

Introducción

El trastorno límite de personalidad (TLP) es una entidad que afecta a un 2% de la población general. Este porcentaje se incrementa hasta un 20 % cuando hablamos de población clínica (1). Tiene por tanto importantes repercusiones a nivel sanitario, económico y familiar. Es un tema que despierta gran interés siendo objeto de numerosas investigaciones en los últimos años. Hasta hace unos años el abordaje de este trastorno era fundamentalmente psicoterapéutico, pero actualmente la utilización de psicofármacos es una práctica habitual.

Pautas generales de tratamiento

Cómo en otras patologías, hay que evitar en la medida de lo posible la politerapia. Se trata de pacientes hiperfrecuentadores de la puerta de urgencias, demandantes de alivio sintomático inmediato y con dificultad para postergar ese alivio inmediato. Con frecuencia se van superponiendo tratamientos a lo ya pautado resultando posologías muy complejas y sin una base científica clara.

Otro error que suele ser frecuente es no esperar el tiempo suficiente a que los fármacos puedan ser efectivos. Por la idiosincrasia de este tipo de pacientes resulta complicado que tengan la paciencia de tomar un fármaco durante unos meses sin obtener respuesta. Incluso en los estudios que exponemos a continuación, la duración no se prolonga más allá de las ocho semanas debido a la inconstancia de los participantes.

Otra problemática que puede ocurrir es que demanden medicación para cambios transitorios del estado de ánimo. Dada la inestabilidad afectiva que existe en el TLP, debemos evitar modificaciones frecuentes de medicación para estados de ánimo transitorios.

Aunque resulte muy obvio, antes de emprender cualquier modificación terapéutica por ineffectividad, lo primero es asegurarnos que la cumplimentación de lo ya pautado es la correcta.

Otro factor a considerar es la no prescripción de benzodiazepinas por su potencial capacidad adictiva en un grupo de población con tendencia a las adicciones así como no pautar fármacos con potencialidad lítica como los antidepresivos tricíclicos. Aunque es

cierto que pueden ingerir cualquier fármaco con intencionalidad autolítica, también lo es que entraña un significado especial el utilizar para suicidarse la medicación prescrita por su psiquiatra, Asimismo, debemos evitar prescribir gran número de recetas en cada visita. “no me has tomado en serio cuando te dije que me quería suicidar y ahora vas y me mandas pastillas en cantidades industriales para que lo haga” (2).

Como ahora veremos, no existe ningún tratamiento claramente efectivo en el TLP, sin afán derrotista, hemos de transmitir esto a los pacientes, clarificando las expectativas del tratamiento farmacológico, sobre todo para evitar las atribuciones mágicas del tratamiento.

Opciones de tratamiento farmacológico.

Antes de exponer los resultados de la búsqueda bibliográfica realizada haremos mención al algoritmo de Soloff ya que fue el primer intento de sintetizar y ofrecer unas pautas claras de tratamiento. Aunque ya está superado, sigue apareciendo en algunos consensos de expertos como en la Guía de la APA 2001.

A modo de resumen lo que propone Soloff (3) en la Guía de la APA es lo siguiente: En el manejo de los síntomas de disregulación afectiva (labilidad emocional, ira inapropiada, estallidos de temperamento, crisis depresivas) la APA propone como primera línea terapéutica un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Si éste no es eficaz se recomienda cambiar a un segundo ISRS. Si se ha conseguido una eficacia parcial se recomendaría añadir bajas dosis de antipsicóticos para la ira o clonazepam para la ansiedad y/o cambiar por un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO). Como última opción se plantea el uso de los eutimizantes (litio, carbamazepina o valproato).

— En el control de síntomas impulsivos (agresividad impulsiva, automutilación, conducta autodestructiva) la APA mantiene los ISRS como primera opción terapéutica, dejando como segunda línea la utilización de dosis bajas de antipsicóticos. Si ambas estrategias fracasan se propone añadir eutimizantes o IMAO. Si después de seguir estas pautas no se ha conseguido eficacia se recomienda el tratamiento con antipsicóticos atípicos.

— Para el abordaje de las distorsiones cognitivas (referencialidad, suspicacia, ideación paranoide, desrealización, alucinaciones, etc.) se sugiere iniciar un tratamiento con

dosis bajas de antipsicóticos. Si la eficacia es parcial, la APA recomienda incrementar la dosis, y si, aun así, hay una eficacia parcial y están presentes síntomas afectivos la guía aconseja asociar ISRS o IMAO. En caso de eficacia parcial sin síntomas afectivos, se sugiere asociar neurolépticos atípicos o clozapina a dosis mayores.

Para conocer el estado de las últimas investigaciones sobre el tratamiento farmacológico de los TLP, realizamos una búsqueda en la base de datos MEDLINE y en la COCHRANE DATABASE limitándonos a los estudios de mayor jerarquía científica (revisiones sistemáticas y metanálisis) escritos en inglés o español. Utilizamos como descriptores "Borderline Personality Disorder"[Mesh] AND ("Treatment Outcome"[Mesh] OR "Clinical Protocols"[Mesh]). De los resultados obtenidos nos vamos a centrar en dos artículos que cumplen mejor nuestros objetivos.

El metanálisis de Nose et al (4) recoge los resultados de 20 estudios prospectivos, aleatorios, controlados con placebo que cumplen los criterios de inclusión. La mediana de seguimiento es de 8 semanas y comparan antipsicóticos, eutimizantes y antidepresivos con placebo. Según la literatura imperante se recogen en el TLP unas dimensiones nucleares sobre las que se intenta intervenir farmacológicamente y son las siguientes: inestabilidad afectiva e ira; impulsividad y agresividad; relaciones interpersonales; suicidio y funcionamiento global. En la primera dimensión son efectivos según el metanálisis fluoxetina, topiramato y lamotrigina. Para la impulsividad y agresividad y la normalización de las relaciones interpersonales obtienen un resultado estadísticamente significativo los antipsicóticos. En la disminución del suicidio los antidepresivos estudiados y los antipsicóticos no obtienen evidencias significativas. En la mejoría del funcionamiento global resultan efectivos los antipsicóticos (olanzapina y aripiprazol).

En una revisión sistemática de la colaboración Cochrane (5) expone como implicaciones prácticas de los resultados obtenidos las siguientes:

Para las personas con un TLP: Si se les ofrece medicación, las personas con TLP deben saber que la misma no se basa en datos sólidos de ensayos clínicos aleatorios. Sin embargo, tampoco significa que la medicación no vaya a producir un beneficio considerable, ya que no existen indicios de daños significativos.

Para los médicos: Pueden utilizarse diferentes tipos de antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo. La mayoría de los ensayos clínicos han sido pequeños, cortos y mal diseñados. Sin embargo, cualquiera de estos tratamientos podría ayudar, pero podría discutirse que su uso, regular o no, debería propugnarse ensayos clínicos aleatorios.

Para los gestores: Esta revisión sugiere que los datos son demasiado escasos para establecer una dirección específica a tomar, con excepción, quizás, de que esta importante área debería ser el centro de más investigaciones para asegurar que el tratamiento no se base en impresiones o modas sino en resultados claros y convincentes.

Como **conclusiones** podemos extraer:

- Queda mucho por hacer antes de tener un tratamiento farmacológico claramente efectivo para los TLP
- Existe un efecto positivo moderado en algunas dimensiones nucleares de los TLP
- Los estudios están hechos en condiciones experimentales, queda por determinar como trasladarlos a la práctica clínica
- Hay que señalar unos posibles factores de confusión: la presión de la industria farmacéutica para mostrar efectos positivos de los fármacos y la psicoterapia concomitante
- Como conclusión última, se hace necesario estimular nuevas investigaciones en este campo.

Bibliografía

- (1) Díaz- Marsá M, González Bardanca S, Tajima K, García-Albea J, Navas M, Carrasco JL. Tratamiento biológico del trastorno límite de la personalidad. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(1):39-49 .

- (2) Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg O. Assesment Phase, I: Clinical Evaluation and Treatment Selection. Combinations of TFP and other interventions. Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations. American Psychiatric Publishing. Inc.; 2008. p. 167-77.
- (3) American Psychiatric Association. Tratamiento del trastorno límite de personalidad. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2006. Guía de consulta rápida. Ars Médica; 2006. p. 159-79.
- (4) Nosé M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(6):345-53.
- (5) Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;25(1):CD005653.