticos.
2. Mayor consideración a las habilidades de autogestión de los pacientes.

3. Mantener la relación terapéutica de manera efectiva.

El programa es exigente con enfermería especialista en salud mental, en cuanto a razonamiento clínico, uso adecuado de marcos teóricos, metodología y planificación en las intervenciones y una óptima coordinación con el equipo multidisciplinar para realizar ese trabajo colaborativo. Pero estos programas son realizados adecuadamente y se muestran útiles para los pacientes. Es, por tanto, un abordaje que precisa de mayor desarrollo y seguimiento y evaluación desde la investigación, tanto cuantitativa, cualitativa y mixta (138).

Las intervenciones en el núcleo familiar, de manera estructurada como psicoeducación, u orientadas a la mejora de dinámicas en formato grupal o individualizada, son estrategias muy importantes, especialmente para trabajar la adaptación social y familiar del paciente (139).

Las Guías de Práctica Clínica son textos que recogen las recomendaciones que, de manera sistemática, grupos de expertos han redactado, y sirven para apoyar a los profesionales, y también a los pacientes, en la toma de decisiones clínicas, basándose en la investigación con la mayor evidencia disponible.

Aunque conviene también pensar sobre las aportaciones del movimiento "right care", como señala J. Varela en su blog, con unas premisas: (140)

- *El hecho de compartir las decisiones clínicas con los pacientes no debe ser un agregado de las guías de práctica clínica, debe ser el fundamento.*
- *La mayoría de las guías de práctica clínica ignoran los valores y las preferencias de los pacientes y no aportan una información equilibrada de los beneficios y perjuicios de las propuestas diagnósticas y terapéuticas.*
- *Casi todas las guías de práctica clínica dicen qué hay que hacer, en lugar de dar elementos para analizar y discutir las opciones de los tratamientos.*

Por tanto, se puede concluir que las GPC son un instrumento muy importante para orientar la práctica asistencial pero que no contemplan la opinión del paciente, por lo

que deberían completarse con un apoyo a las decisiones compartidas. En numerosas ocasiones no van en el mismo sentido las opiniones del paciente con las profesionales.

Así la American Psychiatric Association en su GPC para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad indica que la psicoterapia es tratamiento de elección y la psicofarmacología se orientaría al tratamiento focalizado de síntomas afectivos, impulsividad o agresividad, por ejemplo (141).

Hay factores que hacen del TLP un trastorno psiquiátrico grave y que consume muchos recursos sanitarios, tanto en atención primaria como en la especializada en salud mental, entre ellos la comorbilidad con trastornos afectivos, de la conducta alimentaria y por uso de sustancias, también las conductas impulsivas autolesivas, amenazas suicidas, conductas de riesgo. De ahí la importancia de un adecuado seguimiento y vinculación con profesionales y recursos (142).

Los programas específicos para TLP se han demostrado eficaces, pero para ello deben estar adecuadamente financiados para que alcancen los requerimientos de recursos humanos suficientes, una infradotación repercute directamente en resultados insuficientes, con altas tasas de recaída y reingresos lo que ocasiona altos costes directos e indirectos (7).

En nuestro país, en la actualidad, existen las siguientes unidades, con diferentes modalidades asistenciales, especializadas en trastornos de la personalidad:

- UTP. Hospital de Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.
  Unidad pública y de referencia para la comunidad autónoma de Aragón.
  Abordaje de adultos diagnosticados de Trastorno de la Personalidad mediante hospitalización, en torno a las 8 semanas y posterior seguimiento ambulatorio, dispone también del formato de hospital de día. Intervención interdisciplinar que incluye a la familia del paciente. Se ha fusionado con una unidad específica para Trastornos de Conducta Alimentaria. Cuenta con 8 camas para hospitalización.

- Unidad TLP. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
  Abordaje en hospital de día y de forma ambulatoria.

- Instituto Trastorno Límite. Hospital General de Catalunya. Barcelona.
  Recurso multidisciplinar que incluye la hospitalización, el hospital de día y consultas externas.

- Programa especial de TLP. Hospital Duran i Reynals. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
  Programa específico para personas con Trastorno Límite de Personalidad, en fase subaguda, para hospitalización. Cuenta con 10 camas.

- Programa TLP. Hospital Vall d´Hebron. Barcelona.
  Programa de Atención Integral para el Trastorno Límite de Personalidad para Adolescentes y Adultos Jóvenes.

- Unidad TLP. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
  Unidad asistencial de Trastornos de la Personalidad. Formato específico de Hospital de Día combinado con recursos de hospitalización del mismo centro. Dispone mediante acuerdo de colaboración con la asociación AMAI-TLP de un piso terapéutico para dar continuidad a sus procesos asistenciales.

- UTP. Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid.
  Programa con hospitalización de tratamiento intensivo destinado a la atención integral de adultos que presenten trastornos de personalidad. Cuenta con 18 plazas. Interviene desde un formato similar a una comunidad terapéutica.

- Comunidad terapéutica de TLP. Clínica San Miguel. Madrid.
  Dispositivo asistencial de hospitalización de unos seis meses, para el abordaje multidisciplinar de personas con trastornos de la personalidad. Cuenta con 17 plazas e interviene desde un tratamiento psicosocial intensivo, con un entorno

de convivencia en el que se priman valores como el respeto y la colaboración.

- Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés.
  Cuenta con un programa específico para la atención a personas con trastornos de la personalidad.

- Unidad de Trastornos de la Personalidad. Fundación Argibide. Pamplona.
  Unidad específica para el tratamiento ambulatorio intensivo, a nivel individual, familiar y grupal. Fundamentalmente interviene mediante psicoterapia.

- Hospital de Día del Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant. Programa monográfico dirigido al abordaje integral del paciente con trastorno grave de la personalidad.

- Existe otra oferta desde el ámbito privado que, desde diversos formatos ambulatorios, ofrece una atención específica a personas con trastornos de la personalidad. Entre estos programas específicos se puede citar: Clínica de Psicoterapia y Personalidad PERSUM de Oviedo; Unidad de Trastornos de la Personalidad PREVI de Valencia; Programa para Trastornos de Personalidad INTRA-TP con tres centros en La Coruña y Santiago de Compostela; Unidad de Día de Trastornos de la Personalidad del Complejo Hospitalario Juan Bravo de Madrid; Clínica San Felipe, El Palmar, Murcia; Unidad de Psicoterapia Integrada, Personalidad y Trauma, Santander; Unidad de Crisis para Trastornos de Personalidad AMSA, Bilbao; Unidad de Trastornos de la Personalidad, Fundación Humanae, Madrid.

2.5 La relación terapéutica y sus dificultades en personas con TLP.

La relación terapéutica con personas diagnosticadas de TLP es compleja, dificulta los abordajes terapéuticos en recursos no especializados, así, en dispositivos para la hospitalización los equipos de enfermería pueden mostrar actitudes o realizar intervenciones que pueden oponerse a lo terapéutico, esta relación es claramente diferente de la establecida con personas con otros diagnósticos. Los profesionales manifiestan la necesidad de mayor formación y un marco o modelo coherente para su intervención (143).

Esto puede ocasionar una estigmatización de las personas que tienen una etiqueta diagnóstica de trastorno límite de la personalidad, dentro de los recursos asistenciales de salud mental, que dificulte su proceso terapéutico dentro de los mismos.

Afortunadamente, el creciente interés científico por los trastornos de la personalidad, los diferentes movimientos asociativos, sociales y familiares, así como alguna divulgación acertada en medios de comunicación, favorecen una visión menos sesgada no solo entre la sociedad en general, sino en el medio sanitario en particular, que la que exponían en su estudio Lewis y Applebby a finales de los 80, en el que psiquiatras valoraban a pacientes con etiqueta de trastorno de la personalidad como muy difíciles, manipuladores y menos merecedores de asistencia que personas con depresión o cualquier otro diagnóstico psiquiátrico (144).

Así pues, las personas que presentan TLP son a menudo estigmatizadas por los servicios sanitarios y la sociedad en general, siendo excluidos de los servicios o mal atendidos. Esto lleva a los individuos y sus familias a presentar experiencias con los tratamientos negativas. Si los individuos son mejor entendidos, las experiencias de tratamiento y las respuestas a los mismos también mejorarán. Esto contribuirá a la mejora de los servicios que asisten a las personas con TLP (145).

En este sentido el metaanálisis sobre actitudes, comportamiento, experiencia y conocimiento de las enfermeras de salud mental con respecto a pacientes

diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, que incluyó 40 estudios, concluía que es difícil trabajar con este grupo de pacientes, y se precisa un marco terapéutico coherente, ya que de lo contrario en ocasiones las intervenciones son contraproducentes, se demanda mayor formación y el desarrollo de modelos de intervención coherentes para todo el equipo que trabaja con TLP (143).

Con frecuencia se encuentra la descripción del trabajo de enfermería en las unidades que tratan a pacientes con trastorno de la personalidad como un proceso que va de la "luna de miel" hacia el "caos", es decir, que los inicios pueden ser idílicos para ir, poco después, hacia la disrupción, con lo que se inhabilita el abordaje terapéutico apareciendo el desencuentro, el abandono del paciente o el desistimiento terapéuticob (146)(147)(148).

Es muy interesante el artículo de Koekkoek, donde pone de manifiesto las respuestas profesionales negativas ante las personas con trastorno de la personalidad, pero no se limitan sólo a este diagnóstico, sino también a otras patologías como por ejemplo el uso de drogas. Existe una percepción de trastornos con escasa credibilidad, ante otros en los que se ven con una base biológica que "exculpa" a los pacientes de su conducta (esquizofrenia, trastorno bipolar, por ejemplo), mientras que las personas con trastorno de personalidad y/o con adicciones, son percibidas como débiles, que eligen su conducta o que hacen poco por superar sus problemas. Esto puede hacer que los profesionales nieguen la condición de paciente tal como la entendemos y, en última instancia, el tratamiento, acompañándose de unos sentimientos de impotencia terapéutica. Esto es un paso para la exclusión de los pacientes con trastorno de la personalidad de los sistemas asistenciales (54).

Con frecuencia, los estudios en la bibliografía concluyen que es necesaria la formación de los profesionales, la capacitación de los profesionales en el manejo de la relación terapéutica, en técnicas y terapias, como una respuesta adecuada a estas dificultades referidas (149).

2.6 Abordajes combinados.

En nuestro medio el abordaje mediante psicofármacos como única opción es mucho más frecuente que la psicoterapia o la combinación de ambos, a pesar de que la bibliografía da mayor valor a todo plan terapéutico que incluya la psicoterapia (150).

Existen claras dificultades de implementación de las indicaciones de las GPC, en las que se recomienda el uso de psicoterapia como primer paso terapéutico, así, menos de una cuarta parte de los pacientes con trastorno de la personalidad recibe estos tratamientos, y dentro del grupo que los recibe, en ocasiones no es efectivo por una frecuencia menor de la óptima en su realización. Esto se atribuye a dificultades como la formación de los profesionales y problemas organizativos, es decir, del sistema asistencial; sobre ambos factores se puede actuar para mejorar este déficit (151).

En el trabajo en la comunidad, los equipos también centran ya buena parte de su dedicación a la atención a pacientes con trastorno de la personalidad, saturando los servicios y desbordando las posibilidades de tratamientos eficaces. Para ello se han diseñado estrategias terapéuticas estructuradas, capacitando en ellas a los profesionales de los equipos comunitarios. Ejemplo de ello es el programa STEPPS, que se muestra eficaz en la reducción de síntomas tan significativos como la autoagresión, pero va más allá y se centra en la recuperación y la mejora de calidad de vida, no exclusivamente en la reducción de síntomas. Aunque falta todavía investigación en seguimientos más largos, o sobre el impacto de los resultados sobre necesidades de hospitalización o en pacientes que presentan comorbilidad, es esperanzador el aumento de alternativas terapéuticas para los trastornos de la personalidad (152).

2.7 Tratamientos psicofarmacológicos.

Parece aceptado que en el trastorno límite, desde la clínica dimensional, hay una afectación en las esferas del humor, emociones, cogniciones, angustia, etc., a las que podría darse respuesta con los psicofármacos que se dispone en la actualidad (153). Este es el modelo centrado en el síntoma, pero no pueden olvidarse otras propuestas: las biologicistas (que buscan correlación entre disfunciones biológicas y manifestaciones clínicas), las que definen los trastornos de la personalidad como expresiones atenuadas de la psicopatología (la que correspondería al Eje I de las clasificaciones DSM) y otros modelos, lo que determina, según se opte por uno u otros, la respuesta terapéutica.

El empleo de psicofármacos en condiciones diferentes a las autorizadas, uso denominado habitualmente en la bibliografía como off-label, aparece con frecuencia en cuadros psiquiátricos entre los que encontramos los trastornos de personalidad y de la conducta alimentaria (154).

Tabla 3. Ejemplos de usos off–label habituales en Psiquiatría (155)**.**

- *Cualquier uso de topiramato (hoy día, sin indicación psiquiátrica autorizada).*
- *Cualquier uso de oxcarbazepina (hoy día, sin indicación psiquiátrica autorizada).*
- *Lamotrigina en depresiones no bipolares.*
- *Empleo de atípicos como hipnóticos.*
- *Empleo de atípicos como ansiolíticos.*
- *Uso de ISRS en los Trastornos de Conducta Alimentaria (salvo fluoxetina en bulimia).*

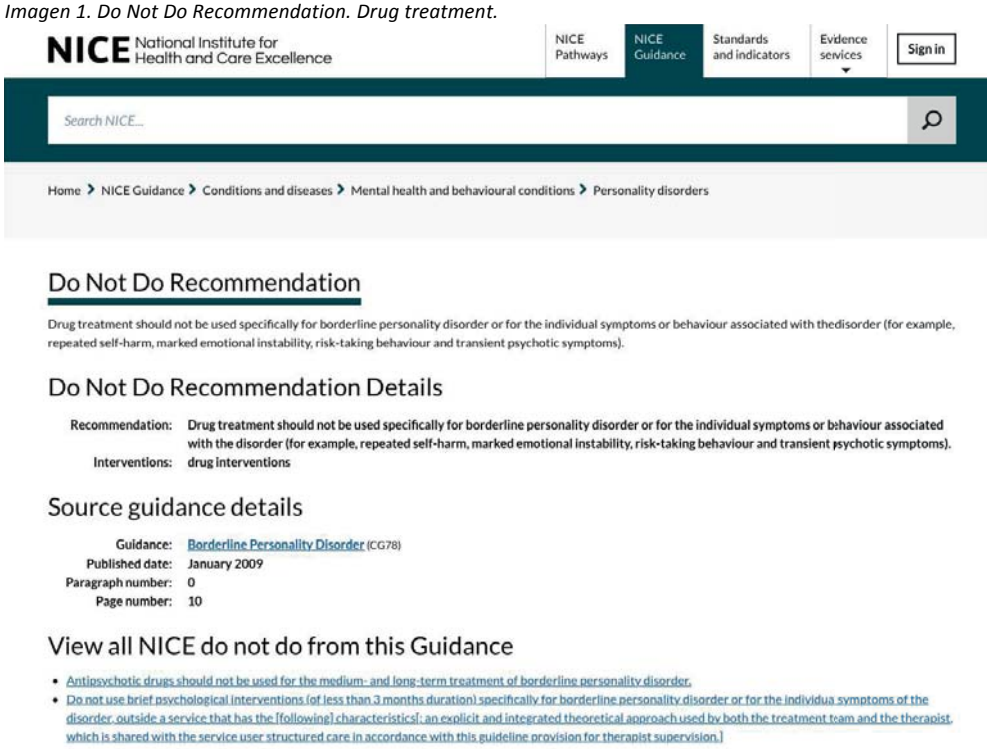
No hay ningún fármaco aprobado para el tratamiento del conjunto sintomatológico del TLP, únicamente se aconseja su utilización para el tratamiento selectivo de algún síntoma. La mayoría de los fármacos utilizados apuntan a manifestaciones como la impulsividad y la agresividad, y no parece que tengan efectividad en síntomas afectivos o de la esfera de las relaciones interpersonales. Existen estudios con uso de otras moléculas como agonistas parciales opioides o antagonistas *kappa*, pero sin evidencia

de eficacia. Se requiere mayor investigación sobre su seguridad y eficacia sobre estos planteamientos teóricos (156).

En esta línea están las indicaciones del NICE en sus páginas "Do Not Do Recommendation", en las que recomiendan evitar intervenciones, tratamientos, etc. que no disponen de la suficiente evidencia demostrada de sus beneficios.

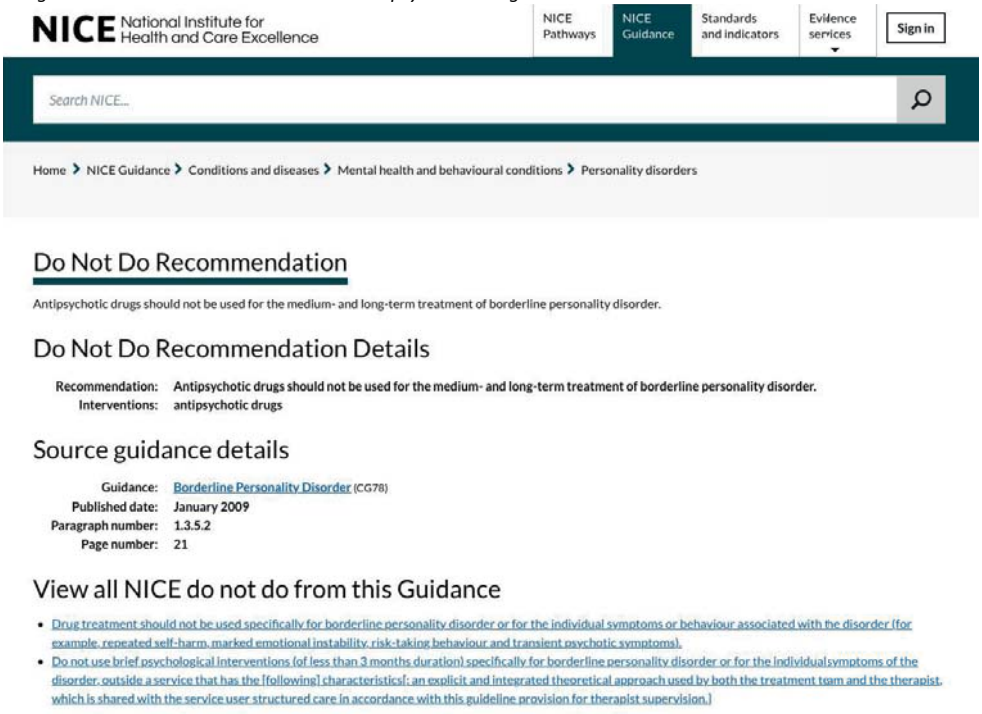
Entre ellas incluye, en junio de 2015, las que se adjuntan sobre tratamientos psicofarmacológicos en TLP. En la primera no se recomienda el tratamiento farmacológico como tratamiento específico para el TLP. (Imagen 1)

Imagen 1. Do Not Do Recommendation. Drug treatment.



En la segunda, la recomendación es que los fármacos antipsicóticos no deben utilizarse para el tratamiento a medio y largo plazo del trastorno límite de la personalidad.

Imagen 2. Do Not Do Recommendation. Antipsychotic Drugs.



Se pueden consultar estas recomendaciones, con información procedente de diferentes guías de práctica clínica, sobre diversos problemas de salud en la web del NICE: https://www.nice.org.uk/guidance (157).

A pesar de estas recomendaciones presentes en las GPC y en diversos estudios, frecuentemente, las personas reciben varios medicamentos al mismo tiempo (158). Más del 75% - 80% de pacientes con TLP toma regularmente psicofármacos (159) y el 48% toman dos o más medicamentos(160), el 30% toman cuatro o más psicofármacos (161).

En la notable revisión de Lieb (162), se incluyeron 27 ensayos clínicos aleatorizados sobre el tratamiento psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad. Se probaron antipsicóticos de primera y segunda generación, estabilizadores del estado

de ánimo, antidepresivos y ácidos grasos omega-3 suplementarios. Aportaron los siguientes resultados:

- Los efectos beneficiosos del tratamiento con fármacos se observaron para todos los principales grupos de síntomas principales del trastorno, así como para la psicopatología asociada.

- Los síntomas de la esfera de los problemas de relaciones interpersonales mejoraron con aripiprazol, valproato y topiramato. Para el tratamiento de los síntomas de desregulación afectiva, se observaron positivos el haloperidol, aripiprazol y olanzapina, y estabilizadores del estado de ánimo (topiramato, lamotrigina y valproato).

- La impulsividad mejoraba con flupentixol, aripiprazol, los estabilizadores del estado (topiramato y lamotrigina) y los suplementos de ácidos grasos omega-3. Sin embargo, los efectos de la olanzapina sobre la conducta autolesiva y suicida fueron inconsistentes.

- En cuanto a los síntomas cognitivo-perceptivos, se encontraron evidencias de efectividad para aripiprazol y olanzapina.

- Se encontraron resultados significativamente mejores para patología afectiva asociada para aripiprazol y olanzapina, estabilizadores del estado de ánimo (topiramato y valproato), amitriptilina y ácidos grasos omega-3. Cabe señalar que entre todos los antidepresivos investigados en los ECA, existen pruebas de efectividad para el antidepresivo tricíclico amitriptilina (sólo para la sintomatología depresiva), pero no para ningún ISRS, inhibidor de la monoaminoxidasa o mianserina.

- Y es muy destacable que no se encontró evidencia de efectividad para varios síntomas clave de trastorno de personalidad límite: temor al abandono, sentimientos crónicos de vacío, despersonalización y síntomas disociativos.

- Esto puede ser debido a que los instrumentos de evaluación no eran lo suficientemente específicos en la mayoría de resultados, pero hablaría de que hay manifestaciones del TLP en la que no es eficaz la farmacoterapia y deben ser abordados mediante psicoterapia.

Neurolépticos atípicos administrados mediante inyectable de liberación prolongada, en este caso el palmitato de paliperidona, disminuyó los comportamientos impulsivos y disruptivos, mejorando la funcionalidad global, sin presentar efectos secundarios adversos relevantes a excepción de galactorrea que hizo suspender en tres casos el tratamiento. Puede ser un fármaco de elección frente a otros neurolépticos de segunda generación (163). Del mismo modo, la quetiapina se mostró más eficaz que placebo para reducir los niveles de malestar psicológico, síntomas afectivos, irritabilidad y susceptibilidad en las relaciones con los demás (164). Más concretamente, a dosis bajas (150 mg.) es eficaz en el tratamiento a corto plazo de alguno de los síntomas principales del TLP. Aunque, como en otros tratamientos, es dudoso el efecto en períodos más largos y su seguridad en estos largos plazos, en relación con el denominado síndrome metabólico. Por esto es conveniente su evaluación en resultados según riesgo/beneficio, su combinación con psicoterapia y su efecto no solo sobre la reducción de síntomas sino sobre la funcionalidad del paciente (165). También se cita los beneficios de la quetiapina sobre los síntomas afectivos, el estado de ánimo no responde de manera adecuada a los antidepresivos por lo que se puede considerar la opción de este antipsicótico (166).

En definitiva, Ali y Findlay en su revisión de las orientaciones de la Guía NICE para el tratamiento de pacientes con TLP, hablan de las sugerencias de ésta sobre el uso de psicofármacos: su empleo para tratar la comorbilidad de otros trastornos y su sintomatología, la prescripción generalizada de psicofármacos *off-label* y la necesidad de comparar beneficios y riesgos a largo plazo de determinados fármacos, por lo que concluyen que se debe profundizar más en el conocimiento de las alteraciones psicológicas y biológicas, que contribuirán al desarrollo de tratamientos farmacológicos más precisos y específicos para determinados síntomas (167). Lo cual no aporta más luz a la incertidumbre terapéutica actual que los buenos deseos de

avanzar más en el saber sobre la etiología y sintomatología, en lo biológico y en lo psicológico, del trastorno límite de la personalidad. Se requiere evidencia de mayor calidad que la aportada por los estudios disponibles en la actualidad (168).

La experiencia en la clínica, en el abordaje de personas con TLP, coincide en infinidad de ocasiones con la apreciación de Kernberg "el hallazgo más importante, tal vez, ha sido que algunos pacientes borderline responden a uno u otro de un amplio espectro de medicamentos, aunque sólo aproximadamente el 30% de estos pacientes responden satisfactoriamente durante un período prolongado de tiempo. Después de muchos meses de tratamiento, muchos pacientes que inicialmente respondieron favorablemente a los medicamentos tienden a experimentar una pérdida de la efectividad de los fármacos, y la predisposición estructural subyacente a su sintomatología afectiva parece anular los efectos de la medicación. Parecería que, en este momento, el papel principal de la medicación es el de una herramienta de tratamiento auxiliar en el contexto de un tratamiento psicoterapéutico" (169).

Se ha investigado sobre los suplementos nutricionales con ácidos grasos omega-3 como tratamiento coadyuvante eficaz, como ya se hizo previamente en el trastorno bipolar o los episodios depresivos, los resultados son poco concluyentes, con ligeras mejorías sobre placebo ante síntomas como la agresividad e impulsividad, y síntomas afectivos (170).

2.8 Experiencia farmacoterapéutica.

Define Robert J. Cipolle (171) experiencia farmacoterapéutica como “la suma de todos los eventos en la vida de los pacientes que afectan al uso de los medicamentos. Es la experiencia personal del paciente con su medicación. Esta experiencia vivida conforma las actitudes, creencias y preferencias de los pacientes acerca de su farmacoterapia. Estas características son las que determinan principalmente las conductas de uso de sus medicamentos.”

Conocer la experiencia farmacoterapéutica, en un área como la psiquiátrica, poco explorada en este aspecto, puede aportar datos de interés para facilitar los tratamientos y mejorar su seguimiento. La decisión del paciente de tomar psicofármacos no está basada solo en los beneficios a la hora de reducir o minimizar sintomatología, sino que se apoya en la ponderación de los efectos beneficiosos con los adversos o secundarios (172).

La metodología de investigación cualitativa permite un análisis de asuntos relacionados con el ámbito sanitario desde las perspectivas social y cultural, que supone una ampliación sobre los análisis cuantitativos, de esta manera se puede conocer en profundidad a los pacientes, sus preocupaciones, deseos, necesidades, planteamientos, expectativas, etc., acerca del uso de tratamientos farmacológicos (173).

Aproximarse a la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes mediante la escucha y comprensión de sus creencias y percepciones sobre sus medicamentos, sus necesidades, miedos, preocupaciones, expectativas y actitudes frente a esos tratamientos, permitirá introducir cambios en los abordajes terapéuticos de tal manera que se adapten a las necesidades reales de la persona, que deberá ser partícipe en las decisiones, en una responsabilidad compartida con los profesionales. Este proceso de aprendizaje de unos y otros, que transforma la práctica clínica a partir de la experiencia, favorecerá el cumplimiento, la efectividad y la seguridad de la medicación (174).

Esta práctica enlaza con las corrientes críticas con la excesiva medicalización de diversos trastornos, que han llevado a un crecimiento exponencial del consumo de psicofármacos sin que ello se traduzca en una mejora en las patologías, así Whitaker (175) pone de manifiesto en su libro "Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales", asuntos tan relevantes como que los psicofármacos producen beneficios a corto plazo pero disminuyen cuando se prolonga su uso, producen efectos secundarios físicos y psíquicos que pueden empeorar la calidad de vida y disminuir la esperanza de vida, los usos prolongados y las retiradas o abandonos pueden ocasionar crisis o recaídas, los fármacos prescritos para una sintomatología pueden causar otra, que a su vez, requerirá de otro psicofármacos que podrá ocasionar también otros síntomas no deseados y así sucesivamente dando origen a lo que se denomina prescripción en cascada.

Joanna Moncrieff (176) en el capítulo Reflexiones Finales de su libro "Hablando Claro" expresa con rotundidad: "El modelo centrado en el fármaco sugiere que la relación entre el paciente y el prescriptor debería ser diferente. Los usuarios del servicio, sus amigos, familia y cuidadores no deberían limitarse a aceptar el diagnóstico del médico y el tratamiento que este considera adecuado. Deben preguntar y debatir con el médico acerca de qué estado inducido por el fármaco puede ser útil en su situación particular. Deberían explorar por sí mismos y con otros qué beneficios pueden obtener con un estado inducido por el fármaco, y qué consecuencias negativas pueden derivarse de dicho estado. Deberían también tener la oportunidad de considerar el uso de alternativas al tratamiento farmacológico."

2.9 Problemas relacionados con los medicamentos.

Los PRM son todas aquellas circunstancias consecuencia del tratamiento farmacológico que difieren de los resultados que se pretende conseguir con el mismo, yendo un poco más allá que el término de reacción adversa a medicamentos que propone la OMS como respuesta nociva y no intencionada a un medicamento que ocurre en el individuo en dosis habituales para profilaxis, diagnóstico o tratamiento.

Por tanto los PRM, además de las reacciones adversas, incluyen el fracaso terapéutico. Se trata de un problema de salud, consecuencia del tratamiento farmacológico por causas diversas, que hace que no se logren los resultados esperados o aparezcan efectos no deseados (177), y que incluyen también la dosificación por debajo de lo indicado, por encima de lo indicado y el mal uso de los medicamentos (178).

El Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos explica y aclara algunos términos de la tabla 4:

- Un medicamento es necesario cuando ha sido prescrito o indicado para un problema de salud concreto que presenta el paciente.
- Un medicamento es inefectivo cuando no alcanza suficientemente los objetivos terapéuticos esperados.
- Un medicamento es inseguro cuando produce o empeora algún problema de salud.
- Un PRM se considera cuantitativo cuando depende de la magnitud de un efecto.

Esta terminología aceptada y establecida como se ha visto por varios grupos investigadores a través de la fórmula del consenso, supera terminologías que se utilizan ampliamente pero pueden introducir errores conceptuales, así tenemos las reacciones adversas, alergias, interacciones, incumplimiento, etc. en cuyo uso se pueden mezclar elementos de proceso y de resultado, como aclaran en el Consenso de Granada (179).

Tabla 4. Clasificación de Problemas Relacionados con Medicamentos.

Necesidad:
PRM 1: **El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.**
PRM 2: **El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.**
Efectividad:
PRM 3: **El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación.**
PRM 4: **El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad cuantitativa de la medicación.**
Seguridad:
PRM 5: **El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.**
PRM 6: **El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.**

Clasificación de Problemas Relacionados con Medicamentos establecida en 2002 en Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (172).

2.10 Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Es un dispositivo sanitario acreditado del Servicio Aragonés de Salud, perteneciente a la red asistencial de salud mental, presta servicios, tanto para la hospitalización y como de manera ambulatoria, desde su puesta en marcha en 2004, recogiendo la experiencia de su equipo profesional que venía trabajando con programas específicos para la atención a personas con trastorno de la personalidad en los recursos existentes, unidad de salud mental y de hospitalización de corta estancia.

Se ubica en el Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza, en la segunda planta del edifico. Está especializado en el abordaje de Trastornos de la Personalidad, tal como recomienda la Sección Europea de la ISSPD.

Este recurso alberga un programa asistencial que incluye hospitalización y también seguimiento ambulatorio, siguiendo las experiencias reseñables de centros como el McLean Hospital de Boston (180).

El programa asistencial comienza con una valoración previa para asegurar el cumplimiento de los criterios de admisión: diagnóstico principal de trastorno de la personalidad, no presencia de un trastorno por uso de sustancias como patología principal, y no constituir el tratamiento una medida judicial sustitutiva.

Una vez admitido, ingresará en una de las ocho plazas que tiene la Unidad, comenzando un período de valoración que concluirá aproximadamente a los quince días con el establecimiento del Programa Individualizado de Tratamiento.

Todos los profesionales del equipo tienen presentes los objetivos trazados en el PIT para sus intervenciones: tratamientos farmacológicos, psicoterapias individuales y grupales, psicoeducación, planes de cuidados, intervención social, trabajo con el núcleo de convivencia, etc. que conforman una auténtica “inmersión terapéutica” para los pacientes y su familia.

Cumplidos los objetivos del ingreso, se produce el alta de hospitalización con el consenso en forma de un acuerdo terapéutico. Este compromiso es aceptado y

firmado por el paciente, su núcleo de convivencia y el equipo terapéutico, incluye aquellos objetivos del PIT a mantener y a alcanzar durante el seguimiento, el marco terapéutico y aquellas pautas concretas que se deben iniciar ya en ese momento.

Avanza el proceso terapéutico con el seguimiento ambulatorio, en una forma intensiva, con consulta semanal en un principio y más espaciada posteriormente a medida que se aproxima al final del mismo, revisando y adecuando el PIT en dependencia de la evolución del paciente.

Finaliza el proceso con el alta, derivándose al recurso más idóneo según del tipo de alta (terapéutica, voluntaria, exclusión) y las necesidades que presente el paciente, siendo la premisa del equipo la integración del paciente en recursos sociolaborales normalizados. Se entrega informe al paciente y núcleo de convivencia, y, si procede, al recurso que se derive.

Paralelamente se produce una intervención en el núcleo de convivencia del paciente y en su entorno. Las personas que conviven con pacientes con Trastorno de la Personalidad deben suponer para estos un referente de estabilidad, por lo que es imprescindible que conozcan las características de la patología, que disminuyan la sobrecarga de cuidador percibida y colaboren con el equipo terapéutico en el PIT de su familiar.

Para esto, la familia de cada paciente es valorada por el equipo, mediante entrevistas en el domicilio y posteriormente en la Unidad. Se realiza psicoeducación grupal e intervenciones periódicas con la familia, la mayoría en conjunto con el paciente. Cada familia debe aceptar su participación activa en el programa y se trabajan acuerdos, sobre el planteamiento de dificultades concretar y la exploración de estrategias para abordarlas.

Este aspecto, el de la intervención intensiva con el núcleo familiar, es el más diferenciador respecto a otros recursos o programas terapéuticos, para el equipo terapéutico de la UTP es tan indispensable trabajar con el paciente individualmente, como con su entorno y familia o personas de referencia.

Infraestructura

Esta Unidad de hospitalización dispone de 8 plazas. La distribución del espacio físico es la siguiente:

- 4 habitaciones dobles con baño.
- 1 baño común.
- Sala de estar común con comedor.
- Control de enfermería.
- Office / botiquín.
- Despachos para profesionales: 6 (psiquiatras, psicóloga clínica, trabajadora social, enfermera especialista en salud mental, supervisora de enfermería)
- Sala de reuniones y de grupos ubicada fuera de la Unidad, en la misma planta del hospital.
- Baño y vestuario para el personal.

Recursos Humanos:

- 2 Psiquiatras.
- 1 Psicóloga clínica.
- 1 Trabajadora social.
- 1 Supervisora de enfermería.
- 6 Enfermeras especialistas en salud mental para hospitalización.
- 1 Enfermera especialista en salud mental seguimiento ambulatorio e intervención familiar.
- 7 Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería.
- 1 Celador.

Población asignada:

Pacientes con diagnóstico principal de Trastorno de la Personalidad, con necesidades especiales como diagnóstico diferencial, estabilización sintomatológica y recuperación funcional, vinculación y adhesión terapéutica, entre otras.

Población correspondiente a los Sectores Sanitarios de Zaragoza I, II, III, Calatayud, Huesca, Barbastro, Teruel y Alcañiz.

El informe Osteba (181), en 2007, evaluó la Unidad de Trastornos de la Personalidad de Zaragoza, concluyendo:

Algunas dificultades percibidas:

- *Este tipo de ingresos, si bien resultan necesarios, no afrontan la realidad del problema, el núcleo patológico del TP.*
- *Los profesionales «mal utilizan» la Unidad, derivando pacientes que les resultan «molestos» y que no cumplen los criterios de la Unidad.*
- *Existe una larga lista de espera, dificultando la atención.*

Aspectos positivos:

- *Una vez ingresados en la Unidad han tenido menos problemas de los que podían prever (menos del 3-4%). No han tenido ningún acto violento o tentativas de suicidio.*
- *En cuanto al protocolo no han tenido ningún problema porque nunca se han cerrado rígidamente a mantenerlo. Revisión continua.*
- *La Unidad ha servido como referente. Los profesionales se han dado cuenta de que hay una intervención que puede ser positiva.*
- *Los pacientes han pasado por infinitos recursos de todo tipo, pero con este programa están compensados y disminuye la sintomatología.*
- *Es una unidad muy rentable donde poca gente luego ha tenido recaídas y esto económicamente es muy significativo. La Unidad es cara pero rentable.*
- *Por otro lado el trabajo social es un punto fuerte. El objetivo es intentar desestigmatizar lo máximo posible a estos pacientes utilizando medios lo más normalizados posibles.*
- *Se ha constatado una escasa necesidad de psicofármacos durante el ingreso en estos pacientes.*

Como concluye Sinclair (182), la forma en que los participantes describen sus experiencias sugiere que el entorno en el que son tratados tiene un profundo efecto en su actitud, una implicación potencialmente significativa para su manejo terapéutico.

3. JUSTIFICACIÓN.

Con la finalidad de mejorar los servicios asistenciales a personas con TLP es importante investigar sobre la experiencia de estos pacientes, su narrativa es útil para reflexionar sobre nuestra propia práctica. Es muy interesante para cuestionar nuestras suposiciones, siendo tan interesantes las narrativas positivas como las negativas (145).

Nehls (183) en su artículo *"Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients"*, sobre un estudio cualitativo en 1997, señaló unos cuantos asuntos clave que, a día de hoy, parece que todavía no están resueltos, esto hace que sea importante enumerarlos puesto que justifican, en buena medida, la presente investigación. En su estudio, con metodología basada en la fenomenología interpretativa, sobre las narrativas de treinta sujetos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, usuarios de servicios de salud mental, se transcribieron y analizaron, relatos que se obtuvieron sobre la experiencia de ser diagnosticados de TLP y cómo vivir con él *("Living with a label"),* con las tentativas suicidas *("Living with Self-Destructive Behavior Perceived as Manipulation")* y con las dificultades para ser adecuadamente tratado *("Living with Limited Access to Care").*

Concluye señalando los prejuicios alrededor de la etiqueta diagnóstica (los pacientes hablan de sus síntomas más allá del diagnóstico, deplorando los estereotipos y el estigma asociado al trastorno, "nombrar una cosa no es conocerla"). El énfasis lo deben poner los profesionales en la escucha de la narrativa de los pacientes, más allá de lo que pueda informar un diagnóstico u otro. Trabajar con elementos como la supervisión clínica, la autorreflexión, la formación continua, son de gran importancia para los profesionales que trabajan con personas con TLP.

En el estudio de Nehls también se señalaban, entre los prejuicios profesionales, que éstos consideraban las conductas autolesivas como claramente manipuladoras, o a las tentativas autolíticas, llamarlas así es dejarlas desprovistas de su condición de síntoma, aunque sea conocido que entre las múltiples causas y significados pueda estar el llamar la atención. Por tanto, la confianza mutua, entre pacientes y terapeutas, es la

base sobre la que se puede establecer un proceso de trabajo y de mejora. Y otro elemento clave que señalaban los entrevistados es su petición a los terapeutas de escucha, de que el diálogo es terapéutico y que en muchos casos no exigían del profesional una solución sino solamente presencia y escucha.

Si observamos el proceso asistencial al trastorno límite de la personalidad bajo la perspectiva de la calidad, D.T. Cosgrove, Director General de Cleveland Clinic, introdujo el concepto de la experiencia del paciente al análisis de excelencia de sus procesos: "La experiencia del paciente se personaliza en cualquier profesional y se concreta en cualquier detalle que cada enfermo percibe desde el ingreso hasta el alta." P. Pronovost, un intensivista experto en calidad de *Johns Hopkins*, señaló como poco útiles las encuestas de satisfacción al tiempo que indicó que era más aprovechable para la organización preguntar a ciertos pacientes seleccionados, informantes, sobre su experiencia durante la hospitalización (184).

Es importante utilizar métodos cualitativos para la evaluación de nuevos tratamientos, terapéuticas y políticas sanitarias, hay información que no sería accesible a los habituales ensayos cuantitativos observacionales o aleatorizados, o, mejor, el uso de metodología combinada que permitiría triangular los datos obtenidos y dar mayor fortaleza al estudio cualitativo (182).

Resulta crucial conocer la experiencia del paciente, su narrativa, para el diseño e implementación de procesos asistenciales. En la actualidad no se entienden políticas sanitarias desarrolladas únicamente desde el lado de la gestión o de los profesionales, es imprescindible conocer los entornos sociales, el contextos sociológico y las necesidades que plantean los usuarios (185).

Una vez justificada la exploración de la experiencia del paciente diagnosticado de TLP, el presente estudio pretende focalizar la experiencia en un asunto paradigmático en los planteamientos terapéuticos: el uso de tratamientos psicofarmacológicos. En la práctica totalidad de la bilbiografía disponible y relacionada con el tema aparece la aseveración: *ningún fármaco tiene indicación específica para el tratamiento del TLP* (186).

Los tratamientos con psicofármacos se orientan bien a estabilizar aquellos síntomas más disruptivos o bien como estabilizadores de la clínica para permitir una intervención psicoterapéutica (187).

Sin embargo, en la práctica habitual y en la bibliografía, se constata el frecuente tratamiento con varios psicofármacos, de diferentes grupos, durante largo tiempo, y la no tan frecuente intervención mediante psicoterapia, por tanto, parece que la estrategia terapéutica se invierte en la aplicación práctica de las recomendaciones de las GPC y evidencia científica (188).

Por todo ello, se unen las necesidades de explorar el relato de las personas con TLP, acerca de su experiencia con el trastorno, los síntomas, los profesionales, y los tratamientos recibidos, principalmente los psicofarmacológicos.

Ello debería ayudar a clarificar el importante asunto de la oferta terapéutica ante este creciente problema de salud, con repercusiones notables en el ámbito familiar, social, educativo y laboral de las personas que lo padecen, y que no termina de orientarse con eficacia y efectividad, a pesar de la creación de recursos tan especializados como la unidad en la que se ha planteado la investigación.

Del estudio de las peculiaridades del grupo poblacional incluido, de sus datos clínicos, y psicosociales, y fundamentalmente de la narración de su experiencia, se pretende extraer conclusiones que puedan configurar una serie de aplicaciones prácticas para su implementación en los procesos terapéuticos con el objetivo de su mejora.

4. ANTECEDENTES.

Wright plantea en su investigación cualitativa la escucha de la experiencia de los usuarios de servicios de salud mental, en los procesos de admisión y alta en los ingresos en unidades de hospitalización de corta estancia. Es posible que estos momentos en el proceso de la enfermedad del paciente tengan un efecto negativo duradero, por ello es crucial garantizar que los usuarios de los servicios tengan voz en lo que les sucede, que puedan trasladarnos estas experiencias y que esta información revierta en cambios organizativos y asistenciales (189).

También la metodología cualitativa aporta una interesante información y puntos de vista diferentes, cuando se investiga sobre la práctica sanitaria, los sujetos de los que se recoge la narrativa son profesionales, y los asuntos que con mayor frecuencia se investigan son: prácticas o intervenciones, actitudes, prejuicios, emociones, etc., que se relacionan directamente con los procesos terapéuticos. La información generada es de gran aplicabilidad sobre las organizaciones sanitarias y, ya solo el hecho de la reflexión sobre estos asuntos hace que se produzcan mejoras y cambios de actitudes (190).

Más allá de la percepción de los profesionales, que ya se ha visto que es sesgada según resultados de diversos estudios, si se consulta a los usuarios encontramos pistas sobre cómo adaptar los recursos a sus necesidades y características, actualmente se encuentran dispositivos y equipos desarrollados para unas demandas y unos usuarios que hace más de treinta años eran diferentes, y durante las dos últimas décadas se ha tratado de que los usuarios se adaptasen a los recursos existentes, con notables fracasos terapéuticos. Así, Lawn (191) exploró las necesidades expresadas por ciudadanos australianos diagnosticados de TLP, e identificó problemas de discriminación a la hora de ingresar por situaciones críticas, diferencias entre recursos públicos y privados, presentaban más tiempo de espera en los servicios de urgencias que la población general, percibían rechazo por parte de los profesionales (de manera similar a lo ya referido anteriormente por diversos estudios), y les pedían a éstos:

calma, paciencia, conocimientos, flexibilidad y empatía; identificaron a los médicos de familia como los más sensibles en situaciones de crisis; los pacientes tenían pocos conocimientos sobre el trastorno, demandando mayor información de los profesionales; percibieron rechazo por parte de los equipos de enfermería, menos en las enfermeras más jóvenes. En definitiva, que los pacientes con TLP que *deciden tratarse* tienen que superar diversos retos que los sistemas y los profesionales deberían abordar, especialmente los profesionales de enfermería, tanto en atención primaria como en salud mental, teniendo responsabilidad en ayudar a superar esas barreras descritas.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Conocer la experiencia farmacoterapéutica de personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

5.2 Objetivos específicos:

5.2.1 Valorar la percepción del paciente acerca de su patología, la adherencia a terapias y tratamientos, y su relación con terapeutas.

5.2.2 Estimar la participación y responsabilización del paciente en su proceso terapéutico y tratamiento farmacológico.

5.2.3 Conocer características sociodemográficas y clínicas de los participantes, autoimagen y opinión acerca del estigma, y sus redes de apoyo.

5.2.4 Conocer los tratamientos farmacológicos y su uso *off label* para el TLP y la presencia de problemas relacionados con la medicación en los entrevistados.

5.2.5 Constatar si los pacientes han recibido tratamientos no farmacológicos para su TLP.

6. METODOLOGÍA

6.1 Método y tipo de estudio realizado.

Este estudio se trata de una investigación de tipo descriptivo, con metodología mixta cualitativa y cuantitativa, y a pesar de que el planteamiento otorga el protagonismo a la metodología cualitativa, se decidió utilizar también metodología cuantitativa que aportase datos que permitieran situar y entender mejor las narrativas propias del método cualitativo. De igual modo añade fortaleza al estudio, aportando mayor conocimiento sobre la realidad de los participantes.

Ese protagonismo de las técnicas cualitativas en el estudio no obedece a la creencia de ser superior una metodología que otra, sino que lo cualitativo permite en la investigación propuesta una mejor aproximación a un fenómeno humano, complejo, en un contexto de una patología también muy compleja, como es la subjetivación de procesos terapéuticos. Más allá por tanto de los habituales estudios puramente cuantitativos, de los que se pone en duda su cercanía a la realidad. Se pueden leer definiciones de investigación cualitativa en relación a la metodología cuantitativa, lo que puede dar una idea errónea de metodologías opuestas, o como un método menor "no cuantitativo". Es más correcto hablar de dos métodos diferenciados, uno, el cualitativo, trata de comprender la realidad interpretándola, acercándose a ella y el cuantitativo utiliza la medida, la objetivación de fenómenos, con la misma finalidad, entender la realidad (192).

El trabajo investigador con narrativas es muy importante para dar sentido a la realidad que nos rodea a nuestra experiencia en la clínica. Nos permiten explicar y ordenar las circunstancias o los hechos menos habituales, lo que se repite, lo que es ordinario, necesita menos de las narraciones. La realidad de un paciente que padece un trastornos no está exenta de subjetividad, aunque se busque aplicar las medidas más objetivas, las demostradas por el modelo biomédico. Pero no por utilizar unas se debe desechar las otras, ambas en su confluencia permitirán comprender para tratar (193).

Los tradicionales desencuentros entre partidarios y detractores de una y otra metodología, cualitativa y cuantitativa, parecen superados por el uso creciente de la metodología conjunta, que permite tener un marco de referencia más amplio que el de un solo método, y posibilita el estudio de realidades que con las formas tradicionales tendrían una visión en exceso reduccionista. Por tanto, el planteamiento es de búsqueda de la complementariedad para poder integrar y comprender mejor los datos que aporte el estudio.

El fenómeno de la experiencia farmacoterapéutica se puede entender desde las narrativas del sujeto, pero si además se aportan datos relacionados con el tratamiento, con la patología objeto de la investigación, con datos referidos a la clínica, etc. del grupo estudiado, se pueden comprender mejor los hallazgos derivados del análisis de las entrevistas y permitirá, en cierto modo, relacionar los mismos con la práctica clínica y, en definitiva, obtener unos resultados aplicables y que permitan modificar y adaptar dicha práctica.

Aun teniendo estas ventajas, se pueden encontrar claras dificultades, entre ellas la búsqueda de coherencia entre ambos métodos, mayor tiempo para su realización y para el análisis y proceso de los datos (194).

Es claro que la capacidad para comprender los problemas del complejo campo de la salud se sustenta en la aplicación conjunta de las técnicas disponibles tanto cualitativas como cuantitativas (195).

Se trata, en definitiva, de un estudio mixto cualitativo y cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Mediante la combinación de entrevistas individuales semiestructuradas y su posterior análisis, y datos psicobiográficos de los pacientes que dan referencia de las peculiaridades de éstos.

6.2 Período y lugar donde se desarrolla la investigación

Los datos del presente estudio se obtuvieron siguiendo el siguiente proceso en el que se indica la cronología.



6.3 Universo y Muestra.

El estudio se realizó en la Unidad de Trastornos de la Personalidad, del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza, cuyas características se han descrito en el apartado 2.10.

El periodo de estudio o de selección de la muestra fue durante los años 2014 y 2015.

La técnica utilizada para la selección de la muestra es el muestreo intencional o de conveniencia, que pretende, a partir de una muestra seleccionada por el investigador que pretende ser representativa del colectivo, la obtención de conocimiento independientemente del tamaño muestral, es decir, no está prefijado con anterioridad sino que avanza en paralelo a los hallazgos que se van produciendo, a cómo se produce la saturación de la información en las diferentes categorías o para los objetivos establecidos en el proyecto de investigación.

Se partió para la selección de sujetos a incluir en el estudio, de las consideraciones clínicas de los profesionales (médico psiquiatra y/o psicólogo clínico) que derivan a pacientes a la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza, y de estos se tomaron para esta investigación, en un período de tiempo y de forma consecutiva, los que tenían como diagnóstico principal el de trastorno límite de la personalidad.

Ya se ha señalado la controversia actual en cuanto al diagnóstico, a las consideraciones dimensionales o categoriales de los trastornos de la personalidad, a las diversas orientaciones teóricas para su definición, por tanto, y con una finalidad meramente práctica y que refleja el trabajo diario actual del proceso de diagnóstico, tratamiento y derivación a otros recursos especializados de salud mental, tomaremos las referencias de la DSM-IV-TR y sus posteriores revisiones como criterios diagnósticos que determinarán la inclusión de sujetos en la muestra (35).

La muestra no debe estar constituida por elementos aleatorios descontextualizados (como es, la mayoría de las veces, la información recogida a través de cuestionarios preconcebidos), sino por "un todo" sistémico con vida propia, como es un grupo de pacientes con, a priori, la misma patología. Por ello, se impone la profundidad sobre la

extensión y la muestra se reduce en su amplitud numérica, tomando de la población aquellos sujetos que cumplan los criterios de inclusión. Así mismo, conviene escogerla de forma que estén representadas de la mejor manera posible las variables de sexo, edad, nivel socioeconómico, profesión, etc., según el caso, ya que su información puede ser diferente y aportar mayor riqueza a la recolección de datos. Por lo tanto, se toman suficientes sujetos para cubrir todo el espectro posible de usuarios de la UTP , con trastorno límite de la personalidad, independientemente de que, por la naturaleza de la investigación, en su parcela cualitativa, la muestra podría haber sido menor, toda vez que un número inferior de sujetos produjesen la saturación de la información (196)(197)(198).

Para ello se siguieron los **criterios de inclusión**:

- Diagnóstico principal de derivación a la UTP: Trastorno límite de la personalidad (según clasificación DSM-IV-TR)
- Aceptación de los términos de la investigación, consentimiento informado y voluntariedad para la colaboración.
- Completar el proceso terapéutico, al menos en sus primeros meses con ingreso y primer seguimiento ambulatorio.

Como **criterios de exclusión** se tomaron:

- No confirmación del diagnóstico inicial de TLP, tras su estudio y valoración en la unidad.
- Presencia de otra patología psiquiátrica, comórbida a su trastorno de personalidad, en el momento del estudio.
- Presencia de proceso orgánico o de adicción a sustancias, comórbidos, que distorsionen sus apreciaciones respecto a cómo lo harían, en su patrón vital habitual sin estos episodios.
- Negativa a participar siguiendo los términos planteados en la investigación y consentimiento informado.
- Abandono del proceso terapéutico durante el ingreso o primer seguimiento ambulatorio.

Teniendo en cuenta los criterios expuestos, se excluyeron 10 personas que inicialmente estaban participando en el estudio, según se detalla a continuación:

- No confirmación del diagnóstico inicial de TLP, tras su estudio y valoración en la unidad. 2 participantes.
- Negativa a participar siguiendo los términos planteados en la investigación y consentimiento informado. 5 participantes.
- Abandono del proceso terapéutico durante el ingreso o primer seguimiento ambulatorio. 3 participantes.

Así, finalmente, se incluyeron en el estudio un total de 48 personas, una vez desestimados los casos que cumplieron criterios de exclusión y aquellos que declinaron participar en la investigación tanto a la propuesta como una vez iniciada la misma.

6.4 Descripción de las variables del estudio.

Además de la entrevista semiestructurada (Anexo II) que recoge la narrativa del sujeto, se seleccionaron y recogieron diversas variables de los pacientes relacionadas con los objetivos de la investigación.

Se detallan a continuación agrupadas por categorías:

Datos sociodemográficos

Tabla 5. Datos sociodemográficos.

Datos sociodemográficos	
Sexo	Número de hijos
Edad	Nivel de estudios
Fecha de nacimiento	Profesión
Lugar de nacimiento	Situación laboral
Estado civil	Convivencia

Datos biográficos y clínicos informados por el paciente

Tabla 6. Datos biográficos y clínicos informados por el paciente.

Datos de escolarización	
Cambios de colegio	Repeticiones de curso
Inteligencia	
Cómo considera su inteligencia	
Nivel socioeconómico	
Cómo considera su nivel socioeconómico	Cómo consideran su nivel socioeconómico respecto al de su familia de origen
Problemas legales	
Ha tenido problemas con la justicia	
Creencias religiosas	
Tiene creencias religiosas	
Antecedentes familiares	
Tiene antecedentes familiares de enfermedad mental grave[1]	

[1] *Se toma como enfermedad mental grave los diagnósticos incluidos en Trastorno Mental Grave* (288)*, además de dependencia de alcohol.*

Hermanos	
Número de hermanos	Trato respecto a sus hermanos
Padres	
Valoración de su madre	Valoración de su padre
Valoración de ambos	Comunicación con padres
Infancia	
Ha sido su infancia feliz	Ha hecho lo que ha querido
Ha sido sobreprotegido	Reprimían sus malas acciones
Antecedentes personales de problemas en el desarrollo	
Parto problemático	Problemas psicológicos antes de los
EEG cuando era niño	14 años
Era excesivamente movido	Problemas con la alimentación
Evolución clínica	
Edad de inicio de tratamiento	Profesional con el que inició
Evolución tras los 35 años	tratamiento
Diagnóstico 1	Diagnóstico 2
Diagnóstico 3	Diagnóstico 4
Consumo de sustancias	
Fumador	Consumo de tabaco diario
Consumo de alcohol	Consumo de heroína
Consumo de cocaína	Consumo de cannabis
Consumo de anfetaminas	Consumo de *speed*
Consumo de alucinógenos	
Ideación suicida y autolesiones	
Ideas de suicidio	Tentativas autolíticas
Autolesiones	
Sexualidad y relaciones de pareja	
Valoración de vida sexual	Número de parejas no estables
Relaciones homosexuales	Orientación sexual
Abusos sexuales	
Dinámica existencial, autoconcepto y autoimagen	
Valoración en la convivencia	Valoración en el ámbito existencial
Emocionalmente inestable	Indeciso
Toma decisiones	Valoración de sus decisiones
Manipulación	Complejos
Problemas con la imagen corporal	Cirugía estética
Valoración personal	Se complica la vida
Terapias y tratamientos	
Número de profesionales	Hospitalizaciones
Período asintomático	Tratamientos no farmacológicos
Tratamientos farmacológicos	

Datos psicométricos

Tabla 7. Datos psicométricos.

IPDE	
Paranoide	Esquizoide
Esquizotípico	Antisocial
Límite	Histriónico
Narcisista	Evitación
Dependencia	Obsesivo-compulsivo
No especificado	
Cuestionario Salamanca	
Paranoide	Esquizoide
Esquizotípico	Histriónico
Antisocial	Narcisista
Impulsivo	Límite
Anancástico	Ansioso
Dependencia	
HAS Hamilton ansiedad	
Puntuación total HAS	
MADRS depresión	
Puntuación total MADRS	
SASS adaptación social	
Puntuación total SASS	
BIS Barrat impulsividad	
Puntuación total BIS	

Tratamientos farmacológicos

Tabla 8. Tratamientos farmacológicos.

Tratamientos farmacológicos	
Número de fármacos por paciente	Pacientes con neuroléptico
Pacientes con anticonvulsivante	Paciente con antidepresivo
Paciente con ansiolítico / hipnótico	Pacientes con otros fármacos

6.5 Procedimientos.

Los pacientes realizaron ingreso en la Unidad de Trastornos de la Personalidad, los que fueron incluidos en el estudio siguieron el mismo proceso que el resto, salvo que tuvieron una primera cita con el investigador en el que se les invitó a participar en el estudio. Se les informó del mismo y se recabó su consentimiento informado.

Tras esto, si lo admitieron, se realizó la entrevista sobre su experiencia farmacoterapéutica.

De los mismos pacientes, se recogió en su carpeta personal el resto de información: escalas y test psicométricos, e información personal y de su tratamiento farmacológico procedente de su historia clínica.

En pocos casos, no se completó toda la información procedente de cuestionarios o test, pero se asumió ésta como complementaria a la nuclear de la investigación que es la entrevista sobre la experiencia, y se señalan estas ausencias en la explicación descriptiva de los resultados, en aquellos en que la *N* está disminuida.

6.6 Métodos de recolección y análisis de la información.

En la investigación cualitativa los datos se obtiene fundamentalmente mediante diferentes técnicas: observacionales (aquellas en las que el investigador observa de una forma exhaustiva los fenómenos a estudio en su entorno real), individuales (mediante la entrevista a cada participante en la investigación), grupales (aún con variantes, se trata de entrevistas a grupos de personas moderadas o coordinadas por el investigador y un observador) y el análisis de documentos (se obtienen los datos a partir de documentación ya existente) (192).

Así pues, la opción para el estudio es la entrevista individual, dotada de una estructura, con preguntas abiertas pero siguiendo un guion, lo que facilita su análisis y las respuestas orientadas a los objetivos de la investigación, aunque no faciliten la aparición de aspectos emergentes que sí lo harían de tratarse de una entrevista no estructurada. Dada la heterogeneidad en la clínica de los sujetos, la amplitud de circunstancias vitales que podrían hacer de las entrevistas no estructuradas una dispersión de temas o categorías, se optó por cerrar la entrevista a una semiestructura de preguntas abiertas, que hiciese factible el análisis posterior, y tomar la aparición de otros asuntos emergentes como una posibilidad de ampliar posteriormente la investigación utilizando diferentes metodologías, produciendo la triangulación de metodologías de investigación (199).

Cuando se entrevista a personas con una finalidad de investigar un determinado fenómeno, el entrevistador debe entender el sentido de la narrativa de los sujetos, evitando su categorización en función de teorías o estudios previos, se trata de evitar sesgos por prejuicios y adaptar la investigación a lo que expresan las personas, lo que conocen, sienten y cómo lo cuentan (200).

Descripción de la entrevista y sus secciones

Se trata, pues, de una entrevista semiestructurada (Anexo II), diseñada *ad-hoc* para obtener información que responda a los objetivos del estudio. Es una entrevista de

preguntas abiertas, redactadas a priori, con un orden establecido, a las que el entrevistado puede responder con libertad pero dentro de esa estructura planteada. El formato semiestructurado hace que se pueda perder en dinamismo y flexibilidad, pero permite obtener datos de una manera ordenada y a la vez da libertad al relato del entrevistado, manteniendo la premisa de que el instrumento es el entrevistador y no el formulario utilizado en la investigación.

Permite, a su vez, introducir modificaciones en las preguntas o temas a tratar a la vista de los hallazgos que se van produciendo en las sucesivas entrevistas, eso responde a la metodología cualitativa que busca ese dinamismo y plasticidad en el transcurso de la investigación.

Como cualquier información recogida del discurso de las personas puede producir, distorsiones, engaños, no se toma como hechos fehacientes sino como lo sentido por la persona, su narrativa, que es, en definitiva, su experiencia acerca de los temas que se cuestionan.

La entrevista denominada "Experiencia farmacoterapéutica en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad" se articula como un guion semiestructurado en:

1. Presentación.
2. Preguntas generales.
3. Preguntas de transición.
4. Aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico tomado anteriormente.
5. Aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico actual.
6. Preguntas para finalizar.
7. Agradecimiento y despedida.

La entrevista se presenta a la persona que se va a incluir en el estudio, informándole de todo el proceso de la investigación y sus condiciones, de forma verbal y mediante

una hoja informativa por escrito (Anexo III), a su vez se recaba su consentimiento en documento firmado por él y por el investigador (Anexo IV).

La entrevista se graba íntegramente mediante grabadora electrónica y posteriormente se trascribe literalmente, con anotaciones si se precisan sobre expresiones, tonos de voz, gestos, etc., que complementan y dan sentido al discurso.

Análisis de los datos cualitativos:

Se utilizará el "modelo fenomenológico", por ser el más indicado cuando no hay razones para dudar de la bondad de la información y el investigador no vive en primera persona las circunstancias que está investigando. La investigación cualitativa es un proceso dinámico, en el que los resultados apuntan hacia nuevas interrogantes en un continuum de producción de conocimiento. Así, el investigador tiene un papel activo, con su conocimiento del tema y las relaciones establecidas con las personas y contextos, no tiene que representar un rol analítico de laboratorio, como se desprendería de la investigación cuantitativa, si no que se relaciona con unos sujetos de los que quiere extraer un conocimiento que explique esa realidad y, en este caso, extraer de los datos y su análisis conocimientos transferibles que mejoren procesos terapéuticos (201).

Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, mediante el análisis de discursos y temas específicos, y la búsqueda de sus posibles significados. Aunque no se puede hablar de tipos de análisis claramente establecidos en la investigación cualitativa, sí es cierto que la mayoría se debaten entre los estudios descriptivos y los interpretativos. Los descriptivos presentan los datos con escasa intervención del investigador, de tal manera que sea el destinatario quien, a través de la lectura de los resultados expuestos, llegue a sus propias conclusiones. En cambio, los estudios interpretativos buscan dar una respuesta a la hipótesis del estudio o a los objetivos preestablecidos, mediante la utilización de los datos obtenidos. En este epígrafe se

incluye el análisis de contenido, como generación de inferencias y conocimientos que verifiquen la hipótesis de estudio (202).

La fase de análisis de datos está conformada por una serie de actividades y operaciones para la reducción de datos, disposición y transformación de los mismos y la obtención de resultados y verificación de conclusiones (200).

El investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr aprehender la experiencia de los participantes, contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron), y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias) (203). Se aprovecha, también, del conocimiento y la familiaridad con los datos, y se basa en una lectura repetida, profunda, de los datos, comprendiéndolos y dándoles una estructura y orden que aporten información significativa para los objetivos del estudio (204).

Los datos obtenidos de las entrevistas, dadas su naturaleza verbal y su abundancia, precisan de la utilización de registro mediante grabadora de audio, además de la memoria del investigador y de las anotaciones de campo. Este volumen de datos exige, en la mayoría de los estudios cualitativos mediante entrevistas en profundidad, de la utilización de software específico, aplicaciones informáticas que ayudan, mediante descriptores, a la agrupación de los datos y su preparación para el análisis de contenido. Si bien es cierto que hay autores que hacen crítica de estos aplicativos por la mecanización del tratamiento de la información, en el que se puede perder visión de conjunto de la narrativa y de contexto en la que se produce (202).

Una de las funciones de estas aplicaciones informáticas es la construcción de categorías, mediante el diseño emergente, es decir, del primer análisis de los textos aparecen unas propuestas de categorías. Esta función no se precisaba pues, como se explica, la metodología utilizada facilitaba el establecimiento del sistema de categorías previamente a la fase de análisis. Para el siguiente paso, la categorización de los textos, también se pudo realizar sin apoyo de un programa específico, de manera manual,

ubicando los textos, con la interpretación de su sentido, en la categoría correspondiente.

El análisis de contenido tiene tres niveles: sintáctico, semántico y pragmático. El primero busca el sentido a través de la morfología, de la búsqueda de determinadas palabras utilizadas como descriptores. El semántico corresponde al sentido de lo transcrito, en su agrupación en categorías. Ahí se sitúan los párrafos en el que se hallan los descriptores, son las denominadas unidades de contexto, fragmentos de la narrativa de los sujetos dotados de una significación. Finalmente, el nivel pragmático habla del contexto, de las circunstancias en las que se ha desarrollado la entrevista (205).

Las categorías pueden ser el resultado del análisis de las entrevistas, lo que correspondería a un proceso inductivo, o bien se pueden establecer a priori de manera que puedan agrupar datos que den respuesta a los objetivos trazados para la investigación, en este caso se corresponde con un proceso deductivo. En este estudio, en el que se parte de categorías establecidas para la recogida sistematizada de la información, la herramienta utilizada, una entrevista semiestructurada, aporta, *per se*, una ordenación en la recogida de datos y permite el posterior análisis manual de los mismos, omitiendo el uso de un aplicativo.

Para esto, la información recogida de las entrevistas semiestructuradas mediante grabación de audio se transcribieron generando una archivo de texto para cada uno de los casos a estudiar. Se ordenó y codificó la información utilizando para ello tablas diseñadas ad hoc.

Estas tablas agrupaban la información en las categorías que, a su vez, incluían diferentes ítems más concretos. Estas categorías se orientaron de tal forma que pudiesen responder a los objetivos de la investigación, así se establecieron las siguientes:

- Percepción del paciente de su patología.
- Redes de apoyo formal e informal del paciente.

- Adherencia a terapias y tratamientos.
- Participación del paciente en sus terapias.
- Estigma.
- Relación terapéutica.
- Tratamientos farmacológicos y su uso off label.
- Problemas relacionados con la medicación.

Finalmente se integró la información en cada una de las categorías y entre éstas, redactándose los hallazgos y su relación con las preguntas de investigación de las que se partía.

La fase de análisis puede beneficiarse claramente de procedimientos de triangulación, ya sea por la lectura e interpretación de los datos por diferentes investigadores, obtención de datos de diferentes sujetos, o el uso de distintos modelos teóricos para un mismo estudio (202). En el caso de este estudio, la triangulación, como estrategia, la aporta el propio diseño mixto de la investigación, en el que la realidad narrada por los sujetos de su experiencia con los tratamientos se complementa con abundantes datos de los mismos obtenidos por cuestionarios, psicometría, y registros de sus procesos terapéuticos.

Instrumentos para la psicobiografía

Tabla para la recogida de datos biográficos

Documento diseñado ad hoc para una mínima recogida de datos biográficos (sexo, edad, lugar de nacimiento, formación, profesión, etc.)

Cuestionario UTP (Anexo V)

Documento diseñado ad hoc para la Unidad de Trastornos de la Personalidad, que recoge cuantitativamente todos los aspectos relacionados con el trastorno, datos biográficos, de dinámica familiar, relacionados con tratamientos, datos psicológicos y de autoconcepto, de exploración de síntomas, etc., de manera diacrónica.

Instrumento para el tratamiento farmacológico

Tabla para describir el tratamiento farmacológico.

Tabla diseñada ad hoc en la que se describe el tratamiento psicofarmacológico de cada paciente tanto al ingreso como al alta del proceso de hospitalización en la UTP, muestra principio activo y mg./día.

Instrumentos para la psicometría

Internacional Personality Disorders Examination (IPDE).

El IPDE se desarrolló a partir del Personality Disorders Examination (PDE), el cual fue modificado e internacionalizado adaptándolo a las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV. La adaptación española, de 1996, se realizó por Juan J. López-Ibor Aliño, Antonio Pérez Urdániz y Vicente Rubio Larrosa. Se ha tomado el cuestionario perteneciente al módulo CIE-10. Los ítems están ordenados bajo seis encabezamientos: trabajo, uno mismo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos. Las preguntas son abiertas, cerradas y de respuesta Sí-No (206).

Cuestionario SALAMANCA.

Diseñado por Pérez-Urdániz et al en 2004, se trata de una prueba de cribado, para la valoración de rasgos y aproximación al diagnóstico de trastorno de la personalidad según la clasificación DSM-IV, lo que exigiría de una valoración en profundidad. Consta de 22 ítems, con tres posibilidades de respuesta: siempre - con frecuencia - a veces (207).

Con su utilización conjunta permite discriminar aquellos diagnósticos o *cluster* problemáticos en la persona, para aproximarse a ellos con otras herramientas diagnósticas más específicas, en mayor profundidad y desechar aquellos otros en que no se manifiestan dificultades o alteraciones.

Hamilton- Ansiedad (HAS).

Escala heteroadministrada que determina la ansiedad global del paciente, con 14 ítems que se valoran de 0 a 4, da una puntuación global que subdivide a su vez en ansiedad somática y ansiedad psíquica. Su rango de puntuación total está en 0 – 56. A pesar de la ausencia de baremos estandarizados, en la bibliografía y en estudios se indica que una puntuación superior o igual a 14 sugiere ansiedad clínicamente significativa (208).

Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS Depresión).

Escala heteroadministrada mediante entrevista. Diseñada para evaluar la intensidad de sintomatología depresiva en adultos. Consta de 10 ítems, que corresponden a 10 síntomas depresivos diferentes, que se valoran de 0 a 6. Su rango de puntuación total está en 0 - 60. Una puntuación inferior a 10 puntos indicaría ausencia de patología depresiva (209).

Escala SASS de adaptación social.

La Escala de Autoevaluación de la Adaptación Social (SASS) permite una evaluación muy fácil de la perspectiva del individuo sobre sí mismo y su entorno, junto con su comportamiento y motivación social. Incluye 21 ítems, con cuatro niveles de respuesta (0 - 3), que evalúa motivación y conducta social. Los ítems exploran la funcionalidad de la persona en las áreas: trabajo, familia, ocio, relaciones sociales y motivación e intereses. La puntuación total, sumatorio de las puntuaciones de cada ítem, tiene un rango de 0 – 60. Adaptada por Bobes et al, al castellano (210).

Los valores por debajo de 25 indican desadaptación social, y superiores a 55 puntos indicarían un adaptación excesiva o patológica (211).

Escala de impulsividad de Barrat (BIS).

Es una escala autoinformada para la valoración de la impulsividad, que la subdivide en impulsividad motora, cognitiva y dificultad en la planificación. Se compone de 30 ítems con un formato de respuesta tipo Likert (0=nunca o raramente; 1=de vez en cuando;

3=a menudo; 4=siempre o casi siempre). Su rango de puntuación total está en 0 – 120. No existe un punto de corte propuesto por el autor, aunque estudios previos utilizan cifras superiores a 70 - 75 como indicativas de impulsividad con significación clínica (212).

6.7 Aspectos éticos.

Legislación a considerar para la realización de la investigación:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y Derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado (213).
- Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal, que regula el uso de la historia clínica del usuario permitiendo el acceso a la historia clínica con fines de investigación, entre otros (214).
- Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras de 2005 (215).
- Criterios éticos de la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983 (216).

De igual modo se siguieron las recomendaciones del CEICA (Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón) para los proyectos de investigación, que:

- Evalúa los proyectos de investigación según las normas propias elaboradas para este tipo de estudios.
- Emite informe sobre la decisión resultante de las evaluaciones anteriormente citadas.
- Realiza un seguimiento de la investigación propuesta, desde su inicio hasta la recepción del informe final.

Para ello se realizó la solicitud oficial aportando la información requerida, y se recibió la aceptación del estudio (Anexo VI).

Todos los participantes en el estudio, que fueron entrevistados, fueron informados de todo el proceso: propósito, grabación, tratamiento de la información, confidencialidad que asegure en todo momento su anonimato, posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento del proceso, tratamiento no diferenciado por el hecho de ser

incluidos en el estudio y oportunidad de ser informados de los resultados al finalizar la investigación.

Una vez transmitida esta información de forma verbal y mediante una hoja informativa (Anexo III), se solicitó la firma del consentimiento escrito (Anexo IV), que contiene la autorización para la grabación de audio.

Los casos se han codificado con un número identificativo, todo el material escrito y grabaciones han sido identificados con ese número y ha sido debidamente custodiado.

En el análisis de los resultados, cuando se expone una transcripción literal, se omite cualquier referencia a residencia, nombres, etc., que pudiese identificar a la persona que lo citó.

Al igual que se ha considerado la confidencialidad y los principios éticos, se ha integrado la perspectiva de género desde las fases iniciales del estudio, contribuyendo a la investigación en patologías que afectan mayoritariamente a mujeres, o siendo cuidadosos en la elección y medición de variables.

6.8 Limitaciones del estudio.

El hecho de que la investigación se haya hecho dentro del proceso asistencial de la Unidad de Trastornos de la Personalidad puede influir en los sujetos, en que dirijan su narrativa en la dirección del contexto de la institución. Esto se ha tratado de evitar situando las entrevistas y el resto de recogida de información en el periodo del programa terapéutico denominado "valoración", aproximadamente en las dos primeras semanas una vez producido el ingreso, en el que el paciente es explorado mediante diversas entrevistas, test, valoraciones de diferentes profesionales, con lo que esta entrevista y protocolo del estudio se sitúan como otros elementos más que van a servir para conocerle y orientar su planificación terapéutica individual.

El investigador principal pertenece al equipo terapéutico de la unidad, esto puede suponer cierto sesgo a la hora de ejercer como entrevistador, pero la propia dinámica del dispositivo, en el que diariamente diferentes profesionales intervienen con los pacientes y la información es fluida entre todos, facilita la confianza de ellos con los profesionales y, especialmente, que una de las premisas institucionales es la escucha, es decir, el paciente puede comunicar cualquier cosa, también la crítica y el desacuerdo, siempre que sea por los canales y de la manera adecuada.

Tanto el tamaño como la metodología para la selección de la muestra hacen que no sea representativa ni de colectivos de pacientes usuarios de la UTP, ni de colectivos de personas con TLP, pero tampoco lo pretendía el planteamiento del estudio. Los objetivos se trazaron en torno a la escucha de la experiencia de personas con un diagnóstico sobre tratamientos recibidos, de tal manera que esto permita introducir mejoras en los planteamientos terapéuticos y dinámicas asistenciales institucionales.

El estudio estadístico es únicamente descriptivo de la población estudiada, no busca inferir resultados ni correlacionar variables. Así es, se ha realizado un mínimo análisis descriptivo de los datos aportados por cuestionarios y escalas, esto permite conocer un grupo importante de usuarios de la unidad, y conviene tener estos datos presentes a la hora de interpretar sus experiencias farmacoterapéuticas, pero no pueden ser

utilizados para otros objetivos que no sean los trazados inicialmente en el proyecto de la investigación.

7. RESULTADOS

7.1 Datos sociodemográficos

7.1.1 Edad

Tabla 9. Datos sociodemográficos. Edad.

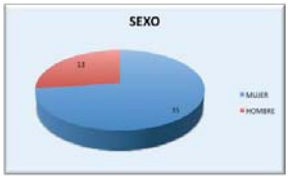
EDAD	MEDIA	DESV.S.	MÍNIMO	MÁXIMO
MUJER	34,54	10,72	20	52
HOMBRE	33,00	7,21	21	44
TOTAL	34,13	9,73		

La edad media de los pacientes atendidos se situó en 34,1 años, con una desviación de 9,7 años, con pocas diferencias entre sexos, con una horquilla etaria entre los 20 y los 52 años.

7.1.2 Sexo

Tabla 10. Datos sociodemográficos. Sexo.

SEXO	VALOR	PORCENTAJE
MUJER	35	72,92%
HOMBRE	13	27,08%



La distribución por sexos, de un 73% de mujeres, aunque coincide con otros estudios realizados desde instituciones sanitarias, posee un sesgo que viene determinado por la distribución de plazas según habitaciones compartidas, que en la unidad de Zaragoza son 6 para mujer y 2 para hombre, lo que de partida da una distribución del 75% para las mujeres, cifra que se ve superada por la demanda, que está en 80-85% de mujeres frente a hombres.

7.1.3 Lugar de nacimiento

Tabla 11. Datos sociodemográficos. Lugar de nacimiento.

LUGAR DE NACIMIENTO	VALOR	PORCENTAJE
ARAGÓN	31	64,58%
RESTO DEL PAÍS	11	22,92%
EXTRANJERO	6	12,50%

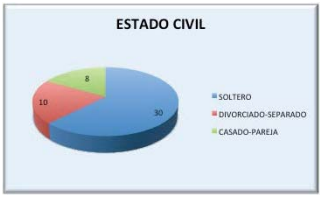


Nacidos fuera de Aragón son el 35% aproximadamente, y de estos, el 12,5% son nacidos fuera del país, llegando bien por inmigración o bien por adopción internacional.

7.1.4 Estado civil

Tabla 12. Datos sociodemográficos. Estado civil.

ESTADO CIVIL	VALOR	PORCENTAJE
SOLTERO	30	62,50%
DIVORCIADO-SEPARADO	10	20,83%
CASADO-PAREJA	8	16,67%



Es éste un dato que no aporta mucha información sociológica, aunque si se tiene en cuenta la edad media de la población del estudio (34,1 años) y que la edad media en población general para el primer matrimonio está alrededor de los 33 años, no es llamativo que solo el 16,7% de la muestra viva en pareja o casada. Pero sí es un valor a tener en cuenta desde el punto de vista clínico que el 83,3% no conviva con pareja, esto es importante a la hora de valorar la convivencia y los apoyos como cuidadores de los familiares cercanos.

7.1.5 Número de hijos

Tabla 13. Datos sociodemográficos. Número de hijos.

NÚMERO DE HIJOS	VALOR	PORCENTAJE
CERO	34	70,83%
UNO	10	20,83%
DOS	3	6,25%
TRES	1	2,08%



El 70,8% de las personas estudiadas no tenían hijos, en Aragón la edad media de la madre al tener el primer hijo es de 31,5 años, y el número medio de hijos por mujer es de 1,34.

7.1.6 Tipo de convivencia

Tabla 14. Datos sociodemográficos. Tipo de convivencia.

TIPO DE CONVIVENCIA	VALOR	PORCENTAJE
FAMILIA DE ORIGEN	29	60,42%
SOLO	7	14,58%
EN PAREJA	4	8,33%
PAREJA E HIJOS	4	8,33%
CON HIJOS	2	4,17%
CON AMIGOS	2	4,17%



De igual modo que en los apartados anteriores, unos datos se relacionan con otros, así las cifras altas de situación de soltería o divorcio/separación, sumado a las dificultades en la funcionalidad social, en el acceso al mercado laboral o a la formación reglada, derivadas de la patología de la personalidad, pueden explicar las altas tasas de personas que mantienen su convivencia en la familia de origen. Es decir, con una edad

media superior a los 24 años solo el 40% de las personas viven emancipadas de los padres.

7.1.7 Nivel de estudios

Tabla 15. Datos sociodemográficos. Nivel de estudios.

NIVEL DE ESTUDIOS	VALOR	PORCENTAJE
PRIMARIOS	19	39,58%
SECUNDARIOS	19	39,58%
SUPERIORES	10	20,83%



El 60 % de los participantes estaba en un nivel de estudios por encima de los primarios, siendo de éstos universitarios el 20'83%.

7.1.8 Profesión

Tabla 16. Datos sociodemográficos. Profesión.

PROFESIÓN	VALOR	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	12	25,00%
NO CUALIFICADO	17	35,42%
HOSTELERIA/COMERCIO	7	14,58%
EMPLEADO CUALIFICADO	6	12,50%
PROFESIONAL TITULADO	5	10,42%
AMA DE CASA	1	2,08%



En consonancia con las cifras anteriores relativas a la formación académica, la profesión según la que se definieron los pacientes estaba, excluyendo los que se definieron como estudiantes, una cuarta parte, en las profesiones nada o poco cualificadas, profesiones de operario no cualificado, hostelería y comercio, siendo la

mitad de la muestra, y con profesión cualificada se definió el 22,9% del total de pacientes.

7.1.9 Situación laboral

Tabla 17. Datos sociodemográficos. Situación laboral.

SITUACIÓN LABORAL	VALOR	PORCENTAJE
SIN EMPLEO	28	58,33%
ILT	6	12,50%
ILP	2	4,17%
DISCONTINUO	7	14,58%
ESTABLE	5	10,42%



En relación con la actividad laboral, teniendo en cuenta que los tramos de edad de nuestra población se sitúan en la edad laboral, entre 16 y 65 años, nuestra muestra arroja un porcentaje de activos del 95’8% (se excluye la población que por enfermedad o edad no puede trabajar), de esta población solo está ocupado el 25% (algo menos de la mitad con empleo estable) y el resto, 75%, sin empleo o con incapacidad laboral transitoria.

7.2 Datos biográficos y clínicos informados por el paciente

Al ingreso en la Unidad de Trastornos de la Personalidad se realiza una valoración que incluye un cuestionario realizado *ad hoc* con la finalidad de recoger información del paciente, en una entrevista guiada sobre diversos aspectos sociobiográficos, clínicos, asistenciales, etc., que servirá para aportar múltiples datos al proceso asistencial.

Para el presente estudio se utiliza como una aportación más de datos que permite conocer a las personas que participaron, sus circunstancias y peculiaridades vitales y clínicas, siempre partiendo de su información, que puede ser sesgada, desde luego subjetiva, pero es la suya.

7.2.1 Datos de escolarización

Tabla 18. Datos biográficos y clínicos. Datos de escolarización.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	PORCENTAJE
CAMBIOS DE COLEGIO	1,52	1,66	6	0	
REPETICIONES DE CURSO	0,83	0,81	3	0	
REPETIDORES					36,17%

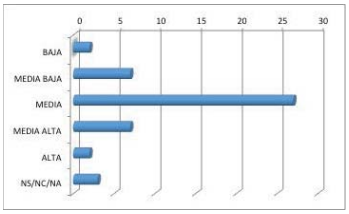
Ya se ha visto el nivel académico inferior a la media alcanzado por las personas que integraron el estudio, pero hasta llegar al abandono de los estudios el camino es tortuoso, con fracaso escolar por encima de la media de nuestro entorno también. En el estudio se ha repetido entre 1 y 3 veces por el 36,2% de las personas, con una media de repetición de 0’8 (referido a la totalidad de la muestra).

7.2.2 Inteligencia

Cómo considera su inteligencia

Tabla 19. Datos biográficos y clínicos. Cómo considera su inteligencia.

INTELIGENCIA	VALOR	PORCENTAJE
BAJA	2	4,17%
MEDIA BAJA	7	14,58%
MEDIA	27	56,25%
MEDIA ALTA	7	14,58%
ALTA	2	4,17%
NS/NC/NA	3	6,25%



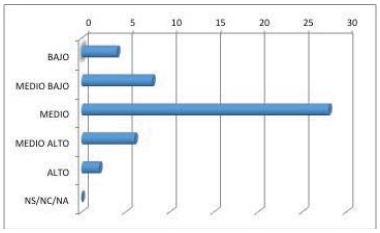
Es este un dato tomado como subjetivo, de la propia opinión del sujeto, sin utilizar ningún instrumento psicométrico de medida.

7.2.3 Nivel socioeconómico

Cómo considera su nivel socioeconómico

Tabla 20. Datos biográficos y clínicos. Cómo considera su nivel socioeconómico.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	VALOR	PORCENTAJE
BAJO	4	4,17%
MEDIO BAJO	8	14,58%
MEDIO	28	56,25%
MEDIO ALTO	6	14,58%
ALTO	2	4,17%
NS/NC/NA	0	6,25%

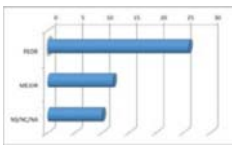


La distribución del nivel socioeconómico que aportan subjetivamente los pacientes del estudio es similar a la de la población general de Aragón, quizás con un porcentaje ligeramente inferior en las rentas más altas. Se puede decir que el nivel socioeconómico no dificulta el acceso a este recurso, está dentro del sistema sanitario público de Aragón y por lo tanto es gratuito (217).

Cómo considera su nivel socioeconómico respecto al de su familia de origen

Tabla 21. Datos biográficos y clínicos. Cómo considera su nivel socioeconómico respecto al de su familia de origen.

RESPECTO A FAMILIA	VALOR	PORCENTAJE
PEOR	26	54,17%
MEJOR	12	25,00%
NS/NC/NA	10	20,83%



Este dato es coherente con las cifras anteriormente estudiadas en cuanto a empleo, tipo de éste, formación, etc. De los que varían el nivel socioeconómico respecto a la familia de origen, lo hacen empeorándolo el doble de los que lo mejoran.

7.2.4 Problemas legales

Ha tenido problemas con la justicia

Tabla 22. Datos biográficos y clínicos. Problemas con la justicia.

PROBLEMAS CON LA JUSTICIA	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	19	39,58%
NO	29	60,42%
NS/NC/NA	0	0,00%



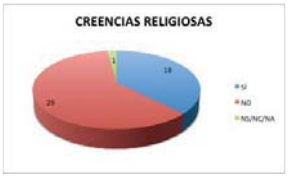
Bajo este epígrafe poco específico se agrupa cualquier circunstancia que le haya supuesto o le pueda suponer multa o pena judicial (robo, agresión, incumplimientos de medidas judiciales, estafa, impagos, etc.), en estas circunstancias está el 39,6% de la muestra. Si bien no se admite en la UTP medidas judiciales sustitutorias de reclusión por tratamiento, sí que ingresan personas con asuntos judiciales pendientes, en todo caso no se admite el tratamiento como sustitución de una condena, ya que, en cierto modo, desvirtuaría uno de los principales argumentos del proceso terapéutico como es la voluntariedad del mismo y el compromiso del paciente.

7.2.5 Creencias religiosas

Tiene creencias religiosas

Tabla 23. Datos biográficos y clínicos. Creencias religiosas.

CREENCIAS RELIGIOSAS	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	18	37,50%
NO	29	60,42%
NS/NC/NA	1	2,08%



El porcentaje de los que asumen tener creencias religiosas se sitúa en el 37,5%, ligeramente inferior al de población general española que está en torno al 43% (218). Estas cifras de preferencias religiosas contrastan con las de la práctica, tanto en población general que baja mucho el porcentaje, como en la de los pacientes en

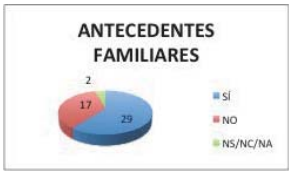
tratamiento en la unidad, en la que es anecdótico cuando alguien ha solicitado asistir a un servicio religioso (en el hospital es accesible la misa católica).

7.2.6 Antecedentes familiares

Tiene antecedentes familiares de enfermedad mental grave[2]

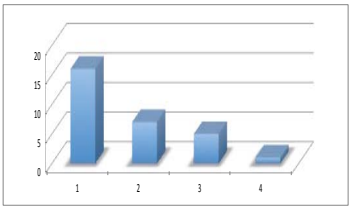
Tabla 24. Datos biográficos y clínicos. Antecedentes familiares.

ANTECEDENTES FAMILIARES ENF. MENTAL GRAVE	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	29	60,42%
NO	17	35,42%
NS/NC/NA	2	4,17%



Las personas que afirmaron tener antecedentes (Anexo VII) en su familia de enfermedad mental grave (psicosis, trastorno bipolar, episodio depresivo grave, trastorno obsesivo compulsivo, adicción al alcohol y otras drogas, trastornos de la personalidad graves) y suicidio; en familiares de 1º a 3er grado, aportaron la siguiente información:

Imagen 3. Datos biográficos y clínicos. Antecedentes familiares.



29 refieren tener antecedentes de enfermedad mental grave.

De ellos, 16 tenían únicamente un familiar con antecedentes, 7 tenían dos familiares, 5 tres familiares y 1 contaba con cuatro familiares con antecedentes de enfermedad mental grave.

[2] *Se toma como enfermedad mental grave los diagnósticos incluidos en Trastorno Mental Grave*(288) *además de dependencia de alcohol y sustancias, y suicidio.*

Tabla 25. Datos biográficos y clínicos.
Familiar con antecedentes.

MADRE	13
PADRE	7
HERMANO/A	8
ABUELO/A	4
TIO/A	17
TOTAL	49

De las personas que citaron antecedentes de enfermedad mental grave en familiares, 13 refirieron a su madre, 7 a su padre, 8 a un hermano o hermana, 4 a abuelo o abuela y 17 a tíos, hermanos/as de su madre o padre.

7.2.7 Hermanos

Número de hermanos

Tabla 26. Datos biográficos y clínicos. Número de hermanos.

NÚMERO DE HERMANOS	VALOR	PORCENTAJE
0	4	8,33%
1	20	41,67%
2	13	27,08%
3	7	14,58%
4	4	8,33%



De las cifras llama la atención el reducido porcentaje de hijos únicos, solo el 8,3%, frente al resto que, al menos, tenía un hermano (situación ésta la mayoritaria).

Trato respecto a sus hermanos

De las 44 personas que dijeron tener hermanos, se les preguntó por cómo habían percibido el trato de sus padres con respecto a sus hermanos.

Tabla 27. Datos biográficos y clínicos. Trato respecto a sus hermanos.

TRATADO CON RESPECTO A HERMANOS	VALOR	PORCENTAJE
MEJOR	5	11,36%
IGUAL	18	40,91%
PEOR	18	40,91%
NS/NC/NA	3	6,82%



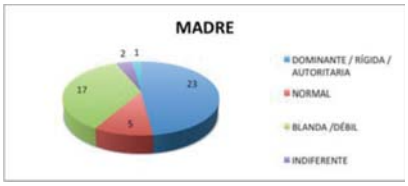
Muy pocos pacientes afirmaban haber sido tratados en la infancia mejor con respecto a sus hermanos, es importante el porcentaje de 37,5% que tenían la sensación, siempre subjetiva claro está, de ser tratados peor que a sus hermanos.

7.2.8 Padres

Valoración de su madre

Tabla 28. Datos biográficos y clínicos. Valoración de su madre.

MADRE	VALOR	PORCENTAJE
DOMINANTE / RÍGIDA / AUTORITARIA	23	47,92%
NORMAL	5	10,42%
BLANDA /DÉBIL	17	35,42%
INDIFERENTE	2	4,17%
NS/NC/NA	1	2,08%



Valoración de su padre

Tabla 29. Datos biográficos y clínicos. Valoración de su padre.

PADRE	VALOR	PORCENTAJE
DOMINANTE / RÍGIDO / AUTORITARIO	22	45,83%
NORMAL	3	6,25%
BLANDO /DÉBIL	20	41,67%
INDIFERENTE	1	2,08%
NS/NC/NA	2	4,17%



Valoración de ambos

Tabla 30. Datos biográficos y clínicos. Valoración de ambos.

MADRE - PADRE	VALOR	PORCENTAJE
DOMINANTE - DOMINANTE	5	10,42%
DÉBIL - DOMINANTE	13	27,08%
DOMINANTE - DÉBIL	16	33,33%
DÉBIL - DÉBIL	2	4,17%
OTROS	10	20,83%
NS/NC/NA	2	4,17%



De la impresión de cómo han sido sus padres en la crianza, en la relación con ellos desde pequeños, se puede reseñar la consideración a ambos progenitores bien como dominantes/autoritarios/rígidos o bien como blandos/débiles.

Y la combinación mayoritaria fue la de un progenitor débil y otro dominante, bien fuese la madre o el padre que jugasen uno u otro rol. Minoritario fue la consideración de los dos en el mismo comportamiento o estilo de crianza.

Cómo considera la comunicación con sus padres

Tabla 31. Datos biográficos y clínicos. Comunicación con padres.

COMUNICACIÓN CON PADRES	VALOR	PORCENTAJE
NULA	10	20,83%
POCA	16	33,33%
NORMAL	12	25,00%
BASTANTE	3	6,25%
MUY ABUNDANTE	5	10,42%
NS/NC/NA	2	4,17%



Más de la mitad de los entrevistados afirmaron haber tenido poca o inexistente comunicación con los padres. No es un dato que per se indique algo determinante en la relación o dinámica familiar, en ocasiones se puede encontrar abundante comunicación, o al menos la percepción de que se habla mucho entre los miembros de la familia, pero que ésta sea confusa, ambivalente, etc., lo que tendría efectos negativos sobre sus componentes.

7.2.9 Infancia

Se ha estudiado cómo las conductas hostiles materna y paterna, la conflictividad, la agresividad, incide sobre los niños criados en este ambiente, generando mayor riesgo de padecer TLP en edades adultas (219). La excesiva coerción parental, el ambiente impredecible, la excesiva tolerabilidad, la falta de sensación de control, y otros estilos de crianza y de relación de los padres con los hijos se han señalado como generadores

de conductas alteradas en los niños, con la posibilidad de evolucionar hacia alteraciones de la personalidad (220).

La personalidad de los padres y el desarrollo del niño se desarrollan en una permanente dinámica de transacción lo que promueve el cambio mutuo. Así, por ejemplo una mayor extraversión parental redunda en un aumento en el esfuerzo por el control del niño y un mayor neuroticismo de los padres es predictor del aumento en la afectividad negativa del niño (221).

Ha sido su infancia feliz

Tabla 32. Datos biográficos y clínicos. Infancia feliz.

CÓMO HA SIDO SU INFANCIA	VALOR	PORCENTAJE
FELIZ	15	31,25%
NORMAL	9	18,75%
INFELIZ	20	41,67%
NS/NC/NA	4	8,33%



Ha hecho lo que ha querido

Tabla 33. Datos biográficos y clínicos. Ha hecho lo que ha querido.

HA HECHO LO QUE HA QUERIDO	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	25	52,08%
NO	22	45,83%
NS/NC/NA	1	2,08%



Ha sido sobreprotegido

Tabla 34. Datos biográficos y clínicos. Ha sido sobreprotegido.

INFANCIA SOBREPROTEGIDA	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	24	50,00%
NO	22	45,83%
NS/NC/NA	2	4,17%



Reprimían sus malas acciones

Tabla 35. Datos biográficos y clínicos. Reprimían malas acciones.

ERAN REPRIMIDAS SUS "MALAS ACCIONES"	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	35	72,92%
NO	10	20,83%
NS/NC/NA	3	6,25%



7.2.10 Antecedentes personales de problemas en el desarrollo

Parto problemático

Tabla 36. Datos biográficos y clínicos. Parto problemático.

PARTO PROBLEMÁTICO	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	10	20,83%
NO	29	60,42%
NS/NC/NA	9	18,75%



Entre los que citaron parto problemático: uso de fórceps, expulsivo prolongado, cesárea, hipoxia.

Problemas antes de los 14 años

Tabla 37. Datos biográficos y clínicos. Problemas antes de los 14 años.

PROBLEMAS ANTES DE LOS 14 AÑOS*	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	18	37,50%
NO	29	60,42%
NS/NC/NA	1	2,08%



**Antes de los 14 años, ¿sus padres le llevaron a psicólogos, psiquiatras, pediatras o educadores, por trastornos de conducta, problemas de lenguaje, de alimentación o de eliminación?*

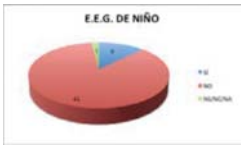
Entre los que citaron problemas que precisaron consulta: celos, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (2 casos), Trastornos de la Conducta Alimentaria (3 casos), Trastorno Oposicionista, Trastorno Obsesivo Compulsivo, problemas de

conducta (3 casos), consumo de cannabis, evaluación de Coeficiente Intelectual por sospecha de patología genética y consultas con psicólogo sin especificar (2 casos).

EEG de niño

Tabla 38. Datos biográficos y clínicos. EEG de niño.

EEG DE NIÑO	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	6	12,50%
NO	41	85,42%
NS/NC/NA	1	2,08%



Problemas con la alimentación

Tabla 39. Datos biográficos y clínicos. Problemas con la alimentación.

PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	20	41,67%
NO	28	58,33%
NS/NC/NA	0	0,00%



Se pregunta por problemas relacionados con la nutrición de entidad suficiente, se podrían considerar como rasgos de trastornos de conducta alimentaria, que en algún caso, posteriormente, en edades más avanzadas, evolucionaron para ya ser diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria, comórbidos con TLP. Es frecuente esta asociación entre TLP y TCA (222).

Era excesivamente movido

Tabla 40. Datos biográficos y clínicos. Excesivamente movido.

EXCESIVAMENTE MOVIDO	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	19	39,58%
NO	27	56,25%
NS/NC/NA	2	4,17%



Diferentes estudios acerca de la comorbilidad entre TDAH y TLP, ya sea diagnosticado de niño o en su extensión a la edad adulta, confirman tasas significativamente altas.

También con otros trastornos ligados al control de los impulsos y otros del Eje I como trastorno bipolar o TCA (223).

7.2.11 Evolución clínica

Edad de inicio de tratamiento

Tabla 41. Datos biográficos y clínicos. Edad de inicio de tratamiento.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	MEDIANA
EDAD DE INICIO DE TRATAMIENTO	22,55	9,28	41	3	21

En cuanto a la edad de inicio de tratamiento, se demandaba la edad en la que se comienza un contacto mantenido con un profesional, psiquiatra o psicólogo, la media queda desvirtuada por los valores extremos que se dan en la muestra, tanto los elevados como los de edades tempranas, la mediana es más indicativa de inicio alrededor de los 21 años. La experiencia indica que la identificación temprana del trastorno posibilita una mejor evolución, pero esto se produce con poca frecuencia, a menudo hay un recorrido previo por otros recursos, o bien se producen otros diagnósticos y orientaciones terapéuticas, que retrasan un adecuado abordaje.

Profesional con el que inició tratamiento

Tabla 42. Datos biográficos y clínicos. Profesional con el que inició tratamiento.

PROFESIONAL DE INICIO	VALOR	PORCENTAJE
PSIQUIATRA	28	58,33%
PSICÓLOGO	17	35,42%
NS/NC/NA	3	6,25%

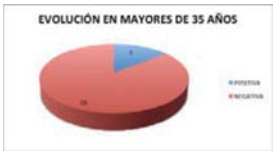


Mayoritariamente el inicio de tratamiento se produce con el psiquiatra, esto puede ser, de partida, uno de los motivos por los que no se accede a psicoterapia como tratamiento de elección.

Evolución tras los 35 años

Tabla 43. Datos biográficos y clínicos. Evolución tras los 35 años.

EVOLUCIÓN EN MAYORES DE 35 AÑOS	VALOR	PORCENTAJE
POSITIVA	3	6,25%
NEGATIVA	18	37,50%
NS/NC/NA	27	56,25%



Es evidente que esta información es sesgada al tratarse de un dispositivo que atiende a personas con TLP con mala evolución, así que esa supuesta atenuación de síntomas en la tercera década de la vida sería necesario valorarla en un estudio seguimiento de evolución clínica en pacientes con TLP. A pesar de esto, más del 50% no saben o no contestan, no podrían definir, las personas que han superado los 35 años, si su proceso ha mejorado o no, indicaría una falta de insight, de autoobservación, lo que dificultaría el compromiso con su proceso terapéutico.

Diagnósticos recibidos

De los 48 pacientes estudiados (Anexo VIII), 3 no conocían o no supieron informar de diagnósticos recibidos con anterioridad, 10 nombraron un diagnóstico, 24 citaron dos diagnósticos, 8 personas hablaron de tres y 3 entrevistados dijeron haber recibido 4 diagnósticos.

De forma agrupada se pueden apreciar el número de diagnósticos recibidos:

Tabla 44. Datos biográficos y clínicos. Diagnósticos recibidos.

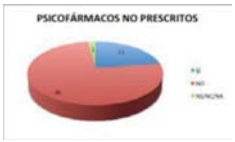
7	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
21	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]
8	F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos
12	F50 - Trastornos de la conducta alimentaria
38	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto
7	F90-F98 Trastornos del comportamiento y Trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia

7.2.12 Consumo de sustancias

Psicofármacos no prescritos

Tabla 45. Datos biográficos y clínicos. Psicofármacos no prescritos.

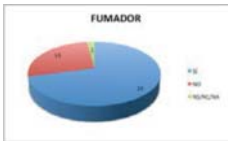
PSICOFÁRMACOS NO PRESCRITOS	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	11	22,92%
NO	36	75,00%
NS/NC/NA	1	2,08%



Fumador

Tabla 46. Datos biográficos y clínicos. Fumador.

FUMADOR	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	34	70,83%
NO	13	27,08%
NS/NC/NA	1	2,08%



Consumo de tabaco diario

Tabla 47. Datos biográficos y clínicos. Consumo de tabaco diario.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.
NÚMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS	16,00	10,20	50	2

Más del 70% son fumadores diarios, en población general lo es algo más del 22% (224).

Consumo de alcohol y drogas

Tabla 48. Datos biográficos y clínicos. Consumo de alcohol y drogas.

	NUNCA		EN EL PASADO		ACTUALMENTE			
N=46					OCASIONAL		A DIARIO	
ALCOHOL	5	10,9%	11	23,9%	22	47,8%	8	17,4%
HEROÍNA	39	84,8%	2	4,3%	4	8,7%	1	2,2%
COCAÍNA	19	41,3%	15	32,6%	5	10,9%	7	15,2%
CANNABIS	16	34,8%	16	34,8%	7	15,2%	7	15,2%
ANFETAMINAS	28	60,9%	6	13,0%	6	13,0%	6	13,0%
SPEED	24	52,2%	7	15,2%	6	13,0%	9	19,6%
ALUCINÓGENOS	32	69,6%	7	15,2%	6	13,0%	1	2,2%

En la relación de los pacientes con las sustancias de abuso, es reseñable que el 75% afirman no haber tomado psicofármacos fuera de los prescritos en su tratamiento.

El alcohol es la sustancia más consumida cuando se hace ocasionalmente, y los porcentajes son algo superiores al consumo en población general, pero si observamos los consumos diarios, el porcentaje superior es de speed y más aún si agrupamos las cifras de todas las sustancias estimulantes (*speed*, anfetaminas, cocaína), también el cannabis es de amplio uso entre los pacientes con TLP (el 30% lo consume diaria u ocasionalmente). Y minoritario es el consumo de heroína y alucinógenos.

7.2.13 Ideación suicida y autolesiones

Ideas de suicidio

Tabla 49. Datos biográficos y clínicos. ideas de suicidio.

IDEAS DE SUICIDIO	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	39	81,25%
NO	9	18,75%



De los que afirmaron tener ideas de suicidio, la mayoría lo había pensado en más de 10 ocasiones (25 de 39).

Tentativas autolíticas

Tabla 50. Datos biográficos y clínicos. Tentativas autolíticas.

TENTATIVAS AUTOLÍTICAS	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	29	60,42%
NO	19	39,58%
NS/NC/NA	0	0,00%



Autolesiones

Tabla 51. Datos biográficos y clínicos. Autolesiones.

AUTOLESIONES	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	26	54,17%
NO	22	45,83%
NS/NC/NA	0	0,00%



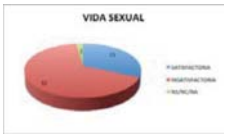
Más de la mitad de los pacientes del estudio presenta conductas autolesivas, es un síntoma prevalente asociado al TLP y relacionado con el manejo inadecuado de emociones negativas y complejas, pero muchos de los aspectos emocionales que desencadenan y mantienen en el tiempo esta conducta todavía se desconocen (225).

7.2.14 Sexualidad y relaciones de pareja

Valoración de vida sexual

Tabla 52. Datos biográficos y clínicos. Valoración de vida sexual.

VIDA SEXUAL	VALOR	PORCENTAJE
SATISFACTORIA	15	31,25%
INSATISFACTORIA	32	66,67%
NS/NC/NA	1	2,08%



Número de parejas no estables

Tabla 53. Datos biográficos y clínicos. Número de parejas no estables.

PAREJAS NO ESTABLES	VALOR	PORCENTAJE
MENOS DE 10	14	29,17%
MÁS DE 10	16	33,33%
NS/NC/NA	18	37,50%



En menores de 30 años, el 46,2% habían tenido más de 10 parejas, entre 30 y 40 años, el 54,5%, y por encima de los 40 años, el 66,7% había superado las 10 parejas.

Tabla 54. Datos biográficos y clínicos. Número de parejas estables.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	MEDIANA
NÚMERO DE PAREJAS ESTABLES	2,54	1,28	6	1	3

En personas con TLP, la recuperación, la estabilidad sintomatológica, aporta también estabilidad en las relaciones de pareja y en los planteamientos de tener hijos, partiendo de que una de las áreas más afectadas en el trastorno es la de las relaciones afectivas, que suelen ser inestables y tormentosas (226).

Relaciones homosexuales

Tabla 55. Datos biográficos y clínicos. Relaciones homosexuales.

RELACIONES HOMOSEXUALES	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	8	16,67%
NO	40	83,33%



Orientación sexual

Tabla 56. Datos biográficos y clínicos. Orientación sexual.

ORIENTACIÓN SEXUAL	VALOR	PORCENTAJE
HETEROSEXUAL	42	87,50%
HOMOSEXUAL	1	2,08%
BISEXUAL	5	10,42%
NS/NC/NA	0	0,00%



La sexualidad es otra de las áreas afectadas en las personas con TLP. El diagnóstico se une con frecuencia a mayor número de parejas sexuales y a mayor compulsividad en la sexualidad (227). También los trastornos de identidad sexual y las relaciones homosexuales son más frecuentes que en población general (228), lo que, sin ser en absoluto una cuestión moral, iría ligado a asuntos como la impulsividad y la debilidad del propio yo. Y las frecuentes dificultades en la relación interpresonal con la pareja se relacionan con el TLP y las disfunciones en el apego (229).

La sexualidad es por tanto un asunto que se debe trabajar ligado al cuidado de la propia salud, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, circunstancia esta última que es más frecuente en mujeres con TLP, incluyendo en el programa terapéutico para trastornos de la personalidad la atención a la salud reproductiva, especialmente en la adolescencia y edad adulta joven (230).

Abusos sexuales

Tabla 57. Datos biográficos y clínicos. Abusos sexuales.

ABUSOS SEXUALES	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	19	39,58%
NO	28	58,33%
NS/NC/NA	1	2,08%



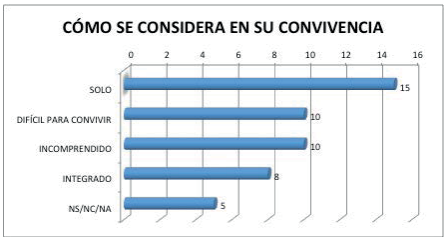
Cerca del 40% de los pacientes afirmaban haber sufrido abuso sexual durante su infancia.

7.2.15 Dinámica existencial, autoconcepto y autoimagen.

Valoración en la convivencia

Tabla 58. Datos biográficos y clínicos. Valoración en la convivencia.

CÓMO SE CONSIDERA EN SU CONVIVENCIA	VALOR	PORCENTAJE
SOLO	15	31,25%
DIFÍCIL PARA CONVIVIR	10	20,83%
INCOMPRENDIDO	10	20,83%
INTEGRADO	8	16,67%
NS/NC/NA	5	10,42%



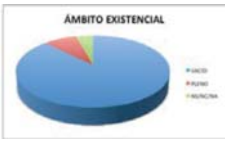
De las cifras que muestra esta cuestión llama la atención el escaso porcentaje, 16,7%, de personas que dicen estar integrados en la convivencia con los demás. Lo que da pistas sobre un asunto relevante a incluir en el tratamiento, todas las estrategias y habilidades que pueda potenciar el paciente para que le permitan una mínima convivencia con los demás. Es una pregunta en la que se solicita al entrevistado que se decante por una de las opciones que considere, subjetivamente, más afín con él, y a

pesar de no ser categorías mutuamente excluyentes, se toma esta opinión que nos orienta al posicionamiento del individuo frente a las exigencias de la convivencia.

Valoración en el ámbito existencial

Tabla 59. Datos biográficos y clínicos. Valoración en el ámbito existencial.

ÁMBITO EXISTENCIAL	VALOR	PORCENTAJE
VACÍO	42	87,50%
PLENO	4	8,33%
NS/NC/NA	2	4,17%

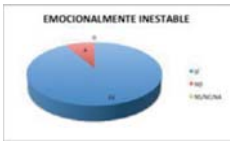


Sobre estas preguntas que tienen que ver con el autoconcepto y dinámica existencial, se constata de manera fehaciente las dificultades que se reseñan en la literatura como patognomónicas del TLP, como son los sentimientos de vacío, así se siente el 87,5% de los pacientes del estudio. También se definen como inestables en sus emociones hasta el 91,7% de los entrevistados. Mayoritariamente, y unido a lo descrito anteriormente, la mayoría de estos pacientes se muestran indecisos, tomando menos decisiones de las que les correspondería.

Emocionalmente inestable

Tabla 60. Datos biográficos y clínicos. Emocionalmente inestable.

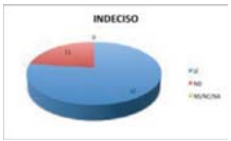
EMOCIONALMENTE INESTABLE	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	44	91,67%
NO	4	8,33%
NS/NC/NA	0	0,00%



Indeciso

Tabla 61. Datos biográficos y clínicos. Indeciso.

INDECISO	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	37	77,08%
NO	11	22,92%
NS/NC/NA	0	0,00%



Toma decisiones

Tabla 62. Datos biográficos y clínicos. Toma decisiones.

TOMA DECISIONES	VALOR	PORCENTAJE
POCAS VECES	29	60,42%
MUCHAS VECES	19	39,58%
NS/NC/NA	0	0,00%



Valoración de sus decisiones

Tabla 63. Datos biográficos y clínicos. Valoración de sus decisiones.

SUS DECISIONES SON	VALOR	PORCENTAJE
ACERTADAS	17	35,42%
DESACERTADAS	18	37,50%
NS/NC/NA	13	27,08%



Manipulación

Tabla 64. Datos biográficos y clínicos. Manipulación.

UTILIZA LA MANIPULACIÓN	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	25	52,08%
NO	22	45,83%
NS/NC/NA	1	2,08%



Se complica la vida

Tabla 65. Datos biográficos y clínicos. Se complica la vida.

SE COMPLICA LA VIDA	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	35	72,92%
NO	12	25,00%
NS/NC/NA	1	2,08%

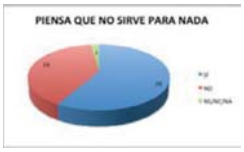


Esta serie de cuestiones, en las que se pregunta por la propia inestabilidad emocional percibida, y diversas conductas asociadas, como la percepción de que sus acciones le complican la vida, indecisión y dificultades para la toma de decisiones, así como si se valoran como manipuladores en sus relaciones interpersonales, estarían en la línea de la presencia de impulsividad como una de las manifestaciones clave del TLP (231).

Valoración personal

Tabla 66. Datos biográficos y clínicos. Valoración personal.

PIENSA QUE NO SIRVE PARA NADA	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	28	58,33%
NO	19	39,58%
NS/NC/NA	1	2,08%



Complejos

Tabla 67. Datos biográficos y clínicos. Complejos.

HA SUFRIDO COMPLEJOS	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	38	79,17%
NO	8	16,67%
NS/NC/NA	2	4,17%



Casi el 80% de los pacientes aseguraban haber tenido en el pasado complejos con aspectos físicos y fisiológicos, se recogen (Anexo IX) las diferentes respuestas que dieron ante esta cuestión, de las cuales 22 hablaron de algún aspecto corporal concreto, partes del cuerpo o peso, fundamentalmente, 8 comentaron haber tenido complejos sobre todo su cuerpo o su aspecto físico global, y 8 finalmente, aludían a aspectos no tanto físicos, como de ser raros, inseguros, no aceptarse, etc.

Problemas con la imagen corporal

Tabla 68. Datos biográficos y clínicos. Problemas con la imagen corporal.

PROBLEMAS CON IMAGEN CORPORAL	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	19	39,58%
NO	28	58,33%
NS/NC/NA	1	2,08%



Cirugía estética

Tabla 69. Datos biográficos y clínicos. Cirugía estética.

NECESITA CIRUGÍA ESTÉTICA	VALOR	PORCENTAJE
SÍ	20	41,67%
NO	28	58,33%
NS/NC/NA	0	0,00%



Solo dos personas se habían realizado ya cirugía estética.

7.2.16 Terapias y tratamientos.

Número de profesionales

Tabla 70. Datos biográficos y clínicos. Número de profesionales.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	MEDIANA
NÚMERO DE PROFESIONALES CON LOS QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO	4,34	2,51	10	1	4

Se refiere la cuestión a aquellos profesionales con los que ha realizado una terapia y/o seguimiento, no encuentros esporádicos en situación de urgencia. Así se encontraron datos con un rango amplio, de 1 a 10 profesionales, con una media alrededor de 4. Esta cifra no parece ni mucho menos amplia si tenemos en cuenta que no se discriminó si los cambios habían sido por decisión del paciente o bien por las características propias de la gestión de recursos humanos en el sistema sanitario público, que en determinados dispositivos o lugares, los profesionales tienen una excesiva rotación.

Hospitalizaciones previas

Tabla 71. Datos biográficos y clínicos. Hospitalizaciones previas.

INGRESOS PREVIOS	VALOR	PORCENTAJE
NO	16	33,33%
UNIDAD DE AGUDOS	26	54,17%
MEDIA ESTANCIA	2	4,17%
OTROS	4	8,33%
NS/NC/NA	0	0,00%



Un tercio de los entrevistados no ha tenido experiencias previas de ingreso en recursos de hospitalización en salud mental, teniendo en cuenta que las personas incluidas en el estudio lo hacen por ser casos especialmente complejos, se puede concluir que dentro de las personas con TLP hay casos que entran en el fenómeno de "puerta giratoria", es decir, su evolución incluye crisis que se resuelven con ingresos frecuentes y otras en las que se ponen en marcha otras estrategias y no termina de entrar en ese circuito que tan poco aporta y tantos recursos consume. Aun así, el resto, esos dos tercios realizaron ingresos que sobre la evolución general del trastorno han tenido escasa relevancia más allá de paliar puntualmente alguna situación de crisis, agitación, agresividad y/o tentativa autolítica.

Período asintomático

Tabla 72. Datos biográficos y clínicos. Período asintomático.

PERÍODO MÁS LARGO SIN SÍNTOMAS	VALOR	PORCENTAJE
1 MES	9	18,75%
3 MESES	4	8,33%
6 MESES	4	8,33%
12 MESES	0	0,00%
18 MESES	1	2,08%
MÁS DE 18 MESES	19	39,58%
NS/NC/NA	11	22,92%



A la pregunta por periodos en los que se haya encontrado bien, estable, con pocos síntomas, se puede observar que, en el curso de la patología de estas personas, un 39,6% ha tenido periodos largos de estabilidad.

Tratamientos no farmacológicos

Tabla 73. Datos biográficos y clínicos. Tratamientos no farmacológicos.

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS	VALOR	PORCENTAJE
TEC	2	4,17%
Apoyo psicoeducativo	4	8,33%
Psicoanálisis	1	2,08%
Terapia de grupo	8	16,67%
Psicoterapia cognitivo-conductual	9	18,75%
Psicoterapia breve	1	2,08%
Terapia Familiar	5	10,42%
Intervención Social	3	6,25%
Rehabilitación	1	2,08%
Ninguno de estos	28	58,33%

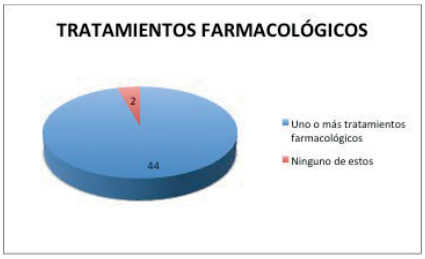


De las cifras que muestra el cuadro, resulta demoledor que más de la mitad, un 58,3%, de los pacientes no hayan tenido nunca ni psicoterapia ni otras intervenciones, rehabilitadoras, sociales, etc., más allá de los tratamientos con psicofármacos.

Tratamientos farmacológicos

Tabla 74. Datos biográficos y clínicos. Tratamientos farmacológicos.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS	VALOR	PORCENTAJE
Neurolépticos	18	39,13%
Antidepresivos	41	89,13%
Anticonvulsivantes	21	45,65%
Ansiolíticos	39	84,78%
Hipnóticos	23	50,00%
Ninguno de estos	2	4,35%



Del cuadro que indaga sobre la toma, en algún momento de su evolución, de psicofármacos, agrupados para que resulte más cómodo su análisis, se puede observar que solo 2 personas, el 4,3% de la muestra, no habían tomado psicofármacos. Hay que poner este dato al lado de los anteriores referidos a opciones terapéuticas, en los que más de la mitad de las personas no habían tenido nunca una psicoterapia.

En cuanto a grupos de psicofármacos, se constata el amplio uso de antidepresivos y ansiolíticos, quizás en esas fases en las que predominan unos síntomas ansiosos y del humor, frente a otros grupos dirigidos a otros síntomas como la impulsividad o trastornos de la propia identidad.

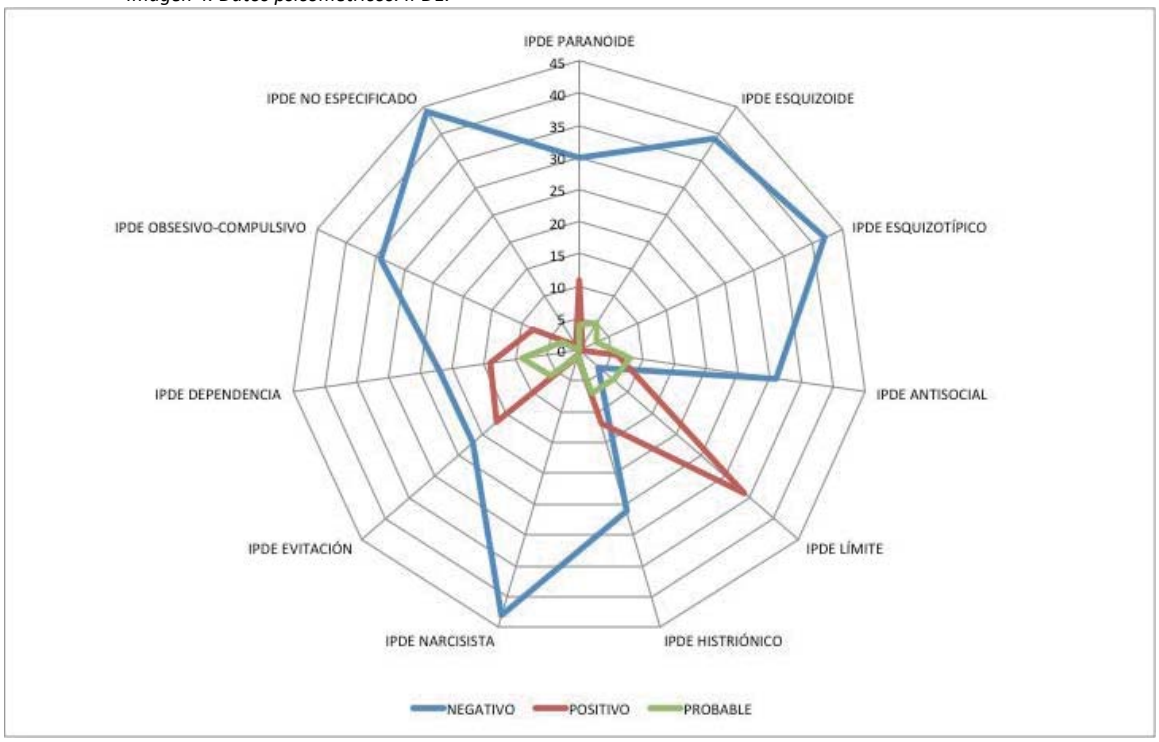
7.3 Datos psicométricos.

IPDE

Tabla 75. Datos psicométricos. IPDE.

	IPDE PARANOIDE	IPDE ESQUIZOIDE	IPDE ESQUIZO-TÍPICO	IPDE ANTISOCIAL	IPDE LÍMITE	IPDE HISTRIÓ-NICO	IPDE NARCISISTA	IPDE EVITACIÓN	IPDE DEPENDENCIA	IPDE OBSESIVO-COMPULSIVO	IPDE NO ESPECIFICADO
NEGATIVO	30	39	42	31	4	26	43	22	22	34	44
POSITIVO	11	1	0	6	34	12	1	17	14	8	1
PROBABLE	4	5	3	8	7	7	1	6	9	3	0
NC/NA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48

Imagen 4. Datos psicométricos. IPDE.



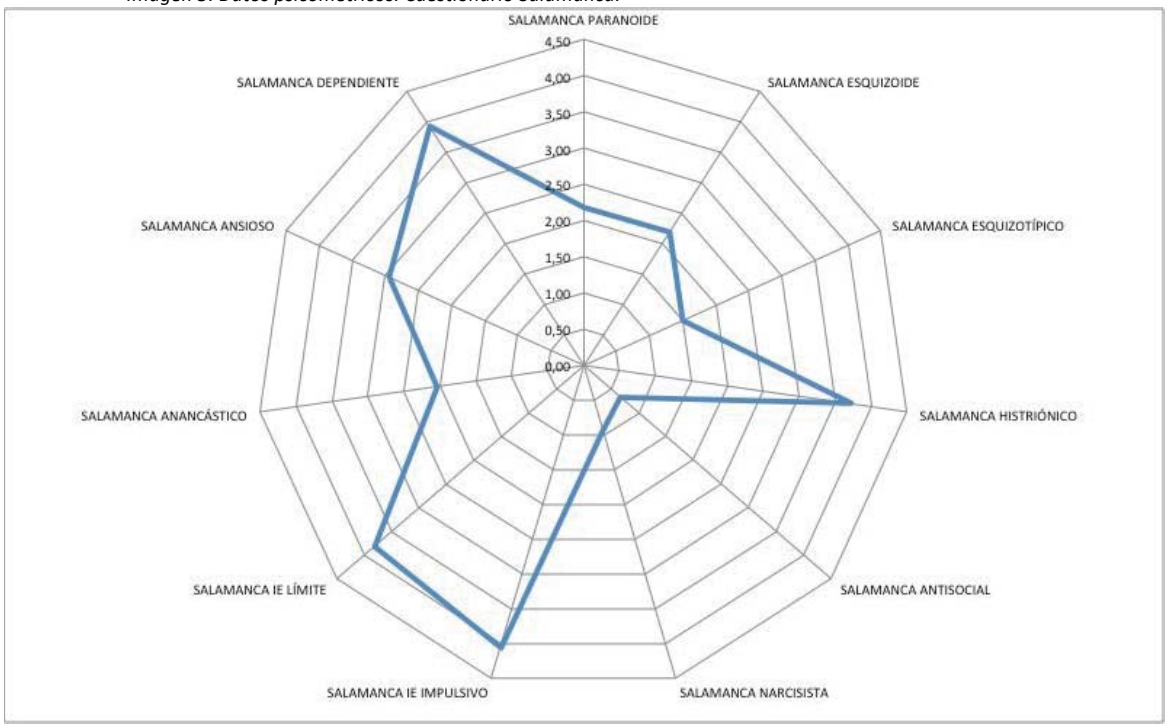
La prueba IPDE versión DSM-IV, como se aprecia en la distribución gráfica de los que dieron positivo, obviamente mayoritario el trastorno límite, aunque con comorbilidad con otros trastornos, le siguen el trastorno por evitación, dependencia, histriónico y paranoide. También es reseñable que cuatro pacientes puntuaron negativo en TLP, aun cuando otras pruebas y, especialmente, la clínica en entrevista y observación, matizaron este resultado y establecieron el diagnóstico de TLP. Probablemente se trate de distorsiones en la entrevista, con intención de dar buena imagen o por falta de colaboración o sinceridad en la misma.

CUESTIONARIO SALAMANCA

Tabla 76. Datos psicométricos. Cuestionario Salamanca.

	SALAMANCA PARANOIDE	SALAMANCA ESQUIZOIDE	SALAMANCA ESQUIZOTÍPICO	SALAMANCA HISTRIÓNICO	SALAMANCA ANTISOCIAL	SALAMANCA NARCISISTA	SALAMANCA IE IMPULSIVO	SALAMANCA IE LÍMITE	SALAMANCA ANANCÁSTICO	SALAMANCA ANSIOSO	SALAMANCA DEPENDIENTE
MEDIA	2,19	2,19	1,51	3,72	0,68	0,94	4,06	3,81	2,04	2,94	3,91
DESV.S.	1,73	2,04	1,33	1,65	1,00	1,34	1,80	1,87	1,78	1,82	1,77
MIN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAX	6	6	4	6	3	6	6	6	6	6	6
MEDIANA	2	2	1	4	0	0	4	4	2	3	4

Imagen 5. Datos psicométricos. Cuestionario Salamanca.



En los resultados derivados de la prueba orientada para el despistaje sencillo de trastornos de la personalidad, escala Salamanca (según la clasificación CIE-10), los resultados mayoritarios estuvieron en los trastornos de Inestabilidad Emocional, tanto límite como impulsivo, el trastorno Dependiente, y el Histriónico.

CUESTIONARIO HAMILTON ANSIEDAD

Tabla 77. Datos psicométricos. Cuestionario Hamilton Ansiedad - HAS.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	MEDIANA
HAS HAMILTON ANSIEDAD	8,67	6,30	26	0	9,5

En la escala Hamilton para Ansiedad la puntuación media es de 8,6±6,3, la mediana es de 9,5 por lo que quedan por debajo de la puntuación que se estima de corte, 14 puntos, por encima de los cuales se podría hablar de ansiedad con relevancia clínica.

CUESTIONARIO MADRS DEPRESIÓN

Tabla 78. Datos psicométricos. Cuestionario Depresión - MADRS.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	MEDIANA
MADRS DEPRESIÓN	12,00	8,19	33	0	10,5

En la escala Montgomery para Depresión la media de 12±8,2 y mediana de 10,5 sí que indican una media de sintomatología depresiva a tener en cuenta clínicamente.

CUESTIONARIO SASS ADAPTACIÓN SOCIAL

Tabla 79. Datos psicométricos. Cuestionario adaptación social - SASS.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	MEDIANA
SASS ADAPTACIÓN SOCIAL	32,46	10,41	53	14	32

Los datos aportados por la escala de adaptación social SASS, una media de 32,5±10,4 y mediana en 32, indican una aceptable adaptación social, con algunos casos que puntúan como desadaptación social y ninguno por encima de los 55 puntos que hablarían de una superadaptación patológica.

Este instrumento se validó en nuestro país para personas con depresión y se ha utilizado con diversas poblaciones, pero sería interesante trabajar con otras escalas sobre la funcionalidad y adaptación social, para hallar el instrumento que mejor se

aproxime a una valoración real de estos asuntos en personas con trastornos de la personalidad.

Tabla 80. Datos psicométricos. Cuestionario Barrat de Impulsividad - BIT.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	MEDIANA
BIS - BARRAT IMPULSIVIDAD	59,53	20,33	94	13	62

La medición de la impulsividad mediante la escala BIS de Barrat, muestra valores medios de 59,5±20,3 y la mediana de 62, con rango entre los 13 y 94 puntos.

7.4 Datos sobre su tratamiento psicofarmacológico al ingreso.

Tratamiento al ingreso vs. al alta de la hospitalización en número de psicofármacos

Tabla 81. Datos psicométricos. Tratamiento ingreso vs alta.

	MEDIA	DESV.S.	VALOR MÁX.	VALOR MÍN.	MEDIANA
TRATAMIENTO AL INGRESO	3,79	1,79	8	0	4
TRATAMIENTO AL ALTA	2,81	1,38	7	0	3

Se exploró sobre la pauta de psicofármacos que, a la llegada a la Unidad, estaban tomando los pacientes, y así en un rango que iba desde los que no tomaban ninguno a los que tomaban hasta 8 diferentes, estando la media en 3,8 psicofármacos, al alta de la hospitalización, transcurridos dos meses por término medio, esta media se reduce en un fármaco.

Pautas de tratamiento psicofarmacológico

En las tablas (Anexo X) se puede apreciar en detalle la pauta de tratamiento de cada uno de los sujetos del estudio, con el principio activo y cantidad diaria prescrita. Se trata de la prescripción con la que llegaban al ingreso en la Unidad, desde el seguimiento en Unidades de Salud Mental o consultas ambulatorias.

En la segunda tabla se han reseñado únicamente los principios activos que tomaba cada paciente y se han identificado con un color según grupo de pertenencia (neurolépticos, antidepresivos, anticonvulsivantes, hipnóticos/ansiolíticos y otros), lo que permite observar fácilmente las duplicidades, o las diversas combinaciones entre grupos.

Conviene recordar al observar estas tablas, que los sujetos del estudio estaban siendo tratados en un recurso altamente especializado, por lo que, a su llegada al recurso, no

tenían una adecuada respuesta a estas pautas farmacológicas ni se había conseguido una mínima estabilización sintomática.

La información agrupada que nos aportan los datos sobre tratamientos psicofarmacológicos a la llegada al recurso es la siguiente:

- Número de psicofármacos por paciente:

Tabla 82. Número de psicofármacos por paciente.

Ningún psicofármaco	2
Un psicofármaco	1
Dos psicofármacos	8
Tres psicofármacos	12
Cuatro psicofármacos	8
Cinco psicofármacos	10
Seis psicofármacos	4
Siete psicofármacos	1
Ocho psicofármacos	2

N=48

- Pacientes cuyo tratamiento incluye psicofármacos de los siguientes grupos:

Tabla 83. Pacientes con psicofármacos por grupo.

Neurolépticos	33
Anticonvulsivantes	24
Antidepresivos	40
Ansiolíticos / hipnóticos	33
Otros psicofármacos	9

N=48 (2 no llevaban ningún psicofármaco)

- Psicofármacos, por principio activo, que toman los pacientes:

Tabla 84. Pacientes con psicofármacos por principio activo.

Neurolépticos	33
Aripiprazol	1
Clotiapina	4
Haloperidol	1
Levomepromazina	2
Olanzapina	2
Paliperidona	3
Quetiapina	18
Risperidona	2
Zuclopentixol iny	1
Anticonvulsivantes	24
Bupropion	4
Citalopram	2
Clomipramina	2
Desvenlafaxina	3
Duloxetina	2
Escitalopram	3
Fluoxetina	4
Mirtazapina	5
Paroxetina	5
Sertralina	7
Trazodona	14
Venlafaxina	7
Antidepresivos	40
Carbamazepina	3
Gabapentina	5
Lamotrigina	1
Oscarbazepina	2
Pregabalina	3
Topiramato	11
Valproato	2
Zonisamida	3
Ansiolíticos / hipnóticos	33
Alprazolam	2
Bentazepam	2
Bromazepam	1
Clometiazol	1
Clonazepam	15
Clorazepato dipotásico	4
Diazepam	3
Flurazepam	1
Hidroxizina	1
Ketazolam	1
Lorazepam	8
Lormetazepam	7
Midazolam	1
Zolpidem	3
Otros psicofármacos	9
Atomoxetina	1
Biperideno	3
Ciclobenzaprina	1
Disulfiram	1
Litio carbonato	2
Metadona	1
Metilfenidato	1

N=48 (2 no llevaban ningún psicofármaco)

7.5 Datos obtenidos en entrevistas.

La entrevista "Experiencia farmacoterapéutica en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad" se diseñó con los siguientes apartados:

1. Presentación.
2. Preguntas generales.
3. Preguntas de transición.
4. Aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico tomado anteriormente.
5. Aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico actual.
6. Preguntas para finalizar.
7. Agradecimiento y despedida.

En estos epígrafes se insertaron unos 50 ítems que han servido de orientación para guiar la entrevista y así se abordaron todos los temas que interesaba que fueran informados por cada sujeto.

Sobre esta estructura y los ítems más relevantes, se establecieron **categorías** para la agrupación de los resultados obtenidos de las grabaciones, transcripciones de las entrevistas y de las anotaciones correspondientes.

Las referidas grandes categorías se estructuraron y analizaron en torno a temas más concretos y así debían responder a alguno de los **objetivos específicos** que se trazaron al inicio del estudio.

Las entrevistas que fueron seleccionadas, tras la eliminación de quienes renunciaron en algún momento de la investigación o aquellos que no superaron los criterios establecidos, hicieron un total de 48. Se aclara que se identificaron con el número de caso, aunque este dígito fuese superior a ese total indicado, para evitar equívocos.

Objetivo 5.2.1 Valorar la percepción del paciente acerca de su patología, la adherencia a terapias y tratamientos, y su relación con terapeutas.

- **Acerca de qué enfermedad o trastorno padece.**

Poco más de la mitad de los entrevistados hablan de padecer un trastorno límite de la personalidad o, al menos, un trastorno de la personalidad.

Al hablar sobre su propio diagnóstico, a pesar de llevar años de evolución, aparecen explicaciones que denotan un recorrido por diversas etiquetas diagnósticas:

"En principio a mí me dijeron que tenía depresión…" [E58]

"…bueno me diagnosticaron, un psiquiatra, una depresión endógena…" [E12]

"…esa depresión derivó a un trastorno de conducta alimentaria…" [E19]

"Yo la que me diagnosticaron desde el principio, del primer intento de suicidio, bipolaridad." [E02]

"Me dijeron que hiperactividad y ciclotimias." [E10]

Pero también la narrativa de los sujetos, en este asunto, denota que hay gran desorientación en lo que les ocurre, les cuesta nombrarlo, definirlo, aún los que conocen y nombran su diagnóstico, se muestran confusos:

"Fue el intento de suicidio y a raíz de esos ingresos cuando me han…" [E02]

"…me pasaban cuando era crío, ¿no?, como la impulsividad o las pataletas que cogía o empezaba a reñir mucho con la gente y eso, pero vamos empezar a notar que la cosa iba mal pues a los 22 o 23 años." [E05]

"…cuando tuve los consumos de alcohol y cocaína. Me dijeron que hiperactividad y ciclotimias…" [E10]

"lo que me pasa es que he tenido problemas en casa de reacciones, de formas de comportarme y he tenido una separación en la que he estado muy descontrolado y me han dado mucha medicación últimamente…" [E18]

"He ido viviendo hasta ahora a mi modo de pensar, a mi bola, creía que lo sabía todo, que era la mejor…" [E26]

"Pues empezó con la muerte de mi madre, bueno luego me volví un poco inmaduro, un poco agresivo." [E39]

"Una vida social que no es normal, unas pautas, la desorganización. Un descontrol." [E51]

"Pues es que siempre he sido…, que me he sentido muy inferior a los demás." [E42]

"Por el problema de los laxantes, mi cambio de personalidad, mucha obsesión con estar con mi hija a todas horas, y eso no es bueno." [E57]

"El diagnóstico sigue siendo depresión pero ya me empieza a hablar de una extrema vulnerabilidad, ¿vale?" [E58]

"Yo tengo un cóctel, en mi cabeza sí, tengo un cóctel…" [E27]

El análisis de las entrevistas muestra una gran heterogeneidad en la manera de nombrar lo que les ocurre, quien utiliza el diagnóstico parece que no tiene que dar más explicaciones, pero quien no lo hace realiza un discurso confuso entre síntomas y tratamientos, entre lo que le han dicho los terapeutas y lo que él piensa que le ocurre.

"Estoy asustada. Desde que empecé la carrera, estoy hablando con los estudios, con respecto a las cosas ocurridas… tengo buena memoria. Tengo más memoria fotográfica que… No, tiene que haber más cosas (además de la memoria), yo creo que tiene que haber algo físico." [E38]

A esta falta de claridad tampoco contribuyen los profesionales que les han atendido a lo largo de los años, en los que abundan diferentes diagnósticos que,

habitualmente pueden quedar en la denominación sin que medie una adecuada información.

- **Cómo explican la evolución de su trastorno.**

  Algo más de la mitad de los entrevistados hablan de una mala evolución, algunos dicen haber tenido altibajos u oscilaciones a lo largo de los años pero los más hablan de muy mala evolución, de llevar muy mal los síntomas y, en suma, su vida.

  En unos casos se puede observar problemas en los que entran a formar parte el tratamiento farmacológico y el uso de drogas y alcohol.

  > *"Ha ido a peor, sí, por el consumo y la medicación, es una mezcla explosiva, y he ido a…, a mí me pasa que tengo temporadas muy buenas, pero cuando me da el bajón, pues son…, hundido."* [E31]

  > *"Además del trastorno límite que tengo, que se me olvidó decirte, tengo muchos altibajos. Esos altibajos pues se exageran con las drogas y con el alcohol, entonces pues con la ayuda de fármacos."* [E32]

  Sufre el paciente, pero también hay importante afectación del entorno, del núcleo familiar.

  > *"Mal, con autolisis, agresiva, mintiendo, mintiéndome a mí misma, perdiendo a mi hija, a mis hijos, haciendo daño a la gente que quería."* [E41]

  > *"No sabía muy bien qué me pasaba, por qué tenía esas cosas, la cuestión es que yo me empezaba a comer la cabeza y a pensar, joder, pues lo que hago…, soy así y punto, será mi manera de ser. Y más con violencia, algo de violencia pasado el tiempo, cuando me venían circunstancias un poco límites de mi vida, como que mi madre no me dejaba entrar en casa o que mi padre me rechazaba a nivel de hijo, que soy suyo, pues con violencia, con consumo de drogas."* [E15]

"Hombre me da C. una medicación que lo voy llevando, pero si me enfadas no pienso en nada. A mi tía, el año pasado, le saqué un cuchillo, porque me dio un bofetón, y es mi tía carnal." [E47]

Se constata en algunos relatos lo complicado de establecer una relación terapéutica, las dificultades de manejo en el entorno sanitario de alguno de estos pacientes.

"Bueno, al principio fui a un psiquiatra, pero le pegué ya no me dejaron volver a verle, evidentemente. La segunda vez que lo intenté, pues también tres cuartas partes de lo mismo. Le tiré a la médica todo lo que tenía en el escritorio, le grité, que la iba a matar y la tercera vez ya fue voluntariamente, por mí misma porque ya no podía más." [E46]

Las personas que no hablan directamente de una mala evolución, sí dejan entrever que ha habido dificultades en algún momento de su vida, o bien eran síntomas vividos como otro trastorno o quien no tenía percepción de ninguna patología psíquica.

"Cuánto tiempo… cuatro años atrás por ejemplo, bueno pues, lo llevé bien de los 22 a los 25, a partir de los 25 me empezaron a ir las cosas muy mal en relación con la sociedad, con la sociabilidad también…" [E05]

"Pues al principio era depresiones. Entonces como trastorno como tal me lo empezaron a diagnosticar más o menos en el 2005 o así. Me decían que era limitona, que no sabían si era trastorno límite, pero que era limitona." [E36]

"Pues con tratamientos. Antidepresivos, estimulantes, ansiolíticos." [E48]

"Bien, porque supuestamente no tenía nada, para mí no tenía nada." [E57]

"Pues, lo he ido llevando inconscientemente." [E33]

- **Sobre si piensan que su trastorno está controlado en la actualidad.**

La opinión muy mayoritaria es que no, y lo responden taxativamente, lo que es coherente con su derivación y entrada a un programa terapéutico especializado. Pero llama la atención que haya algunas personas que dicen que sí, que está controlados sus síntomas en este momento (que coincide como se explica con su inicio en el proceso terapéutico en la UTP).

> *"Bueno sí, cuando llegué llevaba el sueño supercambiado, entonces lo que llevaba un desfase de horarios, y los primero días iba un poco de nuevas, iba grogui todo el rato, yo sabía que estaba donde tenía que estar y tampoco…"* [E12]

> *"Sí, está controlado, pero yo te podría decir que…, que me siento a veces un poco agobiado, en algunas situaciones por mi inseguridad, cualquiera puede tener inseguridad en un momento dado, pero… agobiado."* [E15]

> *"Es que como mi humor cambia, tengo semanas que estoy bien y de repente caigo otra vez. Tengo meses muy malos que lloró y quiero matar a la gente. Y otros días me levanto contenta. Sabes, no sé, es muy extraño."* [E47]

> *"Sí, he pasado dos años muy buenos, estaba como dormido. Dos años, casi tres, por mi hermano, no sé. Las pastillas de dormir sí que era el problema, porque tomaba demasiado. El problema era que me costaba mucho despertarme. Otra cosa era cuando me despertaba, ya estaba totalmente, pero igual era por la tarde. Mi hermano se enfadaba porque no me despertaba a la hora. Pero claro es que no podía, estaba k.o."* [E54]

En definitiva es una percepción de control de la patología muy peculiar, parecen hacer equivalente el control a un menor sufrimiento por su parte, aunque presenten a un mismo tiempo importantes disfunciones en otras áreas de su vida.

- **Sobre el conocimiento de la patología: síntomas, tratamientos, etc.**

  Un poco más de la mitad de los entrevistados afirman rotundamente que no conocen la patología, ni aspectos relacionados con ella.

  "No me habían explicado nada, solamente que no era bipolar, que estaban seguros de que yo no era bipolar y que sí que tenía un trastorno pero que no sabían ellos qué tipo de trastorno podía tener. Entonces ellas se reunieron y me dijeron que ya no podían más conmigo porque se me estaba yendo de las manos y me dijeron que viniera para el Provincial y yo no me opuse, les dije que sí." [E40]

  "No. Sabía, porque como estuve ingresado tres días en el Servet, sabía que tenía un trastorno de la personalidad y trastorno disocial, pero no me ha explicado nadie nada más." [E31]

  "…a mí me diagnosticaron lo que es el trastorno de alimentación, pero del límite no me acordaba mucho que me lo dijeran, pero yo siempre he notado que era más la personalidad que la comida, bueno, al principio sí que era la comida pero luego ya se fue agravando a la personalidad, entonces…" [E42]

  Por el contrario, quienes dicen conocer algo sobre el trastorno, se refieren a algún aspecto concreto o han buscado información por sus medios, o sus conocimientos son relativos.

  "De síntomas sí, de tratamientos no sé." [E03]

  "Sí, bueno, lo vi por internet, más o menos." [E39]

  "Pues sí, claro, por Internet uno navega y sí que tenía idea del asunto." [E50]

  "Sí, sí, conozco muchas más palabras, conozco mucho más de cara a mi enfermedad, y puedo controlarla muchísimo más con herramientas, … , conmigo misma, lo puedo controlar muchísimo más, él apenas me decía nada de formas de controlarla, sólo me decía que no sabía canalizarla bien y yo eso ya lo sabía pero no me daba métodos para canalizarla." [E08]

"¡Ah!, algo más, igual que algunas personas, porque ya había pasado mucho por psiquiatras, luego mi hermana ha tenido, bueno, el problema que tiene, entonces un poco sí, pero siempre aprendes cosas…" [E12]

"Estoy empezando a entender un poco que es lo que me sucede y de qué va todo." [E16]

- **Sobre situaciones de crisis y a qué recurren o qué les ha ido bien.**

En la entrevista se habla de situaciones como crisis o agravamientos del trastorno, cuarenta y seis personas hablan abiertamente de estas reagudizaciones o momentos críticos, solo dos dicen no haber sufrido estas situaciones.

"Sí, sí que he tenido crisis, estos trece años en una montaña rusa." [E19]

"Sí, pero muchísimos, sobre todo antes de venir estuve tres meses o así muy mal." [E49]

Al preguntar acerca de qué les podía servir de ayuda en estas crisis, y hecha la pregunta de manera muy abierta, sin referir para nada las ayudas de profesionales, ni de tratamientos, algunas de las respuestas que se recogieron tuvieron que ver con los fármacos, pero las con frecuencia se citaban estrategias muy desadaptadas. Quizás estos momentos de crisis son unos de los paradigmáticos del TLP, el recurrir a la agresión, a los demás o a uno mismo, a las drogas, al abuso de psicofármacos, no dejan de ser recursos ante la angustia, recursos nada adaptativos, que generan más problemas para la persona y para su entorno, dificultando su tratamiento, si lo sigue.

"Pues encerrarme en casa, por ejemplo y medicarme mucho, medicarme mucho para dormir todo el día y para y para evadirme un poco, y luego también pues el beber y drogarme, y tal, pero luego eso me repercutía en que al día siguiente estaba cuarenta veces peor." [E05]

"¿A mí?, pues montar 'pollos' en casa, hablar mal, tratar mal a la gente, recurría en mis heridas y agobiarme por todo." [E08]

"¿Cuándo me daba la crisis?, fumaba marihuana y me calmaba mucho, pero realmente después me daban depresiones, después pensaba mucho y tampoco era muy bueno." [E11]

"Podía llegar a gritar, o a pegar a una pared o a hacerme daño yo." [E21]

"Mi madre me ha recordado que yo me pegaba golpes contra la cabeza, yo me estiraba del pelo, pues entonces eso también cuenta como…, evitar pegarme golpes contra todo, herir a los demás, verbalmente, pero decir burradas, ir a la yugular, buff, nunca he llegado a herir físicamente a una persona, en ese contexto pero sí he sido muy agresiva y vamos, sí que he llegado a las manos con otras personas pero ya en momentos de discusiones…" [E28]

"Pues cuando me pasaba lo que hacía yo era hacerme daño y una vez me hacía daño ya estaba tranquila." [E37]

"Pegar (a los demás). O cortarme." [E46]

"Pues hacía, pues al principio cortarme, o gritar también o estar en mi habitación llorando, encerrarme." [E42]

Recurrir a los psicofármacos es una constante, en forma de abuso, de automedicación, con la denominación de 'rescate', la que se le da en algunos centros sanitarios, haciendo sinónimo de rescate a una medicación 'extra'.

"Tiraba mucho de medicación, tiraba mucho de medicación." [E10]

"Pues a lo mejor automedicarme más, tomar más medicación." [E19]

"Pues lo único que me funcionaba para evadirme todavía más era el tirar de pastillas." [E22]

"Era, bueno pues, como alivio propio la autolesión y cuando había alguien pues me daban, en unos momentos era el Rivotril, que era lo que me aconsejaban que me dieran como, no sé cómo llamarlo, como pastilla de rescate." [E34]

"Pues medicamentos, me ha gustado mucho, bueno el Zyprexa es el que empecé a tomar pero en la primera crisis que pasé abusaba muchísimo del

Zyprexa, incluso tuve días de estar inconsciente perdido, tomarme 60 o 70 mg. de Zyprexa, con 15 años era una barbaridad, pero bueno, hablando de hace poco, cuando estaba depresivo sí que me ayudaba mucho el Rivotril y más aún por la noche la Quetiapina. Pero la Quetiapina me dejaba mucha resaca, para entendernos." [E32]

Por otro lado, también hay quien ha dado con estrategias que le sirven de ayuda, lo que es para tener muy en cuenta, como apoyo terapéutico, como una base positiva.

"Pues estar sola, pensar para tranquilizarme y bueno, estar sola para tranquilizarme, me fumaba un cigarro también." [E33]

"¿Qué es lo que me ha ido bien? Llamar por teléfono a los psiquiatras y bueno, seguir sus órdenes, seguir sus pautas, sobre todo a nivel de medicamentos." [E36]

"Hacer relajaciones y respiraciones, y meditación." [E38]

"Pues…, el hablar, desahogarme, a ratos me funcionaba y otros ratos no." [E44]

"Pues, volver a la normalidad, sí, si volver a la normalidad, yo la llamo la normalidad al día a día, mi trabajo, las actividades únicas que tengo, el combinar todo eso, el tener todo el día ocupado." [E58]

"Dejar que pase el tiempo, hablar y cosas de esas." [E03]

- **Con respecto a los profesionales**

Casi la mitad de los entrevistados aseguraron haber sido tratados por cuatro o más clínicos, psiquiatra o psicólogo, diferentes. De entre éstos, los menos dijeron haber pasado por muchos profesionales. En algún caso se señaló como causa de los cambios a la organización sanitaria, por cambios en los profesionales asignados a los centros y no por causas atribuibles al paciente.

Algo más de la mitad apenas cambiaban de terapeutas, lo que da idea de fidelización a los profesionales, aunque la evolución no haya sido buena ya que todos ellos han recurrido a un recurso más específico y con características diferentes a la asistencia ambulatoria.

"Sí, bastantes, alguno que otro. Aunque sin mucho interés mío, bueno sí ponía interés, pero no me demostraban que…, no me ayudaban, no me sabía explicar." [E15]

"No, sólo vi a un psicólogo antes del psiquiatra, pero que yo siempre he dicho que le daba mil vueltas al psicólogo, que no le hacía mucho caso, que no me daba mucho juego él, no me estimulaba, no me daba muchas herramientas." [E08]

"Primero porque yo he querido cambiar, mis padres se han volcado de pleno en ayudarme y yo no he querido…, solo quería seguir drogándome y la verdad es que no colaboraba para nada, excepto en este último tratamiento que sí que estoy…" [E32]

"Psicólogos cinco, psiquiatras dos, bueno tres, tres. Los psiquiatras empezaron a ver realmente lo que me pasaba." [E43]

"Sí, bastantes. Ha habido de todo, en ocasiones los he buscado yo, sobre todo en el ámbito privado, por las ganas de ponerte bien y ha habido algún cambio cuando ha cambiado en el puesto en el Salud algún médico que llevaba." [E58]

- **Con respecto a los tratamientos psicofarmacológicos.**

Veinte de los entrevistados seguían las pautas prescritas de psicofármacos, sin abandonos ni alteraciones en la dosificación, veintiuno, por el contrario, reconocían que alteraban la dosificación indicada, tanto con abuso, aumentando la ingesta, como por disminución de la misma. También podían tomar medicaciones no prescritas.

"Te lo puedo asegurar. Yo necesito estar bien, el que ha llegado hasta donde ha llegado y ha cumplido como yo sé de otras cosas es porque lo sabe, yo para eso sí que soy muy confiada." [E38]

"No, en el caso de medicación psiquiátrica no, cuando me hablas de ibuprofenos o paracetamoles sí." [E08]

"No, solo lo he hecho (he tomado más) cuando he hecho algún intento de suicidio." [E30]

"Tomaba lo que me recetaba ella, pero la de dormir, que es la que no me acuerdo, ni esa ni la de la mañana, pues eso la de dormir sí que me tomaba más dosis de lo que ella decía porque veía que no funcionaba." [E19]

"…me he quitado todas las benzodiacepinas menos las de la noche, me he quitado todas las benzodiacepinas porque si no no me dormía y al revés, como me sobraban, porque ahora con la receta electrónica…, pues cuando tenía bajones me tomaba cinco Valium." [E36]

"…cuando me daban ataques de ansiedad. Sí, y dejarla también, cuando me iba por ahí de marcha. Si sabía que iba a beber el fin de semana no me lo tomaba. Y claro, el lunes también estaba mal y tampoco me los tomaba." [E49]

- **Relación entre paciente y terapeutas.**

Los pacientes, a la entrada en la Unidad de Trastornos de Personalidad, afirmaban estar en tratamiento actualmente, mayoritariamente citaban al psiquiatra como su terapeuta, otro grupo importante citaban a psiquiatra y psicólogo, menos al psicólogo únicamente y unos pocos estaban en seguimiento en dispositivos para adicciones, o solo con el médico de familia. No se cita a ningún otro profesional.

En cuanto a la satisfacción con sus terapeutas, que puede dar idea de la relación terapéutica, del vínculo establecido con lo terapéutico, crucial para la intervención en trastornos de la personalidad.

Resulta aleccionador escuchar cómo la relación terapéutica se juega, en personas con este trastorno de la personalidad, en pequeños detalles, donde una percepción, una interpretación, de desconfianza por ejemplo, puede desatar una reacción de rechazo y de ruptura de la relación. Algo, por otra parte, similar a lo que les puede ocurrir, en general, en las relaciones interpersonales, en las de amistad, en las de pareja, … Por ello hay que afinar la escucha y atender esto, para poder reconducir la relación terapéutica y mantenerla en términos adecuados.

> *"Al principio, sí. Lo que pasa que luego el hombre, a pesar de que es joven, pues es que se toma el trabajo, bueno como hay que tomárselo en realidad, muy en serio, creo yo, visto bajo mi punto de vista. Entonces, a pesar de que lo conozco hace bastantes años, pues la última visita que tuve con él fue en el 2013, en junio o en julio, no en septiembre, porque me citaron para octubre, fue en septiembre, ya le fui a dar la mano y, ¿sabes?, como que le conocía, le fui a dar la mano, y la cogió, pero dijo que eso no me gusta y tal y cual, como lo hago con mis amigos y entonces ya me empecé a rayar un poco, ¿vale?, ya empecé a sentir que me trataba como un enfermo ¿vale? Y que me hacía sentir como un enfermo, a lo mejor viene a raíz de las paranoias que me monto, ¿no?, que es muy diferente a como me trataba V.R., con V.R. estoy mucho más a gusto y mucho más…, o sea me trata no como un enfermo, me trata más como una persona o por lo menos lo que yo siento."* [E05]
>
> *"Sinceramente no porque me trataban por ansiedad y me trataban por trastorno depresivo, pero la verdad es que no se acertaba nunca con lo que tenía, llevaba tres años y medio deambulando, tomando fármacos, que si Adofen, que si tratamientos para la ansiedad, pero la verdad es que nadie acertó…"* [E26]

Las condiciones en las que se sitúa la asistencia, evidentemente, es clave en la relación terapéutica y, en definitiva, del trabajo que se pueda realizar. Esto lo percibe claramente el paciente.

> *"Creo que sí estaba satisfecha, yo hablaba mucho, él creo que lo hacía bastante bien, pero era muy callado, muy frío, muy…, no sé, había una relación profesional paciente, y a veces me hubiera gustado más que me diera más herramientas, más trabajo, como más aquí. No es lo mismo tener una hora o dos horas al mes que hacer un ingreso, se avanza muchísimo más, yo he ido dos años con él y he visto que no he avanzado nada y ahora con el ingreso es que he avanzado una barbaridad, pero una barbaridad."* [E08]
>
> *"Sí, y no, en Barcelona sí, pero aquí no porque iban cambiando cada mes, y cada mes me hacían…, en vez de leerse el historial e ir para adelante lo que me hacían era otra vez empezar de nuevo y entonces pues yo no remontaba pues siempre estaba ahí metida."* [E19]

Se escucharon los recorridos largos por diversos profesionales sin llegar a hacer un trabajo efectivo pero con un gran consumo de recursos, tanto por parte del paciente y su entorno como por el sistema sanitario.

> *"Pues, por ejemplo, el primer psiquiatra sí, era… lo que pasa que él dejó la profesión, cerró la consulta y lo dejo. Luego busqué otro, que era A. El Dr. A., pero es que A. llevaba a mi hermana, entonces había ahí una incompatibilidad. Dije que lleve a mi hermana y yo no. Porque ella hablaba de mí, y no, claro, entonces lo dejé. Luego estuve con S., que fue el que me diagnosticó trastorno de la personalidad y lo dejé porque me fui al del seguro, no podía seguir pagando, por temas…, entonces estuve con P. y luego me cambié al Dr. R. y P. lo dejé porque no había química, no me convencía, había cosas que no me convencían y lo dejé…"* [E52]

No solo por parte de los profesionales o del sistema sanitario se situaban las dificultades para la relación terapéutica, hubo quien las puso de su lado.

"Pues a veces sí porque me desahogaba, pero no por…, porque tampoco muchas veces he puesto de mi parte ni he dejado que me ayuden. He dejado que me ayuden ahora que he entrado aquí pero antes pues no, decía que sí pero…" [E42]

"El psiquiatra no porque no lo veía mucho. Sólo iba hacer controles, la medicación como no me la tomaba, me ha automedicaba, pues no muy satisfecha la verdad." [E44]

Objetivo 5.2.2 Estimar la participación y responsabilización del paciente en su proceso terapéutico y tratamiento farmacológico.

- **Acerca de si percibe que se cuenta con él a la hora de prescribir el tratamiento o modificarlo.**

La mitad de los sujetos no creía que contaran con ellos a la hora de pautar un tratamiento o de sus modificaciones posibles, yendo desde quien se mostraba muy contrariado porque se le ignorase en decisiones sobre el tratamiento farmacológico y quienes ni siquiera se planteaban este asunto, no creían que tuviesen que opinar.

"Conmigo nunca contaban, siempre decidían por mí, no contaban, ni mi opinión valía ni siquiera." [E23]

"No, era yo la que luego, buscaba y tal, me informaba. Los demás no me decían nada." [E52]

"Yo siempre he confiado en los profesionales, nunca lo he cuestionado ¿no? Y aparte con las pastillas que me he sentido cómoda como puede ser esa, porque con el antidepresivo realmente no me hacía nada, pues..." [E22]

Entre los que afirmaron que contaban con ellos, la otra mitad de las personas participantes en el estudio, parecían asimilar la decisión compartida a que se les preguntase cómo le estaba sentando el tratamiento, mejorías o empeoramientos, parece que con esta práctica entendían que era suficiente, o sentían que ésta era la manera de participar.

"Sí, sí. Bueno alguna vez, en el tema del peso no, alguna vez no me tienen en cuenta, alguna vez les digo que me veo gorda, que quiero perder y en eso no me tienen en cuenta." [E30]

"Sí porque me pregunta 'qué tal vas', 'qué notas'." [E06]

"En estos momentos sí, antes no, antes hacían probatinas conmigo, bueno conmigo y con todos supongo." [E05]

"Bueno, yo cuando, sí claro porque hablábamos previamente, sobre los efectos secundarios, sobre si tenía mejoría o no, por ejemplo el sueño, las pesadillas, si me encontraba más animada, menos animada..." [E34]

"No, era yo la que luego, buscaba y tal, me informaba. Los demás no me decían nada." [E52]

- **En cuanto al manejo cotidiano de los medicamentos**

El uso adecuado de fármacos conlleva una serie de responsabilidades para que sea efectivo, algunas pueden parecer banales o de poco interés para los objetivos del estudio, pero dejan al trasluz el importante tema de la responsabilidad, si la asume el paciente o es alguien de su entorno. Temas como la organización del tratamiento, su continuidad, su toma adecuada, serán muy importantes si se quiere valorar la verdadera efectividad y buen uso de un fármaco cuando se prescribe.

La gran mayoría de los entrevistados guardaba y se encargaba de la toma de su medicación.

"Los tenía en una bolsa, los que tomaban sólo para esto los tenía en una bolsa. A veces sí, en mi habitación, normalmente me los guardaba en una bolsa aparte." [E49]

"A ver, digamos, las dosis normales las tenía en el cajón en la cocina, pero siempre tenía una caja o dos para mí, para esos momentos de presión que no podía soportar." [E22]

"Los guardo en un envase de plástico, guardados con cajoncitos y con etiquetas, que voy etiquetando yo." [E26]

"Cuando estaba la familia al completo teníamos una caja para cada uno de las pastillas, es que parecía ya una de esto de drogas, ahora pues está mi padre que también toma medicación no sé qué y yo." [E28]

Únicamente siete personas referían que eran sus familiares los que custodiaban la misma, habiendo retirado esta responsabilidad al paciente.

"Los guarda mi madre y tengo un pastillero con las pastillas de la semana. Los guarda en el armario, escondidos." [E03]

Los guardaba mi mujer, los escondía, porque como he tenido llamadas de atención los escondía, y siempre me dejaba los justos." [E10]

"Mi madre todo eso, los tenía que esconder porque yo los cogía y los tiraba por el váter." [E23]

"Pues siempre los había guardado en el pastillero de la semana y luego en un neceser donde tengo los medicamentos. En los últimos tiempos, debido a las conductas lesivas pues los guardaba mi hermano, yo misma le pedí que los guardara." [E34]

Un poco más de la mitad de los sujetos eran previsores a la hora de tener medicación suficiente, es decir, que no interrumpiesen las tomas por no tener receta o comprarla.

"…como ahora te los dan mensualmente, intento no quedarme nunca sin medicamentos." [E01]

"Sí, normalmente sí, alguna vez me he quedado sin y he tenido que correr. Alguna vez me he quedado sin medicación de alguno, y era el más problemático porque ese me podía dar dolor de cabeza, y he tenido que ir a urgencias, me lo han recetado sin ningún problema porque al ser una medicación que no la puedes dejar, me lo han recetado sin ningún problema." [E08]

"A mí por ejemplo me gusta tener medicación de sobra, cuando veo que queda poca, me agobio cuando veo que queda poca porque el hecho de quedarme sin pastillas, que me ha pasado, y estar un día sin medicación ya me rayo." [E28]

Sin embargo son muchos menos que los que decían encargarse ellos de su medicación en casa, delegando esta cuestión logística y organizativa, que tenga el tratamiento y renueve recetas y las compre en farmacia, en familiares.

"No, estaba pendiente mi familia." [E29]

"…mi exmarido, mi expareja es el que está más al tanto, bueno mucho al tanto." [E46]

"De eso se encarga mi mujer, siempre." [E10]

"…yo no, mi madre, se lo indicaba siempre, se encargaba mi madre." [E44]

También se comentó si se acumulaban medicamentos, si tras un cambio en la pauta, los que ya no se usaban o bien se pueden guardar en casa o se pueden tirar a la basura, o mejor aún se pueden depositar en oficinas de farmacia para su posterior reciclaje.

De igual manera que en otras cuestiones, se repartían los sujetos claramente en dos mitades, los que los guardaban por diversos motivos, que pueden ir desde la posibilidad de que le vuelvan a prescribir el mismo fármaco a quienes lo hacían por costumbre o por dejadez.

"…mi madre nos los hace guardar por si tenemos que volver a tomar." [E21]

"…en mi casa siempre ha habido muchos medicamentos, porque como mi padre también toma medicamentos psiquiátricos, en mi casa están los de mi madre de…, es que en mi casa cuando vivíamos mi madre, mi padre…" [E28]

"…por ejemplo todavía tengo en casa de Paroxetina pero no lo tomo, tengo también en casa el Tranxilium y tengo también, cómo se llama…, Alprazolam y tal por si acaso pero..." [E48]

"Normalmente ibuprofeno o cremas de los huesos. Eso sí, y de dormir también, porque duermo muy mal y me dan Loracepam." [E47]

Y la otra mitad de los entrevistados, que afirmaban deshacerse de ellos, citando varios de ellos al reciclaje en farmacia como el procedimiento más adecuado.

"Los que no tomo los llevo a la farmacia." [E01]

"…los reciclo, los llevo a la farmacia." [E06]

"No, sólo había de Topamax, no sé porque lo guardaba, porque lo quería llevar a la farmacia. Me parece que había una caja, lo saqué, no quería llevar a la farmacia. No lo suelo guardar, suelo llevar a la farmacia o tirarlos." [E54]

La mayoría de los pacientes tenía la pauta de tratamiento anotada, de los que dijeron no tenerla anotada en ningún sitio, la mayor parte refirió acordarse bien y no necesitar del apunte, otros, los menos, delegaban en un familiar el recordatorio o la supervisión de la pauta y las tomas de medicación.

"La tenía anotada, y luego yo además de que la tenía anotada, yo soy muy organizada, entonces yo me ponía siempre la medicación de la mañana separada…" [E58]

"No, la verdad es que no, como lo dice el médico se queda en la cabeza." [E42]

"Sí, hasta que ya me lo aprendía yo, y me los tomaba yo, siempre, bueno, a ver, teníamos en casa, mi mujer guardaba, me dejaba los justos para tres o cuatro días y a medida que los iba gastando mi mujer me los iba reponiendo." [E10]

Se preguntó directamente si algún familiar supervisaba su tratamiento, algo más de la mitad respondieron que ellos se encargaban, pero era importante el número

y el relato de los que depositaban la responsabilidad de los fármacos en familiares, por diversos motivos.

"Bueno, cuando ella me veía un poco nerviosa me preguntaba ¿te has tomado la medicación?, lo que automáticamente pues me sabía mal, porque… en plan - oye loca, ¿te has tomado tu medicación? Te noto nerviosa.-" [E27]

"…bueno mi madre me la compra pero yo me encargo de tomármela, pero sí que hubo una temporada, cuando mi madre se encargaba de dármela, sí que me la tomaba." [E31]

"…se encargaba M. porque la tenía en una caja fuerte, porque ya no se fiaba." [E41]

"No, normalmente yo, ahora tengo una pareja que siempre está encima, qué cuando me puse muy malita es que no la llevaba muy bien." [E47]

"Sí, claro, menos una vez que se las llevó mi hermano las pastillas, por miedo a que intentara suicidarme, siempre he llevado yo la..., qué no tengo ningún problema para eso, que no tiene que dármelas nadie." [E49]

Se habló sobre quién podía modificar el tratamiento prescrito, y parecía haber unanimidad en el médico psiquiatra que había recetado la medicación y que hacía el seguimiento de la misma. Pero no son desdeñables algunas respuestas que incluían al médico de familia también, lo que puede hablar de la dificultad de acceso de la atención especializada de salud mental y la cercanía y rápida respuesta de la atención primaria. Es este un asunto que convendría explorar como una estrategia terapéutica más, un trabajo colaborativo entre salud mental y atención primaria para un abordaje coordinado.

"Una vez en el médico de cabecera sí que me lo modificó, pero el psiquiatra." [E39]

"Mi médico de cabecera, bueno y el psiquiatra." [E29]

"Mi médico de cabecera, bueno modificar algunas de palabra, yo le llevaba el papel y él me tenía que dar las recetas, cuando se me acababan y no tenía consulta con el psiquiatra pues claro, y él miraba el papel de lo que tenía pautado y él me lo hacía." [E49]

Se indagó sobre si son necesarias precauciones especiales con alguno de los medicamentos. Son conocidas las precauciones con la conducción y no consumir alcohol. Una buena parte de los entrevistados, en tratamiento, como se ha visto, con numerosos psicofármacos, no sabían citar ninguna, o tenían dudas con aspectos somáticos.

"…casi todos los medicamentos que tengo, que tomo llevan la cosa está de la conducción, pero vamos como no salgo de casa apenas conduzco, conduzco muy poquito, cuando voy al psiquiatra o poco más, porque cuando salimos por ahí con mi padre coge su coche." [E01]

"no es recomendable beber alcohol, y esas cosas." [E04]

"No tomar alcohol sí, pero yo por ejemplo preguntaba. Yo siempre como tomo alcohol, siempre decía a ver, si tomo alcohol qué hago, era una cosa que preguntaba yo, es decir, si salgo un sábado por la noche qué tengo que hacer, si salgo un sábado por la noche evidentemente sí voy a consumir alcohol, dicen, a ver, lo mejor es que no lo hagas y yo vale, bien, si salgo un sábado por la noche qué tengo que hacer, o sea, no me interesa intoxicarme ni me interesa ir a urgencias, quiero seguir con el tratamiento pero…" [E28]

"No, lo que sí he notado que en estos años aparte de mi mala alimentación y mi mala cabeza por los fármacos, se me ha descompensado totalmente la sangre, incluso me preguntan muchas veces si he sido bebedora, los triglicéridos me parece que es, porque los tengo un poco elevados, y yo jamás he bebido, ni me lo he planteado. Me salen muy alteradas las analíticas. Salieron tan alteradas que me mandaron a lípidos, el psiquiatra siguió pensando que a lo mejor el Tegretol podía estar relacionado." [E22]

"Sí, si quería quedarme embarazada..." [E20]

- **Se preguntó sobre si conocen bien los fármacos como para poder modificar ellos mismos la dosis.**

  Diez entrevistados afirmaban conocer los medicamentos lo suficiente como para poder ellos modificar su dosis, subir o bajarla, el resto, amplia mayoría negaban con rotundidad esa posibilidad, confiando únicamente en el médico que les prescribió el tratamiento para modificarlo.

  "A tanto no pero sí que me he automedicado, a efectos de medicación psiquiátrica, pero no era lo que él me había recetado, me suprimió Olanzapina y estuve tomando Olanzapina." [E50]

  "Pues sí que los conocía bien, lo único que me subía eran los ansiolíticos. Los demás nunca he llegado a tomarme más, salvo los intentos de suicidio." [E49]

  "No, es que yo lo que me digan a mí los médicos y ya está." [E42]

  "Con algunos sí, con los que yo conocía sí. Por ejemplo con el Orfidal cuando lo tomaba, lo que pasa que el Orfidal pues que no me hacía nada, pero cuando lo empecé a tomar sí, o el Trankimazin porque sí notaba el efecto que me hacía y notaba que si me tomaba medio más o tal. O por ejemplo, una noche que yo quería, que no quería dormir, me quitaba los de dormir y me tomaba el resto, entonces que igual era una entre tantas pero entonces me tomaba el antidepresivo, me tomaba el ansiolítico, me tomaba el tal… y el que era específico para dormir no me lo tomaba." [E28]

  "No, yo me leo los prospectos pero yo no soy médico ni psiquiatra." [E03]

  "…me automedicaba, independientemente de las dosis siempre jugaba a engañar al psiquiatra, y sobre todo que me hacía alguna receta bajo mano, ¿necesitas algo?, pero luego siempre tiraba de las recetas del médico, iba al médico de cabecera y le decía mira esto es lo que me han recetado, sin decirle que ya tenía una receta aparte." [E22]

- **Sobre la utilización de medicamentos con intención de hacerse daño o de quitarse la vida.**

  Es un tema éste que se incorporó a la mitad de los entrevistados, al percibir que era una conducta que se comenzó a nombrar en las entrevistas, el uso de fármacos con intención autolítica, con mayor o menor consistencia, pero es un elemento a tener en cuenta. Algo más de la mitad de los que hablaron del tema, afirmaban haberla utilizado con intención de quitarse la vida en ocasiones, en otras como una forma de captar atención, o en forma de abuso, como 'desconexión' de su realidad.

  > *"…con medicación que yo estaba tomando entonces, sí. No era que yo la guardara sino que muchas veces como yo soy muy despistada y me gustaba tener de más, no por nada sino pues como para este viaje me hace falta y tal…, no sé qué no sé cuántas, era algo…porque me había pasado alguna vez, uf, la medicación! Y tener que ir de repente a que te hagan la receta todo corriendo y tal, y entonces pues… pero no era guardada premeditadamente, no."* [E28]
  >
  > *"Sí, la última vez, ayer que lo dijeron, fue en marzo o en abril me tomé dos cajas enteras de Valium, por una discusión con mi abuela. Otras veces también con medicación, quitando una que entré en coma etílico. Con medicación que tenía yo, pues como siempre me daban dos cajas de Valium, la que tenía ahí y sabía que la que más me iba a dejar…, y bueno, así fue que entré en coma, la última vez."* [E40]
  >
  > *"Igual un par de veces con el Zyprexa sí, igual me pasé tomando una vez, pero... Creo que era más intención de sedarme todo lo que pueda."* [E32]

  El resto no ha utilizado la medicación como mecanismo de autoagresión o con finalidad suicida.

  > *"No, nunca jamás, y mira que me han entrado ganas de morirme, me he querido morir, ojalá me pille un tren, pero nunca me he tomado medicación, jamás."* [E57]

"Le describí un suceso además a la psicóloga del hospital, no sé si está escrito en el informe y lo describí tan mal, que tomé dos o tres pastillas, pero yo no me he agredido…" [E38]

- **Sobre la posición demandante de medicación hacia el médico**

  En este asunto prácticamente la totalidad se pronunciaron como no demandantes, en algunos casos lo señalaban con rotundidad, y los pocos que decían que sí pedían medicación a su psiquiatra explicaban que era por necesidad, porque la precisaban por su estado.

  "En algunas ocasiones puede ser pero si veo que me lo ajustan bien, el médico y estoy seguro con eso, pues no habrá necesidad de..." [E48]

  "No. Más bien me gustaría no tomar nada pero si no queda otro remedio…" [E38]

  "No, no, nunca le dicho que me diera de más. Yo creo que no." [E49]

  "No, soy exigente a la hora de decirle que no me engorde por favor. Eso sí." [E47]

- **¿Tomar pocas pastillas es sinónimo de estar mejor? ¿Qué ocurriría si no tomase ningún medicamento?**

  La mitad de los entrevistados no unió mejoría al hecho de tomar poca medicación o no tomar nada, en el resto algunos afirmaban que tomar poca medicación indicaba mejoría mientras que otros tenían dudas, no lo veían como un asunto general sino que dependía de cada persona.

  "Yo creo que las pastillas son las que son y que te hacen sentir bien, con tu esfuerzo." [E10]

  "Es lo que pretendo, sería para mí una meta conseguida." [tomar poca medicación o no tomar] [E54]

  "…a ver, sí y no, en general creo que somos una sociedad que estamos excesivamente medicalizada. No sé. Me parece que tomamos en exceso medicación. Prácticamente para todo tomarnos. Ahora, también es cierto que el

hecho de que una persona no los tome no significa que esté bien. Pero me parece que es más saludable no ingerir tanta medicación. Pero sean este tipo o de cualquier otra." [E58]

"…es que eso depende del interior de cada uno. Lo primero que hay que hacer, yo creo que la medicación justa, aunque sea mucha viene bien, hasta que coges fortaleza mental y cuando ya eres más fuerte, una pastillita o quitar la medicación..." [E31]

Ante la pregunta dirigida sobre la posibilidad de no tomar nada de medicación a partir de ese momento se encontraron variadas respuestas, que dejaban entrever el temor al empeoramiento o a los síntomas.

"…estaría más nerviosa, con más ansiedad y no tendría tantos…, porque nosotros carecemos de la, del neurotransmisor ese…, que hace que…, no sé cómo se llama, ¿neuropinefrina?, ¿se llama neuropinefrina el conector ese entre neuronas?, que tenemos menos, pues entonces lo que hace es que produzcamos más, pues a lo mejor tendríamos más ansiedad y eso conllevaría todos los procesos siguientes. No sé si se llama así, o acetilcolina…" [E08]

"…tendría un desequilibrio emocional o conductual o algo así." [E15]

"Llevo tres años y medio tomando muchísimo tratamiento y lo que me pasa cuando lo reducen o lo quitan es que tengo insomnio, estoy muy nerviosa, tengo ansiedad, me dan calambres, entonces tengo miedo hasta de que lo reduzcan. Pero bueno, que en mi caso creo que tengo que llevar un tratamiento para siempre." [E26]

Más allá de los fármacos, la farmacodinamia, la respuesta, los efectos deseados y los adversos, está el valor que subjetivamente se les da. Es importante contar con ello, indagar adecuadamente en la entrevista en la que se vaya a instaurar, modificar, seguir o retirar un medicamento. Se apreció en las respuestas lo variado de las mismas, y esa subjetividad, la confianza, el temor…, todo lo que se deposita en un determinado preparado farmacológico.

"Yo sé que mi estado de ánimo sería mejor, pero quizás para mi cerebro ahora mismo es necesario tomar medicación, son dos cosas diferentes. Yo sé que tomar medicación viene bien y viene mal, pero quizás haciendo balanza, te quiero decir que toda acción tiene una reacción, pero el beneficio me imagino que será mejor." [E16]

"…yo casi me siento incapaz de salir a la calle sin un tratamiento, reconozco que tengo un problema y que necesito tratarlo, que aquí sí que nos dais mucha terapia pero creo que en mi caso, igual es que he creado esa dependencia tan grande que hoy por hoy lo veo necesario, no me cuestiono ni lo que ponen dentro de las pastillas. Yo sé que no sé si sería lo suficientemente capaz de salir fuera sin llevar un tratamiento." [E22]

"…hoy por hoy y teniendo tan reciente que me he quitado un montón de porros y de rayas de speed que me he quitado de la cabeza, yo creo que soy consciente que necesito medicación, porque tengo unas limitaciones, unos impulsos que ahora son más fuertes que nunca, a lo mejor y claro que necesito medicación." [E32]

"…de estar acostumbrada ahora a tomar la medicación a de repente que no me tomara nada…, pues la verdad es que no sé cómo reaccionaría." [E42]

"No lo sé pero de momento si te veo que necesito tomar la medicación, porque necesito el control, igual como los…, antes tomaba Gabapentina, los estabilizadores de ánimo ahora me dan pues, cómo se llama… El Topiramato ¿no? Algo similar, pero sí que lo necesito." [E48]

Y otros pacientes lo unían a su mejoría, como un objetivo a conseguir, como el sinónimo de poder llevar una vida normal.

"…estaría genial, porque ya no tendría que estar pendiente, ya no sería dependiente, más independiente, lo que pasa…" [E28]

"Si me dijeran que no tengo que tomar medicación sería bueno, bueno, si he entendido bien, si me han explicado bien, el trastorno de personalidad es un rasgo de personalidad que trabajado, con los cambios de actitud necesarios y

bien trabajado se puede llevar una vida normalizada. De modo que la medicación poco puede hacer con un trastorno." [E34]

"Ojalá, eso sería sinónimo de que estoy bien." [E10]

Objetivo 5.2.3 Conocer características sociodemográficas y clínicas de los participantes, autoimagen y opinión acerca del estigma, y sus redes de apoyo.

Los pacientes que participaron en el estudio tenían una media de 34 años, estaban entre los 20 y 52 años, el 73% eran mujeres, el 12% eran nacidos en el extranjero, el 65% eran aragoneses y el resto nacidos en otras comunidades de nuestro país. El 17% casados o vivían en pareja, el 30% al menos tenían un hijo, el 60% vivían con padres o familia de origen. Un tercio tiene uno o dos hermanos.

Cerca del 60% desempleados, y el 75% con nula o escasa cualificación profesional. Refieren tener un nivel socioeconómico medio pero que va empeorando con respecto a sus padres.

El 40% ha tenido problemas legales. El 37% dice tener creencias religiosas.

El 65% tiene antecedentes de trastorno mental grave en familiares directos.

Los padres son mayoritariamente uno débil y otro rígido y dominante, que les han tratado igual o peor que a sus hermanos. La mitad no ha tenido, o ha sido escasa, comunicación con los padres, siendo su infancia normal o infeliz, en la que no han sido demasiado controlados, pero sí reprendidas sus malas acciones.

El 21% tuvo problemas en el parto, el 37% tuvo que consultar por problemas psicológicos de niño, entre los que eran frecuentes los problemas con la alimentación y ser excesivamente movido.

Pero los tratamientos no se inician hasta la media de 22 años, habitualmente con un psiquiatra, recibiendo dos o más diagnósticos de diferentes grupos psicopatológicos.

Son mayoritariamente fumadores, consumen más drogas que la población general, y una cuarta parte ha tomado psicofármacos sin prescripción.

El 81% ha presentado ideas de suicidio, que se han traducido en gestos suicidas en el 60% del total de la muestra; las autolesiones están presentes en el 54%.

Su vida sexual es insatisfactoria, con gran inestabilidad en las parejas, mayoritariamente son heterosexuales, pero un 10% se definen como bisexuales.

El 40% afirma haber recibido abuso sexual en la infancia o adolescencia.

Se describen como solitarios o difíciles para la convivencia, vacíos en el ámbito existencial, inestables en sus emociones, indecisos, lo que les lleva a no tomar decisiones, piensan que no sirven para nada y que se complican con frecuencia la vida. Acomplejados por algún motivo, que son físicos o relacionados con su imagen corporal en el 40%.

Han sido tratados por 4 profesionales diferentes, dos tercios han sido hospitalizados por este motivo en alguna ocasión. La mitad han estado alguna temporada larga sin síntomas graves, la otra mitad apenas han tenido períodos asintomáticos.

El 58,3% no han recibido nunca tratamiento psicoterápico ni otras intervenciones psicosociales o rehabilitadoras.

En cambio, han recibido todos, salvo dos personas, tratamientos psicofarmacológicos, fundamentalmente antidepresivos y ansiolíticos, a lo largo del desarrollo de su proceso es frecuente el tratamiento con varios psicofármacos.

Todos, como criterio de inclusión, tenían diagnóstico principal de TLP, aunque las pruebas administradas indican una frecuente comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, ligera sintomatología depresiva y ansiosa, tendencia importante a la desadaptación social y señalable impulsividad.

A la llegada a la Unidad de Trastornos de la Personalidad tomaban 3,8 psicofármacos de media, reduciéndose en uno al alta de la hospitalización, unos dos meses después. Los fármacos de uso más frecuente son los neurolépticos, seguidos de antiimpulsivos.

- **Sobre la autoimagen del paciente.**

  Explorar la percepción de uno mismo siempre aporta información útil para las intervenciones terapéuticas. Cómo se relaciona con sus propios síntomas, con las etiquetas diagnósticas, con su malestar en definitiva.

  Puede mostrar su disgusto con su estado.

  "No sé qué que quieres que te diga, que es una mierda estar así." [E01]

  "Yo mal, me sentía que no valía una mierda, que no valía para nada…" [E10]

  "Hombre, pues como me he sentido muy, a ver, muy fracasada por lo ocurrido, pues me autocastigaba. Por eso fueron también las lesiones físicas, porque sustituía el dolor físico por el psíquico. Necesitaba pues como una válvula de escape para poder salir de esa presión que tenía por dentro, ¿no?. Entonces me autolesionaba." [E22]

  O pueden mostrarse más esperanzados.

  "Pues yo creo que, según me han dicho y lo creo ciegamente, se puede vivir con esto y lo que hay que hacer es poner uno de su parte." [E05]

  "Que ha sido un fallo muy grande que he tenido, un tropiezo con varias cosas, con inestabilidad emocional, recurro a las drogas, no he sabido hablar con mis padres en algunos momentos y eso es lo que me ha ocurrido, que necesitaba una oportunidad, que me la dieron pero no supe aprovecharla." [E15]

  "…ahora me veo mucho mejor pero claro, he estado mal, y claro, yo nunca me he querido a mí mismo y entonces aquí me voy dando cuenta de que tengo que ser un poco egoísta y quererme yo un poco más en vez de querer a los demás." [E06]

Desorientación.

"Que no lo entiendo el porqué, porque yo no soy así y no entiendo el porqué de esta situación." [E19]

"Hay días que no lo sé llevar para nada, que me olvido, hay temporadas que creo que puedo pasar de los fármacos, que soy superindependiente, que no lo tengo, me resulta difícil creer que lo tengo. A veces pienso que no lo tengo, que puedo llevar una vida normal, paso de psiquiatras, paso de tratamientos, paso de todo, inicio una vida normal, de cero y a la temporada vuelvo a caer." [E26]

"Un poco confusa, no me veo bien." [E29]

"Creo que, hay cosas que no, que todo no se acaba de entender." [E30]

"Pues llegó un momento en que ya no tenía opinión, lo único que quería era descansar." [E34]

Con los matices vistos anteriormente, la gran mayoría aportaban un deseo de cambiar su situación, de mejorar sus síntomas, de curación. Es éste un primer apoyo a considerar para iniciar un proceso terapéutico, aunque pueda ser de Perogrullo, no lo es tanto si vemos las numerosas tentativas de tratamiento que se han iniciado sin que éste estuviese presente, abocándose mayoritariamente al fracaso. Y se aprecia la mella ocasionada por estos anteriores fracasos terapéuticos.

"Eso quiero saber, porqué…, tengo 50 años y solo he puesto parches en mi vida." [E38]

"Que no valgo, que tengo que aprender muchas cosas, de muchas personas, que el tiempo que haga falta cumplirlo, como he cumplido en agudos. Esta es la segunda vez que vengo aquí, que vengo a…, pero esta vez lo voy llevando mejor, lo voy a llevar mejor porque yo soy más adulta, más…, tengo que mirar las cosas de otra manera, sé que no tengo que pegar, sé que tengo que sonreír más a la vida, por eso no sonrío en la calle y tengo que sonreír." [E46]

"Pues no sé, que he sufrido mucho. Que he pasado mucho desde pequeña y mi mente no se centra, yo creo que es eso, creo eh, que tenido una infancia extraña y como vengo de una familia que es muy desestructurada, pues no he sabido

asentarme. Me metía en las drogas muy joven y he estado en otra ciudad sola por ahí, me pegaban mucho, luego me quitaron al niño, con nueve meses." [E47]

- **Sobre la opinión de los demás (familia, amigos, entorno social) con respecto al trastorno.**

  Hay quien se aísla del entorno, por encontrarlo hostil, por no ser comprendido o respetado, él y su trastorno.

  "…sólo me relaciono con mis padres y mi hermano mayor. No me relaciono con nadie más. Es que delante de ellos no lloro. A veces aunque no quiera hablo y se me nota que estoy a punto de echarme a llorar. Cuando me voy a echar a llorar me bajo a mi habitación y me encierro." [E01]

  "Mi gente, lo tienen muy asumido, sí, es que son años ya de verme. Cuando tengo crisis fuertes, que me aíslo en casa y no salgo y eso, pero cuando remonto y salgo me reciben con cariño, saben que cuando me pongo mala y no aparezco, pues que lo estoy pasando mal." [E02]

  "Pues mis amigos…, la verdad es que tengo pocos. Además he hecho mucha limpieza y se han separado bastantes amigos de mí. Entonces, la verdad es que amigos… ando escasa. Y bueno, creo que tampoco le dan la importancia que tiene, los que conservo, si es que los que tengo los conservo de verdad, entonces… no lo sé. La sociedad en general, creo que muchos ni saben que existe un trastorno que se llama TLP, bueno yo no lo sabía y eso que había estado con mil psicólogos, así que alguien que no haya estado con un psicólogo en su vida dudo que tenga idea de esto. Pero vamos un trastorno es… como un trastornado, a mí me viene a la cabeza eso. Entonces pues de principio asusta, o sea ¿no?..." [E28]

Otras personas ponen de manifiesto las dificultades y conflictos intrafamiliares, en el núcleo de convivencia se juegan muchos asuntos alrededor de los trastornos de la personalidad, y son un elemento clave en el soporte del paciente, aunque también en su desestabilización en otras ocasiones.

"…mi familia tampoco lo entiende muy bien. Hombre, lo entienden…, el día que me distéis la valoración lo han empezado a entender. Todavía ellos piensan que es relacionado con el tema de las drogas lo que me sucede, entonces no puedo hacer todavía una valoración, cuando lleve más años quizás." [E16]

"No lo sé, de mi familia qué voy a decir, que mi familia les importa un bledo, aunque aparenten que les importe. Hay que ser sinceros y cada cual que diga lo que quiera. No, yo creo que no (la sociedad no lo entiende)." [E38]

"…mi madre no entiende lo que me pasa, ha dado una versión de mí a su familia que creo que no es la correcta. Que sí que nos hemos llevado mal, hemos discutido, que tengo mis impulsos, pero yo soy una grandísima persona y eso no, eso…, me ha puesto a parir delante de todo el mundo." [E31]

"Nunca me ha importado la opinión de los demás ni tampoco me ha interesado verla, han sido las dos cosas. Hombre, pues mi familia sí que estaba muy afectada y mi hijo era un poco duro conmigo, de mi marido sólo he recibido cariño y de los demás ya te digo que a mí la gente de fuera…, de los amigos, tengo dos amigos, solo dos, que son un matrimonio, mis mejores amigos, pues han intentado regalarme un viaje, para que saliera de casa con mi marido, han intentado hacer esas cosas para intentar decir toma que te lo hemos pagado y así como sentirte un poco forzada para hacer las cosas, ¿no?, pero yo seguía en mi mundo y pasaba de todo." [E22]

En general, había un tono de sentirse incomprendidos o rechazados por la sociedad, no tanto por la familia o círculo más íntimo de amistades.

"Pues creo que no lo entienden y creo que piensan que estoy zumbao, que estoy loco." [E05]

"No sé, a veces pienso…, bueno, me han llegado a decir que estaba haciendo un paripé, lo pensaban los amigos. La familia pensaba que tenía un trastorno y que tenía que tomar la medicación." [E09]

"…bueno la gente que le importo y que se ha enterado… por ayudarme y eso, han sido conscientes de que ha habido otras cosas, bueno ha habido otras cosas, que es un síntoma de… simplemente de una depresión o una… No yo creo

que no, bueno como hemos repetido muchas veces, a la sociedad le falta inteligencia emocional." [E33]

- **Acerca de la estigmatización de los psicofármacos, como señaladores de una enfermedad mental.**

  Habla esto también del estigma general de la enfermedad mental, un tratamiento puede señalar su existencia y para ello se habló en las entrevistas de este problema, si habían percibido estos prejuicios en los otros o si ellos mismos tendían a ocultar que tomaban un tratamiento psicofarmacológico.

  Hubo quien no lo tenía en cuenta, lo que no quiere decir que esté la idea en la sociedad, en su entorno.

  "Yo creo que hay mucho desconocimiento de ello. Yo no lo oculto." [E20]

  "Es que nunca me he preocupado, únicamente me ha preocupado mi bienestar." [E22]

  "Hombre, a ver, yo creo que la gente siempre está un poco… ¡hala! va al psiquiatra. Eso será problema de la sociedad y de tal, a mí es que ya me da un poco… Pueden decir misa, pero aquí, no sé, en Argentina todo el mundo tiene su psicoanalista y en EEUU todo el mundo va al psicólogo, ¿sabes? Pero aquí sí, pero ya vas a un psiquiatra…" [E28]

  "A ver, yo soy de las personas que no lo oculto pero la verdad es que la gente no lo toma muy bien, ni en la enfermedad ni en los fármacos, te ven un poco raro." [E26]

  Otros lo ocultaban claramente para evitar comentarios o que le etiquetasen.

  "Pues lo ven raro, extraño, lo oculto, totalmente." [E36]

  "En mi familia eso es una karma para mí [utiliza la expresión no con su sentido sino como algo malo]. A la gente con la que me relaciono, que me he dado cuenta estos días que hay más de lo que yo pienso, tengo más amigos de lo que yo…, la que los deja soy yo, no." [E38]

"¿Por la gente? Por supuesto, hombre claro que lo oculto. ¿La gente? La gente no tiene ni idea de que…, de esas cosas y… no tiene ni idea de estos…, lo que es la psiquiatría y piensan ya que…, tomas medicación y… o si estás en tratamiento, empiezan: bueno, ésta está tarada o tal o tiene… la gente es muy, es poco comprensiva con estas cosas, con todo lo que sea mental. Con lo físico ya es otro tema. Por eso la gente no lo dice, la gente no lo comenta." [E52]

Quien ya se sentía señalado o identificado con el trastorno mental, no lo ocultaba, pero tampoco se negaba el estigma.

"No, no lo evito porque vivo en un pueblo muy pequeño y se sabe todo, ya han visto muchas veces la uvi móvil llevárseme y todo y saben que estoy mal y saben que estoy ingresada." [E41]

"Bueno pues todavía no se comprende. Pues ahora más, antes lo comentaba a la gente, yo tengo TLP como si fuera un resfriado, tenía cierta tendencia, sí. Ahora soy más precavido." [E50]

"No, no lo oculto, nunca he ocultado nada, pero tampoco, aparte de mi familia y mis amigos, muchísima gente no sabe lo que tomo. Menos los tres meses puntuales, antes de venir aquí, que estaba muy mal, que se me veía que iba muy mal estaba medio drogada. De normal no, se me veía bien." [E49]

Y quienes, los menos, dos personas únicamente lo aseguraban, no tenían problema en que se conociese que estaban en tratamiento.

"Es que nunca me he preocupado, únicamente me ha preocupado mi bienestar." [E22]

"Hombre hoy en día la verdad es que los toma mucha gente. A mí me da igual. No creo que esté mal visto." [E33]

Así pues el estigma en la enfermedad mental, tema todavía pendiente en nuestra sociedad, se extiende también al tratamiento farmacológico, se oculta, puede ser el elemento señalador de lo patológico, de lo raro y que no se comprende.

"A ver, hay un gran desconocimiento de lo que es el tema de la enfermedad mental. A ver, yo lo que hago es, yo no me siento mal, no pienso que tener una enfermedad de este tipo sea algo penoso, algo que haya que esconder, por ejemplo pues voy al traumatólogo o voy al otorrino, pues no pasa nada, en cambio con esto parece que tenemos como un estigma que… pero es todo por el desconocimiento y la desinformación y los prejuicios. Yo no lo siento pero eso no quita para que yo lo comparta con todo el mundo. Por supuesto que no, no lo hago. No tengo que ir dando a la gente por ahí explicaciones de mi vida. En absoluto." [E58]

- **¿Quién le apoya? A quién puede llamar en caso de crisis, de necesidad.**

A la hora de hablar sobre los momentos de crisis, o etapas de reagudización de síntomas, se pregunta abiertamente por los apoyos que en esos períodos tiene el sujeto. No se dirige la pregunta hacia los apoyos profesionales ni hacia los del entorno del paciente, se deja abierta y así se expresan.

Únicamente cuatro personas hablan de tener como referente en esos momentos a su psiquiatra, psicólogo o al equipo médico.

"A ver, siempre he contado con el apoyo de mi familia y de mi médico y me ha ido ajustando la medicación conforme veía que, si me encontraba más nerviosa me recetaba más Diazepam o me recetaba menos. La verdad es que me las ofrecía mucho las pastillas." [E22]

Una cuarta parte habla de no tener a nadie o de intentar solucionarlo ellos mismos, sin recurrir a otras personas.

"Yo creo que…, conmigo misma pero no daba resultado." [E29]

"A nadie, podía llamar a mucha gente pero no llamaba a nadie." [E24]

El resto, prácticamente dos tercios de los entrevistados dicen recurrir a personas de su familia, pareja, amigos u otras personas de su entorno cercano, lo que deja, en un primer momento, en manos de una ayuda no profesional los momentos más disruptivos, de mayor angustia y sufrimiento, de mayor riesgo, en definitiva, de auto o heteroagresividad, o de tomar decisiones poco apropiadas.

Quizás la ayuda tras este primer recurso sea la profesional, pero de ámbitos de la atención urgente, intra o extrahospitalaria, pocas veces de los profesionales que se hacen cargo de su seguimiento habitual.

> *"Es que por ejemplo, el intento de suicidio que tuve, antes yo hice unas llamadas telefónicas, pero las llamadas telefónicas no fueron de socorro. O sea, yo por ejemplo, llamé a una amiga porque me acordé que esa amiga me dijo que la llamara y pensé, si no es ahora pues cuándo la voy a llamar, eso fue algo muy tranquilo. Recuerdo que le mandé un mensaje a mi novio con una canción y fue como si estuviera preparando una receta de cocina, o sea no fue…, yo no lloré, no, mientras me las tomaba y bajé al salón con mi padre como me gustaba hacer. Lo que pasa es que discutimos, o bien porque gracias a eso me siguió a mi cuarto y vio todo. Pero no…"* [E28]

> *"Pues… nadie, bueno mis padres siempre han estado…, claro, superdispuestos a hablar cualquier problema que tuviera pero, claro, mi relación ha sido siempre fría por culpa de la droga, cara a ellos y porque me lo comía yo, no hablaba con nadie."* [E32]

> *"Yo cogí el teléfono y llamaba, pues a la gente que quería ¿no?, para decirles como estaba, por problemas de pareja o lo que sea, es lo que más me funcionaba, o tomarme pastillas."* [E49]

En caso de crisis o empeoramientos que no pueden esperar ¿dónde acude o a qué profesional puede llamar?

Buscando ver qué ayuda es demanda en los momentos críticos, se habló sobre qué hacer en casos de reagudización o de síntomas que no pueden esperar.

Seis personas llaman a su unidad de salud mental o consulta de psiquiatra para tratar de ser vistos en una cita rápida, tres recurren a su centro de salud, es decir, al médico de cabecera de la atención primaria.

"Hombre, pues si la crisis es muy fuerte voy al centro de salud." [E03]

"Es que acudir, acudir, no acudía, entonces estaba con E., la psicóloga y si estaba mal era ella la que se enteraba, pero vamos, llamaba o me llamaba, pero urgencias o ambulancia eso nunca." [E12]

"Pues el que más tengo a mano es el de Huesca (psiquiatra), pero también puedo llamar, no sé, pero, suelo llamar para pedir cita lo que pasa es que llamo, hablo directamente con él pero no le cuento mi vida, me da cita para dentro de un mes y medio pero claro, al mes y medio ya se me ha pasado, ¿sabes?." [E05]

Un tercio de los entrevistados afirmaba recurrir a urgencias hospitalarias, o bien primero a urgencias extrahospitalarias pero más tarde acababa en el hospital. La atención en ese contexto se entiende como una contención, como respuesta, muchas veces farmacológica, a la descompensación o a la angustia mal canalizada.

"No, es que no había tal, cuando la crisis era muy fuerte y cursaba con violencia o con autolesión grave, pues entonces directamente me llevaban a urgencias, claro. A urgencias del Servet. Si la cosa era muy violenta primero llamaban a la policía, la policía a la ambulancia y la ambulancia al hospital." [E34]

"Cuando me daban las crisis M. me ayudaba, no iba a urgencias. Al principio sí iba a urgencias e incluso estando en urgencias me dio una muy fuerte. Me atendieron ahí, a partir de eso me empezaron a dar pastillas porque como me quedaba rígida, muy rígida y eso, me empezaron a subir medicación, me fueron cambiando medicación, más medicación y no me las paraban." [E41]

"Es que tomaba las pastillas y luego me arrepentía, acudía a urgencias. Iba a urgencias excepto una vez que vino la ambulancia. Pero iba a urgencias sí." [E52]

Si se entiende las estrategias anteriores como más adaptadas, es decir, que buscan una atención profesional en medios sanitarios para sus síntomas, el resto de lo relatado por los pacientes iba de quien no recurría a ningún dispositivo asistencial, nunca, a quienes optaban por otras respuestas a la crisis que se pueden entender como desadaptadas o que le pueden generar un incremento de su problemática.

> *"No. Explotaba y además he tenido crisis de ansiedad de…, de cogerme el coche e ir lanzado a mi centro de salud a que me dieran una pastilla para relajarme, no me la dieron y amenacé al de la puerta, me volví todo loco para casa hasta que me eché a llorar y ya me relajé. Pero esto fue un domingo y me costó dos horas, para relajarme."* [E31]

> *"Pues lo controlaba todo con abuso de fármacos con lo cual eso a veces me llevaba al hospital. A raíz de lo que me pasó me detectaron también epilepsia, no sé si producida por el abuso de fármacos o producida por mi enfermedad."* [E22]

> *"No, llamaba a mi amiga y me iba con ella y era la que me ayudaba."* [E40]

Se explora si conoce otros recursos útiles para el trastorno límite de personalidad, tipo asociaciones, centros de día, etc.

Son tres personas las que citan asociaciones de familiares (curiosamente se refieren a tres diferentes, una que es de carácter general aunque fundamentalmente para familiares de personas con trastorno mental grave: ASAPME, y otras dos de un carácter más específico, una dirigida a familiares de personas con trastorno de la conducta alimentaria: ARBADA y la otra para familiares de personas con trastorno de la personalidad: El Volcán).

Por otro lado, tres personas hablan de su experiencia en centro de día y hospitalización de corta estancia, no específicos para trastornos de la personalidad, otras dos de unidades para el tratamiento de adicciones. El resto no refiere ningún centro, servicio, asociación, etc., que pueda ser de utilidad para los problemas que tienen.

"No, porque era especializado en la droga, y a mí me ocurren de todo, trastorno de la personalidad, depresiones, depresión, mucha impulsividad." [E44]

"Pues no, porque estuve en P. H., que entré más por el tema de alcohol, pero ahí me dijo también mi terapeuta que tampoco sabía qué hacer conmigo y esto fue porque mi psiquiatra tampoco me dijo nada, entonces fue por mi madre, por medio de una amiga. Y yo creo que este es el mejor sitio que hay, y en el que he estado." [E31]

También en estos casos se pudo ver, de alguna manera, que hay estancias o pasos por dispositivos, orientados a algún problema concreto, como el referido de las adicciones, o de más amplio espectro, centros u hospitales de día, que no cumplen expectativas de los usuarios, que no son vividos por el paciente como útiles.

Se preguntó sobre qué profesional podía responder a sus dudas sobre el trastorno, a quién preguntaba.

Ante un trastorno que genera tantas dudas, que, como se ha visto anteriormente, es tan desconocido para los propios pacientes, se cuestionó sobre qué profesional les podía dar estas respuestas, o a quién se habían dirigido para que les resolviese las dudas.

En algo más de la mitad de las personas, que preguntaban, se dirigían mayoritariamente a su psiquiatra, en menor medida a su psicólogo, y no aparece ninguna otra figura profesional. También hicieron referencia a la dificultad de acceso a estos profesionales, especialmente fuera de las citas programadas, por ejemplo, mediante una llamada telefónica.

"A qué profesional?, al psiquiatra, pero me decía que me tomara otra pastilla o cosa así, o al médico del pueblo, pero el sólo me decía que tenía que ingresar." [E08]

"A mi psicóloga, tenía más confianza con mi psicóloga que con mi psiquiatra. También la veía más a menudo." [E34]

"Sí, se lo preguntaba al psiquiatra, pero ya no sabía qué decirme. Ya llegó a un punto que no sabía ni cómo tratarme." [E40]

"Pues…, cuando estaba con S. estaba con una psicóloga que conocía y pues con ella. Pero vamos, que no podía tampoco… porque a un psiquiatra tampoco le puedo estar llamando, es complicado." [E52]

El resto, algo menos de la mitad de los participantes, no preguntaba a nadie, dos personas buscaban en internet y una tercera en libros especializados, y hubo quien recurría a otras personas, para que diesen sentido a su angustia.

"A nadie. Pero me ha ayudado mucho, bueno este año, un profesor mío… Entonces no es al que recurro pero sí que hablar con él me da paz, al igual que recurrir a ciertos libros, más melancólicos pero que aun así pues me… que me alegra, es la contradicción que tiene pero me, no sé… entonces ese tipo de… como cuando estás triste que no te apetece ver algo alegre, que no te alegra. Ahora que tampoco te apetece ver un dramón porque no es... pero sí." [E28]

"No, pero más que nada es por mí, porque yo nunca he buscado ayuda, ni me dejo casi ayudar." [E42]

Objetivo 5.2.4 Conocer los tratamientos farmacológicos y su uso *off label* para el TLP y la presencia de problemas relacionados con la medicación en los entrevistados.

- **Qué fármacos recordaban haber tomado para el trastorno límite de la personalidad**

  Interesaba conocer además de la enumeración de fármacos, cómo se hacía esta, qué había alrededor de un listado más o menos largo de medicaciones.

  Si se percibían como muchos.

"después una cantidad de fármacos que no me acuerdo, Plenur, el litio, el Deprax hace mucho que lo tomo como somnífero, y la verdad es que ahora los nombres…, pero han sido tantos." [E02]

"…al principio pasé por muchos medicamentos, desde venlafaxina, fluoxetina, bupropion, carbamazepina, quetiapina, el Meleril, que no me acuerdo qué era, el Meleril, Rivotril, que era clonazepam, eso antes." [E04]

"Buff, Valium, Rexer, Rivotril, Etumina, Paroxetina, ¿qué más? Es que he tomado tantos, me han cambiado cuarenta mil, Orfidal, si es que ya no me acuerdo, he tomado muchísimos,..." [E10]

"Rivotril, Orfidal, he tomado muchos, más nombres no…" [E18]

"Tengo una larga lista: Fluoxetina, Venlafaxina, Topamax, Etumina, Risperdal, Zyprexa, Tranxilium, como se llama esta… no me acuerdo, esta que lleva un derivado de opiáceos... Concerta, y pues algún…, Nemactil de pequeñita tomaba." [E27]

Muchos y muchos que no han resultado útiles. Y que en algún caso se ha abusado, se le ha dado un uso no terapéutico.

"…llegué aquí con mogollón, pues es que también tenía una tralla, de… porque vine aquí con dos Trankimazines, no sé qué no sé cuántas, pero es que tomaba no sé, el Deprax, Orfidal, Orfidal que es flojo pero me enganché muchísimo y me costó dejarlo aun tomando otras pastillas, tomaba Orfidal aun siendo superflojo, pero me tomaba mogollón porque… Sertralina puede que también tomara, Deparox… ¿? Pero es que ya te digo, desde los quince o dieciséis, y como yo creo que he querido ir olvidando los… eso mi madre todo lo tendrá apuntado." [E28]

"Nada creyeron que era déficit de atención y empezaron con Rubifen y conforme fui creciendo Medikinet. Pero claro, el Rubifen y el Medikinet también eran para la hiperactividad y yo no era hiperactiva, era totalmente lo contrario. Muchísimos, muchísimos, Abilify, Concerta, Invega, ahora estoy tomando

Trileptal…, bueno, de nombres ahora no me acuerdo porque siempre los lleva mi madre." [E43]

La mayoría hacía memoria y relataba un buen número de psicofármacos, de diferentes indicaciones, antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos, hipnóticos, antiimpulsivos, etc.

"Pues desde Trankimazin, Lexatin…, Anafranil, eeeh, Seroxat, Depakine, Disatraneurine, mmm, Tranxilium, Diazepam, Lexatin ya lo he dicho, Lexatin muchos años, Sertralina, Sertralina, Pristiq, Bupropion, Zonegram, Topiramato, Dormodor, Zolpidem, Quetiapina, Levitan?, Deprax, Noctamid, Rivotril, Abilify, y un largo etc." [E36]

"Pues antidepresivos, ansiolíticos, para dormir, inductores del sueño, no sé cómo se llaman, y luego unas pastillas que son para no comerte tanto la cabeza, pastillas que me dijeron que eran para no estar pensando todo el día que están hablando de mí y tal, tipo quetiapina, tipo paroxetina. Y luego tomo también Abilify." [E05]

"Pues estaba tomando el Tranxilium 50, Alprazolam de 1 mg., Venlafaxina de 150 retard, Rubifen de 20 mg., 10 al día, o sea, 5 y 5, en cada toma, dos tomas al día, también tomaba Valdoxan, agomelatina, antes de acostarme y me parece que…, había temporadas que, antidepresivos, también he tomado Paroxetina, he tomado Fluoxetina, he tomado bastantes." [E48]

Muchos fármacos con muchos cambios a lo largo de su relación con los profesionales de la salud, es decir, otro asunto que fracasa a su alrededor.

Salvo en dos casos, que han sido el médico de familia y un neurólogo, los psicofármacos siempre han sido prescritos por psiquiatras, de diferentes dispositivos asistenciales.

- **Sobre si conocen la indicación de los fármacos que han tomado.**

  Un tercio de los entrevistados dijeron claramente que no conocían la indicación de los psicofármacos, la finalidad con la que se los habían prescrito cada uno de ellos. De entre los que afirmaban que sí los conocían, bien porque se los habían explicado bien por haber buscado información o haber leído los prospectos que los acompañan, las respuestas que se encontraron, dejaron ver ciertas dudas y atribuciones peculiares a los psicofármacos.

  "…el prospecto me lo leí, pero no me acuerdo, no me acuerdo, la Sertralina es para estar bien, la Lyrica es para eso, para reducir el consumo, el Invega para las paranoias, para la esquizofrenia o algo así. Y la Quetiapina para relajarme, no lo sé." [E01]

  "Yo sí que me leía el prospecto, aunque me decían que no yo me lo leía y eso, para estados depresivos o para estados como de ansiedad, para cuadros de ansiedad y eso." [E12]

  "…me iban recetando, mi madre se oponía más a la medicación, mi padre decía que alguna era necesaria, sí que entraba a la consulta del psiquiatra para que se lo explicaran más, porque era más reacia a la medicación, igual porque me empezaron a dar medicación desde muy pequeña, porque sí que se asustaron, porque luego podía derivar en esquizofrenia… o algo así, o sea como que no me acertaban muy bien con lo que me pasaba." [E28]

  "Plenur he tomado durante mucho tiempo. Sí se supone que para estabilizarme, para no tener altibajos y para la depresión, y luego para dormir, ahora he tomado Quetiapina y Seroquel he tomado durante muchos años. Y no me han valido para nada." [E31]

  "…sé que el Esertia era para la depresión, el Topamax que me lo prescribió este neurólogo, al que me mandaron porque tenía unos fuertes dolores de cabeza y me dijo que padecía migrañas y que eso podía ser el causante de las crisis que tenía. La quetiapina… para dormir y quitarme las pesadillas, junto con el Deprax para lo mismo y…. No me acuerdo." [E34]

"Solamente sé que el Valium es para tranquilizar la ansiedad y los que me tomaba por la noche que era para poder dormir, los demás no lo sé. Bueno, me decían que la Gabapentina era para quitarme la ansiedad de fumar, pero no sé si era verdad o mentira porque yo fumaba." [fumaba cannabis] [E40]

"Sucintamente me lo explicó el psiquiatra y yo he ido leyendo el prospecto también, Internet." [E50]

"…la Quetiapina era para no tener pesadillas, pero hace poco leí aquí creo propiamente que si tomaba Alprazolam para dormir que me lo juntaba todo tipo un cóctel qué era el error total. Porque con el Noctamid, juntos, son propiamente los que dan pesadillas, lo he leído aquí, no sé dónde. Entonces me tomaba la Quetiapina para no tener pesadillas y me tomaba Alprazolam y Noctamid que te dan pesadillas si te lo tomas por la noche, entonces qué estamos haciendo, error, entonces ahora no tengo pesadillas. Sueño pero apenas me acuerdo, ayer ninguna." [E54]

- **Se preguntó sobre los que recordaban como útiles para sus síntomas.**

Algo más de un tercio de los sujetos afirmaba no recordar ninguna medicación que les hubiese sido útil, si se une a esas mayoritarias largas listas de tratamientos por los que han pasado, de nuevo se nos manifiesta el fracaso como resultado de esos intentos terapéuticos. Ese fracaso no quiere decir que esté únicamente de parte de los prescriptores, aparecen asuntos como la falta de adherencia y tomarlo junto a tóxicos que imposibilitan su éxito terapéutico.

"…como luego tomaba tanto café y tal, pues no podía funcionar nada." [E24]

"…no porque me dijo el psiquiatra que era una traga pastillas, sí mi psiquiatra." [E40]

"…lo dejé, porque me empezó a engordar, pero lo he tomado una temporada que ahí estaba, he empezado a abusar de las drogas, pero lo he tomando igual dos meses o tres, y ya se me pasaron las paranoias otra vez. Ya no volví a

tomarlas porque ya no tenía necesidad de, dejé de abusar, la temporada que tomaba LSD y todo eso y ya se me pasó." [E48]

"…o sea para mi trastorno psicológico no. Aunque tomaba estas pastillas no veía mejoramiento ninguno. Porque para dormir si que me iban las que tomaba antes, el Rexer mucho mejor, las que tomo ahora me dan mucho dolor de cabeza." [E57]

De entre las citadas como útiles por los pacientes, se encuentra un listado más reducido, heterogéneo, de fármacos de diversas indicaciones.

"La Paroxetina, la Lyrica, porque me tranquilizaban. El Valium. Y sobre todo los que me daban sueño, me relajaban." [E10]

"La Tiadipona me ha ido muy bien cuando tenía…, se ha notado que no estaba tan nerviosa. Y el Deprax para dormir." [E21]

"…mejor el Topiramato, para no engordar, porque tengo la obsesión de no engordar, yo es que es la máxima obsesión que tengo, el no engordarme y estar delgada." [E30]

"El Anafranil me va bastante bien, lo que pasa, eso sí, que me gustaría dejarlo o cambiarlo o algo, porque me hace engordar mucho." [E37]

"…yo creo que el que más he notado puede que sean el Deprax y el Xeplion. Y sobre todo el Xeplion sin efectos secundarios, ese que hay ahora ¿no?." [E15]

"…Olanzapina me sirvió porque fue a raíz de la crisis fuerte que tuve, que me tuve que ausentar del trabajo, esa sí. El Topiramato supongo que también habrá ayudado para contener la impulsividad." [E50]

Si los fármacos prescritos son genéricos no parecía que les supusiese ningún problema, la mayoría los conocía, los tomaba porque se los recetaban y confiaban en ello.

"…son los mismos que llevan el principio activo o algo así. A mi si me van bien me da igual que sean genéricos o el original." [E01]

"…yo siempre me he tomado lo que me han recetado, haya sido genérico o no genérico." [E34]

"…como la marca blanca del medicamento, ¿no? Yo al principio pensaba que eran peores, o sea que estaba muy convencida, que quizás no tenían la misma efectividad, bueno y mi doctora de cabecera, la actual, me dijo que eran lo mismo, lo que pasa es que ahora no podían recetar los otros." [E27]

En pocas personas aparecían dudas sobre su eficacia o directamente se mostraban reacios a tomarlos, prefiriendo que no fuesen genéricos.

"Se supone que hacen más efectividad los de marca." [E06]

"…en el caso de la sertralina yo tomaba antes un genérico y me daba mucho dolor de cabeza que yo no sabía y cuando volví en el 2012 la psiquiatra que me dio nuevamente sertralina me dijo que me daba el original porque tendía a dar menos efectos secundarios y yo noto menos dolor de cabeza." [E04]

"…cuando voy a la farmacia, pues por ejemplo la caja es distinta, entonces le digo no, no, esto no lo quiero, y dije es que es genérico. Entonces eso sí que me preocupa, que no me vaya hacer el efecto que el otro, ¿sabes?, pienso que no me va a hacer el mismo efecto, y me rayo." [E47]

"Por ejemplo el Rexer, no sé si será psicológico o no será psicológico, está el genérico, no sé se cómo se llama, y una vez lo compré y me lo llevé con duda eh? Y no me hizo el mismo efecto que el Rexer, no sé si..., a mí no me hacía el mismo efecto, me hacía sudar más, me sudaban los sobacos que yo nunca sudo de los sobacos, pienso que era el genérico, el Gelocatil me hace mucho más el de antes que el de ahora." [E57]

- **Se habló sobre qué preocupaba de tomar fármacos o si se mostraban reacios a hacerlo.**

  La gran mayoría de los entrevistados aseguraron no tener ningún problema en tomar psicofármacos, había una confianza en quien lo prescribía, salvo en muy pocos casos no se cuestionaban este hecho. Parece que está asumido que hay que tomar medicación para los problemas que tienen, está asumido e interiorizado, ante los síntomas psíquicos el tratamiento es el farmacológico.

  "La verdad es que no. No porque como me lo prescribió el médico pues tampoco…, he confiado en el médico y ya está, tampoco me van a dar nada malo…, entonces…" [E42]

  "Nunca me resisto, siempre me tomo lo que me dan." [E43]

  "…me gustaría estar bien para no tener que tomarla, pero yo creo que los voy a tener que tomar de por vida." [E01]

  Entre los pocos que hicieron alguna crítica, ésta fue relativa y se asumía que si el tratamiento funcionaba había que tomarlo.

  "…si tomo muchos medicamentos me preocupa el tema de hígado o estar muy adormilada como estuve cuando no podía funcionar y eso, pero, a ver, si hay un medicamento que yo noto que me hace bien no tengo problema en tomarlo." [E04]

  "Por tomarlos no me importa, lo que pasa es que yo tengo un trauma de pequeña con las pastillas, que mi madre me obligaba a tragármelas y yo no quería y me ahoga, entonces tengo un trauma con eso." [E23]

  "No, a ver, pienso mucho porque pienso cuando sea mayor tanta medicación supongo que se notará." [E37]

  "Sí, algo me preocupa porque el médico, V., me dijo que igual los estimulantes me pueden provocar las paranoias. En algún caso sí, si me paso de la dosis puede provocármelas, pero me ayuda bastante, me quitan esa fatiga, porque

sino me quedo así sin hacer nada. Esa sensación de fatiga, de desgana total y me siento…" [E48]

Una persona se mostró contraria a tomar medicación, con una razón bien poderosa.

"No quiero tomar, por eso estoy aquí, quiero dejarlos. No quiero porque me gustaría tener un bebé. Y no quiero tomarlos, por eso porque estoy cansada ya de pastillas. Estoy hasta las narices ya de tomar medicación." [E54]

Y otra mostró una buena reflexión, la búsqueda de alternativas, pero lo hacía desde una larga experiencia ya.

"…me he drogado bastante y bastante daño le he hecho a mi cuerpo y la verdad es que si uno tiene dolor de cabeza hay fórmulas para quitarte el dolor de cabeza. Creo que si uno está deprimido pues antes que tomar antidepresivos pues hay fórmulas para quitarte la depresión como es buscar la raíz del problema que tienes. También creo que en mi caso si se me ha recomendado tomar antidepresivos quizá realmente sí que los necesite pero, creo que siempre antes de tomar se pueden mirar otras soluciones, pero es cierto que en mi caso que he abusado, quizás mi cerebro necesite medicación un tiempo, creo. Pero no creo que la solución sea estar tomando muchos años, ni que ante un problema una pastilla repentinamente, me encuentro mal me tomo una pastilla. Igual que los problemas para dormir no se solucionan tomando una pastilla para dormir, pues hay respiraciones, hay que relajarse poco a poco antes de dormir, llevar una vida saludable…" [E16]

Dentro de lo que les podía preocupar de tomar psicofármacos se citaron los posibles efectos secundarios.

"A lo mejor algún efecto secundario, porque yo no me leo los prospectos, yo solo pregunto para qué funciona, para qué sirve, pero no los efectos

secundarios, entonces me preocuparía pues eso, algún efecto secundario, caída de pelo, caída de dientes, caída… no sé, eso me preocuparía, pero no me suelo leer los prospectos o sea que…" [E05]

"Que se me caiga el pelo, engordar en exceso, somnolencia." [E27]

"…que me haga daño en algún órgano, que lo que me vaya bien para una cosa me vaya mal para otra. O que me quede enganchada, que eso también es una cosa que me preocupa mucho." [E19]

"…si la tengo que tomar y es bueno para mí, la tomo. Los efectos secundarios, sobre todo en el caso de… del tema de concentración, pues me preocupa, me preocupa porque siempre he tenido buena memoria y buena concentración y si me resta pues me apura un poco. Pero si lo tengo que tomar lo tomaré y con respecto al físico no soy una persona que me preocupe en exceso mi físico pero sí en los dos casos, tanto en el adelgazamiento tremendo que tuve y en el engorde tremendo que tuve, pues sí que me provocó una cierta angustia. Porque hubo una distorsión de mí misma que me, que me, no sé, no sé cómo explicarlo, que me agobiaba…" [E34]

Otros hablaban de las repercusiones que podía tener el tratamiento en su vida habitual, si podía limitar algún aspecto de ella.

"…me han preocupado mucho las relaciones sexuales, el engordar, el estar torpe, no poder leer, no poder… no concentrarme en leer, estar somnoliento, sentirme torpe a la hora de trabajar, no poderme sacar el carnet de conducir, llevaba el carnet de camión, escribir fatal, entorpecerme a la hora del vocabulario." [E10]

"…ahora me quiero sacar el carnet, pues que haya alguna contraindicación para llevar el coche o que me pueda afectar al rendimiento que pueda tener o vamos..." [E12]

Unos pocos refirieron como deseo el no tomar ningún fármaco, como sinónimo de estar bien, de curación.

"…no me gustaría tomar tanta medicación o no tomar medicación. No me gustaría tomar medicación." [E53]

"Estoy cansada de tomar tantos medicamentos, me gustaría vivir sin tomar medicamentos…" [E57]

"Me preocupa que me gustaría estar bien para no tener que tomarla, pero yo creo que los voy a tener que tomar de por vida." [E01]

Una cuarta parte de los pacientes pensaban que llevaban el tratamiento adecuado cuando llegaron a ingresar en la Unidad de Trastornos de la Personalidad. No existe una percepción de alternativa terapéutica, se admite la toma de fármacos y se cuestiona muy poco, se pide poca información.

- **Presencia de problemas relacionados con la medicación.**

Prácticamente la totalidad de los entrevistados citan algún problema relacionado con los medicamentos y lo hacen citando efectos secundarios, en algunos casos no se recuerdan bien qué efectos fueron, o citan algún problema inespecífico o los esperables para los fármacos referidos.

"…el Topamax, me mandaron Topamax, pero me dejaba los brazos y las manos dormidas. Ese me lo retiraron, y como estaba triste y por ahí, me recetaron la Sertralina, a ver si me animaba un poco..." [E01]

"La Lyrica me ha dado muchos problemas, muchos dolores de cabeza. Luego hay que tener en cuenta que yo tengo un problema de acufenos. Y vivir con el acufeno todo el día es…" [E38]

"El Topamax me sentó como un tiro, adelgacé una barbaridad, no tenía fuerza, disminuyó mis reflejos, mi concentración, era un zombi y la Quetipina, creo que fue la Quetiapina, me hizo engordar, llegué a los 80 kg., tampoco me dejaba concentrarme, no podía ya ni leer y además no consiguió el efecto de quitarme las pesadillas." [E34]

"…tomaba Mirtazapina, también me provocaba disfunción eréctil, porque tenía problemas con insomnio, para dormir." [E48]

"…me intentó cambiar al Pristiq y no lo toleré." [E20]

"Hice un pequeño trastorno de coagulación con la venlafaxina unos años atrás." [E04]

"…no me acuerdo qué nombre, pero antes, me causaba mucha somnolencia, me costaba luego al día siguiente ponerme en marcha." [E58]

"De ser una niña muy movida, muy movida, a estar como si fuera una extraña ¿sabes?, a estar así como un zombi, así, sin sentido, como un lelo que va por la vida sin enterarse de nada, igual." [E23]

En algún caso la medicación era muy mal tolerada, con múltiples problemas, aunque el listado de intentos terapéuticos era largo.

"Por ejemplo, el primero que me sentó mal fue la Lyrica, me lo quitaron enseguida, no, no, tuve incluso visiones raras. Me sentó muy mal. El Trankimazin me crea mucha adicción y tengo mal recuerdo, el recuerdo de las drogas. Los antidepresivos todavía sigo sin acostumbrarme, es la primera vez que tomo antidepresivos y mi estado de ánimo no…, me dejan muy, muy, como diría, me dejan un estado de ánimo más bajo de lo que normalmente yo me suelo encontrar, me cuesta concentrarme. La Olanzapina, el que es un antipsicótico, la líbido me la deja por los suelos, mi condición física me deja sin fuerzas. El Topiramato que es un antiepiléptico me dejaba una sensación de hormigueo por todo el cuerpo muy extraña, y no sé si también, no sé si era

derivado de la Olanzapina o el Topiramato pero uno de los dos, no sé cuál de los dos me deja sin fuerzas también." [E16]

Se resolvían esos problemas con la retirada del fármaco o bien su sustitución por otro del mismo grupo pero con diferentes características.

"Me lo tuvieron que quitar. Llamamos al médico y enseguida me lo quitaron." [E10]

"Directamente fuimos corriendo a urgencias, entré rápidamente porque iba atacadísimo con el cuello que se me iba a todos lados. Me pincharon, me metieron un antídoto, se me pasó y me quitaron el medicamento. Me explicaron que fue un efecto secundario solamente." [E18]

"Con un antidepresivo que me ponía muy agresiva se lo comenté al psiquiatra y me dijo, bueno, si quieres tomarte menos o…me dijo, y yo no, no, si es que no me voy a tomar nada le dije, si es que no puedo seguir así. Me dio muchísima agresividad, mucha." [E23]

"Pues intentar o cambiar el medicamento..., intentar cambiar el medicamento pero eso lo hacía el psiquiatra." [E36]

"Fui al psiquiatra y a la enfermera y lo comenté. Y la verdad es que la respuesta que obtuve en A. es que era preferible estar con diarreas y vómitos que estar con una crisis del trastorno que tenía, ¿no? Entonces directamente opté por ir al médico de cabecera y dejarlo, lo sustituimos por otro." [E26]

Hubo quien refirió medidas más drásticas también.

"Todos, sí, no me gustan." [E16]

"Ha habido alguna, pero no me acuerdo de ella, la tiré a la basura, porque me daban efectos secundarios." [E44]

"No vomitando, aguantándome." [E08]

"Pues la verdad es que no encontré solución, lo hablé con el psiquiatra y me dijeron que no pasaba nada, al final fui más cabezón que ellos y les dije que no me lo iba a tomar, que no iba a aguantar eso. Lo importante es que me iba a ir bien para la cabeza pero… ¿a qué precio?." [E15]

Sobre el profesional que puede asesorarles sobre los problemas relacionados con los medicamentos prácticamente solo se cita al psiquiatra, es el referente para todo lo relacionado con los psicofármacos, está firmemente arraigado que quien prescribe es el que puede informar sobre el tratamiento.

"¿Relacionadas con la medicación? Psiquiatra, al psiquiatra." [E52]

"El psiquiatra. En psicofármacos yo creo que el psiquiatra." [E04]

También en algún caso se citó cierta indefensión en este asunto, profesionales poco accesibles en caso de que el tratamiento vaya mal.

"…hombre me puede asesorar, lo que pasa es que como nos veíamos cada mes o mes y medio, el psiquiatra, pero no tenía yo..." [E50]

"A nadie. Simplemente mi madre notó el cambio, yo iba diciéndole a mi madre me pasa esto o me pasa lo otro y tal, pero no me explicaban realmente ni para que era la medicación, nada iban haciendo pruebas como rata de laboratorio." [E43]

Objetivo 5.2.5 Constatar si los pacientes han recibido tratamientos no farmacológicos para su TLP.

Una cuarta parte de los entrevistados sí que habían tenido contacto con otras intervenciones. Entre las alternativas solo se citó psicoterapia individual por parte de psicólogo y en un caso grupal.

"…la he combinado, siempre he ido al psicólogo, al psiquiatra. Sí, sí, siempre." [E34]

"¿Psicoterapias? ¿Lo de ir a un psicólogo?, sí, pero lo he tenido que acompañar de medicamentos." [E03]

"…siempre he tenido así terapia de grupo pero acompañada siempre de medicamentos." [E32]

Hubo cuatro casos que en este tema citaron terapias alternativas, lo que incrementa la desorientación en los abordajes terapéuticos en estos casos.

"La homeopatía, pero no creo en ella. Psicoterapia no he hecho." [E10]

"Sí, me hablaron de …, de hecho lo hice durante medio año o así, estuve con la acupuntura y luego iba a un médico de estos… naturalista. Psicoterapia no he hecho." [E19]

"Sí, no me acuerdo cómo se llama, lo de la terapia que te dan, que son así como pastillas naturales, no sé cómo se llama ahora para decirte..., homeopatía sí, no me acordaba ahora cómo se llamaba. Pero luego lo comentaba con amigos, con gente y es sugestivo eso, ¿sugestión no? Que no llevaba nada." [E49]

"No. Me han ofrecido algún antibiótico de esto de medicina que son como bolitas, homeopatía, pero no me gusta." [E54]

En otros casos era difícil la accesibilidad por diversos motivos a un tratamiento psicoterapéutico.

"Sí, pero por problemas de la localidad donde vivo, que no vivo cerca de los médicos, al no poder conducir desde lo de la epilepsia y al tomar tantos medicamentos. No podía conducir, entonces, pues la verdad que las posibilidades eran remotas y me hablaron del hospital de día, pero no podía…" [E22]

"Sí, pero mi economía no me lo permite." [E38]

"No, cuando venía aquí al psiquiatra le decía: la psicóloga cuándo me va a llamar para hablar, a mí pienso que me va muy bien hablar. Desde que vengo aquí hace un montón de años habré hablado con la psicóloga una vez." [E57]

Es preocupante el número de participantes que con rotundidad hablaban de no haber tenido otra alternativa en lugar de o complementando al tratamiento con psicofármacos y un seguimiento de sus efectos y resultados. También es preocupante que pacientes con tan largo recorrido apenas hayan tenido otras alternativas, parece existir un único modelo de atención al que se debe adaptar el paciente y no al revés.

"No, lo he solicitado antiguamente, estoy hablando de hace 18 años, y me decían el que sabía más era el psiquiatra." [E51]

En cuanto a la opinión sobre la psicoterapia, de quien la hizo, pone de manifiesto también la dificultad de instaurar tratamientos psicoterápicos adecuados en el sistema sanitario público.

"He hecho MDR, me funcionó bastante bien, pero lo busqué yo a nivel privado." [E26]

"Yo creo que es necesaria, porque la pastilla no soluciona el problema." [E20]

"Bueno, tenía una psicóloga que me atendió dos veces porque decía que tenía muchos pacientes y yo necesitaba más." [E39]

"Bueno, yo siempre he tenido muy buena opinión, la única pega es el tiempo, pero claro, a ver es lo que hay [la queja es de citas esporádicas] somos muchos pacientes y... [¿Cada mes?] Bueno en realidad cada más tiempo, sí que es verdad que en el tiempo en que he estado más apurada la psicóloga me acortaba los tiempos. Pero bueno, esto es lo que hay. Somos muchos pacientes y pocos profesionales en salud mental, no hay más." [E34]

Reflexiones finales

Al finalizar la entrevista, se indicaba que si querían añadir algo a lo ya comentado a lo largo de la misma. Como en las entrevistas clínicas, es importante el momento de la despedida, y, en ocasiones, surgen temas interesantes.

> *"No, bueno que al principio te daba la sensación que jugaban contigo porque he llegado a tomarme hasta 17 pastillas al día, todas prescritas, tipo Xeristar, tipo Rexer, Zyprexa, cosas fuertes, ¿no?, y bueno, como que han jugado un poco, hasta que… bueno no hasta que… si hubiera seguido en agudos hubieran seguido medicándome y tal…"* [E05]

> *"…bueno que a veces los psiquiatras, los que yo me he encontrado, se dedican a medicar ¿no?, y a veces eso no…"* [E12]

> *"Bueno, que estoy de acuerdo en lo de los medicamentos y que si el psiquiatra conoce bien a su paciente y le ajusta bien la medicación necesaria, si lo estudia bien al paciente y va viendo sus cambios en un ingreso pues yo creo que le puede acertar muy bien la medicación."* [E08]

> *"Pues es que el problema con los medicamentos es que socialmente están aceptados pero también es una droga que está socialmente aceptada y bien vista en según qué círculos, entonces claro, es un juego un poco peligroso. Entonces yo como no quiero saber nada de las drogas, es algo que le tengo mucho respeto porque me han llegado a gustar mucho, entonces como ahora solo los quiero como algo terapéutico quiero tener los justos en mi vida, no quiero ver en mi casa benzodiacepinas ni cosas parecidas porque realmente he abusado mucho de ellos, entonces quiero ser medicado lo justo y necesario y realmente voy a poner todo de mi parte para que realmente cuando se me quiten, quitármelos, no quiero que se me medique de más y por eso voy a insistir en que se me quite la medicación cuanto antes, no quiero ser de estas personas que están siempre pidiendo medicación, medicación, medicación… Porque conozco mucha gente que está siempre con la pastilla en la boca, no tomándosela si no pidiéndola: necesito pastilla, necesito pastilla, no, no…"* [E16]

"Hombre, pues ya te digo, esas picardías que tenía de intentar tener siempre…, incluso…, dicen que no pero yo creo, creo pero no lo sé seguro, que llegué a tomarme dos cajas de Diazepam enteras, en un día de desesperación que querías acabar con todo y la verdad que vino la médica de cabecera, de guardia, que sí que me encontraba mal, pero yo creo que las digerí perfectamente porque tenía las constantes bien, un poco bajas efectivamente pero yo también he notado al tomar tantas pastillas que me altera mucho las pulsaciones, o desde que pasó aquello, en este período de tiempo yo no era tan acelerada como voy ahora, no era así ni muchísimo menos, mi pulso físicamente y mi cabeza ya ni te cuento." [E22]

"…Pues no sé, los medicamentos a mí me interesa que hagan el efecto…, hacerme la vida más llevadera o sea yo no tener la ansiedad, la angustia en el pecho, que poco a poco se vaya yendo, el poder dormir, el poder tener una higiene del sueño buena, el poder hacer una limpieza…, dormir bien…" [E28]

"Porque a mí me han puesto tratamientos muy fuertes y potentes y que tienen, que hay que tener mucho cuidado con la medicación, porque yo aún lo tengo, aún estoy obsesionado, yo de pesar 75 kg. como mucho, llegué a pesar 90 y eso fue un trauma muy grande y nadie me explicó que iba a ganar peso con ese medicamento iba a ganar peso, porque igual se podía haber buscado otro, y con la Quetiapina me ha pasado lo mismo, entonces y aún lo tengo metido dentro pero me voy adaptando." [E31]

"…me preocupa más saber controlar los impulsos y ser una persona más o menos normal que pueda convivir con las personas, ¿vale?" [E41]

8. DISCUSIÓN.

Las peculiaridades de un dispositivo asistencial como la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Ntra. Sra. de Gracia, lugar donde se sitúa la investigación, le confieren un importante valor no solo para la propia prestación sanitaria sino también para la investigación sobre el objeto del dispositivo: los trastornos de la personalidad. Es interesante por tanto favorecer la investigación en este centro y su inmediato traslado a la práctica diaria, como un proceso continuo de mejora en la especificidad de su programa. Con esta intención se ha orientado la investigación, en su planteamiento y desarrollo, pero especialmente en este apartado de la discusión, en la que, por operatividad, se mantiene la agrupación en torno a los objetivos trazados.

Objetivo general 5.1 **Conocer la experiencia farmacoterapéutica de personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.**

En torno al objetivo general, se constata la gran importancia de la exploración de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes con TLP, así se coincide con Rogers (2012), quien en sus revisiones bibliográficas constataba que esta experiencia no ha sido explorada en profundidad, no las hay específicas en trastornos de la personalidad y son escasas para otros trastornos psiquiátricos. Al igual que en otros estudios se señala que la medicación no está recomendada para el tratamiento del TLP, salvo para los síntomas graves y de manera puntual, y esto puede llegar a ocasionar con frecuencia una polifarmacia durante largo tiempo, con dudosos resultados y descartando otras opciones terapéuticas, como pueden ser los servicios especializados en los que se puedan proporcionar psicoterapias. También constata la importancia de la actitud de los profesionales hacia las personas con TLP, que deben contar con suficiente formación y que faciliten el diálogo sobre los tratamientos (232).

En definitiva, el camino hacia la recuperación es una experiencia individual, y como en este estudio de Rogers en 2012, en el recorrido particular de cada persona con TLP las medicaciones en algunos han supuesto una ayuda y en otros casos un obstáculo.

Objetivo 5.2.1 Valorar la percepción del paciente acerca de su patología, la adherencia a terapias y tratamientos, y su relación con terapeutas.

Se evidencia en el estudio un déficit de conocimientos en las personas con TLP acerca de su patología, incluso aunque nombren el diagnóstico mantienen una confusión y desorientación a la hora de definir síntomas, tratamientos, etc. La narrativa puede incluir más de lo aprendido en sus contactos con lo terapéutico que de su propia subjetividad, es decir, pueden repetir frases o nombrar el diagnóstico con mucha seguridad pero no ligarlo con la expresión de su sufrimiento, sería un repetir palabras "huecas" carentes de su propia significación. Hay que añadir a esto que otra importante fuente para la búsqueda de información es internet, con lo que esto conlleva de falta de discriminación de seriedad de la información y de la interpretación que cada uno haga de lo leído en la red. Comprender el trastorno límite de personalidad no es sencillo para los pacientes y sus familias, pero tampoco para los profesionales, y esto constituye un importante obstáculo para el abordaje terapéutico. A menudo las experiencias de los pacientes son de atesorar una combinación de diagnósticos y tratamientos inexactos que tratan los síntomas sin abordar el TLP en su totalidad. Pueden pasar hasta diez años desde los primeros síntomas importantes hasta que se establece el diagnóstico de TLP.[3]

Esta confusión puede reforzarse por la propia experiencia de diferentes orientaciones diagnósticas o recomendaciones terapéuticas en su recorrido vital. Las personas con TLP experimentan su evolución como negativa, con oscilaciones y problemas asociados que incluyen a las drogas, alcohol y abuso de fármacos, con gran afectación para la persona y para el entorno familiar y social.

[3] *Meyerson D. Is borderline personality disorder under- diagnosed? Presented at the proceedings of the 162nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, 2009.*

Los pacientes en el estudio perciben y expresan la dificultad de su propio manejo terapéutico, lo complicado de establecer una adecuada relación terapéutica. Holm et al. (233) constatan la dificultad en la interacción interpersonal de enfermería con los pacientes con TLP, y aportan la supervisión clínica como: "una manera de cambiar las reacciones emocionales y las actitudes negativas de las enfermeras, evitando así la angustia ética y el agotamiento". La relación terapéutica es clave para facilitar una intervención y cuidados adecuados (234).

Las situaciones de crisis inherentes al trastorno límite son manejadas por los pacientes estudiados de una manera muy desadaptada, con estrategias que pueden agravar la situación. Así se encuentran episodios de auto y heteroagresividad, consumo de drogas, abuso de psicofármacos. Estos últimos pueden pasar a ser la respuesta a la crisis, como fenómeno adquirido iatrogénicamente de su experiencia en centros sanitarios. En contraposición algunos pacientes se han hecho con estrategias de afrontamiento de las crisis mucho más adaptativas, como alternativa a las descritas como negativas.

Entre los pacientes del estudio es frecuente el cambio de terapeutas, incluso pasando por muchos de ellos en algún caso, pero no siempre es por falta de adherencia del paciente sino por problemas organizativos del sistema sanitario, pero no tanto como cabría esperarse, ya que la mitad de los entrevistados apenas han cambiado de terapeutas, hay por tanto una aceptable fidelización a los profesionales.

También es considerable la adherencia y seguimiento de los tratamientos con psicofármacos en la mitad de los entrevistados, la otra mitad no siguen adecuadamente la prescripción y pueden tomar medicación no recetada.

La adherencia, tanto a los tratamientos biológicos como a los psicoterápicos, es un asunto de gran importancia, especialmente en los pacientes con TLP más jóvenes, en los que hay que planificar adecuadamente las intervenciones, con planes a corto plazo que favorezca esta adherencia, que puedan ser motivadores y favorezcan el cambio (235).

Los pacientes, ya se ha señalado, identifican como profesionales que les tratan a psiquiatras y psicólogos, en menor medida al médico de cabecera, y no citan a otros profesionales.

Es clave establecer una adecuada relación terapéutica, y esta puede depender de la interpretación por los pacientes de asuntos que pueden parecer menores, no siendo sencillo este primer paso del abordaje terapéutico. Fallon señalaba la orientación de muchos profesionales sanitarios en el contacto con pacientes con TLP hacia asuntos biológicos y evitando la escucha y el diálogo, redirigiendo a estas personas hacia servicios de *psicología* (122).

La experiencia de los pacientes es de gran consumo de recursos asistenciales, pero con escaso aprovechamiento, esto puede ser bastante desalentador para el paciente y su familia. Como resume Adler, el objetivo asistencial con el TLP, apoyándose en enfoques clínicos y planes de tratamiento, debe ser el camino a la recuperación (no es diferente del trabajo con personas con cualquier trastorno crónico). En los recorridos de estas personas habrá diferentes encuentros con los servicios de salud mental. En ellos se debe garantizar una perspectiva longitudinal, es decir, garantizando la continuidad asistencial, flexibilidad en la gestión de los recursos y las estrategias terapéuticas, así como un manejo cuidadoso de la relación terapéutica (236).

Objetivo 5.2.2 Estimar la participación y responsabilización del paciente en su proceso terapéutico y tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico parece asumirse por parte de los pacientes y de los psiquiatras que es un asunto de estos últimos, no hay decisión compartida, como mucho se escucha al paciente sobre los efectos positivos o negativos de los medicamentos. Más allá de indagar sobre la mejoría o el empeoramiento parece que no hay otra forma de que el paciente participe en su tratamiento.

Habitualmente los pacientes con TLP se encargan de su propio tratamiento, con responsabilidad, manteniendo la pauta indicada, salvo en algunos casos que son supervisados por familiares directos y los suplen a la hora de solicitar recetas y comprar los fármacos. Coincide con la apreciación de Carrick en que los pacientes con TLP quieren ser responsables de su tratamiento y recibir información adecuada que se lo permita (172).

El seguimiento del tratamiento se atribuye al psiquiatra, pero no es desdeñable el papel que se asigna al médico de atención primaria, quien también es considerado para manejar los psicofármacos del paciente debido a su accesibilidad, mucho más que la atención especializada.

En cuanto al conocimiento de los psicofármacos por los pacientes, es muy limitado, pocos conocen si se debe tomar alguna precaución al tomarlos, sus efectos secundarios, ni asumen la responsabilidad de modificarlo según su estado, intentan seguir la pauta prescrita.

Como uso inapropiado de los fármacos están las conductas suicidas o parasuicidas, así como el abuso como forma de desligarse de la realidad circundante.

En contra de la idea preconcebida de que las personas con TLP son muy propensos a la demanda de medicamentos, los pacientes del estudio afirman no pedir medicación, toman lo que se les prescribe, y cuando piden más es en función del malestar que presentan. Pero parece que va unida la mejoría percibida al tratamiento

psicofarmacológico, expresando temor a no tomar ningún fármaco, dando un valor subjetivo al medicamento diferente en ocasiones al de su propia naturaleza química.

Los pacientes pueden ser reacios a tomar adecuadamente sus psicofármacos prescritos, pero la aceptación y cumplimiento del tratamiento mejora con una relación respetuosa y participativa, con profesionales competentes en una adecuada comunicación con el paciente, de lo contrario podrían percibir el tratamiento psicofarmacológico como una prueba de ensayo-error, con una sucesión de tratamientos que se suceden unos a otros y no se discuten adecuadamente con ellos (237).

Objetivo 5.2.3 Conocer características sociodemográficas y clínicas de los participantes, autoimagen y opinión acerca del estigma, y sus redes de apoyo.

El grupo de pacientes estudiados tienen una edad media de 34,1 años, con una desviación de 9,7 años, parece una edad elevada para el acceso a un recurso de este tipo, del que podrían beneficiarse personas más jóvenes y evitar así una complicada evolución de su patología. Los recursos especializados de salud mental, en ocasiones, se utilizan para los casos más graves, en los que han fallado los dispositivos y programas habituales y no se explota adecuadamente su carácter preventivo, en aquellos casos que, aún con menos años de evolución, se estima una evolución hacia una gravedad importante en su patología.

En su seguimiento de 16 modalidades de tratamiento, desde el McLean Hospital sobre 290 pacientes, la media de edad estaba en 27,0 años (con una desviación de 6,3 años) (158).

Siguiendo con la variable de la edad, en la práctica clínica se encuentra sintomatología ligada a ésta. Por un lado las autolesiones, en forma de cortes y erosiones, son más frecuentes en edades más jóvenes, por otro, los sentimientos de vacío, el aburrimiento o no encontrar sentido a la vida, son asuntos ligados a edades más avanzadas. Lo que puede orientar abordajes terapéuticos en función del grupo de edad con TLP al que vayan dirigidos (238).

En cuanto al lugar de nacimiento, si algo puede tener relevancia es el porcentaje de personas procedentes de otros países, 12,5%, que se sitúa ligeramente por encima de los datos de población inmigrante en Aragón, que está en 10,4% (para el año 2015) (217), por lo que se puede asegurar que la demanda que recibe la unidad es coherente con su población de referencia. El factor inmigración no parece ser indicador de mayor patología de la personalidad ni tampoco protector como se manifiesta en otros estudios que aluden a la “resistencia psicológica” de las personas que realizan procesos migratorios (239).

Si se comparan los datos de nivel de estudios con los de la población general de nuestro medio (240), nuestros pacientes se sitúan un poco por debajo, así en educación superior ante el 28,2% de la población aragonesa, nuestros pacientes están en el 20,3% y en secundarios frente al 45,5% nuestra población está en 39,6%. Las cifras aún serían peores para nuestros pacientes si se ajustasen los datos de población general a los tramos de edad a los que pertenece nuestra muestra, bajo la presunción de que la población por debajo de 50 años está en un nivel formativo mayor al de edades superiores.

Así pues, la formación académica de los pacientes está por debajo de la población general, asunto que, unido a otros factores que inciden en la funcionalidad, dificultan el acceso a la vida laboral activa. Por tanto, la formación debe ser un objetivo importante a marcar en el proceso terapéutico de recuperación a largo plazo de las personas con TLP.

El escaso número de hijos que tiene los pacientes estudiados puede derivar del bajo porcentaje de éstos que conviven con pareja estable y la propia inestabilidad de la patología y sus consecuencias sobre adaptación y funcionalidad.

Aun así, y como se expuso anteriormente, sería necesario un programa específico de apoyo a la parentalidad en el caso de que personas con TLP tengan hijos, por los posibles riesgos para los menores derivados de la convivencia, dinámica relacional y de una posible atención deficiente.

Únicamente el 14,6% de los entrevistados viven solos. Es otro dato importante que indica la necesidad de intervenir con el medio de convivencia, sean padres, pareja, hijos u otros.

Si se comparan las cifras del nivel formativo de los sujetos del estudio con las de la población general de nuestro medio (240), los pacientes se sitúan un poco por debajo, así en educación superior ante el 28,2% de la población aragonesa, los pacientes están en el 20,3% y en secundarios frente al 45,5% la población del estudio está en 39,6%. Las cifras aún serían peores para los pacientes si se ajustasen los datos de población general a los tramos de edad a los que pertenece la muestra, bajo la presunción de

que la población por debajo de 50 años está en un nivel formativo mayor al de edades superiores.

Así pues, la formación académica de los pacientes está por debajo de la población general, asunto que, unido a otros factores que inciden en la funcionalidad, dificultan el acceso a la vida laboral activa. Por tanto, la formación debe ser un objetivo importante a marcar en el proceso terapéutico de recuperación a largo plazo de las personas con TLP.

Un 36,2% de los participantes ha repetido algún curso (siempre hablado de la formación básica obligatoria, hasta los 16 años), las cifras de repetición en población general oscilan desde poco más del 4% en educación primaria hasta el máximo de 12% en educación secundaria obligatoria (ESO) (241), cifras muy inferiores al 36,2% de la muestra del estudio.

Esto corrobora las dificultades que aparecen ya en edades tempranas, independientemente que se diagnostique el TLP en edades más avanzadas.

Las cifras sobre la situación laboral son preocupantes, así, frente al 24% de ocupados del total de personas en disposición de trabajar de los pacientes, en población general los ocupados son el 85,3%.

Este dato demoledor pone de manifiesto la bajísima empleabilidad de las personas con TLP, que procede de dificultades estructurales (baja formación como ya se ha visto) y las coyunturales derivadas de la situación clínica que esté viviendo el paciente.

Así pues, mejorar estos datos tan pobre podría ser un importante objetivo de los programas asistenciales sanitarios unidos en trabajo colaborativo a servicios sociales, educativos y de empleo.

La opinión subjetiva de los entrevistados sobre su propia inteligencia ofrece casi un 19% que afirmaban estar por debajo de la media, dato parecido a los que decían tener una inteligencia por encima de la media. No se tomarán, por tanto, estos valores como de relevancia. Además, diversos autores han estudiado posibles correlaciones entre inteligencia y respuesta a la psicoterapia, como variable predictora de resultados terapéuticos, sin hallazgos concluyentes, más allá de que a los participantes en

terapias dinámicas se les presupone una mayor inteligencia relacionada con la capacidad de *insight*, y no hay relación en terapias de orientación conductual. La medición de la inteligencia es un asunto controvertido, y también su relación con los posibles beneficios de una psicoterapia (242).

Dificultará el abordaje terapéutico la capacidad intelectual límite, en los que hay que adaptar el nivel de exigencia en los procesos asistenciales, al igual que la orientación formativa y profesional, ya que gran parte de las dificultades en la adaptación y la funcionalidad puede tener este origen y no tanto el trastorno de la personalidad (243).

No hay diferencias reseñables en coeficiente intelectual entre población general y personas con TLP (244), acaso las dificultades en inteligencia y otras funciones cognitivas estarían mediatizadas por nivel educativo bajo, tanto el propio como el de los padres, y la comorbilidad con otros TP y otra patología psiquiátrica (245).

Un 39,58% había tenido o tenía en la actualidad problemas con la justicia (cualquier circunstancia que le haya supuesto o le pueda suponer multa o pena judicial). La delictividad en personas con TLP se atribuye con frecuencia a la ira e impulsividad, además de las dificultades en las relaciones interpersonales. La falta de autocontrol y el deseo por tener la atención de otros, pueden llevarle a conductas de riesgo, con consumo de drogas, conducción temeraria, hurtos, en ocasiones únicamente por integrarse en círculos de personas problemáticas. También se ha señalado el TLP como relevante en violencia de género y en conductas agresivas hacia los demás (246).

Una conducta socialmente más aceptada, pero que igualmente puede ocasionar problemas con la justicia, por deudas e impagos, es la compra compulsiva, concepto novedoso y de mayor prevalencia, cinco veces más frecuente, entre personas con TLP frente a población general (247).

A la pregunta de si la percepción de su infancia era de haber sido infeliz, el porcentaje más elevado es el infeliz, aunque no supera a la suma de los que afirman haber tenido una infancia normal o feliz. Qué duda cabe que es un terreno a indagar en mayor profundidad, ya que otros estudios indican que hay mayor presencia de circunstancias adversas familiares en la infancia de personas diagnosticadas de TLP (248).

Las cuestiones acerca del estilo de crianza o de la relación parental, subjetivamente respondida por los participantes en el estudio, permite tener una cierta idea de sobreprotección parental y de que, aunque parece que había cierta laxitud en los límites, las malas acciones, como aquellas conductas que exceden de la normativa familiar, eran censuradas o reprendidas, tal como señalan las distribuciones de respuestas.

El trauma en la infancia se relaciona directamente con estilos de crianza con control y sin cariño, y las personas con TLP presentan las más altas tasas de trauma en la infancia, por encima de otras patologías. Por esto habría que prestar atención a la detección temprana del trauma en la infancia (249).

Las personas con diagnóstico de TLP y TUS tienen mayores frecuencias de abandono y maltrato físico y psíquico en la infancia, además de mayor probabilidad de haber tenido historia de violencia intrafamiliar, por lo que se puede afirmar que estos factores de adversidad en la infancia son predictores de que en la edad adulta se pueda presentar un trastorno límite de la personalidad asociado al consumo de sustancias de abuso (250).

Al indagar sobre los diagnósticos que el paciente ha recibido durante su recorrido por diversos profesionales, se puede constatar dos fenómenos que se encuentran con frecuencia, por un lado la enorme variabilidad en el diagnóstico y por otro el fenómeno de comorbilidad, como explicación de la sintomatología tan profusa. Esto se convierte en un problema, especialmente porque al diagnóstico se une una orientación terapéutica y casi ineludiblemente una prescripción farmacológica determinada.

Con frecuencia la demanda de atención no se produce por la sintomatología más típica o patognomónica del TLP sino por trastornos del ánimo o ansiedad, lo que manifiesta la importancia de una adecuada detección y diagnóstico del TLP (251).

En todas las sustancias el consumo referido por los sujetos del estudio es superior a las tasas que se dan en población general (252).

El acceso a recursos sanitarios puede ser a partir de estos consumos de drogas, situación que puede llegar a ser más alarmante que otras para el entorno familiar, así la puerta de entrada serán dispositivos para la asistencia a toxicomanías, en los que se debería hacer una adecuada exploración de patología psiquiátrica, ya que se encuentran altas tasas de la misma entre las personas con trastorno por uso de sustancias (253).

Más del 60% de los sujetos referían haber realizado tentativas autolíticas y el 54,17% de los pacientes afirmaba haberse autolesionado.

El suicidio es la complicación más importante en el curso del TLP, Soloff en su seguimiento de más de 100 pacientes con dicha patología reseñó un 20,2% de sujetos que realizaron tentativas suicidas. El aumento del riesgo de tentativa suicida se asoció con afectividad baja, agresividad, problemas de integración en el mundo laboral, pero en cambio no se relacionaba con la mala adaptación social. En su medio social también encontró diferencias según minorías étnicas (254).

El manejo del riesgo a la hora de decidir hospitalizaciones u otras intervenciones que busquen la contención en personas con TLP e intención suicida, plantea uno de los grandes dilemas éticos en la decisión clínica. En muchas ocasiones se debe optar entre la respuesta de contención, porque el riesgo es evidentemente alto, o bien en mantener los planteamientos terapéuticos, que no recomiendan la frecuente hospitalización (125).

La autolesión, al igual que las tentativas suicidas, aun siendo dos conductas con diferentes mecanismos y finalidad, se han relacionado con la presencia de trauma post agresión o maltrato, físico, psíquico o sexual, en la infancia (255). También se relacionan con la impulsividad y desregulación emocional, y sitúan esta conducta en la misma línea que éstas y la agresividad. Podría decirse que la desregulación emocional provoca vulnerabilidad a la hetero y autoagresividad en personas con TLP (256). Se describe por los pacientes la conducta como alivio de la angustia percibida, y se asocia al dolor autoinflingido y no a la visión de la sangre de la herida que se ha causado (257), pero estas personas presentan aumento del umbral del dolor y mayor tolerancia

al mismo que la población general, sin que estén claros los mecanismos subyacentes que alteran esta sensibilidad al dolor (258).

De la muestra estudiada, casi el 40% señalaron haber sufrido abuso sexual en la infancia.

Dentro de las diferentes hipótesis sobre la etiopatogenia del TLP tienen relevancia las que señalan la presencia de trauma infantil ligado a la aparición posterior de este trastorno de la personalidad, tanto la separación o pérdida de los padres, como el descuido, desatención, maltrato en la infancia. Pero en los años 90 diferentes estudios encontraban altas tasas de abuso sexual en la infancia, como generador de trauma y esto explicaba esa hipótesis de origen del TLP. Los estudios arrojan cifras de porcentajes muy variables, desde 20 a 70%, probablemente relacionadas con la dificultad de exploración del tema, la falta de una tipificación común, lo que dificulta la constatación de la hipótesis del trauma (259)(260)(90).

Los participantes se sentían ampliamente vacíos emocionalmente (87,5%), inestables emocionalmente (91,7), también afirman ser indecisos la mayoría. Estos asuntos son frecuentes en la clínica del TLP, sentimientos de vacío, de falta de sentido de la vida, que se acompañan de perplejidad, aburrimiento e incapacidad de soportar y superar la soledad, y que pueden relacionarse, según Kernberg, con una deficiente integración de las representaciones del self, un self poco integrado, en la ambivalencia y sin desarrollar autoestima. Los sentimientos interiores de vacío pueden ser vividos por algunos pacientes como angustiosos lo que les llevaría a conductas impulsivas en la relación con los demás, en el uso de drogas, conducta sexual compulsiva y auto y heteroagresividad. En otras personas se manifestaría como un estado pasivo, abandono, distanciándose de su entorno y adoptando comportamientos pasivos (261).

Es complejo el estudio de estas áreas del TLP, la identidad, el autoconcepto, se han investigado en diferentes estudios cualitativos, pero sin permitir la comparabilidad entre ellos por la variabilidad en la metodología de investigación empleada (262). Aun así, explorar el sentido de la vida que tiene una persona diagnosticada de TLP es importante, ya que este factor puede ser protector frente a otros factores de riesgo de suicidio (263).

La valoración negativa de uno mismo, como posible expresión de emocionalidad afectada, dificultad para sentir placer, baja autoestima, relaciones interpersonales dependientes y baja confianza en las propias habilidades, justificaría el porcentaje cercano a 60 en que los sujetos estudiados piensan que no sirven para nada (264)(265).

En torno al 40% de los pacientes entrevistados comentaron tener problemas con la propia imagen corporal y consecuentemente observaban la necesidad de someterse a cirugía estética, esto, unido al dato anteriormente comentado, de la alta tasa de complejos que habían tenido relacionados con aspectos corporales, dan idea de lo problemático que puede ser este asunto, en relación especialmente con su integración social y su autoestima.

Las personas con TLP tienen dificultades complejas en la autoconciencia, que podrían estar vinculadas a una historia de rechazo social. También existe una percepción anómala de su propio cuerpo, en el negativo concepto de sí mismos se incluye una imagen negativa del propio cuerpo, llegando a evitar algunas situaciones sociales en las que la apariencia física tenga especial relevancia. Podría estar relacionada esta imagen negativa del propio cuerpo con el miedo al rechazo social y la evitación por tanto de la participación social y de la inclusión en grupos. En esta línea estaría la experiencia de la vergüenza, como emoción autoconsciente asociada a una imagen corporal negativa, y como limitadora también de la integración en el medio social (266).

En la práctica, la búsqueda de cirugía estética puede orientarse hacia el tratamiento de huellas cicatrizales de las autolesiones (267), pero también como un proceso inacabable de búsqueda estética a través de las intervenciones quirúrgicas. Las demandas pueden ser poco reflexivas, pasando de una parte corporal a otra, con peticiones poco realistas, hasta tal punto que los cirujanos plásticos desaconsejan intervenir a personas con TLP, salvo que estén en un período de remisión clínica (268).

De los datos aportados en los ítems revisados de hospitalizaciones previas y de tratamientos recibidos, se desprende que los profesionales han propuesto abordajes

con tratamientos farmacológicos, como única terapia, con muy bajas cifras de tratamientos psicoterápicos u otros no biológicos.

Casi el 60% de los pacientes no ha tenido opciones terapéuticas diferentes de la psicofarmacología. Resulta muy indicativo ver los bajos porcentajes de diferentes técnicas psicoterapéuticas, a pesar de que diferentes estudios indican su eficacia (269).

Este dato es crucial a la hora de valorar las estrategias terapéuticas utilizadas con población que padece TLP, en la que se utilizan recursos, en ocasiones muchos y muy costosos, pero que no coinciden con las recomendaciones de las GPC y de la evidencia científica.

Aún sin indagar en profundidad, la impresión subjetiva de los pacientes sobre las opciones terapéuticas que se les ha proporcionado desde los sistemas sanitarios ponen en entredicho la atención que se está prestando a las personas que son diagnosticadas de TLP.

Este dato no es aislado, de nuestro país, de hecho la mayoría de los pacientes con TLP son tratados con psicofármacos. Así, en un amplio estudio de Bridler et al. (188) con datos de la European Drug Safety Project, sobre más de dos mil pacientes con TLP hospitalizados, el 70% habían sido tratados con antipsicóticos o neurolépticos, 33% con anticonvulsivantes y 30% con benzodiacepinas. El fármaco más utilizado fue la quetiapina, en un 22% de los casos. Por lo que también en este estudio se concluye que, contrariamente a las indicaciones, el 90% de los pacientes recibieron tratamiento psicofarmacológico. En nuestro país, Pascual (161) también aporta cifras coincidentes en el estudio en que el 90% de pacientes ambulatorios con TLP tomaban psicofármacos y la polimedicación era una práctica habitual.

Los datos que proporcionan los cuestionarios sobre ansiedad y depresión, indican que no aparece ansiedad relevante pero sí, en cambio, sintomatología depresiva con importancia clínica. Esta combinación puede explicarse, como hipótesis, por el momento de los pacientes, imbuidos en un proceso terapéutico intenso, en el que la ansiedad se encuentra controlada, por el tratamiento farmacológico y el apoyo terapéutico con intervenciones de relajación, escucha, psicoterapia individual y grupal, etc., con lo que encuentra soporte y espacios para canalizarla. Por el contrario, el

trabajo reflexivo, de autoexploración y los inicios en terapia, hacen aflorar un bajo tono afectivo, secundario a todo lo anterior, como primer paso de toma de conciencia de la realidad de su problema, y punto de apoyo para dar pasos hacia un trabajo psicoterapéutico positivo.

La medición de la adaptación social mediante la escala SASS no aporta cifras medias de desadaptación. En lo que se refiere a impulsividad, tomando como referencia los 70-75 puntos de otros estudios, la media de los pacientes no tendría impulsividad significativa clínicamente, pero los datos son elevados, y en algunos casos sí que es muy importante esa impulsividad, máxime cuando se puede tomar como valor predictivo de otras dificultades que correlacionan con ella, como pueden ser la agresividad, conducta suicida, consumo de alcohol y drogas, etc.

El tratamiento farmacológico tiene excesivo protagonismo en el planteamiento terapéutico para personas con TLP, principalmente antes de entrar en el programa terapéutico de la UTP, en el que los pacientes toman una media de 3,8 psicofármacos, y al alta ésta se sitúa en 2,81. Ambas cifras son llamativamente opuestas a las recomendaciones de las GPC y, aunque tras el inicio del programa, se reduce una media de un psicofármaco, sería deseable una menor dependencia de ellos como propuesta terapéutica.

En el estudio de Bridler, se indicaba que la polifarmacia es común, y eran los preferidos por los psiquiatras los antipsicóticos con un perfil sedante, quetiapina, y los anticonvulsivantes estabilizadores del estado de ánimo. La media de psicofármacos que tomaban los más de dos mil pacientes incluidos en el estudio era de 2,8%, cifra que es coincidente con los sujetos de nuestro estudio al alta de la hospitalización en la UTP (188).

Los pacientes mostraban un deseo de mejorar su situación, también muestran los efectos de anteriores fracasos terapéuticos.

Su trastorno, difícil en la convivencia, y complicado de entender, hace que se aíslen de su entorno. Es frecuente la conflictiva en el entorno familiar. Y más aún, expresan la incomprensión y el rechazo de la sociedad, está presente el estigma, el sentirse

etiquetados o identificados de alguna manera. Por ello pueden ocultar su tratamiento psicofarmacológico que les pudiese identificar con el TLP. De otra manera, también puede haber una identificación al diagnóstico pasando a ser una seña de identidad para la persona, asunto igual de peligroso que los anteriores.

En los peores momentos, en las situaciones de crisis, los pacientes no cuentan apenas con un apoyo profesional, o bien tratan de solucionarlas por sus propios medios o, en su mayoría recurren al entorno familiar y social, a las personas más cercanas. Esto da una idea de que cuando más necesaria es una intervención clínica, menos accesible es para el paciente, y en los casos en los que se produce es desde recursos asistenciales de urgencia que no tienen que ver con el profesional o el equipo que le esté tratando en ese período.

Desde la asistencia urgente, la crisis se frena con psicofármacos o termina ingresando en servicios de urgencias o en unidad de agudos. Pocas veces el profesional de referencia es accesible en situaciones de crisis.

Los pacientes con TLP no hacen uso apenas de otros recursos asistenciales y de apoyo, de rehabilitación o de inserción. Sus tránsitos son, habitualmente por centros y servicios que no les reportan grandes mejorías, y que, en algún caso, pueden llegar a confundir más a las personas sobre lo que les ocurre. Así pues, trabajar adecuadamente las crisis, con información compartida entre los pacientes y los profesionales que le tratarán en esas crisis, con recordatorios básicos sobre estrategias y autocuidados, permitirán un mejor abordaje de las mismas. Los pacientes solicitan ser tratados con dignidad y respeto y recibir el apoyo de los profesionales, y no tanto los tratamientos farmacológicos e ingresos hospitalarios (270).

Los profesionales de referencia para los pacientes con TLP son los psiquiatras, seguidos de los psicólogos clínicos, pero son poco accesibles fuera de las entrevistas programadas, ni por teléfono ni por otros medios.

Esta visión reducida por parte de los entrevistados de las posibilidades de otras intervenciones profesionales puede tomarse como una vía futura de desarrollo, y así

otros profesionales de la salud, como los médicos de familia, si se les brindase apoyo, más tiempo por paciente y entrenamiento, son profesionales que pueden tener gran significación en el seguimiento de pacientes con TLP (271)(272). De igual modo, los enfermeros especialistas en salud mental también tienen gran relevancia, dentro de los servicios especializados para trastornos de personalidad, así como en otros ámbitos de la salud mental como la hospitalización y servicios comunitarios, para el tratamiento y seguimiento de esta población (273). Helleman et al. (274) describen las experiencias de los pacientes en relación a los equipos de enfermería, concluyendo que *"connection and acceptance can heal"* (conexión y aceptación pueden sanar), para ello en su estudio incidían en la importancia de que los profesionales conozcan y estén formados en los trastornos de personalidad, resultaba clave asignar una enfermera referente, un equipo multidisciplinar para el abordaje completo y el establecimiento de un plan individualizado para cada paciente.

Objetivo 5.2.4 Conocer los tratamientos farmacológicos y su uso off label para el TLP y la presencia de problemas relacionados con la medicación en los entrevistados.

Los entrevistados reconocen haber tomado muchos psicofármacos, y con frecuencia con escasos resultados. Recordaban haber tomado antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos, hipnóticos, antiimpulsivos, etc. El conocimiento de los medicamentos, su indicación y posibles problemas relacionados, es escaso, la información transmitida es muy escasa, recurriendo a leer los prospectos o hacer búsquedas en internet, o a tomarlos sin más por la confianza depositada en el psiquiatra prescriptor.

Los psicofármacos parece que son vistos como algo con escasos beneficios pero que hay que tomarlo, esta contradicción aparece en los relatos de los pacientes con frecuencia, también se reconoce que en ocasiones se utilizan mal, con tomas irregulares y consumo junto a alcohol o drogas. Parece que el tomar psicofármacos es algo que no puede separarse de los trastornos psíquicos, y así, los pacientes no tienen

objeción en tomarlos, no se cuestiona, aunque preocupa la aparición de efectos secundarios y consecuencias de su consumo a largo plazo.

Este asunto es común en la bibliografía, los psicofármacos se prescriben con mayor frecuencia al grupo diagnóstico de los trastornos de la personalidad que a otros grupos, aún sin tener base evidente para hacerlo y eso que la investigación sobre los sustratos neurobiológicos se orientan a las respuestas a los medicamentos y no a las psicoterapias. Los fármacos actúan sobre determinados síntomas, mejorando los más disruptivos pero sin que se traduzca en una mejoría global. Es necesario investigar más y evidenciar las mejorías aportadas por los psicofármacos en relación con sus riesgos potenciales (275). Aún reconociendo que solo una cuarta parte de los pacientes se beneficiarán del tratamiento psicofarmacológico, los psiquiatras prescriben todos los grupos principales de principios activos para las personas con TLP, esta contradicción se añade a la también manifestada de que el tratamiento de elección es la psicoterapia pero se opta por la farmacología mayoritariamente, siendo los estabilizadores del ánimo y los neurolépticos atípicos los más prescritos. Parece que no se generalizan los hallazgos de los ECA, con sus dificultades de generalización y estandarización de resultados (276), ni las recomendaciones ya vistas del NICE o de las GPC, se mantiene la prescripción *off label* y la polifarmacia (277)(278)(160).

Quienes se fijaban la meta de no tomar medicaciones lo unían a la absoluta curación, hasta entonces habría que tomarlos, ya que no se valora otra alternativa terapéutica. Como excepción, alguna persona podía identificar otras estrategias de abordar sus síntomas como aspecto a tener en cuenta. Así, los psicofármacos pueden mejorar síntomas asociados a los trastornos de la personalidad, pero la recuperación a largo plazo, la que puede proporcionar una mayor adaptación familiar, social y laboral, es asunto de otras estrategias terapéuticas, especialmente en el trastorno límite, que se orienten hacia la recuperación. Pero, una vez estabilizados los síntomas, se debe buscar la capacitación e inserción laboral, con apoyos para mantener el trabajo. El área laboral es uno de los asuntos menos explorados en la investigación, pero que la práctica demuestra que es crucial para la estabilidad y la buena evolución a largo plazo (279).

Se necesita un modelo de rehabilitación social y profesional para disminuir el riesgo de suicidio y optimizar los resultados psicosociales a largo plazo, no solo la remisión sintomática que debería abordarse en los momentos iniciales de los procesos terapéuticos (280)(281).

Son frecuentes los problemas relacionados con los medicamentos, pero al igual que con la información sobre la indicación de los psicofármacos, es escasa la que se aporta sobre este tema.

La resolución de estos problemas es la retirada del psicofármaco o la sustitución por otro, esto se admite como única solución posible a pesar de la difícil accesibilidad en situaciones urgentes de los profesionales responsables del tratamiento.

Estos profesionales de referencia para asesorar sobre los problemas relacionados con los medicamento son, para los pacientes, los psiquiatra prescriptores, otros agentes sanitarios no aparecen (enfermero de salud mental, farmacéutico).

Objetivo 5.2.5 Constatar si los pacientes han recibido tratamientos no farmacológicos para su TLP.

Los servicios de salud mental están mal equipados o no tienen la capacidad de manejar las necesidades complejas de las personas con trastornos de la personalidad (282). Con frecuencia no se dispone ni de tiempo asistencial, ni de profesionales debidamente formados en psicoterapias o programas estructurados que se han demostrado útiles en el tratamiento del TLP (283). Las psicoterapias son efectivas, pero hay que tomar con precaución los resultados de sus estudios por importantes sesgos y la inestabilidad de los seguimientos de sus efectos (284). En el estudio, las personas relatan un pobre uso de la psicoterapia y más aún de otras alternativas terapéuticas no farmacológicas. Ya se ha visto que está extendida la creencia de la necesidad ineludible de tratamiento biológico para el TLP y se desconoce otros abordajes terapéuticos, por ello mal se puede demandar su utilización. Son vistas como intervenciones poco accesibles, de desarrollo limitado en el sistema público de salud.

Los tratamientos recomendados por la evidencia para el TLP parecen complejos y requieren una especial capacitación, especialmente en las nuevas psicoterapias. Sin embargo, son altamente rentables si permite a los pacientes recuperar la funcionalidad, saliendo de esa evolución entre crisis y cronicidad. La alternativa es, a menudo, una serie interminable de tratamientos urgentes, o no planificados, no específicos, que permiten a un paciente sobrevivir entre las crisis pero no alcanzar una aceptable recuperación (285). Un adecuado seguimiento en recursos comunitarios favorece una adaptación y funcionalidad social, educativa y laboral (286).

9. CONCLUSIONES Y APLICACIÓN PRÁCTICA.

En la introducción y justificación del presente estudio se resaltaba la importancia de la investigación cualitativa y especialmente la transmisión de la información generada a la práctica asistencial.

La transferibilidad de los resultados del estudio es una de las premisas más importantes que han guiado el diseño y la realización del mismo. A diferencia de la investigación cuantitativa, que busca la generalización de los resultados, en este caso se pretende que los informantes hayan reflejado una realidad más amplia que la suya, de tal manera que lo que se concluya sea aplicable a un conjunto de pacientes que se ubiquen en circunstancias similares. Para ello se procedió mediante el muestreo intencionado y la saturación de la información de las categorías establecidas (287).

Con esta intención se redactan las conclusiones derivadas del análisis de la subjetividad de personas que sufren trastorno límite de la personalidad y su contraste con la bibliografía relevante disponible, especialmente la más reciente en su publicación.

1. Es importante recoger la opinión de los usuarios sobre los servicios de salud más allá de encuestas de satisfacción. La investigación cualitativa acerca de personas con TLP puede reportar interesante información para la mejora de los procesos asistenciales.

2. Debe reorganizarse los servicios de salud mental que atienden a pacientes con TLP con las siguientes orientaciones:

    a. Ofrecer psicoterapia como primera elección de tratamiento sobre el TLP, más allá de que se traten puntualmente con psicofármacos los síntomas más disruptivos y graves.

    b. Trabajar la instauración de estos tratamientos psicofarmacológicos en decisión compartida con el paciente, con información clara sobre sus

beneficios frente a posibles efectos perjudiciales, con responsabilización del paciente en su manejo.

c. Aumentar los conocimientos sobre el trastorno, pero desde el respeto a la subjetividad del paciente, evitando la psicoeducación entendida como mera transmisión de información.

d. Favorecer la accesibilidad de los recursos de salud mental, especialmente para los momentos de crisis, de tal manera que se eviten circuitos alternativos de urgencias u otros dispositivos.

e. Instaurar la figura de profesional referente o gestor del caso, un enfermero especialista en salud mental, como canalizador accesible de la demanda de crisis y orientador en su proceso de recuperación.

f. Facilitar la coordinación entre los servicios de salud mental comunitarios con los de atención primaria, con información fluida y colaboración en la asistencia.

g. Una vez estabilizados los síntomas más relevantes, el trabajo se debe orientar a la recuperación de la funcionalidad, con intervención desde profesionales del trabajo social para establecer circuitos de formación e inserción laboral.

3. Favorecer que el paciente participe en todos los pasos del proceso asistencial, que las decisiones sean compartidas, logrando su implicación y responsabilización. La participación debe entenderse como acompañada o tutelada desde los servicios de salud mental, pero nunca sustituida por ellos.

4. Incluir al núcleo familiar en los procesos asistenciales, con el objetivo de mejorar el clima de convivencia, buscando dinámicas que sean productivas y que apoyen la recuperación del paciente.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Borderline Personality Disorder | [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: https://www.borderlinepersonalitydisorder.com/

2. Kulkarni J. Complex PTSD—A better description for borderline personality disorder? Australas Psychiatry [Internet]. 2017;25(4):333–5. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2017-33078-003&site=ehost-live%0Ahttp://jayashri.kulkarni@monash.edu

3. Palomares N, McMaster A, Díaz-Marsá M, de la Vega I, Montes A, Carrasco JL. Multiple cluster axis II comorbidity and functional outcome in severe patients with borderline personality disorder. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Jan 14];44(6):212–21. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27906412

4. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(8):827–37.

5. Fernández-Guerrero M-J, Palacios-Vicario B. El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. Clínica y Salud [Internet]. 2017;28(3):147–53. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130527417300233

6. Reeves-Dudley B. Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2017;31(1):83–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.08.009

7. Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC, Lieb K, Berger M, Roepke S, et al. Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt [Internet]. 2016 Jul 7 [cited

2018 Jan 13];87(7):739–45. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s00115-016-0132-y

8. Goorden M, Willemsen EMC, Bouwmans-Frijters CAM, Busschbach JJ V., Noomx MJ, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Developing a decision tool to identify patients with personality disorders in need of highly specialized care. BMC Psychiatry [Internet]. 2017 Dec 31 [cited 2018 Jan 14];17(1):317. Available from: http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1460-6

9. Fernando Muñoz L, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos? Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2015;35(125):111–21. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en

10. Peck B, Mummery J. Hermeneutic Constructivism: An Ontology for Qualitative Research. Qual Health Res [Internet]. 2018 Feb 15 [cited 2018 Jan 14];28(3):389–407. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732317706931

11. Hackmann C, Green A, Notley C, Perkins A, Reed GM, Ridler J, et al. Protocol for a qualitative study exploring perspectives on the INternational CLassification of Diseases (11th revision); Using lived experience to improve mental health Diagnosis in NHS England: INCLUDE study. BMJ Open [Internet]. 2017 Sep 3 [cited 2018 Jan 14];7(9):e018399. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28871029

12. González Rey FL. Investigación cualitativa en psicología : rumbos y desafíos [Internet]. International Thomson; 2000 [cited 2018 Jan 13]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-investigacion-cualitativa-en-psicologia-rumbos-y-desafios/9789687529998/735193

13. Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. Med Clin North Am [Internet]. 2014;98(5):1049–64. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.005

14. Bowen ML. Stigma: Content analysis of the representation of people with personality disorder in the UK popular press, 2001–2012. Int J Ment Health Nurs. 2016;25(6):598–605.

15. Mirapeix C. Trastornos de la personalidad. In: Palomo T, Jiménez-Arriero M, editors. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad; 2009. p. 425–48.

16. Calderón C. Investigación cualitativa y práctica sanitaria: reflexiones desde la atención primaria y los servicios de salud. Rev Fac Nac Salud [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 14];33(1):115–23. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/120/12042407010.pdf

17. Martínez C. Ponencias El compromiso interpretativo : un aspecto ineludible en la investigación cualitativa The interpretive commitment : an unavoidable aspect in qualitative pesquisa qualitativa. Rev Fac Nac Salud Pública. 2015;33(1):55–63.

18. Myers DG. Psicología [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 1999 [cited 2018 Jan 14]. Available from: https://books.google.es/books/about/Psicología.html?hl=es&id=UaMCAAAACAAJ&redir_esc=y

19. Rodríguez Cahill C, Grado González E de. Los desafíos de los trastornos de la personalidad : la salud mental al límite [Internet]. Grupo 5; 2015 [cited 2018 Jan 14]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-los-desafios-de-los-trastornos-de-la-personalidad-la-salud-mental-al-limite/9788494398032/2556751

20. Londoño Paredes DE. Elucidación epistémica e histórica del trastorno de la personalidad límite o borderline. Rev Colomb Psiquiatr. 2015;44(3):189–95.

21. Cloninger SC. Teorías de la personalidad. Pearson Educación; 2003.

22. Rogers CR. EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. Ibérica P, editor. 2011.

23. ALLPORT GW. LA PERSONALIDAD: SU CONFIGURACION Y DESARROLLO. Herder. 1985.

24. LOPEZ-IBOR JJL-ITOAMI. LECCIONES DE PSICOLOGIA MEDICA. Masson, editor. 1999.

25. Feist J. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. ESPAÑA M-H/ I DE, editor. 2007.

26. Bandura A. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad [Internet]. Alianza; 1964 [cited 2018 Jan 14]. 293 p. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-aprendizaje-social-y-desarrollo-de-la-personalidad/9788420620749/73442

27. Graña J, Muñoz J. Desarrollo de la personalidad, temperamento y carácter. In: Palomo T, Jiménez-Arriero M, editors. Manual de Psiquiatría. Madrid; 2009.

28. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2002 Sep [cited 2018 Jan 14];106(3):189–95. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12197856

29. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1993 Dec [cited 2018 Jan 13];50(12):975–90. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8250684

30. Montaño Sinisterra M, Palacios Cruz J, Gantiva C. Teorías de la personalidad: Un análisis histórico del concepto y su medición. Psychol Av la Discip [Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 14];3(2):81–107. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf

31. Seva A. Tratado de psiquiatría. Zaragoza: INO; 2001.

32. Kernberg O. Borderline Personality Organization. J Am Psychoanal Assoc

[Internet]. 1967 Jul [cited 2018 Jan 14];15(3):641–85. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4861171

33. López Herrero L-S, Elena González Lucas Laura Linares Álvarez M. A propósito de los trastornos límite. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2008;XXVIII(102):269–81. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a03.pdf

34. Bianchi E. Todo tiene un principio … y en el principio fue el DSM-III . El desbloqueo espistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense. 2015;(January 2014).

35. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M, American Psychiatric Association. DSM-IV-TR : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. Masson; 2002 [cited 2018 Jan 14]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-dsm-iv-tr-manual-de-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales/9788445810873/806747

36. Morrison J. DSM-5: guía para el diagnóstico clínico. México DF: Editorial Manual Moderno; 2015.

37. APA. DSM-5 MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Panamericana, editor.

38. Hopwood CJ, Kotov R, Krueger RF, Bagby RM, Blais MA, Bornovalova MA. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. 2018;12(1):82–6.

39. Millon T, Davis RD. Trastornos de la personalidad en la vida moderna [Internet]. Masson; 2001 [cited 2018 Jan 14]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-trastornos-de-la-personalidad-en-la-vida-moderna/9788445809938/762028

40. Modestin J. Borderline: A concept analysis. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1980 Feb 1 [cited 2018 Jan 14];61(2):103–10. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00570.x

41. Tyrer P. Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. Personal Ment Health [Internet]. 2009 May 1 [cited 2018 Jan 14];3(2):86–95. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/pmh.78

42. Parker G, Bayes A, McClure G, del Moral YRR, Stevenson J. Clinical status of comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder. Br J Psychiatry [Internet]. 2016;209(3):209–15. Available from: http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.115.177998

43. de la Rosa I, Oquendo MA, García G, Stanley B, González-Pinto A, Liu S-M, et al. Determining if Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder Are Alternative Expressions of the Same Disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2017 Oct 25 [cited 2018 Jan 14];78(8):e994–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28922592

44. Witt SH, Streit F, Jungkunz M, Frank J, Awasthi S, Reinbold CS, et al. Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. Transl Psychiatry [Internet]. 2017 Jun 20 [cited 2018 Jan 14];7(6):e1155. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28632202

45. Bornovalova MA, Levy R, Gratz KL, Lejuez CW. Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through latent class analysis: Initial results and clinical correlates among inner-city substance users. Psychol Assess [Internet]. 2010 Jun [cited 2018 Jan 14];22(2):233–45. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528051

46. Esbec E, Echeburúa E. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5 : recursos y limitaciones limitations. Ter psicológica. 2014;32(3):255–64.

47. Fernández-Guerrero MJ. Los confusos límites del trastorno límite. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2017;37(132):399–413.

48. Cervera Martínez G, Haro Cortés G, Martínez-Raga J. Trastorno límite de la personalidad : paradigma de la comorbilidad psiquiátrica [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2005 [cited 2018 Jan 14]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-trastorno-limite-de-la-personalidad-paradigma-de-la-comorbilidad-psiquiatrica/9788479031671/1028461

49. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Tratado de los trastornos de la personalidad [Internet]. Elsevier Masson; 2007 [cited 2018 Jan 14]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-tratado-de-los-trastornos-de-la-personalidad/9788445817698/1134693

50. NIMH » Borderline Personality Disorder [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder/index.shtml

51. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. Lancet [Internet]. 2004;364(9432):453–61. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673604167706

52. Lorenzini N, Fonagy P, to Peter Fonagy C. Attachment and personality disorders: a short review Introduction: Attachment and its relevance to personality disorders. Focus J Lifelong Learn Psychiatry [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 13];11(10). Available from: http://discovery.ucl.ac.uk/1430370/1/Fonagy_Template_applied_Attachment_and_PD_paper_for_FOCUS_Lorenzini_and_Fonagy_FINAL_22feb.pdf

53. Cancrini L. Océano borderline : viajes por una patología inexplorada [Internet]. Paidós; 2007 [cited 2018 Jan 13]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-oceano-borderline-viajes-por-una-patologia-inexplorada/9788449320132/1139313

54. Koekkoek B. Comment on Does difficult patient status contribute to functional demedicalization? The case of borderline personality disorder. Soc Sci Med [Internet]. 2015;145:138–9. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26456503

55. Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. Am J Psychiatry. 2010;167(1):24–39.

56. Davidson RJ, McEwen BS. Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. Nat Neurosci [Internet]. 2012 Apr 15 [cited 2018 Jan 13];15(5):689–95. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22534579

57. Perez-Rodriguez MM, Zaluda L, New AS. Biological Advances in Personality Disorders. Focus (Madison) [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2018 Jan 14];11(2):146–54. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.focus.11.2.146

58. Lorea-Conde I, Molero P. Implicaciones de los mecanismos epigenéticos en el desarrollo y tratamiento de los trastornos de la personalidad. Actas Esp Psiquiatr Estrés Actas Esp Psiquiatr. 2015;43(2):42–50.

59. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. [cited 2018 Jan 13]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/pdf/wpa010011.pdf

60. Duggan C. Dangerous and severe personality disorder. Br J Psychiatry. 2011;198(6):431–3.

61. Shaw C, Proctor G. I. Women at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. Fem Psychol [Internet]. 2005 Nov 21 [cited 2018 Jan 14];15(4):483–90. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959-353505057620

62. Mantilla MJ. Mora revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género [Internet]. Vol. 21, Mora (Buenos Aires). Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género; 2007 [cited 2018 Feb 25]. 00-00 p. Available from:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2015000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

63. Widiger TA, Simonsen E. Alternative Dimensional Models of Personality Disorder: Finding a Common Ground. J Pers Disord [Internet]. 2005 Apr [cited 2018 Jan 14];19(2):110–30. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15899712

64. Yang M, Coid J, Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: National survey. Br J Psychiatry. 2010;197(3):193–9.

65. Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD, Kay GG, Moreland KL, Dies RR, et al. Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. Am Psychol [Internet]. 2001 Feb [cited 2018 Jan 13];56(2):128–65. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11279806

66. Carlos Rodríguez Sutil. (2007). Evaluación de la personalidad y sus trastornos a través de los métodos proyectivos o pruebas basadas en la actuación (Performance-based). Clínica y Salud [Internet]. 2007;18:325–46. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300005

67. Renaud S, Corbalan F, Beaulieu S. Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. Compr Psychiatry [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2018 Jan 14];53(7):952–61. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X12000454

68. Mantilla MJ, Alonso JP. Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: Perspectivas de los profesionales. Interface Commun Heal Educ. 2015;19(52):21–32.

69. Centro Español de Documentación sobre Discapacidad CDFG-R de. Revista española de discapacidad. [Internet]. Vol. 4, REVISTA ESPAÑOLA DE

DISCAPACIDAD. 2016 [cited 2018 Jan 13]. 249-255 p. Available from: http://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/218

70. Ebner-Priemer UW, Welch SS, Grossman P, Reisch T, Linehan MM, Bohus M. Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. Psychiatry Res [Internet]. 2007 Apr 15 [cited 2018 Jan 13];150(3):265–75. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17321599

71. Linehan MM, Bohus M, Lynch TR. Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation. In: Gross J, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press.; 2007. p. 581–605.

72. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. Am J Psychiatry [Internet]. 2003 Aug [cited 2018 Jan 13];160(8):1501–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900314

73. Zanarini MC, Frankenburg FR, Ridolfi ME, Jager-Hyman S, Hennen J, Gunderson JG. Reported Childhood Onset of Self-Mutilation Among Borderline Patients. J Pers Disord [Internet]. 2006 Feb [cited 2018 Jan 14];20(1):9–15. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16563075

74. Schmahl C, Greffrath W, Baumgärtner U, Schlereth T, Magerl W, Philipsen A, et al. Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: Laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. Pain. 2004;110(1–2):470–9.

75. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. Front Psychol [Internet]. 2017 Nov 8 [cited 2018 Jan 14];8:1946. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29167651

76. Sebastian A, Jacob G, Lieb K, Tüscher O. Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional

dysregulation? Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2013 Feb [cited 2018 Jan 14];15(2):339. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23424747

77. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. Psychiatry Res [Internet]. 2005 Dec 15 [cited 2018 Jan 14];137(3):191–202. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16297985

78. Arza R, Diaz-Marsá M, López-Micó C, De Fernández Pablo N, López-lbor JJ, Carrasco JL. Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: Detection strategies. Actas Esp Psiquiatr. 2009;37(4):185–90.

79. Jiménez Barbero JA, Pérez García M, Medina Garrido ML, Rivera Rocamora C. El abuso de drogas en el marco de los trastornos del comportamiento perturbador. Trastor Adict [Internet]. 2010 Apr [cited 2018 Jan 13];12(2):48–57. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575097310700118

80. Rubio Larrosa V. Los síntomas ocultos en el TLP. Fuente Psiquiatr [Internet]. 2006;10(1):1–4. Available from: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/10/81/23/1081233122068001847959696801427956088 14

81. Zadra S, Bischof G, Besser B, Bischof A, Meyer C, John U, et al. The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. J Behav Addict [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Jan 14];5(4):691–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28005417

82. Cailhol L, Francois M, Thalamas C, Garrido C, Birmes P, Pourcel L, et al. Is borderline personality disorder only a mental health problem? Personal Ment Health [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2018 Jan 13];10(4):328–36. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/pmh.1350

83. Moran P, Crawford MJ. Assessing the severity of borderline personality disorder. Br J Psychiatry. 2013;203(3):163–4.

84. González L, Tur N. Estabilidad, curso y tratamiento de los trastornos de personalidad: resultados de dos meta-análisis. Psiquiatr Pública. 2000;12(2).

85. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and Implications of the First Six Years of Prospective Follow-Up. J Pers Disord [Internet]. 2005 Oct [cited 2018 Jan 14];19(5):505–23. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16274279

86. Björkenstam E, Björkenstam C, Holm H, Gerdin B, Ekselius L. Excess cause-specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study. Br J Psychiatry. 2015;207(4):339–45.

87. Borschmann R, Barrett B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, et al. Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2013;202(5):357–64.

88. De Bolle M, De Clercq B, De Caluwé E, Verbeke L. Exploring the complexity of the childhood trait–psychopathology association: Continuity, pathoplasty, and complication effects. Dev Psychopathol [Internet]. 2016 Feb 28 [cited 2018 Jan 13];28(1):139–48. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25916837

89. Paris J. The outcome of borderline personality disorder: Good for most but not all patients. Am J Psychiatry. 2012;169(5):445–6.

90. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Risk factors for borderline personality in male outpatients. J Nerv Ment Dis [Internet]. 1994 Jul [cited 2018 Jan 14];182(7):375–80. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8021636

91. de Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. Psiquiatr Biol [Internet]. 2016;23(2):67–73. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001

92. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality

Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry [Internet]. 2007 Sep 15 [cited 2018 Jan 13];62(6):553–64. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17217923

93. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2008 Nov [cited 2018 Jan 13];118(5):410–3. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18644003

94. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. Am J Psychiatry [Internet]. 2005 Oct [cited 2018 Jan 14];162(10):1911–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199838

95. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry. 2001;158(2):295–302.

96. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder. N Engl J Med. 2011;21364(26):2037–42.

97. Coid J, Yang MIN, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S, Coid J, et al. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain AUTHOR ' S PROOF Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. 2013;423–31.

98. Quirk SE, Berk M, Pasco JA, Brennan-Olsen SL, Chanen AM, Koivumaa-Honkanen H, et al. The prevalence, age distribution and comorbidity of personality disorders in Australian women. Aust New Zeal J Psychiatry [Internet]. 2017 Feb 11 [cited 2018 Jan 14];51(2):141–50. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27245936

99. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(6):590–6.

100. Pérez A. Epidemiología. In: Roca M, editor. Trastornos de la personalidad.

Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004. p. 187–202.

101. Echeburúa, Enrique & Corral P. Avances En El Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos De Personalidad [Internet]. Vol. 25, Análisis y Modificacion de Conducta. 1999. p. 1–16. Available from: http://scholar.google.com/scholar?start=30&q=Trastorno+paranoide+de+la+personalidad&hl=es&as_sdt=0,5

102. Casanova L. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Ment [Internet]. 2014;37(5):443–8. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000500011&script=sci_arttext

103. Landeros-Herrera JE, Simental-Mendía LE, Rodríguez-Durán JL. Perfil psicosocial y percepción del apoyo familiar en adultos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):558–63.

104. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. Compr Psychiatry [Internet]. 2000 Nov [cited 2018 Jan 14];41(6):416–25. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11086146

105. Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2011 Jul [cited 2018 Jan 13];68(7):753–62. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727257

106. Kantojärvi L, Joukamaa M, Miettunen J, Läksy K, Herva A, Karvonen JT, et al. Childhood family structure and personality disorders in adulthood. Eur Psychiatry [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2018 Jan 13];23(3):205–11. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933807014502

107. White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI. Family studies of borderline

personality disorder: a review. Harv Rev Psychiatry [Internet]. [cited 2018 Jan 14];11(1):8–19. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866737

108. Macfie J, Swan SA. Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. Dev Psychopathol [Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 13];21(3):993–1011. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19583894

109. Mason PT, Kreger R. Stop walking on eggshells: Taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder. Oakland: New Harbinger Pubications; 2010. 235 p.

110. Giffin J. Family Experience of Borderline Personality Disorder. Aust New Zeal J Fam Ther [Internet]. 2008 Sep 1 [cited 2018 Jan 13];29(3):133–8. Available from: http://doi.wiley.com/10.1375/anft.29.3.133

111. Apfelbaum S, Gagliesi P. El trastorno Límite de la Personalidad. Rev m. 2004;132(7):295–302.

112. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. Fam Process [Internet]. 2005 Jun [cited 2018 Jan 13];44(2):217–25. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16013747

113. Top 40 Borderline Personality Disorder Blogs and Websites | BPD blogs [Internet]. [cited 2018 Jan 15]. Available from: https://blog.feedspot.com/borderline_personality_disorder_blogs/

114. Mosquera D. Diamantes en bruto (II) : manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Programa estructurado para profesionales [Internet]. Pléyades; 2013 [cited 2018 Jan 14]. Available from:

https://www.casadellibro.com/libro-diamantes-en-bruto-ii-2-ed-revisada/9788493774332/2233439

115. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. Schizophr Bull [Internet]. 2004 [cited 2018 Jan 13];30(3):481–91. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15631241

116. Pedersen D. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat [Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 14];55(1):39–50. Available from: http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/1 ESTIGMA Y EXCLUSION SOCIAL EN LA ENFERMEDAD MENTAL.pdf

117. Lohman MC, Whiteman KL, Yeomans FE, Cherico SA, Christ WR. Qualitative Analysis of Resources and Barriers Related to Treatment of Borderline Personality Disorder in the United States. Psychiatr Serv [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2018 Jan 13];68(2):167–72. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27691382

118. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Rev Colomb Psiquiatr. 2014;43(3):162–7.

119. Lana F, Sánchez-Gil C, Ferrer L, López-Patón N, Litvan L, Marcos S, et al. Efectividad de un programa terapéutico integrado para trastornos graves de la personalidad. Seguimiento pragmático de 36 meses. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2015;8(1):3–10.

120. García López M, Martín Pérez M, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 13];30(106):263–78. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n2/05.pdf

121. Paumard C, Rubio V, Granada JM. Programas especializados de Trastornos de

Personalidad. Norte Salud Ment. 2007;27:65–72.

122. Fallon P. Travelling through the system: The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2003;10(4):393–400.

123. Lindgren BM, Wilstrand C, Gilje F, Olofsson B. Struggling for hopefulness: A qualitative study of Swedish women who self-harm. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2004;11(3):284–91.

124. James PD. Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007;14(1998):670–8.

125. Warrender D. Borderline personality disorder and the ethics of risk management. Nurs Ethics [Internet]. 2017;96973301667946. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733016679467

126. Chiesa M, Drahorad C, Longo S, M. C, C. D, Chiesa M, et al. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. Br J Psychiatry [Internet]. 2000;177(AUG.):107–11. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed5&NEWS=N&AN=2000285523%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=11026948

127. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M, et al. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. Br J Psychiatry. 2015;207(2):173–4.

128. Foelsch PA, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorders. Sess Psychother Pract [Internet]. 1998 [cited 2018 Jan 13];4(2):67–90. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/%28SICI%291520-6572%28199822%294%3A2%3C67%3A%3AAID-SESS5%3E3.0.CO%3B2-5

129. Beck A. Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos De Personalidad. 1995;1–10.

130. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy : a practitioner's guide. Guilford Press; 2003. 436 p.

131. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder [Internet]. Guilford Press; 1993 [cited 2018 Jan 13]. 558 p. Available from: https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavioral-Treatment-of-Borderline-Personality-Disorder/Marsha-Linehan/9780898621839

132. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry [Internet]. 2010;9(1):11–5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20148147%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2816926

133. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1991 Dec [cited 2018 Jan 13];48(12):1060–4. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1845222

134. Chakhssi F, Kersten T, De Ruiter C, Bernstein DP. Treating the untreatable: A single case study of a psychopathic inpatient treated with Schema Therapy. Psychotherapy. 2014;51(3):447–61.

135. Díaz Curiel J. Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2001;21(78):051–70.

136. Stone MH. Borderline Personality Disorder: Treatment from the Contextual Perspective. Psychodyn Psychiatry [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Jan 14];45(1):1–21. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28248560

137. Jovanovic MD, Svrakic D. Integrative treatment of personality disorder. part i:

Psychotherapy. Psychiatr Danub. 2017;29(1):2–3.

138. Stringer B, van Meijel B, Karman P, Koekkoek B, Kerkhof AJFM, Beekman ATF. Collaborative care for patients with severe personality disorders: Analyzing the execution process in a pilot study (Part II). Perspect Psychiatr Care. 2015;51(3):220–7.

139. Gunderson JG. Trastorno límite de la personalidad : guía clínica [Internet]. Ars Medica; 2002 [cited 2018 Jan 13]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-trastorno-limite-de-la-personalidad-guia-clinica/9788497060332/852703

140. Avances en gestión clínica: Clamor por el fin de las guías de práctica clínica [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2016/11/clamor-por-el-fin-de-las-guias-de.html

141. Oldham JM, Gabbard GO, Soloff P, Spiegel D, Stone M, Phillips KA. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am Psychiatr Assoc [Internet]. 2001;October(March):1–82. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf

142. Antai-Otong D. Evidence-Based Care of the Patient with Borderline Personality Disorder. Nurs Clin North Am [Internet]. 2016;51(2):299–308. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.012

143. Dickens GL, Lamont E, Gray S. Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic, integrative literature review. J Clin Nurs. 2016;25(13–14):1848–75.

144. Lewis G, Appleby L. Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. Br J Psychiatry [Internet]. 1988 Jul 1 [cited 2018 Jan 13];153(1):44–9. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3224249

145. Lamph G. Raising awareness of borderline personality disorder and self-injury. Nurs Stand [Internet]. 2011;26(5):35–40. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011325807&site=ehost-live&scope=site

146. McGrath B, Dowling M. Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. Nurs Res Pract [Internet]. 2012;2012:1–10. Available from: http://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/601918/

147. Sansone RA, Sansone LA. Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. Innov Clin Neurosci. 2013;10(5–6):39–43.

148. Bowen M. Borderline personality disorder: Clinicians' accounts of good practice. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2013;20(6):491–8.

149. Bowen M, Mason T. Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality disordered patients. J Clin Nurs. 2012;21(23–24):3556–64.

150. Ferreres V, Pena-Garijo J, Ballester Gil de Pareja M, Edo S, Sanjurjo I, Ysern L. ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado? In uencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 1982 [cited 2018 Jan 13];32(114):271–86. Available from: http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16332/16178

151. Hermens MLM, van Splunteren PT, van den Bosch A, Verheul R. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. Psychiatr Serv [Internet]. 2011;62(11):1381–3. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22211222

152. Hill N, Geoghegan M, Shawe-Taylor M. Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the

multidisciplinary treatment of borderline personality disorder. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2016;23(6–7):347–56.

153. Marín JL, Fernández MJ, Guerrero F. Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad Drug treatment with personality disorders. Clínica y Salud [Internet]. 2007 [cited 2018 Jan 13];18(3):259–85. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a02.pdf

154. Baldwin DS, Kosky N. Off-label prescribing in psychiatric practice. Adv Psychiatr Treat [Internet]. 2007 Nov 2 [cited 2018 Jan 13];13(6):414–22. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1355514600004247/type/journal_article

155. Medrano J, Pacheco L, Zardoya M. Uso No Autorizado de Psicofármacos El nuevo Real Decreto 1015/2009. Norte Salud Ment [Internet]. 2009;(35):79–88. Available from: http://ome-aen.org/NORTE/35/NORTE_35_100_79-88.pdf

156. Ripoll LH. Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2013;15(2):213–24.

157. NICE. Nice Guidance.

158. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Treatment Rates for Patients With Borderline Personality Disorder and Other Personality Disorders: A 16-Year Study. Psychiatr Serv [Internet]. 2015;66(1):15–20. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201400055

159. Silk KR. The Process of Managing Medications in Patients with Borderline Personality Disorder. J Psychiatr Pract [Internet]. 2011 Sep [cited 2018 Jan 14];17(5):311–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21926526

160. Haw C, Stubbs J. Medication for borderline personality disorder: A survey at a secure hospital. Int J Psychiatry Clin Pract [Internet]. 2011 Nov 11 [cited 2018 Jan 13];15(4):270–4. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22122000

161. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Alvarez E, et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. Int Clin Psychopharmacol [Internet]. 2010 Nov [cited 2018 Jan 14];25(6):349–55. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20838221

162. Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. Br J Psychiatry. 2010;196(1):4–12.

163. Palomares N, Montes A, Díaz-Marsá M, Carrasco JL. Effectiveness of long-acting paliperidone palmitate in borderline personality disorder. Int Clin Psychopharmacol [Internet]. 2015 Nov [cited 2018 Jan 14];30(6):338–41. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26230268

164. Lee SS, Allen J, Black DW, Zanarini MC, Schulz SC. Quetiapine's effect on the SCL-90-R domains in patients with borderline personality disorder. Ann Clin Psychiatry [Internet]. 2016 Feb [cited 2018 Jan 13];28(1):4–10. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26855980

165. Tohen M. Pharmacologic Treatments for Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2018 Jan 14];171(11):1139–41. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25756626

166. Bradford R, Holt C. The Use of Psychotropic Drug Therapy in Borderline Personality Disorder: a Case Report. Psychiatr Danub. 2015;27:S371–4.

167. S. A. A review of NICE guidelines on the management of borderline personality disorder. Br J Med Pract [Internet]. 2016;9(1):no pagination-no pagination. Available from: http://bjmp.org/files/2016-9-1/bjmp-2016-9-1-a909.pdf%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed14&NEWS=N&AN=20160377790

168. Kendall T, Burbeck R, Bateman A. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. Br J Psychiatry. 2010;196(2):158–9.

169. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. Am J Psychiatry [Internet]. 2009;166(5):505–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19411373

170. 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.

171. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice : the clinician's guide. McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2004. 394 p.

172. Carrick R, Mitchell A, Powell RA, Lloyd K. The quest for well-being: A qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. Psychol Psychother Theory, Res Pract. 2004;77(1):19–33.

173. Oliveira DR De, Varela ND, Salud DEAALA. La investigación cualitativa en Farmacia . Aplicación en la Atención Farmacéutica. 2008;44.

174. Mastroianni P, Machuca M. La pedagogía de la autonomía para optimizar los resultados del tratamiento farmacéutico. 2012 [cited 2018 Jan 13]; Available from: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9239

175. Whitaker R, Álvarez JM. Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales [Internet]. [cited 2018 Jan 14]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-anatomia-de-una-epidemia/9788494381676/2623375

176. Moncrieff J. Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. 2013; Available from: https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2014/12/joanna-moncrieff-hablando-claro-una-introduccic3b3n-a-los-fc3a1rmacos-psiquic3a1tricos.pdf

177. Espejo J, Fernández-Llimós F, Machuca M, FAUS MJ. Problemas relacionados con medicamentos: definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. Pharm Care Esp. 2002;4:122–7.

178. Lee TH. A Broader Concept of Medical Errors. N Engl J Med [Internet]. 2002 Dec 12 [cited 2018 Jan 13];347(24):1965–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12477949

179. Ars. SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS. 2002 [cited 2018 Jan 13];43:3–4. Available from: http://www.ugr.es/~ars/abstract/43-179-02.pdf

180. Borderline Personality Disorder | McLean Hospital [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://www.mcleanhospital.org/consumer-education/borderline-personality-disorder

181. González M, Abeijón J, Bustamante S, Elizagárate E, Larrínaga M, Lasa A, et al. Abordajes de los trastornos de la personalidad en la red de Salud Mental del País Vasco. Vitoira-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2008.

182. Sinclair J, Willmott L, Fitzpatrick R, Burns T, Yiend J, Clarke M, et al. Patients' experience of dangerous and severe personality disorder services: Qualitative interview study. Br J Psychiatry. 2012;200(3):252–3.

183. Nehls N. Borderline personality disorder: The voice of patients. Res Nurs Heal. 1999;22(4):285–93.

184. Avances en gestión clínica: Los tres retos de la calidad: percepción, seguridad y adecuación [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2016/12/los-tres-retos-de-la-calidad-percepcion.html

185. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The Patient Experience and Health Outcomes. N Engl J Med [Internet]. 2013 Jan 17 [cited 2018 Jan

14];368(3):201–3. Available from: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1211775

186. Bernabeu AA, Pablo GS de, Vallejo SG, Cabeza IG. Trastornos de la personalidad clínicamente más significativos: límite, obsesivo compulsivo y paranoide. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2015;11(84):5015–21. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541215001973

187. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-Analyses of Mood Stabilizers, Antidepressants and Antipsychotics in the Treatment of Borderline Personality Disorder: Effectiveness for Depression and Anger Symptoms. J Pers Disord [Internet]. 2009 Apr [cited 2018 Jan 13];23(2):156–74. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19379093

188. Bridler R, Haberle A, Muller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. Eur Neuropsychopharmacol [Internet]. 2015;25(6):763–72. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2015-24329-006

189. Wright N, Rowley E, Chopra A, Gregoriou K, Waring J. From admission to discharge in mental health services: A qualitative analysis of service user involvement. Heal Expect. 2016;19(2):367–76.

190. Warrender D. Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2015;22(8):623–33.

191. Lawn S, Mcmahon J. Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2015;22(7):510–21.

192. Pope C, Mays N. Qualitative Methods in Health Research. In: Qualitative Research in Health Care [Internet]. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; [cited 2018 Jan 13]. p. 1–11. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/9780470750841.ch1

193. Carrió S, Médica E. Aproximaciones a la medicina narrativa. 2006;

194. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come [Internet]. Vol. 33, Educational Researcher. American Educational Research Association; [cited 2018 Jan 13]. p. 14–26. Available from: https://www.jstor.org/stable/3700093

195. Nigenda G, Langer A. Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública: Situación Actual y Perspectivas.

196. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. Cien Saude Colet [Internet]. 2012;17(3):613–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300006&lng=es&tlng=es

197. M. Martín-Crespo AS. El muestreo en investigación cualitativa. Nure Investig [Internet]. 2007;27(1):1–4. Available from: http://ceppia.com.co/Documentos-tematicos/INVESTIGACION-SOCIAL/MUESTREO-INV-CUALITATIVA.pdf

198. Serbia JM. Diseño, Muestreo Y Análisis En La Investigación Cualitativa. 2007;7(2007):3–123. Available from: www.hologramatica.com.ar%0Awww.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica

199. López RE, Deslauriers J-P. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Margen61. 2011;19.

200. Vargas I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Rev Calid en la Educ Super. 2012;3(1):119–39.

201. Márquez Pérez E. Reflexiones sobre cómo construir el proyecto de tesis doctoral

desde la perspectiva cualitativa. Tierra Firme [Internet]. 2008;XXVI:387–405. Available from: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-29682008000300006&lng=es&nrm=i

202. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: prespectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2002;5(76):423–36. Available from: http://www.index-f.com/cuali/ANALISIS.pdf

203. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit [Internet]. 2007 [cited 2018 Jan 14];13(13):71–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009

204. Vázquez Navarrete ML. Introduccion a las tecnicas cualitativas de investigacion aplicadas en salud. [Internet]. Barcelona UA de, editor. Barcelona; 2006. Available from: https://www.agapea.com/Servei-de-Publicacions-de-la-Universitat-Autonoma-de-Barcelona/Introduccion-a-las-tecnicas-cualitativas-de-investigacion-aplicadas-en-salud-i1n335876.jpg

205. Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Cruz-Piqueras A. El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. Index de Enfermería. 2002;36–37:24–8.

206. López-Ibor J, Pérez A, Rubio V. EXAMEN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD [Internet]. Madrid: Meditor; 1996 [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41913/1/9788487548307_Modulo-CIE-10_spa.pdf

207. Pérez Urdániz A, Rubio V, Gómez M. Cuestionario Salamanca de trastornos de Personalidad. 2008.

208. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969;3:76–9.

209. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2018 Jan 13];118(13):493–9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775302724299

210. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Corominas A, Adán A, Sánchez J, et al. [Validation of the Spanish version of the social adaptation scale in depressive patients]. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. [cited 2018 Jan 13];27(2):71–80. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10380180

211. Fonseca E. Propiedades psicométricas del Social Adaptation Self-evaluation Scale en adolescentes españoles. [Internet]. Psiquiatria.com. 2008. Available from: http://psiqu.com/2-15334

212. Martínez-Loredo V, Fernández-Hermida JR, Fernández-Artamendi S, Carballo JL, García-Rodríguez O. Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). Int J Clin Heal Psychol [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2018 Jan 14];15(3):274–82. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260015000538

213. BOE. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Of del Estado [Internet]. 2002;274:40126–32. Available from: https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf

214. BOE. Ley Orgánica 15 / 1999 , de 13 de diciembre , de Protección de Datos de Carácter Personal . 1999;1–25.

215. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del Cie para la

Profesión de Enfermería. 2005;1–12. Available from: http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf

216. Valdespino Gómez JL, García García MDL. Declaración de Helsinki. Gac Med Mex. 2001;137(4):391.

217. Aragón DB De, Aragón EG De. Datos Básicos de Aragón. Edición de 2014.

218. ·CIS·Centro de Investigaciones Sociológicas·Ficha del estudio [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=10382

219. Winsper C, Zanarini M, Wolke D. Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. Psychol Med [Internet]. 2012 Nov 5 [cited 2018 Jan 14];42(11):2405–20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22475090

220. Prinzie P, Onghena P, Hellinckx W, Grietens H, Ghesquière P, Colpin H. Parent and child personality characteristics as predictors of negative discipline and externalizing problem behaviour in children. Eur J Pers [Internet]. 2004 Mar 1 [cited 2018 Jan 14];18(2):73–102. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/per.501

221. Komsi N, Räikkönen K, Heinonen K, Pesonen A-K, Keskivaara P, Järvenpää A-L, et al. Transactional development of parent personality and child temperament. Eur J Pers [Internet]. 2008 Oct 1 [cited 2018 Jan 13];22(6):553–73. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/per.690

222. Cayn D, Pham-Scottez A. Anorexie mentale et trouble borderline : une pathologie du lien. Soins Psychiatr [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Jan 13];37(307):15–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27890269

223. Gorlin EI, Dalrymple K, Chelminski I, Zimmerman M. Diagnostic profiles of adult psychiatric outpatients with and without attention deficit hyperactivity disorder. Compr Psychiatry [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Jan 13];70:90–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27624427

224. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta europea de salud en España / Resultados [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

225. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. An ecological momentary assessment investigation of complex and conflicting emotions in youth with borderline personality disorder. Psychiatry Res [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2018 Jan 13];252:102–10. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28259033

226. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM. The Course of Marriage/Sustained Cohabitation and Parenthood Among Borderline Patients Followed Prospectively for 16 Years. J Pers Disord. 2015;

227. Jardin C, Sharp C, Garey L, Vanwoerden S, Crist N, Elhai JD, et al. Compelled to Risk: Does Sexual Compulsivity Explain the Connection Between Borderline Personality Disorder Features and Number of Sexual Partners? J Pers Disord [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Jan 13];31(6):738–52. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28072043

228. Frías Á, Palma C, Farriols N, González L. Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. Personal Ment Health [Internet]. 2016 Aug [cited 2018 Jan 13];10(3):216–31. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26840032

229. Hill J, Stepp SD, Wan MW, Hope H, Morse JQ, Steele M, et al. Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction. J Pers Disord [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Jan 13];25(6):789–805. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22217225

230. De Genna NM, Feske U, Larkby C, Angiolieri T, Gold MA. Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. Womens Health Issues [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 13];22(4):e371-7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22749198

231. Calvo N, Valero S, Ferrer M, Barral C, Casas M. Perfil clínico de impulsividad en el Trastorno Límite de Personalidad con Trastorno de Uso por Sustancias Comórbido. Actas Esp Psiquiatr. 2016;44(4):145–52.

232. Rogers B, Acton T. "I think we"re all guinea pigs really': A qualitative study of medication and borderline personality disorder. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012;19(4):341–7.

233. Holm AL, Severinsson E. The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature. Int J Ment Health Nurs. 2008;17(1):27–35.

234. Wilkins TM, Warner S. Women in special hospitals: understanding the presenting behaviour of women diagnosed with borderline personality disorder. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2001 Aug [cited 2018 Jan 14];8(4):289–97. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11882141

235. Kolly S, Despland J-N, de Roten Y, Marquet P, Kramer U. Therapist Adherence to Good Psychiatric Practice in a Short-Term Treatment for Borderline Personality Disorder. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2016;204(7):489–93. Available from: http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005053-201607000-00001

236. Adler DA. Whither Borderland? Psychiatr Serv [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 13];66(1):1–1. Available from: https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.660102

237. Gault I. Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory

treatment in community mental health services. Health Soc Care Community [Internet]. 2009 Sep 1 [cited 2018 Jan 13];17(5):504–13. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2524.2009.00847.x

238. Sansone RA, Wiederman MW. Sex and age differences in symptoms in borderline personality symptomatology. Int J Psychiatry Clin Pract [Internet]. 2014 Jun 13 [cited 2018 Jan 14];18(2):145–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24236907

239. Dhadda A, Greene G. "The Healthy Migrant Effect" for Mental Health in England: Propensity-score Matched Analysis Using the EMPIRIC Survey. J Immigr Minor Heal [Internet]. 2017 Apr 7 [cited 2018 Jan 13]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28389831

240. Datos Básicos - Instituto Aragonés de Estadística - Departamentos y Organismos Públicos - Gobierno de Aragón [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonesEstadistica/AreasGenericas/DatosBasicos

241. De Educación M, Deporte CY. Sistema estatal de indicadores de la educación 2014. [cited 2018 Jan 13]; Available from: http://www.mecd.gob.es/dctm/inee/indicadores-educativos/seie-2014/seie2014-libro-completo-4062014-f.pdf?documentId=0901e72b8197c344

242. Corbella S, Botella L. La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. An Psicol. 2003;19:205–21.

243. Gómez B, Val E, Alonso I. La Capacidad Intelectual Límite: La Gran Olvidada. Int J Dev [Internet]. 2016;2:365–72. Available from: http://infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/33

244. Piñeiro A, Cervantes J, Ramírez M, Ontiveros M, Ostrosky F. Evaluación de las funciones ejecutivas, inteligencia e impulsividad en mujeres con trastorno limite de la personalidad (TLP). Rev Colomb Psicol. 2008 Jan 1;17:105–14.

245. Unoka Z, J. Richman M. Neuropsychological deficits in BPD patients and the moderator effects of co-occurring mental disorders: A meta-analysis. Clin Psychol Rev [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Jan 14];44:1–12. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26708387

246. González L. Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: motivaciones subyacentes, "modus operandi" y relaciones víctima-victimario. Psicopatología Clínica Leg y Forense. 2007;7(28223):19–39.

247. Maraz A, van den Brink W, Demetrovics Z. Prevalence and construct validity of compulsive buying disorder in shopping mall visitors. Psychiatry Res [Internet]. 2015 Aug 30 [cited 2018 Jan 13];228(3):918–24. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26027442

248. Kokoulina E, Fernández Martínez R. Cuidados parentales en la infancia y trastorno límite de la personalidad. Psicol Conduct = Behav Psychol Rev Int Psicol clínica y la salud [Internet]. 2016;24(2):237–52. Available from: https://0-dialnet.unirioja.es.cataleg.uoc.edu/servlet/extart?codigo=5631620

249. Catalan A, Angosto V, Díaz A, Valverde C, de Artaza MG, Sesma E, et al. Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. Psychiatry Res [Internet]. 2017;251(February):78–84. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.017

250. Wapp M, van de Glind G, van Emmerik-van Oortmerssen K, Dom G, Verspreet S, Carpentier PJ, et al. Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Treatment Seeking Patients with a Substance Use Disorder: An International Multicenter Study. Eur Addict Res [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2018 Jan 14];21(4):188–94. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25832736

251. Zimmerman M, Chelminski I, Dalrymple K, Rosenstein L. Principal diagnoses in psychiatric outpatients with borderline personality disorder: Implications for

screening recommendations. Ann Clin Psychiatry [Internet]. 2017 Feb [cited 2018 Jan 14];29(1):54–60. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28207916

252. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Portal Plan Nacional sobre Drogas - Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) [Internet]. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm

253. Mackesy-Amiti ME, Donenberg GR, Ouellet LJ. Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2018 Jan 13];124(1–2):70–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22226707

254. Soloff PH, Chiappetta L. Suicidal Behavior and Psychosocial Outcome in Borderline Personality Disorder at 8-Year Follow-Up. J Pers Disord [Internet]. 2017;31:1–16. Available from: http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2017_31_280%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28263092

255. Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, Aguirre B, Galen G, Auerbach RP. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. Compr Psychiatry [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Jan 13];71:86–94. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649322

256. Terzi L, Martino F, Berardi D, Bortolotti B, Sasdelli A, Menchetti M. Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. Psychiatry Res [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Jan 14];249:321–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28152466

257. Naoum J, Reitz S, Krause-Utz A, Kleindienst N, Willis F, Kuniss S, et al. The role of seeing blood in non-suicidal self-injury in female patients with borderline

personality disorder. Psychiatry Res [Internet]. 2016 Dec 30 [cited 2018 Jan 14];246:676–82. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27829508

258. Koenig J, Thayer JF, Kaess M. A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. Psychol Med [Internet]. 2016 Jun 11 [cited 2018 Jan 13];46(8):1597–612. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26964517

259. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Am J Psychiatry [Internet]. 1997 Aug [cited 2018 Jan 14];154(8):1101–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9247396

260. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2002 Jun [cited 2018 Jan 14];190(6):381–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12080208

261. Kernberg OF 1928-. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico [Internet]. Paidós Ibérica; 2001 [cited 2018 Jan 13]. Available from: https://www.casadellibro.com/libro-desordenes-fronterizos-y-narcisismo-patologico/9788449310515/772550

262. Agnew G, Shannon C, Ryan T, Storey L, McDonnell C. Self and identity in women with symptoms of borderline personality: A qualitative study. Int J Qual Stud Health Well-being. 2016;11:1–9.

263. Marco JH, García-Alandete J, Pérez S, Botella C. El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Psicol Conductual. 2014;22:293–305.

264. Rodríguez Muñoz C, Cebrià Andreu J, Corbella Santomà S, Segura Bernal J,

Sobreques Soriano J, en Psicología L. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. Medifam. 2003;143(13):3–143.

265. Fumero A, Navarrete G. Personalidad y Malestar Psicológico: Aplicación de un Modelo de Redes Neuronales. Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica RIDEP. 2016;1(41):28–38.

266. Winter D, Koplin K, Lis S. Can't stand the look in the mirror? Self-awareness avoidance in borderline personality disorder. Borderline Personal Disord Emot Dysregulation [Internet]. 2015;2(1):13. Available from: http://www.bpded.com/content/2/1/13

267. Stang F, Rudolf S, Siemers F, Namdar T, Lange T, Mailänder P. Selbstverletzungen bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der Chir [Internet]. 2011 May 20 [cited 2018 Jan 14];82(5):433–41. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s00104-010-1970-y

268. Morioka D, Ohkubo F. Borderline Personality Disorder and Aesthetic Plastic Surgery. Aesthetic Plast Surg [Internet]. 2014 Dec 11 [cited 2018 Jan 14];38(6):1169–76. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25209530

269. Burgal Juanmartí F, Pérez Lizeretti N. Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: Una revisión. Papeles del Psicólogo - Psychol Pap [Internet]. 2017;37(1):148. Available from: http://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2832

270. Borschmann R, Trevillion K, Henderson RC, Rose D, Szmukler G, Moran P. Advance Statements for Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study of Future Crisis Treatment Preferences. Psychiatr Serv [Internet]. 2014;65(6):802–7. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201300303

271. Lubman DI, Hall K, Pennay A, Rao S. Managing borderline personality disorder and substance use - an integrated approach. Aust Fam Physician [Internet]. 2011 Jun [cited 2018 Jan 13];40(6):376–81. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21655482

272. Dean L, Falsetti SA. Treating patients with borderline personality disorder in the medical office. Am Fam Physician. 2013;88(2):140–1.

273. National Health and Medical Research Council. Caring for People with Borderline Personality Disorder: A Reference Guide for Health Professionals. 2013.

274. Helleman M, Goossens PJJ, Kaasenbrood A, van Achterberg T. Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. Int J Ment Health Nurs. 2014;23(5):442–50.

275. Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ. Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. Int J Neuropsychopharmacol [Internet]. 2011 Oct 15 [cited 2018 Jan 14];14(9):1257–88. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320390

276. Saunders EFH, Silk KR. Personality Trait Dimensions and the Pharmacological Treatment of Borderline Personality Disorder. J Clin Psychopharmacol [Internet]. 2009 Oct [cited 2018 Jan 14];29(5):461–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19745646

277. Knappich M, H??rz-Sagstetter S, Schwerth??ffer D, Leucht S, Rentrop M. Pharmacotherapy in the treatment of patients with borderline personality disorder: Results of a survey among psychiatrists in private practices. Int Clin Psychopharmacol. 2014;29(4):224–8.

278. Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to Borderline Personality Disorder: A Comparison of Combined Therapy and Single

Pharmacotherapy. Can J Psychiatry [Internet]. 2010 Feb 1 [cited 2018 Jan 13];55(2):74–81. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371005500203

279. Moran M. Social and Work Skills Keys to BPD Recovery. Psychiatr News [Internet]. 2012 May 4 [cited 2018 Jan 14];47(9):26a–26a. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/pn.47.9.psychnews_47_9_26-a

280. Soloff PH, Chiappetta L. Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. Am J Psychiatry. 2012;169(5):484–90.

281. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. Compr Psychiatry. 2001;42(2):144–50.

282. Holmes A, Hodge M, Lenten S, Fielding J, Castle D, Velakoulis D, et al. Chronic Mental Illness and Community Treatment Resistance. Australas Psychiatry [Internet]. 2006 Sep 25 [cited 2018 Jan 13];14(3):272–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16923037

283. Kealy D, Ogrodniczuk JS. Marginalization of Borderline Personality Disorder. J Psychiatr Pract [Internet]. 2010 May [cited 2018 Jan 13];16(3):145–54. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20485102

284. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017;74(4):319–28.

285. Yeomans F. Remnants of a Life on Paper: A Mother and Daughter's Struggle with Borderline Personality Disorderby Bea Tusiani, Pamela Tusiani, and Paula Tusiani-Eng. New York, Baroque Press, 2013, 336 pp., $28.95. Am J Psychiatry [Internet]. 2014;171(12):1341–2. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2014.14070881

286. Javaras KN, Zanarini MC, Hudson JI, Greenfield SF, Gunderson JG. Functional outcomes in community-based adults with borderline personality disorder. J

Psychiatr Res. 2017;89:105–14.

287. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research. Aquichán [Internet]. 2012;12(3):263–74. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf

288. De la Cámara Izquierdo C, Caro Rebollo FJ, Escusa Julián M, Galán Calvo FJ, Gracia López L, Martín Gracia A, et al. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave [Internet]. Guías de práctica clínica en el SNS / Ministerio de Sanidad y Política Social ; 2007-05. 2009. 1-168 p. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf

11. ANEXOS

Anexo I
Recursos en internet para ayuda y soporte a los cuidadores de personas con TLP

WEBSITES PARA AYUDA Y SOPORTE A LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON TLP

blogs.psychcentral.com

www.helpguide.org

www.nyp.org/bpdresourcecenter

www.borderlinepersonalitydisorder.com/family-connections

www.tara4bpd.org

www.nami.org/Find-Support/Family-Members-and-Caregivers

www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder

WEBSITES PARA ayuda y soporte a los cuidadores de personas con TLP EN ESPAÑA

www.amaitlp.org

www.tpgalicia.org

usuarios.discapnet.es

trastornodepersonalidadlimiteenmihija.wordpress.com

www.sin-limite.org

aeftpespana.blogspot.com.es

universotlp.activoforo.com

fundacionarmaitlp.com

avati-tlp.com

elvolcantp.blogspot.com.es

PUBLICACIONES PARA EL APOYO A LOS FAMILIARES DE PERSONAS CON TLP

www.madrid.org/bvirtual/BVCM009289.pdf

www.borderlinepersonalitydisorder.com/wp-content/uploads/2013/01/guidelinesspanishrevised.pdf

www.afenes.org

Anexo II
Entrevista semiestructurada

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

"Experiencia farmacoterapéutica en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad"

1. **Presentación**
   - Buenos días / tardes, ¿cómo está?
   - Mi nombre es ... Soy ... (profesión)
   - El objetivo de esta entrevista es conocer asuntos relacionados con el tratamiento farmacológico que usted lleva.
   - Por supuesto que la entrevista es voluntaria, y toda la información recogida es absolutamente confidencial. Para ello le solicitamos permiso para realizarla y hacer una grabación la finalidad de recoger correctamente toda la información y analizarla posteriormente.
   - Los datos que aporte y sus opiniones, son de gran valor para la mejora de la atención a pacientes con problemas como el suyo o similares.

2. **Preguntas generales**

   Vamos a hacerle algunas preguntas relacionadas con la enfermedad que usted padece y más adelante otras que tienen que ver con el tratamiento específicamente. Puede contestar a las que usted quiera o si no nos explicamos bien nos puede solicitar que aclaremos nuestras preguntas.
   - Usted tiene una enfermedad que en ocasiones se trata con medicamentos, cuénteme qué enfermedad padece y cuándo comenzó a notar sus síntomas.
   - ¿Cómo ha ido llevando el trastorno durante estos años?
   - ¿Ha cambiado mucho de profesionales?
   - ¿Qué profesionales le ven actualmente?
   - ¿Está satisfecho con ellos?

3. **Preguntas de transición**
   - ¿Cree que su enfermedad está controlada actualmente?
   - ¿Conoce todo lo relacionado con la patología: síntomas, tratamientos, etc.?
   - ¿Ha tenido crisis o empeoramientos?
   - ¿Qué le ha funcionado bien en esas ocasiones?

- ¿Quién le apoya? ¿A quién puede llamar en caso de necesidad?
- ¿Conoce otros recursos útiles para el trastorno límite de personalidad, tipo asociaciones, centros de día, etc.?
- Si tiene dudas respecto a su enfermedad, ¿a qué profesional pregunta?
- En caso de crisis o empeoramientos que no pueden esperar ¿dónde acude o a qué profesional puede llamar?
- Qué opinión cree que tienen los demás de usted, con respecto a su enfermedad, su familia, amigos, la sociedad.
- Qué opinión tiene de usted mismo con respecto a la enfermedad.

4. **Vamos a preguntarle ahora sobre aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico que haya tomado anteriormente.**
   - ¿Qué medicamentos ha tomado para el trastorno límite de la personalidad?
   - ¿Quién se los prescribió?
   - ¿Para qué sirve cada uno de ellos?
   - Indíqueme los que le han sido útiles y por qué.
   - ¿Alguno de ellos le ha dado problemas? ¿Qué problemas?
   - ¿Cómo los resolvió? ¿se los retiraron?
   - ¿Qué profesional puede asesorarle en estos problemas relacionados con la medicación?
   - ¿Conoce los fármacos genéricos? ¿Qué opina de ellos?
   - ¿Le ofrecieron alguna vez otros tratamientos que no fuesen medicamentos?
   - ¿Realizó alguno? ¿Qué resultados tuvo?

5. **Vamos a preguntarle ahora sobre aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico que toma actualmente.**
   - ¿Tiene algún problema en tomar medicamentos?
   - ¿Te preocupa algo de tomar medicamentos?
   - ¿Tiene anotada esta pauta en algún sitio?
   - ¿Alguien de su familia supervisa su tratamiento o usted se responsabiliza totalmente?
   - ¿Quién le hace sus recetas?
   - ¿Quién puede modificarle este tratamiento?

- ¿Cree que cuentan adecuadamente con usted a la hora de prescribir el tratamiento o modificarlo?
- ¿Sabe si debe tomar precauciones especiales con alguno de los medicamentos?
- ¿Piensa que en la actualidad está tomando el tratamiento que precisa?
- ¿Dónde guarda los medicamentos en su casa?
- ¿Es previsor, tiene suficientes para el próximo mes?
- ¿Guarda medicamentos que ya no toma por si en un futuro son necesarios?
- ¿Cree que usted conoce bien los medicamentos como para ajustar la dosis según cómo se encuentre?
- ¿Toma más medicamentos de los prescritos o más dosis de la recetada? ¿O menos?
- ¿Ha tomado medicamentos con intención de hacerse daño o de quitarse la vida?
- ¿Cree que es de las personas que pide muchos medicamentos a los médicos?
- ¿Piensa que tomar pocas pastillas es sinónimo de estar mejor?
- ¿Qué ocurriría si no tomase ningún medicamento?
- ¿Qué piensa la gente de tomar psicofármacos? ¿Usted oculta que los toma?
- ¿Ha usado a la vez medicación y drogas?

6. Preguntas para finalizar

- Bueno, ya vamos terminando la entrevista, ¿se ha sentido cómodo?
- ¿Hay alguna cosa más que quiera añadir o que no le hayamos preguntado?

7. Agradecimiento y despedida

- Hemos finalizado la entrevista, le agradecemos su colaboración, puede estar seguro que la información que nos ha transmitido redundará en una mejor atención a pacientes como usted.

Anexo III
Hoja informativa

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA

El ESTUDIO SOBRE EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD consiste en un proyecto de investigación que, a través de cuestionarios autoadministrados y entrevistas con el paciente (con una duración total aproximada de 90 minutos), se indagará sobre la percepción del mismo sobre sus tratamientos farmacológicos, y otros asuntos relativos a su patología de trastorno límite de la personalidad, como terapias seguidas, evolución y efectos de la enfermedad.

El objetivo de la investigación es conocer la experiencia farmacoterapéutica del paciente y se estima que este mayor conocimiento redundará en mejores tratamientos, más ajustados y efectivos para el trastorno límite de la personalidad. La participación en la investigación no supone ningún riesgo para el paciente ni alteración en su programa terapéutico, de igual modo que si decide retirarse de la misma.

La participación es voluntaria, los datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos. Sobre estos datos asisten al paciente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar en cualquier momento. La identificación de participantes será conocida únicamente por el investigador, asignándose un código a los registros utilizados.

Se informará de los resultados de la investigación a los pacientes que así lo soliciten, y si estos resultados produjesen hallazgos de importancia se transmitiría a todos los participantes.

En cualquier momento de la investigación el paciente puede decidir abandonarla, esto no conllevará ningún perjuicio para él ni alterará su proceso terapéutico en ningún sentido.

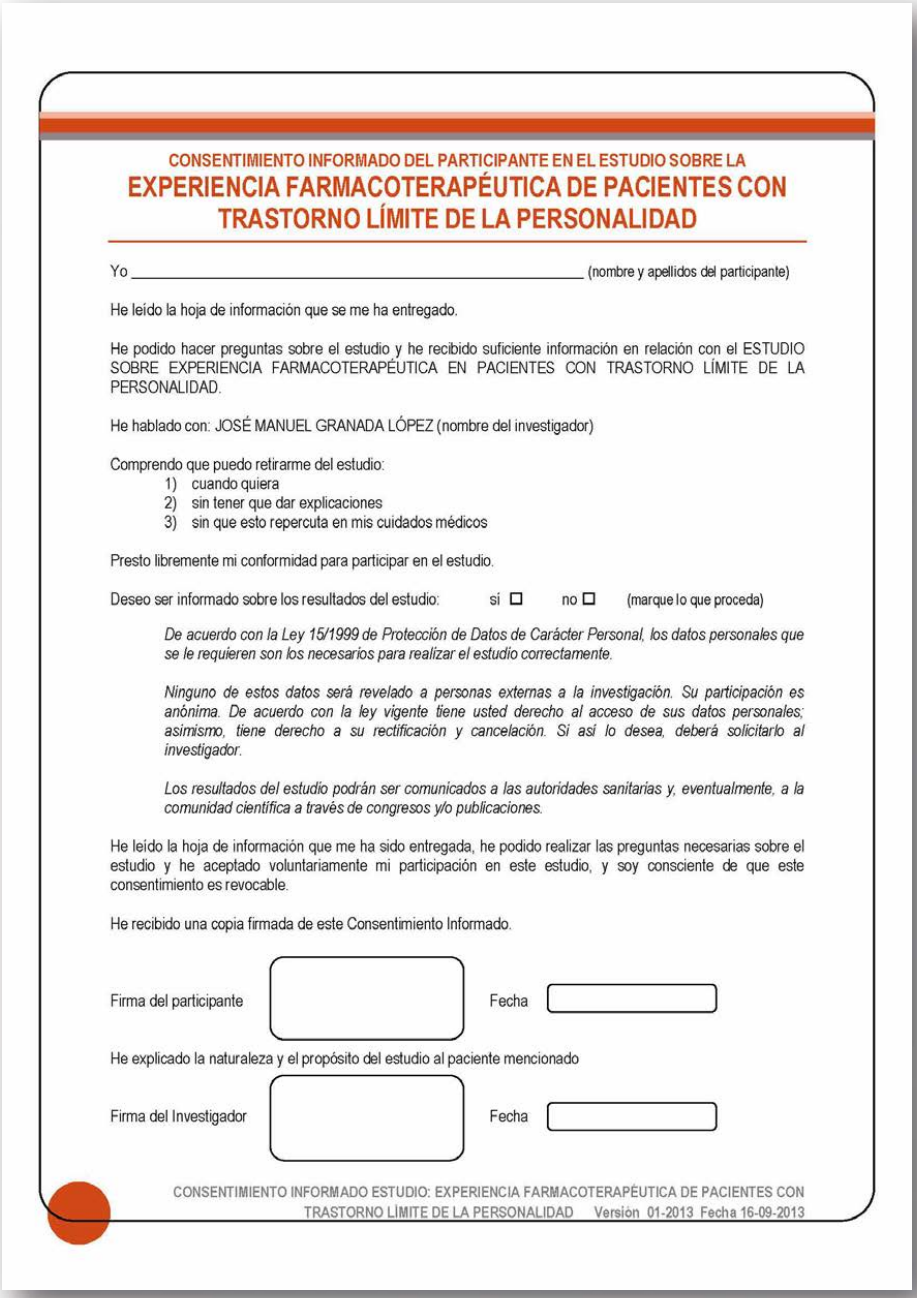
El proyecto es autofinanciado por el investigador, por lo que no existe conflicto de intereses con ninguna firma comercial u otras entidades.

Investigador: JOSÉ MANUEL GRANADA LÓPEZ Servicio de Psiquiatría, Hospital Ntra. Sra. de Gracia.
C/ Ramón y Cajal, 60 50004 Zaragoza. 976440022 ext. 13453

Fecha de entrega: Participante:

Investigador:

Anexo IV
Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO SOBRE LA

EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Yo _____ (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información en relación con el ESTUDIO SOBRE EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

He hablado con: JOSÉ MANUEL GRANADA LÓPEZ (nombre del investigador)

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1) cuando quiera
2) sin tener que dar explicaciones
3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí ☐ no ☐ (marque lo que proceda)

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se le requieren son los necesarios para realizar el estudio correctamente.

Ninguno de estos datos será revelado a personas externas a la investigación. Su participación es anónima. De acuerdo con la ley vigente tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al investigador.

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

He leído la hoja de información que me ha sido entregada, he podido realizar las preguntas necesarias sobre el estudio y he aceptado voluntariamente mi participación en este estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

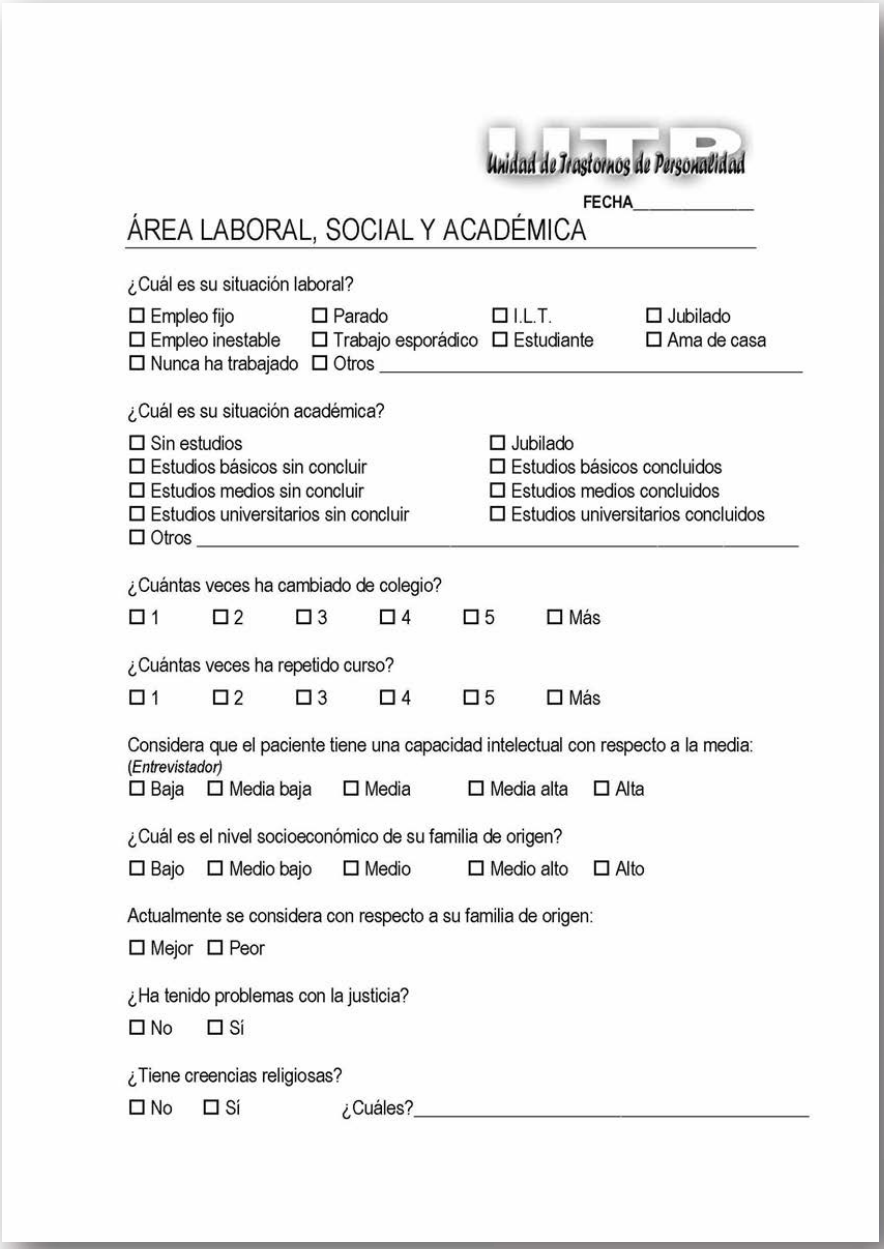
Firma del participante _____ Fecha _____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO: EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Versión 01-2013 Fecha 16-09-2013

Anexo V
Cuestionario UTP.



UTP
Unidad de Trastornos de Personalidad

FECHA_____

ÁREA LABORAL, SOCIAL Y ACADÉMICA

¿Cuál es su situación laboral?

☐ Empleo fijo ☐ Parado ☐ I.L.T. ☐ Jubilado
☐ Empleo inestable ☐ Trabajo esporádico ☐ Estudiante ☐ Ama de casa
☐ Nunca ha trabajado ☐ Otros _____

¿Cuál es su situación académica?

☐ Sin estudios ☐ Jubilado
☐ Estudios básicos sin concluir ☐ Estudios básicos concluidos
☐ Estudios medios sin concluir ☐ Estudios medios concluidos
☐ Estudios universitarios sin concluir ☐ Estudios universitarios concluidos
☐ Otros _____

¿Cuántas veces ha cambiado de colegio?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Más

¿Cuántas veces ha repetido curso?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Más

Considera que el paciente tiene una capacidad intelectual con respecto a la media:
(Entrevistador)

☐ Baja ☐ Media baja ☐ Media ☐ Media alta ☐ Alta

¿Cuál es el nivel socioeconómico de su familia de origen?

☐ Bajo ☐ Medio bajo ☐ Medio ☐ Medio alto ☐ Alto

Actualmente se considera con respecto a su familia de origen:

☐ Mejor ☐ Peor

¿Ha tenido problemas con la justicia?

☐ No ☐ Sí

¿Tiene creencias religiosas?

☐ No ☐ Sí ¿Cuáles?_____

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

¿Existen antecedentes psiquiátricos en su familia?

☐ No ☐ Sí (cumplimentar)

	Familiar	Diagnóstico
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

¿Cuántos hermanos son? (*indique sexo: hombre H, mujer M, y su lugar de orden entre ellos por nacimiento)*

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

¿Cómo definiría a su madre?

☐ Dominante ☐ Rígida ☐ Autoritaria ☐ Normal
☐ Blanda ☐ Débil ☐ Indiferente

¿Cómo definiría a su padre?

☐ Dominante ☐ Rígido ☐ Autoritario ☐ Normal
☐ Blando ☐ Débil ☐ Indiferente

¿Cómo ha sido la comunicación con sus padres?

☐ Nula ☐ Poca ☐ Normal ☐ Mucha ☐ Abundante

¿Su infancia la recuerda como?

☐ Feliz ☐ Normal ☐ Infeliz

¿En su infancia considera que ha hecho lo que ha querido?

☐ No ☐ Sí

¿Considera que su infancia ha sido sobreprotegida?

☐ No ☐ Sí

¿Habitualmente eran reprimidas sus "malas acciones"?

☐ No ☐ Sí

Usted ha sido tratado con respecto a sus hermanos:

☐ Mejor ☐ Igual ☐ Peor

¿Su parto fue normal?

☐ Sí ☐ No Especificar _____

Antes de los 14 años, ¿sus padres le llevaron a psicólogos, psiquiatras, pediatras o educadores, por trastornos de conducta, problemas de lenguaje, de alimentación o de eliminación?

☐ No ☐ Sí Especificar _____

¿Le hicieron alguna exploración con E.E.G.?

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia?

☐ Sí ☐ No

¿De niño era excesivamente movido, no podía estar quieto ni estar atento en el colegio?

☐ Sí ☐ No

¿Comenzó a andar antes de los 12 meses?

☐ Sí ☐ No

¿Comenzó a hablar antes de los 2 años?

☐ Sí ☐ No

EVOLUCIÓN CLÍNICA

¿Qué edad tenía cuando empezó por primera vez un tratamiento psiquiátrico o psicológico?
Edad _____ años ¿Con qué profesional?

☐ Psiquiatra ☐ Psicólogo ☐ Otros _____

¿Qué diagnósticos ha tenido (sondear)?

1.	3.
2.	4.

Si tiene más de 35 años, considera que la evolución es:

☐ Positiva ☐ Negativa

CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Ha tomado psicofármacos no prescritos por su médico?

☐ No ☐ Sí (Especificar) _____

¿Fuma?

☐ No ☐ Sí Nº cigarrillos / día ☐☐

¿Toma café?

☐ No ☐ Sí Nº tazas / día ☐☐

¿Toma alcohol?

☐ No ☐ Sí UBA / día ☐☐

1 UBA = 15 gr. Alcohol = 1 vaso vino 200 c.c. = 1/3 cerveza 330 c.c. = 1 combinado = 1º2 copa de licor

Ha tomado drogas:

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Habitualmente
Alcohol	☐	☐	☐	☐
Heroína	☐	☐	☐	☐
Cocaína	☐	☐	☐	☐
Anfetaminas	☐	☐	☐	☐
Speed	☐	☐	☐	☐
Alucinógenos	☐	☐	☐	☐
Otras	☐	☐	☐	☐

DINÁMICA AUTOLÍTICA

¿Ha pensado en suicidarse?

☐ No ☐ Sí ¿Cuántas veces? ☐☐

¿Ha intentado suicidarse?

☐ No ☐ Sí ¿Cuántas veces? ☐☐
¿De qué manera? _____
Fecha del último intento ☐☐☐☐☐☐

¿Ha tenido autolesiones impulsivas sin intención suicida?

☐ Sí ☐ No

ÁREA SEXUAL Y RELACIONAL

Considera su vida sexual:

☐ Satisfactoria ☐ Insatisfactoria

En su vida, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ Más

En la actualidad vive:

☐ Solo ☐ Padres ☐ Pareja ☐ Otros familiares ☐ Otros _____

En su vida social (amigos, colegio, trabajo, etc.) ¿ha tenido funciones de líder?

☐ Sí ☐ No

¿Ha mantenido alguna vez relaciones homosexuales?

☐ Sí ☐ No

Según su orientación sexual, usted se considera:

☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Heterosexual

¿Ha sido sometido en alguna ocasión a algún tipo de abuso sexual?

☐ No ☐ Sí ¿A qué edad? _____
(Entrevistador) Sondear la credibilidad del abuso.

Actualmente se considera como persona:

☐ Solo ☐ Abandonado ☐ Incomprendido ☐ Difícil para convivir

DINÁMICA EXISTENCIAL

En el ámbito existencial se considera:

☐ "Vacío" ☐ "Pleno"

¿Se considera emocionalmente inestable?

☐ Sí ☐ No

¿Se considera indeciso?

☐ Sí ☐ No

¿Toma decisiones?

☐ Pocas veces ☐ Muchas veces

Habitualmente sus decisiones son:

☐ Acertadas ☐ Desacertadas

Cuando sus asuntos le salen mal:

☐ Se queda indiferente ☐ Se enfada ☐ Culpa a los demás
☐ Se culpa usted ☐ Se deprime

¿Utiliza conductas manipuladoras y/o seductoras para conseguir lo que quiere?

☐ Sí ☐ No

A lo largo de su vida ¿ha sufrido complejos de tipo físico o psíquico?

☐ No ☐ Sí (Especificar) _____

Tiene o ha tenido problemas con su imagen corporal

☐ Sí ☐ No

Considera que necesitaría realizarse cirugía estética

☐ No ☐ Sí ¿La ha realizado ya? ☐ Sí ☐ No

¿Se considera inútil?

☐ Sí ☐ No

¿Cree que se complica la vida innecesariamente?

☐ Sí ☐ No

¿Considera que su vida está o estará irreversiblemente deteriorada?

☐ Sí ☐ No

TRATAMIENTOS PREVIOS

¿Con cuántos profesionales ha estado en tratamiento?

☐☐

¿Por qué los ha dejado?

☐ Ineficaces ☐ No le entendían ☐ Eran muy duros
☐ Sólo daban pastillas ☐ Otros _____

¿Ha estado en algún centro psiquiátrico?

☐ No ☐ Sí
☐ Unidad de Agudos ☐ Hospital Psiquiátrico ☐ Centro de Día ☐ Otros

¿Cuántas veces ha estado ingresado en el último año?

☐☐

¿Cuál es el periodo de tiempo más largo que ha estado sin síntomas?

☐ 1 mes ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ 18 meses ☐ Más _____

¿Ha recibido tratamiento no farmacológico previamente?

☐ No ☐ Sí (Especificar)

	Sí	No
TEC		
Apoyo psicoeducativo		
Psicoanálisis		
Terapia de grupo		
Psicoterapia cognitivo-conductual		

	Sí	No
Psicoterapia breve		
Terapia Familiar		
Intervención Social		
Rehabilitación		
Otras_____		

¿Ha recibido tratamiento farmacológico previamente?

☐ No ☐ Sí (Especificar)

	Sí	No
Neurolépticos		
Antidepresivos		
Anticonvulsivantes		

	Sí	No
Ansiolíticos		
Hipnóticos		
Otros		

_____
_____
_____

¿Cuántos psicofármacos ha tomado en su vida?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

¿Actualmente cumple las pautas de medicación?

☐ Sí ☐ No
☐ Toma irregularmente o a dosis más bajas
☐ Prácticamente se automedica
☐ No toma la prescrita
☐ Otras
_____

Síntomas extrapiramidales:

	No	Leve	Moderado	Grave
Distonía	☐	☐	☐	☐
Rigidez	☐	☐	☐	☐
Temblor	☐	☐	☐	☐
Acatisia	☐	☐	☐	☐
Hipocinesia / acinesia	☐	☐	☐	☐
Hipercinesia	☐	☐	☐	☐
Discinesia tardía	☐	☐	☐	☐

¿Recibe medicación antiparkinsoniana?

☐ No ☐ Sí (especificar)
☐ Biperideno (Akineton)
☐ Trihexifenidilo (Artane)
☐ Otra _____
Desde hace _____ meses
Dosis _____

VALORACIÓN DE COMORBILIDAD

(Entrevistador) ¿Con qué otros diagnósticos se podría hacer diagnóstico de comorbilidad?

Eje I *(Especificar)*

_____
_____
_____

Eje II *(Especificar)*

_____
_____
_____

TRATAMIENTO ACTUAL *(Nombre - Dosis)*

_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____
_____ - _____

DESCOMPENSACIONES PREVIAS

1. Descompensación: Fecha _____ Duración _____ días.
   Sintomatología predominante
   ☐ Afectiva o del estado del ánimo ☐ Psicótica ☐ Ansiosa
   ☐ Falta de control de impulsos ☐ Otros _____

   Causas desencadenantes _____

   Ingreso
   ☐ No ☐ Sí ¿Cuántos días? ☐☐

2. Descompensación: Fecha _____ Duración _____ días.
   Sintomatología predominante
   ☐ Afectiva o del estado del ánimo ☐ Psicótica ☐ Ansiosa
   ☐ Falta de control de impulsos ☐ Otros _____

   Causas desencadenantes _____

   Ingreso
   ☐ No ☐ Sí ¿Cuántos días? ☐☐

3. Descompensación: Fecha _____ Duración _____ días.
   Sintomatología predominante
   ☐ Afectiva o del estado del ánimo ☐ Psicótica ☐ Ansiosa
   ☐ Falta de control de impulsos ☐ Otros _____

   Causas desencadenantes _____

   Ingreso
   ☐ No ☐ Sí ¿Cuántos días? ☐☐

Anexo VI
Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón. Información requerida y respuesta.

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica
C.P. - C.I. PI14/00083
10 de septiembre de 2014

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 10/09/2014, Acta Nº 14/2014 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Experiencia farmacoterapéutica de personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad

Investigador Principal: José Manuel Granada López. H. Ntra Sra de Gracia

Versión protocolo: junio/2014
Versión hoja de información al paciente y consentimiento informado: v1 de 07/04/2014

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto**.

Lo que firmo en Zaragoza, a 10 de septiembre de 2014

Fdo:

GOBIERNO DE ARAGON
COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

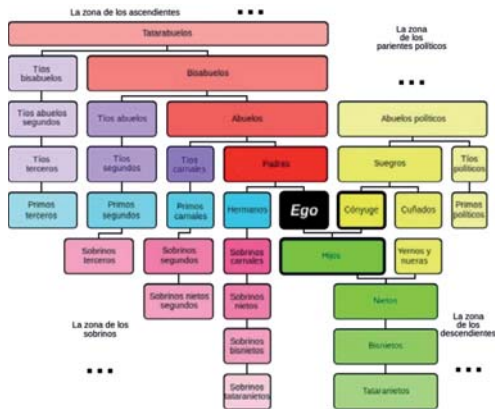
Dña. María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Tel. 976 71 48 57 Fax. 976 71 55 54 Correo electrónico mgonzalezh.ceic@aragon.es

Anexo VII
Antecedentes en familiares de enfermedad mental grave

ANTECEDENTES FAM. SM 1	ANTECEDENTES FAM. SM 2	ANTECEDENTES FAM. SM 3	ANTECEDENTES FAM. SM 4
MADRE DEPRESIÓN GRAVE	TIA MATERNA DEPRESIÓN GRAVE	TIO PATERNO SUICIDIO	TIO MATERNO ESQUIZOFRENIA
TIO MATERNO - ESQUIZOFRENIA			
PADRE - DEPRESIÓN GRAVE	ABUELO PATERNO - DEPENDENCIA DE ALCOHOL	TIA PATERNA - DEPRESIÓN GRAVE	
TIO PATERNO - ESQUIZOFRENIA	TIO PATERNO - DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS		
MADRE - DEPRESIÓN GRAVE	HERMANA - DEPRESIÓN GRAVE	TIA MATERNA - PSICOSIS	
TIA PATERNA - DEPRESIÓN GRAVE	MADRE - DEPENDENCIA DE ALCOHOL		
TIO PATERNO - DEPENDENCIA DE ALCOHOL			
ABUELO - DEPENDENCIA DE ALCOHOL			
TIA MATERNA - ESQUIZOFRENIA			
MADRE - TP GRAVE	ABUELA MATERNA - ESQUIZOFRENIA	ABUELO MATERNO - TP GRAVE	
MADRE - ESQUIZOFRENIA	HERMANA - DEPRESIÓN GRAVE		
MADRE - DEPRESIÓN GRAVE	TIO PATERNO - DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS		
PADRE - DEPRESIÓN GRAVE	TIO PATERNO - DEPENDENCIA DE ALCOHOL	MADRE - DEPRESIÓN GRAVE	
MADRE - DEPENDENCIA DE ALCOHOL	HERMANO - DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS		
MADRE - PARANOIA			
MADRE - DEPRESIÓN GRAVE			
HERMANO - DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS			
TIA MATERNA - PSICOSIS			
MADRE - DEPRESIÓN GRAVE			
PADRE - TOC			
PADRE - DEPRESIÓN GRAVE			
PADRE - DEPENDENCIA DE ALCOHOL	MADRE - DEPRESIÓN GRAVE	HERMANO - DEPENDENCIA DE ALCOHOL	
TIO PATERNO - DEPRESIÓN GRAVE			
HERMANO - ADICCIÓN TÓXICOS Y DEPRESIÓN GRAVE			
TIO MATERNO - SUICIDIO	TIO MATERNO - PSICOSIS		
PADRE - DEPENDENCIA DE ALCOHOL			
MADRE - TP PARANOIDE			
HERMANO - PSICOSIS			
PADRE - DEPENDENCIA DE ALCOHOL	HERMANA - DEPENDENCIA DE ALCOHOL		

Presencia de enfermedad mental grave (psicosis, trastorno bipolar, episodio depresivo grave, trastorno obsesivo compulsivo, adicción al alcohol y otras drogas, trastornos de la personalidad graves) y suicidio; en familiares de 1º a 3er grado.



Tomado de:
De Relatives_Chart.svg: Apartmento2derivative work: Rondador (talk) - Relatives_Chart.svg, CC BY-SA 2.5, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=5948555

DIAGNÓSTICO 1	DIAGNÓSTICO 2	DIAGNÓSTICO 3	DIAGNÓSTICO 4
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos	F60.3 - Trastorno límite de personalidad	
F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	F60.3 - Trastorno límite de personalidad	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto			
F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos			
F90-F98 Trastornos del comportamiento y Trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas			
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas			
F90-F98 Trastornos del comportamiento y Trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	
F90-F98 Trastornos del comportamiento y Trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F90-F98 Trastornos del comportamiento y Trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia		
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		

DIAGNÓSTICO 1	DIAGNÓSTICO 2	DIAGNÓSTICO 3	DIAGNÓSTICO 4
F90-F98 Trastornos del comportamiento y Trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]		
F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos			
F90-F98 Trastornos del comportamiento y Trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	F50 - Trastornos de la conducta alimentaria		
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	F63 - Trastorno de los impulsos		
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas			
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60.3 - Trastorno límite de personalidad		
F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]		
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos	F60.3 - Trastorno límite de personalidad	
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto			
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]		
F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F60.3 - Trastorno límite de personalidad		
F90-F98 Trastornos del comportamiento y Trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60.3 - Trastorno límite de personalidad	
F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60.3 - Trastorno límite de personalidad	
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	F50 - Trastornos de la conducta alimentaria		
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto			
F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F60.3 - Trastorno límite de personalidad		

DIAGNÓSTICO 1	DIAGNÓSTICO 2	DIAGNÓSTICO 3	DIAGNÓSTICO 4
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto			
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F40-F48 Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos	F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto	
F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto			
F50 - Trastornos de la conducta alimentaria	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		
F30-F39 Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	F60-F69 Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto		

Anexo VIII
Respuestas dadas a la pregunta de si tiene algún complejo físico

CALVICIE
CULO PLANO
ESTATURA - FEA - TONTA
ESTOY EN EL PUNTO DE MIRA
FALTA DE CULO
GORDA (4)
GORDA - MASTECTOMÍA
GORDA - PIES
GORDA - SUCIEDAD - BAJA
INTELIGENCIA
GORDA, PECHO GRANDE
GORDO - FEO
IMAGEN FÍSICA
INFERIORIDAD
INSEGURIDAD (2)
MANOS - CADERAS Y MUSLOS ANCHOS
MI CUERPO
MUCHO PECHO
NARIZ
NARIZ - ESTATURA
NO ME QUIERO
NO SE GUSTA FÍSICAMENTE - PESO
PECHO GRANDE - GORDA
PECHO PEQUEÑO
PESO Y FIGURA
PIES PLANOS - NARIZ
SER UN BICHO RARO
TODO SU CUERPO
TONTO POR DROGAS
TRIPA
TRIPA - CULO - PECHO
TRIPA - PECHO
TRIPA - PESO - RELACIONES SOCIALES
VOZ - PESO

Anexo IX

Pautas de tratamiento psicofarmacológico

	FÁRMACO 1	mg/día	FÁRMACO 2	mg/día	FÁRMACO 3	mg/día	FÁRMACO 4	mg/día	FÁRMACO 5	mg/día	FÁRMACO 6	mg/día	FÁRMACO 7	mg/día	FÁRMACO 8	mg/día
1	PALIPERIDONA	6	PREGABALINA	300	SERTRALINA	100	QUETIAPINA	600	TRAZODONA	100						
2	BUPROPION	300	CLONAZEPAM	0,5	LAMOTRIGINA	400	CARBAMAZEPINA	600	VENLAFAXINA	150	TRAZODONA	100	QUETIAPINA	75		
3	PAROXETINA	20	DULOXETINA	60	CARBAMAZEPINA	400	TOPIRAMATO	300	OLANZAPINA	25	LEVOMEPROMAZINA	25				
4	SERTRALINA	100	BENTAZEPAM	25	TRAZODONA	50										
5	QUETIAPINA	100	KETAZOLAM	90	TRAZODONA	200										
6	ESCITALOPRAM	20	BROMAZEPAM	9	LORMETAZEPAM	1	PREGABALINA	150	OLANZAPINA	10						
7	CLOMIPRAMINA	75	TOPIRAMATO	200												
8	VENLAFAXINA	75	CLONAZEPAM	5,5	LEVOMEPROMAZINA	25	PALIPERIDONA	6								
9	PREGABALINA	150	LORAZEPAM	2	CLONAZEPAM	4	PAROXETINA	40	DIAZEPAM	20	DISULFIRAM	500	TOPIRAMATO	200	CLOTIAPINA	40
10	VALPROATO	1250	RISPERIDONA	3	BIPERIDENO	2	ZONISAMIDA	100	QUETIAPINA	400	CICLOBENZAPRINA	10				
11	CITALOPRAM	60	LORAZEPAM	3												
12	TRAZODONA	100	PALIPERIDONA	18	BIPERIDENO	2										
13	TOPIRAMATO	200	TRAZODONA	100												
14	ZUCLOPENTIXOL INY	200	SERTRALINA	100	BIPERIDENO	2	QUETIAPINA	400	CLONAZEPAM	0,5						
15	TRAZODONA	100	ZOLPIDEM	10	PAROXETINA	20	LORAZEPAM	1	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	20						
16	VENLAFAXINA	150	TOPIRAMATO	200												
17	DESVENLAFAXINA	50	TOPIRAMATO	300	BENTAZEPAM	75	TRAZODONA	100								
18	DESVENLAFAXINA	100	ZONISAMIDA	300	DIAZEPAM	30	CARBAMAZEPINA	600								
19																
20	CLONAZEPAM	1,5	SERTRALINA	50	MIRTAZAPINA	30										
21	QUETIAPINA	450	GABAPENTINA	900												
22	VENLAFAXINA	150	QUETIAPINA	50	CLONAZEPAM	2										
23	TOPIRAMATO	200	TRAZODONA	100	SERTRALINA	150	CLONAZEPAM	2,5	HIDROXIZINA	25	QUETIAPINA	200				
24																
25	FLUOXETINA	40	TOPIRAMATO	400	RISPERIDONA	1	LORMETAZEPAM	2								
26	VALPROATO	500	PAROXETINA	40	QUETIAPINA	400										
27	CLONAZEPAM	3,5	QUETIAPINA	600												
28	MIRTAZAPINA	15	LORAZEPAM	3												
29	DULOXETINA	90	CLONAZEPAM	6	TRAZODONA	100	LORMETAZEPAM	1	QUETIAPINA	50						
30	ARIPIPRAZOL	15	CLOMETIAZOL	192	LITIO CARBONATO	800	MIDAZOLAM	7,5	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	100	SERTRALINA	100	CLONAZEPAM	2	FLURAZEPAM	30
31	LITIO CARBONATO	800	BUPROPION	300	CLOMIPRAMINA	75	QUETIAPINA	100	CLONAZEPAM	4						
32	GABAPENTINA	1200	CLONAZEPAM	2	ESCITALOPRAM	2	MIRTAZAPINA	30								
33	BUPROPION	150	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	35	TRAZODONA	25										
34	LORAZEPAM	3	CITALOPRAM	30	MIRTAZAPINA	30	QUETIAPINA	100	DIAZEPAM	15						
35	QUETIAPINA	400	SERTRALINA	200	TRAZODONA	100	ZOLPIDEM	10	CLONAZEPAM	6						
36	LORAZEPAM	3	LORMETAZEPAM	2												
37	OSCARBAZEPINA	1200														
38	CLOTIAPINA	40	METADONA	30	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	25	ZONISAMIDA	200	FLUOXETINA	20						
39	OSCARBAZEPINA	2400	ESCITALOPRAM	40	METILFENIDATO	36	CLONAZEPAM	6	TRAZODONA	100	CLOTIAPINA	80				
40	FLUOXETINA	60	TOPIRAMATO	400	QUETIAPINA	25										
41	GABAPENTINA	1200	ATOMOXETINA	80	PAROXETINA	10	ALPRAZOLAM	3								
42	DESVENLAFAXINA	100	QUETIAPINA	300	GABAPENTINA	900	LORAZEPAM	15								
43	HALOPERIDOL	3	TOPIRAMATO	400	FLUOXETINA	20										
44	VENLAFAXINA	75	GABAPENTINA	600	TOPIRAMATO	200										
45	VENLAFAXINA	150	QUETIAPINA	250	TRAZODONA	100	CLOTIAPINA	40	ZOLPIDEM	10						
46	QUETIAPINA	200	LORMETAZEPAM	2	ALPRAZOLAM	2										
47	BUPROPION	300	CLONAZEPAM	1,5	MIRTAZAPINA	30	LORMETAZEPAM	2								
48	LORAZEPAM	2	LORMETAZEPAM	2	VENLAFAXINA	150										

CASO	FÁRMACO INGRESO 1	FÁRMACO INGRESO 2	FÁRMACO INGRESO 3	FÁRMACO INGRESO 4	FÁRMACO INGRESO 5	FÁRMACO INGRESO 6	FÁRMACO INGRESO 7	FÁRMACO INGRESO 8
1	PALIPERIDONA	QUETIAPINA	PREGABALINA	SERTRALINA	TRAZODONA			
2	QUETIAPINA	LAMOTRIGINA	CARBAMAZEPINA	VENLAFAXINA	TRAZODONA	BUPROPION	CLONAZEPAM	
3	OLANZAPINA	LEVOMEPROMAZINA	CARBAMAZEPINA	TOPIRAMATO	PAROXETINA	DULOXETINA		
4	SERTRALINA	TRAZODONA	BENTAZEPAM					
5	QUETIAPINA	TRAZODONA	KETAZOLAM					
6	OLANZAPINA	ESCITALOPRAM	PREGABALINA	BROMAZEPAM	LORMETAZEPAM			
7	CLOMIPRAMINA	TOPIRAMATO						
8	LEVOMEPROMAZINA	PALIPERIDONA	VENLAFAXINA	CLONAZEPAM				
9	CLOTIAPINA	PREGABALINA	TOPIRAMATO	PAROXETINA	LORAZEPAM	CLONAZEPAM	DIAZEPAM	DISULFIRAM
10	QUETIAPINA	RISPERIDONA	VALPROATO	ZONISAMIDA	CICLOBENZAPRINA	BIPERIDENO		
11	CITALOPRAM	LORAZEPAM						
12	PALIPERIDONA	TRAZODONA	BIPERIDENO					
13	TRAZODONA	TOPIRAMATO						
14	ZUCLOPENTIXOL INY	QUETIAPINA	SERTRALINA	CLONAZEPAM	BIPERIDENO			
15	TRAZODONA	PAROXETINA	ZOLPIDEM	LORAZEPAM	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO			
16	VENLAFAXINA	TOPIRAMATO						
17	DESVENLAFAXINA	TRAZODONA	TOPIRAMATO	BENTAZEPAM				
18	DESVENLAFAXINA	ZONISAMIDA	CARBAMAZEPINA	DIAZEPAM				
19								
20	SERTRALINA	MIRTAZAPINA	CLONAZEPAM					
21	QUETIAPINA	GABAPENTINA						
22	QUETIAPINA	VENLAFAXINA	CLONAZEPAM					
23	QUETIAPINA	TOPIRAMATO	TRAZODONA	SERTRALINA	CLONAZEPAM	HIDROXIZINA		
24								
25	RISPERIDONA	TOPIRAMATO	FLUOXETINA	LORMETAZEPAM				
26	QUETIAPINA	VALPROATO	PAROXETINA					
27	QUETIAPINA	CLONAZEPAM						
28	MIRTAZAPINA	LORAZEPAM						
29	QUETIAPINA	DULOXETINA	TRAZODONA	LORMETAZEPAM	CLONAZEPAM			
30	ARIPIPRAZOL	SERTRALINA	CLOMETIAZOL	MIDAZOLAM	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	CLONAZEPAM	FLURAZEPAM	LITIO CARBONATO
31	QUETIAPINA	BUPROPION	CLOMIPRAMINA	CLONAZEPAM	LITIO CARBONATO			
32	GABAPENTINA	ESCITALOPRAM	MIRTAZAPINA	CLONAZEPAM				
33	BUPROPION	TRAZODONA	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO					
34	QUETIAPINA	CITALOPRAM	MIRTAZAPINA	DIAZEPAM	LORAZEPAM			
35	QUETIAPINA	SERTRALINA	TRAZODONA	ZOLPIDEM	CLONAZEPAM			
36	LORAZEPAM	LORMETAZEPAM						
37	OSCARBAZEPINA							
38	CLOTIAPINA	ZONISAMIDA	FLUOXETINA	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	METADONA			
39	CLOTIAPINA	OSCARBAZEPINA	ESCITALOPRAM	TRAZODONA	CLONAZEPAM	METILFENIDATO		
40	QUETIAPINA	TOPIRAMATO	FLUOXETINA					
41	GABAPENTINA	PAROXETINA	ALPRAZOLAM	ATOMOXETINA				
42	QUETIAPINA	GABAPENTINA	DESVENLAFAXINA	LORAZEPAM				
43	HALOPERIDOL	TOPIRAMATO	FLUOXETINA					
44	GABAPENTINA	TOPIRAMATO	VENLAFAXINA					
45	CLOTIAPINA	QUETIAPINA	TRAZODONA	VENLAFAXINA	ZOLPIDEM			
46	QUETIAPINA	LORMETAZEPAM	ALPRAZOLAM					
47	BUPROPION	MIRTAZAPINA	LORMETAZEPAM	CLONAZEPAM				
48	VENLAFAXINA	LORAZEPAM	LORMETAZEPAM					

NEUROLÉPTICOS	ANTICONVULSIVANTES	ANTIDEPRESIVOS	ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS	OTROS PSICOFÁRMACOS