

**MANEJO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD EN URGENCIAS Y SITUACIONES ESPECIALES**

María Luisa Barrigón Estévez, María Constanza Vera Varela, Enrique Baca García

marisabe@gmail.com

Trastorno limite de personalidad, crisis; urgencias

RESUMEN

En el trastorno límite de personalidad (TLP) las situaciones críticas que requieren atención urgente son frecuentes y variadas y su manejo es todo un reto para los clínicos. La más frecuente, pero no la única, de estas situaciones es la conducta suicida y parasuicida. En estos momentos de crisis, el clínico tiene que decidir una actuación rápida y eficaz, que respete la autonomía del paciente y al mismo tiempo controle riesgos de forma adecuada. Decidir en esos momentos si un ingreso hospitalario es pertinente no siempre es fácil, más si se llega a plantear de forma involuntaria.

INTRODUCCIÓN

En esta ponencia, revisaremos el manejo de las crisis en el TLP de una forma práctica, basándonos en las guías clínicas más recientes, para proporcionar una serie de pautas a los clínicos que se enfrentan a estas situaciones y así poder manejar adecuadamente las crisis de los pacientes con TLP con recomendaciones basadas en la evidencia científica.

El trastorno límite de personalidad (TLP), definido por primera vez en 1978 con un origen en el marco del psicoanálisis, se caracteriza por una sensibilidad extrema en las relaciones interpersonales, un self inestable, emociones intensas y cambiantes y conductas impulsivas y tiene la reputación en el ámbito de la psiquiatría de ser un trastorno intratable ¹

En las personas con TLP, la vivencia particular de diversos eventos adversos da lugar con una muy alta frecuencia a situaciones de crisis, con disfunción psicosocial, que puede durar de horas a semanas. Estas crisis se pueden presentar con una serie de síntomas y conductas, entre los que destacan las autolesiones e intentos de suicidio, pero también se presentan con síntomas variados como abuso de sustancias, comportamiento sexuales de riesgo, hurtos, atracones o purgas, agresión impulsiva, síntomas psicóticos transitorios, además de una intensa ansiedad, depresión e ira ²

Las crisis en las personas con TLP suelen ser motivo de consulta en servicios de urgencias psiquiátricos y suponen una situación de cierta complejidad, el paciente es atendido por un psiquiatra que no es el habitual, en ocasiones la intervención se desmarca del plan de
XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría
www.interpsiquis.com- abril 2019. Psiquiatria.com

MANEJO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD EN URGENCIAS Y SITUACIONES ESPECIALES

tratamiento integral del paciente y resulta fácil que en esta situación se pongan de manifiesto actitudes negativas de los clínicos hacia estos pacientes, lo que tiene que ver con aspectos tanto del trastorno (como la atribución a estos pacientes de ser manipuladores o el pesimismo sobre la recuperación), pero también del clínico (habilidades comunicacionales ajustadas) o del sistema (presión asistencial alta). Esto puede repercutir en un peor manejo del paciente, en que se realicen hospitalizaciones no necesarias o en el uso innecesario de medidas coercitivas o medicación³.

En el marco de la urgencia, para los clínicos es todo un reto responder de forma adecuada a estas situaciones con una correcta *intervención en crisis*⁴. La intervención en crisis debe centrarse en ayudar a la persona a recuperar un nivel más estable de funcionamiento mental, disminuir los síntomas, y prevenir el suicidio y las autolesiones. Siempre que sea posible, se debe de mantener la autonomía de la persona y garantizar la seguridad de ésta y de los demás, reduciendo sus emociones, impulsos y comportamiento hasta un nivel que pueda ser aceptable. Se debe evaluar el tratamiento que el paciente requiere, valorando la gravedad de la sintomatología y considerando la opinión del paciente además del apoyo de su entorno.

En el momento actual, las guías de práctica clínica que recopilan la información más reciente para el manejo de las crisis en las personas con TLP se basan en el consenso de expertos, ya que, pese a que se han realizado distintos ensayos clínicos en este ámbito, no se puede concluir que exista una intervención en crisis idónea que sobresalga en su efectividad sobre otras, como recoge una revisión Cochrane de 2012⁵

Con respecto a las guías clínicas, existen distintas de uso recomendable para el clínico que se recomiendan a continuación. Desarrolladas en nuestro entorno, destaca la "Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad", editada por el servicio de salud catalán². Internacionalmente, los autores recomiendan además de las guías británica⁶ y americana⁷, la información del proyecto australiano Project Air (<https://projectairstrategy.org/index.html>) dedicado a los trastornos de personalidad, donde se pueden consultar documentos de especial utilidad para el manejo de situaciones de crisis en pacientes con TLP

Por otra parte, si el clínico quiere conocer el estado más reciente de la investigación sobre el manejo de las crisis en el TLP, recomendamos la lectura del artículo de revisión de Shaikh y cols. publicado en 2017³, donde se recoge el resultado de los ensayos clínicos realizados hasta la fecha, con distintas aproximaciones de tratamiento como el uso de clonidina, olanzapina u oxitocina o terapia dialéctica conductual durante 6 meses. Además, nos resulta de interés especial el manejo de la crisis con ingresos breves que están realizando en Suecia⁸⁻¹⁰, en un ensayo clínico con resultados por publicar aún (Brief Admission Skåne randomized controlled trial)⁸⁻¹⁰

Pasando a un nivel práctico, en la siguiente tabla, recopilamos una serie de recomendaciones prácticas basadas en la guía NICE⁶ de manejo del TLP y en la guía Project Air¹¹

MANEJO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD EN URGENCIAS Y SITUACIONES ESPECIALES

Tabla 1. Recomendaciones básicas para el manejo de la crisis en personas con TLP

1	Mantener la calma, apoyar y no juzgar.
2	No mostrarse enfadado o escandalizado.
3	Centrarse en el "aquí y ahora", evitando temas que requieran discusiones más profundas como experiencias pasadas o eventos traumáticos a lo largo de la vida, que deberán ser abordados por el terapeuta habitual.
4	Validar las emociones del paciente.
5	Expresar empatía y preocupación genuinas.
6	Intentar entender la crisis desde el punto de vista del paciente, no minimizando la causa de la crisis.
7	Centrar la intervención en la búsqueda de soluciones junto con el paciente y siempre después de clarificar el problema, nunca ofrecerle soluciones basadas en nuestros conocimientos teóricos de su situación.
8	Valoración del riesgo (suicida).
9	Valoración del estado mental.
10	El manejo de la crisis no siempre requiere un ajuste farmacológico o inicio de nuevos fármacos.
11	Contar con el entorno familiar para el plan de tratamiento siempre que el paciente lo desee.
12	Hacer una indicación de derivación clara al terminar la intervención.

MANEJO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD EN URGENCIAS Y SITUACIONES ESPECIALES

Cuando atendemos a una persona con TLP en urgencias, es muy importante que la intervención no quede desligada del plan general asistencial del paciente, por lo que el psiquiatra que lo está valorando debería tener acceso al mismo, lo que desafortunadamente no siempre ocurre ¹⁸.

En la situación urgente, el clínico ha de manejar un complicado equilibrio para manejar la crisis y valorar el riesgo del paciente al tiempo que valida su sufrimiento le facilita ser partícipe activo de las decisiones que se tomen^{7,12}.

En este contexto, lo primero es evaluar el estado mental del paciente y descartar patologías comórbidas como depresión, psicosis o trastornos por uso sustancias y tras la valoración de los factores de riesgo tomar una decisión terapéutica, valorando la idoneidad de un ingreso hospitalario⁶. Con respecto a esto, la impresión general es que los ingresos en unidades de hospitalización breve no son útiles en las personas con TLP y la creencia general es que pueden contribuir a la escalada de conductas disruptivas y promover el fenómeno de puerta giratoria y en ocasiones contribuir a la desfuncionalización del paciente más que a su mejoría. No solo es la impresión de los clínicos lo que reflejamos aquí, sino que existen algunos estudios al respecto, especialmente centrados en la utilidad del ingreso para el manejo de la conducta suicida y así, hay autores que exponen como en ingreso no es útil para prevenir conductas suicidas o suicidios en pacientes con TLP con suicidalidad crónica ¹³. Centrándonos en las recomendaciones más recientes de las GPC, en los pacientes con TLP se indicaría un ingreso hospitalario después de un intento de suicidio grave o cuando se valore riesgo suicida agudo, en pacientes con pocos recursos personales y apoyo escaso en su entorno personal, cuando hay uno o más intentos de suicidio recientes, en pacientes con consumo de tóxicos, comorbilidad con trastornos afectivos, sintomatología psicótica, disminución del control de los impulsos, cuando se detecta riesgo inminente para otras personas y en casos de fracaso de tratamiento ambulatorio y de hospitalización parcial ^{2,7,14}. Incluir el ingreso hospitalario breve dentro de los posibles manejos de los pacientes con TLP ha demostrado beneficios, siempre que se incluya dentro de un plan integral de tratamiento y no como algo aislado ⁸.

Si estamos manejando una situación de riesgo agudo de suicidio, hay que identificar el sistema de apoyo primario del paciente y contactarlo. El clínico debe evitar las respuestas sobreprotectoras relacionadas con su propia ansiedad y en caso de considerar una hospitalización breve para contener la crisis, debe especificarse su duración e incluso negociarla con el paciente de antemano. En pacientes no conocidos o en los que no se tiene acceso al plan integral de tratamiento se recomienda realizar una evaluación de riesgo conservadora ¹¹

En caso de riesgo suicida crónico, la indicación de ingreso es dudosa y es de sobra sabido que lea hospitalización de día es mejor opción terapéutica. En general, se recomienda manejar el riesgo suicida crónico en el medio ambulatorio ¹³. El comportamiento de riesgo suicida crónico

MANEJO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD EN URGENCIAS Y SITUACIONES ESPECIALES

tiende a ser menos peligroso y, por lo general, son respuestas recurrentes al estrés que actúan como un medio para comunicar la angustia emocional. Sin embargo, conviene recordar la posibilidad de muerte accidental en el contexto de este tipo de conductas y la ambivalencia sobre la muerte que también puede formar parte del patrón.

Es preferible que la persona consulte con el mismo clínico cada vez que se presente a los servicios de salud mental ambulatorios ¹¹. Es recomendable evitar prácticas defensivas, que en una interesante encuesta muchos clínicos reconocen realizar, que no resultan beneficiosas para el paciente ¹⁵

Cuando se decide un ingreso hospitalario, lo ideal que se realice de forma voluntaria, integrado en un programa de continuidad de cuidados¹², lo recomendable es una duración inferior a dos semanas, y que los objetivos se centren en lograr la estabilización clínica y fomentar la adherencia de tratamiento ambulatorio^{11,16}. La duración y los objetivos se deben establecer en el momento del ingreso para evitar vínculos regresivos, idealizados o dependientes¹², hay implicar activamente al paciente y garantizar que la decisión del ingreso se basa en una comprensión explícita y conjunta de los posibles beneficios y efectos negativos⁶.

Durante el ingreso, el objetivo principal es realizar una intervención en crisis estructurada, además es el momento de realizar evaluaciones psicológicas, valorar diagnósticos comórbidos, valorar el grado de severidad y alteración en el funcionamiento psicosocial, desarrollar o reorganizar un plan de tratamiento integral, realizar cambios de tratamientos farmacológicos previos y derivar al dispositivo ambulatorio que corresponda^{2,12}. Se debe prevenir la exacerbación de los síntomas y el riesgo, ayudar al paciente a convertirse en un agente activo para asumir la responsabilidad de su propio progreso y estabilización mientras se vincula al paciente a una terapia apropiada y se elabora un plan de alta¹¹. Para conseguir estos objetivos debe existir simplicidad en las estructuras de las unidades de hospitalización con una jerarquía clara, funciones fijas y abordajes adecuados para el paciente. Desde el principio los objetivos deben establecerse con claridad aunque según la evolución del paciente pueden ser revisables¹².

MANEJO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN URGENCIAS Y SITUACIONES ESPECIALES

BIBLIOGRAFÍA

1. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 2018;4:18029.
2. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. 2011;323.
3. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Front Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 9 de junio de 2018];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2017.00136/full>
4. Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;CD009353.
5. Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. En: *The Cochrane Library* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009353.pub2/full>
6. Borderline Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment and Management NCC for M. Borderline Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment and Management. 1 edition. London: RCPsych Publications; 2009. 430 p.
7. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder [Internet]. 1.ª ed. Vol. 1. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006 [citado 9 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=54853>
8. Liljedahl SI, Helleman M, Daukantaitė D, Westrin Å, Westling S. A standardized crisis management model for self-harming and suicidal individuals with three or more diagnostic criteria of borderline personality disorder: The Brief Admission Skåne randomized controlled trial protocol (BASRCT). *BMC Psychiatry*. 2017;17:220.
9. Helleman M, Lundh L-G, Liljedahl SI, Daukantaitė D, Westling S. Individuals' experiences with brief admission during the implementation of the brief admission skåne RCT, a qualitative study. *Nord J Psychiatry*. 2018;1-7.
10. Liljedahl S, Helleman M, Daukantaitė D, Westling S. Brief Admission: manual for training and implementation developed from the Brief Admission Skåne Randomized Controlled Trial (BASRCT). [Internet]. Vetenskapscentrum för klinisk psykiatri, Region Skåne; 2017 [citado 14 de junio de 2018]. Disponible en: [http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/brief-admission-manual-for-training-and-implementation-developed-from-the-brief-admission-skaane-randomized-controlled-trial-basrct\(ea88e7bd-5538-45b2-a34d-c29546efd3bd\).html](http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/brief-admission-manual-for-training-and-implementation-developed-from-the-brief-admission-skaane-randomized-controlled-trial-basrct(ea88e7bd-5538-45b2-a34d-c29546efd3bd).html)

MANEJO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD EN URGENCIAS Y SITUACIONES ESPECIALES

11. Project Air Strategy for Personality Disorders, Grenyer BF, Jenner B, Jarman H, Illawarra Health and Medical Research Institute, New South Wales, et al. Treatment guidelines for personality disorders. 2015.
12. Guia del Trastorno Limite de la Personalidad. Guia del Trastorno Limite de la Personalidad (guia del profesional). Comunidad de Madrid; 2010.
13. Paris J. Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder? J Personal Disord. 2004;18:240-7.
14. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder (2012) NH and MR. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder (2012) | National Health and Medical Research Council [Internet]. 2013 [citado 10 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/mh25>
15. Krawitz R, Batcheler M. Borderline personality disorder: a pilot survey about clinician views on defensive practice. Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr. 2006;14:320-2.
16. Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía. Documento técnico. Atención a las personas con TLP. Documento tecnico [Internet]. 2011 [citado 10 de junio de 2018]. Disponible en: <http://saludenandalucia.es/csm/privado/VerDocumento.aspx?id=9282&tabla=DocumentosProfesionales>