



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN



“PROTOCOLO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Cabezas Francisco	Psiquiatra	12/12/2019	
	Cárdenas O. Javier	Psicólogo Clínico	12/12/2019	
	Sánchez Mirella	Psicóloga Clínica	12/12/2019	
Revisado por:	Sandra Genoveva Torres Dávila	Coordinadora Del Servicio De Especialidades En Salud Mental	12/12/2019	
	Álvarez Tania	Psiquiatra	12/12/2019	
	Gómez Coello Daniel	Psicólogo Clínico	12/12/2019	
	Muñoz Isolina	Psicóloga Infantil	12/12/2019	
	Proaño Andrea	Psicóloga Clínica	12/12/2019	
	Manolo Calero	Director Asistencial		
Aprobado por:	Mgs. María Fernanda Salazar	Gerente del Hospital General Docente de Calderón		

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración /revisión de este protocolo”

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	4
ALCANCE	4
DEFINICIONES Y CONCEPTOS	4
DIAGNOSTICO	6
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	9
TRATAMIENTO	10
CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	12
BIBLIOGRAFÍA	13



INTRODUCCIÓN

El área de Especialidades en Salud Mental desarrolla protocolos que guían la intervención en las patologías de mayor morbilidad que son atendidas en el Hospital General Docente de Calderón.

En este sentido, de acuerdo a datos del área de estadística del hospital, la cantidad de trastornos de personalidad diagnosticados en pacientes atendidos en consulta externa en el período 2016-2019 asciende a 651 de un total de 5203 atenciones de los cuales el 12% (78) corresponden al trastorno límite de la personalidad [TLP], y de estos, el 77,49% (60) son mujeres (1).

Al respecto, a nivel mundial, los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que este trastorno se presenta entre el 30 y el 60% de los pacientes con algún trastorno de la personalidad.

Se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, llegando incluso al 5,9% de prevalencia de vida (2) entre el 11 y 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas, y entre el 25 y el 50% en la población reclusa (3); siendo el grupo de mujeres las más afectadas, con una relación estimada de 3:1 respecto de los hombres, y la mayoría de pacientes con edad comprendida entre los 19 y 34 años, aunque también afecta entre el 0,9 -3% de la población general menor de 18 años, con datos que sugieren una tasa de prevalencia del 11% de pacientes adolescentes en servicios ambulatorios. La mayor parte de las personas que padecen este trastorno son de nivel socioeconómico bajo (4).

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con periodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias, con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones

En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral (4) por ello, su necesidad de contar con atención de manera oportuna, tanto en los servicios de emergencias como en consulta externa y hospitalización.

Al respecto, el servicio de especialidades en Salud Mental interviene en pacientes con cuadros clínicos que requieren cuidados de duración e intensidad ajustados a su curso de trastorno crónico o agudo en los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencias, mediante un equipo multidisciplinario con normativa específica que incluya a su familia y/o cuidadores.

OBJETIVO

Establecer pautas comunes de actuación de los profesionales de la especialidad de salud mental, para el diagnóstico y tratamiento de personas con trastorno límite de personalidad en consulta ambulatoria, hospitalización y emergencias del Hospital General Docente de Calderón.

ALCANCE

Este protocolo será de aplicación en los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencias.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

El Trastorno Límite de la Personalidad consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos (3). Sin embargo, han existido posturas que divergen en cuanto a su conceptualización y su presentación clínica que caracterizan esta entidad, debido a que en inicio no podían ser clasificadas en categorías neuróticas o psicóticas(4), por ello, se trató de asignarle varias denominaciones como: "esquizofrenia ambulatoria", "esquizofrenia pseudoneurótica", u "organización borderline de la personalidad"; hasta considerarlo como una forma grave de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y en los ~~estados neuróticos, o como un trastorno de los impulsos, e incluso como en la~~ Hospital General Docente de Calderón - Av. Giovanni Calles y Derbí, vía a Marianas, Calderón
• Teléfono: (02) 3952700 • Código postal: 170201 • www.hgdc.gob.ec •



actualidad- una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático por la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos (5).

Sin embargo, para la segunda mitad del siglo anterior se lo incorpora en el Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE10] (6) como "trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con dos subtipos, límite e impulsivo, bajo el código F60.3, y en la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSMV] como trastorno de personalidad límite con el código 301.83 (7).

De manera general, los trastornos de personalidad constituyen un conjunto de problemas psicológicos agrupados bajo una sección específica de los sistemas de clasificación internacionales, sin embargo, el trastorno límite de la personalidad (TLP), quizá sea el más heterogéneo de ellos en cuanto a la presentación de sus síntomas, uno de ellos, el que mayor preocupación causa en los servicios de salud, es el riesgo e intento suicida, puesto que la tasa de suicidios en personas con este trastorno es de hasta 10%, y de acuerdo a estudios epidemiológicos, se muestra que el 60-70% de estos pacientes llevan a cabo intentos de suicidio, y por término medio realizarán 3,3 intentos a los largo de su vida. Es por ello, que esta conducta sea destacada en ambos sistemas de clasificación (8).

Adicional, según el CIE10, en el TLP existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso, con una capacidad de planificación mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Existen dos variantes de este trastorno que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismos.

Respecto de la etiología del TLP, éstas son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. Sin embargo, la guía de práctica de la National Institute for Health and Clinical Excellence (3), describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el

estrés; factores psicosociales; y desorganización en la conformación de sus vínculos emocionales, concretamente, del proceso de apego. Pero recalca, que el conocimiento del que disponemos hoy en día en relación a los determinantes etiológicos del TLP es polémico ya que no existen datos suficientes que avalen la contribución de cada uno de ellos en la aparición del trastorno.

Por todo lo mencionado, para su manejo se requiere de un trabajo multidisciplinario y de un abordaje transdisciplinario, que motiva a normatizar los procedimientos de actuación por los profesionales de salud mental y que serán expuestas en este protocolo.

DIAGNOSTICO

Varios autores, acuerdan que el TLP es una entidad difícil de diagnosticar (3), sin embargo, en el país se utiliza para el diagnóstico de los trastornos mentales la CIE10, en el que el paciente debe presentar un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos.

A continuación se exponen la sintomatología, tomando en cuenta sus dos variantes:

Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3)

Tipo Impulsivo (F60.30)

Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número 2

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
2. Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.
3. Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.



5. Humor inestable y caprichoso.

Tipo limitrofe borderline (F60.31)

Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).

Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados del F60.30, además de al menos dos de los siguientes:

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

A continuación se detalla los procedimientos requeridos para el diagnóstico de personas con síntomas de TLP por consulta externa, hospitalización y emergencias.

Exámenes de gabinete

Para el apoyo diagnóstico y descartar comorbilidades se pedirá los siguientes exámenes de manera obligatoria:

- VDRL, VIH
- Biometría hemática, embarazo

Los siguientes exámenes se realizarán según sea el caso:

- Función hepática, tiroidea, renal
- Examen toxicológico
- Electroencefalografía
- Tomografía axial computarizada (en la primera atención)

Valoración en Consulta Externa y Hospitalización

- **Escalas de estratificación**

En los pacientes con presunción de diagnóstico de TLP, se obliga a detectar rasgos, síntomas y conductas que sean estables en el tiempo, invariables en los distintos contextos y que produzcan un malestar significativo y deterioro en el funcionamiento.

personal, social y laboral del sujeto (3). La valoración debe partir con informar al paciente o a algún miembro de la familia de la finalidad de la misma y los procedimientos a seguir en términos comprensibles, e incluirá:

- **Antecedentes psiquiátricos personales y familiares.** Consultas o ingresos anteriores por parte del paciente o algún miembro de la familia, para detectar situaciones de vulnerabilidad y valorar funcionalidad o no de tratamientos anteriores.
- **Historia Psicosocial.** Frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida y en el momento actual. Estructura familiar, antecedentes de abuso sexual, maltrato o negligencia; funcionamiento premórbido en el ámbito laboral y académico. En adolescentes, enfatizar en el funcionamiento social y académico, puesto que presentan mayor deterioro en estas áreas.
- **Exploración psicopatológica.** Detectar la sintomatología más relevante y valorar la presencia o no de patología comórbida que se menciona en el apartado de diagnóstico diferencial.
- **Exploración neuropsicológica.** Valorar funciones cognitivas, especialmente la atención y funciones ejecutivas. Si el paciente presenta consumo de drogas, autolesiones persistentes e intentos suicidas, se debe realizar una exploración de funciones cognitivas.
- **Valoración de factores de riesgo.** Evaluar consumo de drogas y riesgo suicida, para esto último utilizar escala de Plutchik.

Finalizada la valoración se debe explicar claramente al paciente los resultados de la misma.

Es importante la evaluación médica y la valoración física, que en este caso ya será registrada en la historia clínica y/o formularios de atención de hospitalización y emergencias (3,5).

Valoración en Servicio de Emergencias

Con mucha frecuencia, pacientes con TLP acuden a los servicios de emergencias por intento y/o conducta suicida, por ello su valoración puede resultar difícil por las



entre la conducta suicida y la conducta autolesiva no suicida; porque existe mayor comorbilidad en pacientes TLP suicidas otros diagnósticos, y por la influencia de la impulsividad (8). Ante esto, adicional a lo mencionado en la valoración de consulta externa y hospitalización, se debe:

- Identificar factores de riesgo y protectores de la conducta suicida: edad, sexo, autolesiones recientes, problemas actuales.
- Preguntar ideas, planes e intentos suicidas: Existencia planificación e ideación suicida.
- Evaluar estado mental. Descartar comorbilidades
- Distinguir entre riesgo crónico y riesgo agudo: Valorar daño a terceros, menores bajo su cuidado.
- Toma de decisión. Se decide ingreso hospitalario –aunque no siempre es de utilidad debido a valoración de factores de riesgo suicida-, o la transferencia a servicios de tercer nivel.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En lo que respecta a un diagnóstico diferencial, se debe descartar de inicio un trastorno orgánico (tumores cerebrales frontales y temporales, epilepsia, encefalopatías víricas); además de discriminar con otros trastornos de personalidad, y en el caso de presentar criterios para varios de ellos, deben diagnosticarse todos los trastornos (2,3,5)

De igual manera, diferenciar con otros diagnósticos del Eje I, como: trastorno bipolar (ambos comparten variaciones en el estado de ánimo; aunque la duración de éstos en más corta en el TLP), tomando en cuenta que existe una comorbilidad entre ambos de un 9%.

Por otra parte, también puede existir una comorbilidad con el trastorno distímico, considerando que la clave del diagnóstico del TLP es la presencia de sentimientos de vacío, el miedo al abandono, la desesperanza, falta de tolerancia a la frustración, conductas autolesivas en general. Existe una comorbilidad entre ambos de hasta un 37% (4)

Por otra parte, la comorbilidad en pacientes de TLP, en mayor medida es con la depresión, con una presencia en éste de entre el 40 y 87%; el consumo de drogas en varones y trastornos de la conducta alimentaria –bulimia- en mujeres; además del estrés postraumático, el trastorno de déficit de atención más hiperactividad, y los trastornos de personalidad: dependiente (50%), evitativo (40%), paranoide (30%), antisocial (20-25%) y el histriónico (25-63%)(7).

No se debe diagnosticar con TLP a aquellos pacientes que presenten discapacidad intelectual de moderada a grave (2,7)

TRATAMIENTO

Farmacológico

La reciente GPC del NICE (4) desaconseja el tratamiento farmacológico específico por síntomas (como la disregulación afectiva, la impulsividad-descontrol conductual y los síntomas cognitivos-perceptuales) para evitar la tendencia a la polimedicación.

Sin embargo, de acuerdo a estas guías y la práctica clínica en el hospital –y considerando las particularidades mencionadas-, se recomienda los siguientes medicamentos que constan en el cuadro básico del Ministerio de Salud Pública:

- Carbamazepina, empezar con dosis bajas 200mg dos veces al día y subir esperando cada semana hasta un promedio de 1200 mg día.
- Valproato empezar con dosis de 250mg dos veces al día y esperar cada semana hasta un promedio de 1500 mg día.
- Lamotrigina con inicio de 25 mg y subir muy lentamente titulando cada dos semanas, hasta un promedio de 200 mg día, y si se combina con Valproato se debe titular más lento.

No farmacológico

Con base en guías de práctica clínica en TLP, las intervenciones más eficaces son: intervenciones breves como la psicoeducación y terapias psicológicas individuales y grupales.

- **Intervención breve de psicoeducación.** Hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que padecen un trastorno mental con el objetivo de que el paciente entienda y sea capaz de manejar su enfermedad. Se refuerzan los puntos fuertes, los recursos y las habilidades propias de los pacientes para hacer frente a su situación, para evitar recaídas y contribuir a su propia salud y bienestar. Se recomienda como una intervención inicial, de baja intensidad administrada en periodos inferiores a 6 meses.
- **Terapias psicológicas individuales.** La que posee mayor evidencia para mejorar la sintomatología del TLP, la recuperación clínica y la calidad es la Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas que resalta la importancia de los esquemas cognitivos disfuncionales que se aprenden en la juventud (esquemas inadaptados precoces) y los procesos que hacen que sean inflexibles y que impiden un nuevo aprendizaje: mantenimiento, evitación y compensación de los esquemas. La intervención psicoterapéutica no debe ser menor a tres meses. De la terapia Cognitivo Conductual no existe suficiente evidencia para recomendar su uso en personas con TLP, así como tampoco de la Terapia Centrada en el Cliente. (3,5)

- **Terapias grupales.** Dentro de éstas, la terapia Grupal Interpersonal, entendida como una terapia de apoyo estructurada y limitada en el tiempo (8 meses), en la cual, el terapeuta presta atención a cuatro áreas principales: a) sensibilidad interpersonal, b) transiciones de rol, c) disputas interpersonales y e) déficits interpersonales, y las relaciona con los cambios en el estado de ánimo. Adicional también se recomienda la terapia Dialéctica Conductual para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, disminución de la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico (GC, 2011), así como la Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación, la cual se basa en la conceptualización multidimensional de la regulación emocional, y toma elementos de la terapia dialéctica conductual y la conductual tradicional. Se aplica en combinación con terapia individual semanal no específica y tiene una duración de 14 semanas (NICE 2009). Cabe aclarar, que por el momento en la Especialidad de Salud Mental del HGDC no se contempla realizar intervenciones grupales.
- **Tratamiento de especialidad:** Como se ha mencionado a lo largo del documento, el TLP presenta varias comorbilidades por lo que se debe interactuar con otras especialidades, como: Neurología, Medicina Interna, Endocrinología.

CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

- **Hospitalización:** Este diagnóstico en algunas ocasiones requiere hospitalización, por lo general después de un intento suicida grave, cuando hay uno o más intentos recientes, con consumo de drogas, sintomatología psicótica, comorbilidad con trastornos afectivos y varios fracasos en el tratamiento en centros ambulatorios o residenciales de mediana estancia.
- **Referencia/ Contrarreferencia:** El diagnóstico de este trastorno puede requerir referencia a un nivel de mayor complejidad, sobre todo por el riesgo suicida que puede presentar. La referencia se realizará de acuerdo a normativa vigente del MSP.
- **Alta y Referencia Inversa:** Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico y sobre todo del riesgo suicida, se trabajará con el paciente en consulta externa. Luego de terminado el programa terapéutico se enviará al paciente a unidades del primer nivel de atención.



BIBLIOGRAFÍA

1. HGDC E. Hospital general docente de calderón-morbilidades área de emrg. Quito; 2019.
 2. Social C de salud y bienestar. Atención a las personas con trastorno limite de la personalidad. España; 2012. p. 118.
 3. Ctalunya G de. Guia de práctica clínica sobre trastorno limite de la personalidad. España; 2011. 324 p.
 4. Caballo VCS. El trastorno limite de la personalidad: controversias. 2000;
 5. Consumo C de S y. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno limite de personalidad. Madrid; 2005. 84 p.
 6. Panamericana OS. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. EEUU; 1982.
 7. Esbec E, Echeburúa E. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5 : recursos y limitaciones limitations. 2014;32:255-64.
 8. Vera-varela C, Giner L, Baca-garcia E, Barrigón ML. Trastorno limite de personalidad: el reto del manejo de las crisis Constanza. Psiquiatr Biológica [Internet]. 2019;26(1):1-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.02.003>
 9. Stahl Stephen. (2015) Psicofarmacología esencial de Stahl. Guía del prescriptor. Quinta edición Lundbeck. España
- Stein, D, Lerer, B, Stahl S. (2013) Psicofarmacología Esencial Basada en la Evidencia. Segunda Edición Aula Médica. España.



ANEXOS

1. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
	Versión Inicial	N/A	001