



## Revisión

## Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis

Constanza Vera-Varela<sup>a,\*</sup>, Lucas Giner<sup>b</sup>, Enrique Baca-García<sup>a,c,d,e,f,g</sup> y María L. Barrigón<sup>a,c</sup><sup>a</sup> Departamento de Psiquiatría, IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España<sup>b</sup> Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla, Sevilla, España<sup>c</sup> Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España<sup>d</sup> Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España<sup>e</sup> Departamento de Psiquiatría, Hospital General de Villalba, Madrid, España<sup>f</sup> Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España<sup>g</sup> CIBERSAM (Centro de Investigación en Salud Mental), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 10 de diciembre de 2018

Aceptado el 5 de febrero de 2019

## Palabras clave:

Trastorno límite de personalidad

Crisis

Suicidio

Riesgo autolítico

Gesto autolesivo

## RESUMEN

El manejo del trastorno límite de personalidad puede ser un reto para el clínico, especialmente en el servicio de urgencias hospitalarias, donde se hacen necesarias decisiones rápidas que deben ser además las más beneficiosas y en conjunto con el paciente, favoreciendo su autonomía y participación en la resolución de la crisis.

En este artículo pretendemos revisar el manejo de la crisis de una forma práctica y, basándonos en las guías clínicas más recientes, proporcionar una serie de pautas a los clínicos que se enfrentan a estas situaciones para manejar adecuadamente las crisis con recomendaciones basadas en la evidencia científica que tenemos hasta ahora y claves para la valoración de la conducta suicida, que es uno de los motivos más frecuentes por lo que estos pacientes acuden a los servicios de urgencias. Finalmente revisaremos los diferentes manejos y encuadres, repasando las indicaciones de ingreso hospitalario, así como los objetivos del mismo.

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Borderline personality disorder: The challenge of crisis management

## ABSTRACT

Managing patients with borderline personality disorder can pose a substantial challenge for psychiatrists. This is especially the case when patients with this disorder are seen in the emergency room, as clinicians must make rapid decisions that balance clinical benefit and the will of the patient, fostering their autonomy and participation.

A review is presented in this article of the strategies for practical management of crises. Based on the most recent clinical guidelines, a series of insights are provided for facing these situations, including recommendations based on scientific evidence, as well as the key steps for assessing suicidal behaviour, which is one of the most frequent causes behind visits to the emergency department in this patient population. Finally, a review is presented on the different management approaches and frameworks, analysing the indications and aims of hospital admission.

© 2019 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Keywords:

Borderline personality disorder

Crisis

Suicide

Suicide risk

Self-injurious behaviour

## Introducción

El suicidio se cobra la vida de más de 800.000 personas en todo el mundo cada año<sup>1</sup> y es la segunda causa de muerte, después de

las muertes accidentales, en varones jóvenes a nivel mundial<sup>1,2</sup>. En las personas con trastorno límite de personalidad (TLP) se han encontrado tasas de suicidio de hasta un 10%<sup>3,4</sup>, mientras que los intentos de suicidio son aún más frecuentes<sup>5</sup> y se consideran uno de los motivos de consulta urgente más importantes de estos pacientes<sup>6</sup>. Así, estudios epidemiológicos muestran que el 60-70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio, y por término medio realizarán 3,3 intentos de suicidio a lo largo de su vida<sup>7</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cveravarela@gmail.com](mailto:cveravarela@gmail.com) (C. Vera-Varela).

Un hecho que destaca la importancia de la conducta suicida en el TLP es su inclusión en los criterios diagnósticos del trastorno, tanto en el DSM-5 como en la CIE-10. Así encontramos que en el DSM-5 se requiere de la presencia de «comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación» y en la CIE-10 de «reiteradas amenazas o actos de autoagresión»<sup>8,9</sup>.

En las personas con TLP la vivencia de eventos adversos puede dar lugar a momentos de desbordamiento emocional y generar disfunción psicosocial de días a semanas de duración. Estas situaciones de crisis son un motivo frecuente de atención en los servicios de urgencias y se presentan con una serie de síntomas y conductas disruptivas, entre los que destaca la conducta suicida.

### El manejo de la crisis en el trastorno límite de personalidad

El tratamiento del paciente con TLP supone un importante reto para el clínico en cualquiera de los encuadres en los que se les atiende. Los esfuerzos para tratar a estos pacientes se ven a menudo frustrados por el propio paciente, las conductas suicidas recurrentes y el incumplimiento terapéutico, dificultando el manejo en los dispositivos asistenciales<sup>10,11</sup>.

La atención en urgencias supone una situación de especial complejidad, siendo un encuadre en el que muchas veces se ponen de manifiesto actitudes negativas de los clínicos hacia estos pacientes<sup>10</sup>. En urgencias se debe realizar una correcta intervención en crisis, que se define como «la respuesta inmediata de uno o más individuos a la angustia aguda experimentada por otra persona, diseñada para garantizar la seguridad y la recuperación, y que no dura más de un mes»<sup>12</sup>.

En una revisión Cochrane de 2012 concluyeron que no existen pruebas basadas en ensayos clínicos aleatorios sobre el tratamiento de las crisis agudas en pacientes con TLP, por lo que no se pudo llegar a ninguna conclusión sobre la efectividad de una única intervención en crisis<sup>12</sup>. A fecha de hoy la situación sigue siendo parecida y, aunque se han desarrollado distintos ensayos clínicos y algunos muy interesantes están en curso, las recomendaciones del manejo de la crisis en el TLP que nos dan las guías de práctica clínica se siguen basando en el consenso de expertos<sup>13</sup>.

El tratamiento farmacológico es de uso común cuando un paciente se encuentra en una crisis, aunque no hay evidencia del uso de ningún medicamento específico o combinaciones. Se deben establecer los posibles riesgos de la prescripción, usar un solo medicamento y la dosis mínima efectiva<sup>14</sup>.

Las benzodiacepinas de vida media larga serían útiles durante la crisis, no obstante, hay que considerar que los pacientes con TLP tienen mayor riesgo de abuso y, en algunos casos, su utilización se ha asociado a un efecto paradójico de desinhibición conductual.

Otros fármacos utilizados son los antipsicóticos, de preferencia atípicos, de forma oral o inyectable. Actualmente se prefiere la utilización de anticonvulsivos del tipo de gabapentina o pregabalina que disminuirían la ansiedad y tendrían una acción específica sobre la disforia<sup>15</sup>.

Una vez resuelta la crisis se debe realizar una revisión del tratamiento farmacológico, valorando los beneficios, los efectos secundarios y el papel en la estrategia global de tratamiento<sup>14</sup>. Es importante tener especial cuidado en que el tratamiento farmacológico utilizado se mantenga dentro de las prescripciones habituales, evitando la polifarmacia, que es habitual en estos pacientes<sup>16</sup>.

En una revisión reciente<sup>10</sup> los autores recogen los resultados de distintos ensayos realizados en pacientes con TLP en el momento de la crisis. Se observó una disminución de la ideación suicida y síntomas disociativos con el uso de clonidina, una buena respuesta en agitación y reducción de la agresividad e irritabilidad con olanzapina, una mejoría de alteraciones conductuales con oxitocina y

una mejoría de la inhibición de respuesta de los estímulos faciales con el uso de hidrocortisona.

En un estudio realizado en el servicio de urgencias de un hospital general en Suiza, se investigó si la intervención en crisis durante la hospitalización breve era un manejo adecuado en pacientes con TLP que acudían por autolesiones. De los 200 pacientes con TLP, a la mitad de ellos se les dio de alta con el tratamiento indicado por el psiquiatra que lo evaluó en el servicio de urgencias, mientras que los 100 pacientes restantes tuvieron un ingreso de hospitalización breve, donde se realizó una intervención en crisis y al alta realizaron su seguimiento habitual. A los 3 meses de seguimiento se encontró una gran proporción de autolesiones y hospitalización en la muestra del estudio global. Sin embargo, las tasas fueron más bajas en el grupo que recibió intervención en crisis: 8% de autolesiones y un 8% de hospitalización psiquiátrica, frente al 17% y 56% en el grupo control<sup>17</sup>.

La intervención en crisis se considera el primer objetivo de los clínicos de los servicios de urgencias para el manejo de pacientes con TLP, que 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 mantener la autonomía de la persona y garantizar la seguridad de esta 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. El establecimiento de una actitud empática por parte de los clínicos permitirá un mejor manejo de las crisis para luego poder decidir el tratamiento. Por el contrario, una actitud negativa, ya sea por el estigma que pesa sobre este diagnóstico, el pesimismo sobre la recuperación, la frecuente presión asistencial o el déficit en habilidades comunicacionales, puede ser perjudicial tanto en el manejo de la crisis como para decidir un tratamiento al alta, lo que se reflejaría en hospitalizaciones y el uso de medicación innecesaria y aumento de medidas coercitivas<sup>10</sup>.

### El manejo de las crisis en urgencias: la actitud del clínico

En la [tabla 1](#) se recogen algunas recomendaciones de las guías clínicas más recientes para el manejo de la crisis en las personas con TLP<sup>14,18</sup>.

**Tabla 1**  
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 si el paciente así lo desea
12	Hacer una indicación de derivación clara al terminar la intervención

Basado en Borderline Personality Disorder<sup>14</sup> y Project Air Strategy for Personality Disorders<sup>18</sup>.

Posiblemente, lo más importante cuando atendemos a una persona con TLP en urgencias es que la intervención en ese ámbito no debe quedar desligada del plan general asistencial del paciente, por lo que el psiquiatra que lo está valorando debería tener acceso al mismo. En este punto la coordinación interniveles es imprescindible<sup>18</sup>.

El reto en los servicios de urgencias es manejar la crisis y valorar el riesgo al tiempo que se valida la situación de sufrimiento en que se encuentra el paciente y se le facilita ser partícipe activo de las decisiones que se tomen<sup>15,19</sup>. En el manejo de la crisis en el servicio de urgencias primero se debe evaluar el estado mental del paciente y descartar enfermedades comórbidas como depresión, psicosis y trastornos por uso sustancias, entre otras. Se deben explorar otras opciones antes de considerar el ingreso hospitalario, pudiendo plantearse un seguimiento adecuado dentro de un marco de tiempo acordado y, si es necesario, proponer un tratamiento farmacológico<sup>14</sup>.

### Valoración de la conducta suicida en los pacientes con trastorno límite de la personalidad

La valoración de la conducta suicida en pacientes con TLP puede resultar difícil por distintos motivos: 1) porque el riesgo puede ser agudo, crónico, o ambos y la actuación ante cada tipo de suicidalidad tiene que ser diferente<sup>19</sup>; 2) por la dificultad en distinguir entre la conducta suicida y la conducta autolesiva no suicida, así como valorar el riesgo de cada una<sup>19</sup>; 3) porque existe mayor comorbilidad en pacientes TLP suicidas con eje I y con otros diagnósticos del clúster B<sup>20,21</sup>; 4) por la influencia de la impulsividad, otro criterio diagnóstico de TLP, que ha sido descrita en varios modelos que explican la conducta suicida<sup>22,23</sup>. Las personas que realizan intentos de suicidio tendrían cierta predisposición individual, en parte como resultado de comportamientos impulsivo-agresivos que se incluyen el TLP, y que a su vez integrarían la cascada de desarrollo de riesgo suicida definiendo un endofenotipo conductual<sup>24,25</sup>. Por otro lado, no todos los suicidios están asociados con comportamientos impulsivo-agresivos, y en el momento de la evaluación del paciente es importante diferenciar la impulsividad como un estado, que se consideraría al acto, y un rasgo que correspondería a una característica del sujeto<sup>26</sup>. Además, tenemos que considerar que el antecedente de un intento de suicidio planificado no descarta la posibilidad de realizar un intento de suicidio impulsivo en el futuro<sup>27</sup>; 5) por las dificultades en la relación terapéutica que pueden limitar la colaboración del paciente en la prevención del suicidio; y 6) por último, es importante tener en cuenta que, incluso recibiendo un tratamiento adecuado, algunos pacientes se suicidan<sup>19</sup>.

El riesgo suicida se debe evaluar cuidadosamente y ser documentado de manera detallada en la historia clínica. Así mismo, es importante tomar en consideración las amenazas de suicidio y abordarlas con el paciente, así como tomar medidas para proteger al paciente de autolesiones graves en caso de riesgo de suicidio agudo. Por su parte, el riesgo suicida crónico se debe abordar en el proceso de terapia y establecer las medidas necesarias en caso de que la tendencia suicida se vuelva extrema. Hay que considerar la posibilidad de involucrar a la familia y a las personas cercanas si su participación es beneficiosa, considerando el previo consentimiento del paciente y la debida confidencialidad<sup>19,28</sup>.

Basándonos en las recomendaciones de un grupo australiano<sup>18</sup> sugerimos la siguiente secuencia en la valoración del riesgo suicida en pacientes con TLP:

1. Identificar factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida.
2. Preguntar por ideas, planes e intentos suicidas.

3. Evaluación del estado mental.
4. Distinguir entre riesgo crónico y riesgo agudo.
5. Toma de decisión.

*Identificar factores de riesgo y factores protectores.* Los factores de riesgo suicida estáticos incluyen: menor edad, sexo masculino, autolesiones recientes, antecedentes de autolesiones o de intentos de suicidio, antecedentes familiares de autolesiones o de intentos de suicidio y suicidio en el grupo de pares. Los factores de riesgo suicida dinámicos incluyen situaciones como problemas actuales en la relación con otras personas y dificultades económicas. Esta diferenciación de los factores de riesgo ayudará a determinar cómo el riesgo suicida ha cambiado con el tiempo y qué factor precipitó la escalada. También es importante valorar el riesgo psicosocial<sup>18</sup>.

*Preguntar por ideas, planes e intentos suicidas.* Valorar la existencia de ideación y/o planificación suicida y el acceso que tenga a los medios para llevarlos a cabo<sup>18</sup>.

*Evaluar el estado mental.* Descartar comorbilidades e identificar la existencia de factores relacionados con el aumento del riesgo suicida, como la depresión o la desesperanza. Además, un estado no comunicativo o disociativo requiere más atención<sup>18</sup>.

*Distinguir entre riesgo crónico y riesgo agudo.* Siempre deben de tomarse en serio las amenazas de suicidio de las personas con TLP, valorar el riesgo y el posible daño a otros, incluyendo menores a cargo<sup>18</sup>. En pacientes con TLP con riesgo suicida crónico los intentos activos para prevenir el suicidio, como el ingreso hospitalario y la observación excesiva, pueden no ser beneficiosos, o incluso favorecer una escalada del riesgo. En este caso los objetivos serán el ayudar a regular emociones intensas, a controlar la impulsividad, a construir una forma de vida significativa y mejorar la calidad de vida. Entre las personas con TLP que se autolesionan, una manera adecuada de identificar el riesgo suicida se basa en detectar cambios en el patrón, incluida la frecuencia, el tipo y el nivel de las autolesiones y del riesgo que presenta el paciente<sup>29</sup>.

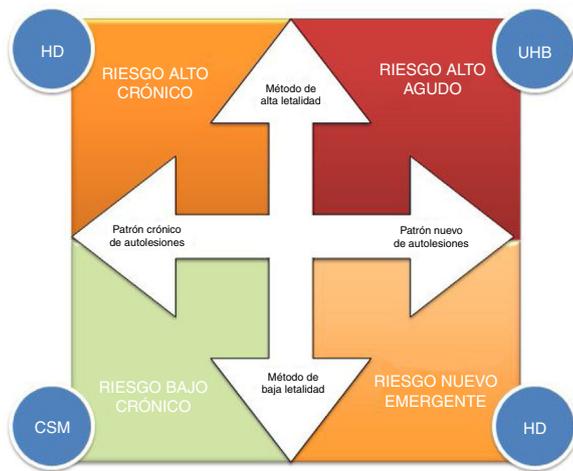
Los siguientes factores son indicadores de un aumento del riesgo suicida en personas con TLP en comparación con niveles de riesgo previos<sup>29</sup>:

- Cambios en el patrón habitual o tipo de autolesión.
- Cambio significativo en el estado mental (por ejemplo, empeoramiento de un episodio depresivo mayor, estado disociativo y síntomas psicóticos).
- Empeoramiento en el trastorno por uso de sustancias.
- Acudir a los servicios de salud en un estado altamente regresivo y poco comunicativo.
- Alta reciente después un ingreso hospitalario en una unidad de psiquiatría (en las últimas semanas).
- Alta reciente del tratamiento psiquiátrico debido al no cumplimiento de un contrato terapéutico.
- Acontecimientos vitales adversos recientes (por ejemplo, pérdida de una relación importante, problemas legales o dificultades económicas).

Otros factores asociados con un mayor riesgo de suicidio en personas con TLP que también hay que tener en cuenta incluyen<sup>29</sup>:

- Enfermedad psiquiátrica comórbida.
- Rasgos de personalidad antisociales o impulsivos o un trastorno de personalidad antisocial comórbido.
- Número y letalidad de intentos de suicidio previos.
- Historia de abuso sexual en la infancia.
- Experiencias de pérdida en la infancia.

En *figura 1*, basada en una figura similar de la guía de práctica clínica australiana de manejo del TLP<sup>29</sup>, ofrecemos una guía



**Figura 1.** Estimación del riesgo suicida basado en el comportamiento de la autolesión en pacientes con TLP.

CSM: centro de salud mental; HD: hospital de día; UHB: unidad de hospitalización breve.

Adaptado de Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder (2012)<sup>29</sup>.

para estimar el nivel probable de riesgo de suicidio basado en el comportamiento de autolesión.

Siguiendo la figura, un riesgo de suicidio relativamente bajo (zona verde, cuadrante inferior izquierdo) puede ser una persona que ha presentado autolesiones de baja letalidad de forma habitual. Sin embargo, el riesgo se puede incrementar si esa persona comienza a utilizar métodos potencialmente letales para lesionarse, indicando un riesgo alto de suicidio sostenido en el tiempo (zona naranja, cuadrante superior izquierdo). En ese caso, el tratamiento en un hospital de día puede ser más apropiado que el ingreso hospitalario, teniendo como objetivo el construir una forma de vida significativa y relaciones interpersonales satisfactorias. Si una persona con riesgo bajo crónico (zona verde, cuadrante inferior izquierdo) comienza presentar nueva sintomatología o un cambio en el patrón de las autolesiones, puede indicar un mayor riesgo suicida (zona ámbar, cuadrante inferior derecho). Un manejo adecuado sería valorar y tratar la enfermedad comórbida, la observación y la terapia psicológica. En una persona con riesgo alto crónico (zona naranja, cuadrante superior izquierdo) la aparición de nuevos síntomas o un cambio en el patrón de autolesiones puede indicar un riesgo suicida alto agudo (zona roja, cuadrante superior derecho). En ese caso se debe manejar la enfermedad comórbida y continuar con el plan de tratamiento, garantizando la seguridad de la persona y disminuir el riesgo a largo plazo. Se podría considerar el ingreso hospitalario breve como una opción para controlar el riesgo agudo<sup>29</sup>.

La evaluación del riesgo suicida en paciente con TLP no siempre es fácil, dado que muchas personas tienen antecedentes de conducta suicida, por lo que es importante conocer las razones de los comportamientos autolesivos y su finalidad. Las personas con TLP no solo realizan conductas autolesivas para quitarse la vida, a menudo las utilizan como un medio para sentir dolor físico, como castigo, para controlar sentimientos, superar el dolor emocional, expresar enfado, calmarse a sí mismo, o incluso, para prevenir el suicidio. También puede ser útil descifrar lo que la persona está comunicando al autolesionarse en el medio en que se desarrolla, como querer movilizar el ambiente. Como clínicos es importante validar la angustia de la persona, evaluar de forma cuidadosa el riesgo suicida y desarrollar estrategias en colaboración con el paciente y, si es necesario, incluir a su entorno familiar.

## Toma de decisión: la idoneidad del ingreso hospitalario

Tras la valoración de los factores de riesgo es cuando el clínico debe tomar una decisión terapéutica, teniendo en cuenta que el ingreso hospitalario no siempre es de utilidad en este tipo de pacientes<sup>30-32</sup>.

El ingreso hospitalario se debe considerar como opción en caso de riesgo suicida agudo que no pueda ser manejado en otros encuadres. Lamentablemente, muchas veces, se plantea esta opción terapéutica por la falta de dispositivos apropiados. Las guías clínicas recomiendan realizar un ingreso hospitalario después de un intento de suicidio grave, o cuando existe un importante riesgo de suicidio, en pacientes con pocos recursos personales y escaso apoyo, 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<sup>19,29,33</sup>.

En el manejo del riesgo agudo se debe identificar el sistema de apoyo psicosocial y contactar con su entorno familiar, personas cercanas de apoyo, su médico/terapeuta principal y su cuidador, para analizar la intervención y el plan de tratamiento a realizar durante la crisis. 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 especificar la duración del ingreso e incluso negociar la duración con el paciente. En pacientes no conocidos por el médico o el equipo de salud mental se recomienda realizar una evaluación de riesgo conservadora<sup>18</sup> (tabla 2).

En caso de riesgo suicida crónico la idoneidad del ingreso queda menos clara, ya que incluso puede producir efectos negativos. La hospitalización de día puede ser una opción en este tipo de pacientes. En general, se recomienda manejar el riesgo suicida crónico en el medio ambulatorio<sup>34</sup>, ya sea por periodos breves de tiempo o más a largo plazo y, siempre que sea posible, garantizar la continuidad de la atención. El comportamiento de riesgo suicida crónico 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 en los servicios de salud mental ambulatorios. No se debe plantear la opción de un ingreso hospitalario a menos que el riesgo suicida se considere agudo o potencialmente letal, y se debe alentar a la persona a comunicar claramente sus necesidades

**Tabla 2**

Manejo de una persona con TLP con riesgo de suicidio agudo

1	No dejar a la persona sola. Si es necesario, usar medidas de contención física
2	Prevenir o reducir el acceso a métodos de suicidio
3	No usar amenazas ni culpabilizar a la persona
4	Consultar con los compañeros del equipo de salud mental si es necesario
5	Contactar con todas las personas involucradas en el cuidado de la persona, ya sea equipo de salud mental, familiares, amigos, etc.
6	Averiguar qué o quiénes ayudaron en el pasado en una situación similar
7	Explicar con claridad los actos médicos
8	Mostrarse en desacuerdo con mantener un plan suicida en secreto
9	Elaborar un plan de manejo
10	Considere un ingreso hospitalario en un centro psiquiátrico si es necesario

Basado en Project Air Strategy for Personality Disorders<sup>18</sup>.

verbalmente como una estrategia para reducir su nivel de angustia o crisis<sup>18</sup>. Se ha de transmitir a los pacientes la idea de que un ingreso para aumentar la seguridad a corto plazo puede no ser lo mejor a largo plazo<sup>35</sup>, y evitar prácticas defensivas que no resultan beneficiosas para el paciente<sup>36</sup>.

Si finalmente se decide un ingreso hospitalario, se recomienda una duración inferior a 2 semanas, con el objetivo de lograr la estabilización clínica y fomentar la adherencia de tratamiento ambulatorio<sup>18,37</sup>. La duración y los objetivos se deben establecer en el momento del ingreso para evitar vínculos regresivos, idealizados o dependientes<sup>15</sup>, 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 negativos<sup>14</sup>. 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<sup>13</sup>. En ocasiones se produce una prolongación de estancias hospitalarias por la falta de dispositivos apropiados para este tipo de pacientes en el medio ambulatorio, lo que dificulta un plan de alta hospitalaria que debería ser gradual y cuidadoso, más aun considerando que muchos suicidios se comenten inmediatamente después del alta<sup>15</sup>.

En las personas con TLP el ingreso hospitalario se debe realizar idealmente de forma voluntaria, integrado en un programa de continuidad de cuidados<sup>15</sup> que se concibe en colaboración con el paciente, y tiene como objetivo proporcionar un plan individualizado para ayudar a la persona a reducir el nivel de riesgo y la frecuencia de crisis<sup>18</sup>. Se debe, entonces, identificar formalmente objetivos terapéuticos a corto y largo plazo, situaciones desencadenantes, estrategias útiles y habilidades para usar en momentos de crisis, estrategias y habilidades que no han sido exitosas, lugares a los que contactar en caso de una urgencia y las personas involucradas en su cuidado<sup>18</sup>.

La toma de decisiones compartidas en salud mental involucra que clínicos y pacientes trabajen juntos, combinen sus conocimientos, aporten su experiencia y respeten la perspectiva del otro para tomar una decisión en conjunto<sup>38,39</sup>. La justificación clínica de la toma de decisiones compartidas considera que los pacientes que son participantes activos tendrán un mayor compromiso y cumplimiento del tratamiento, por lo tanto, más beneficios. Aunque, en general, la literatura no es concluyente respecto al impacto de los resultados en salud mental<sup>38</sup>. La justificación ética considera que la toma de decisiones compartidas es un derecho, exigiendo a los clínicos a equilibrar los principios bioéticos de la autonomía y la justicia con la beneficencia y la no maleficencia<sup>39</sup>.

Es importante tener en cuenta que el resultado de la toma de decisiones en psiquiatría, sean o no compartidas, no garantiza la respuesta del paciente a la intervención o tratamiento, y que los deseos de participación también pueden variar según el grupo de pacientes. Entonces, se podrían proponer diferentes tipos de modelos de toma de decisiones según el tipo de paciente y su enfermedad psiquiátrica, considerando que en nuestra práctica clínica nos enfrentamos a diferentes contextos, como por ejemplo el de pacientes incapacitados<sup>39</sup>.

Como clínicos debemos fomentar un flujo de información bidireccional, alentar a los pacientes a aclarar dudas y expresar sus preferencias, proporcionar la información precisa sobre las opciones, beneficios y riesgos del tratamiento, reconocer hasta qué punto los pacientes desean involucrarse en la comprensión de sus problemas de salud, adaptar la información a las necesidades del paciente y permitir tiempo suficiente para que tanto el paciente como sus familiares consideren las opciones disponibles<sup>40</sup>.

En la mayoría de los casos, incluso cuando el paciente con TLP tiene una crisis suicida, podrá ser posible llegar a un acuerdo sobre su cuidado, considerando el hecho de que la persona haya revelado una intención suicida sugiere un grado de motivación para

buscar ayuda<sup>29</sup>. Se debe decidir por la fórmula de hospitalización que resulte más beneficiosa y adecuada para el paciente, considerando la evolución clínica, el riesgo detectable y el plan terapéutico integral. En el caso de ser necesario, y si el paciente se niega al ingreso, se puede recurrir a la involuntariedad si cumple con los criterios legales establecidos (Art. 763. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil)<sup>33</sup>.

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<sup>15,33</sup>. 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 alta<sup>18</sup>. 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 revisables<sup>15</sup>.

Como se comentaba previamente, el ingreso hospitalario debe estar integrado en el plan terapéutico integral del paciente. Una buena elaboración e implementación de protocolos que definan claramente las funciones de cada dispositivo asistencial nos ayudará a garantizar la continuidad de cuidados. Es recomendable realizar un proyecto terapéutico interservicios, reflejado en un documento escrito, en el que se establezca también el compromiso del paciente sobre el qué evaluar los resultados terapéuticos<sup>33</sup>. En este sentido son de utilidad la elaboración de un plan terapéutico adecuado y planes de alta completos que incluyan una estructura clara para el seguimiento, estrategias para enfrentar una crisis, los nombres y números de teléfono de las personas a contactar y los planes psicosociales para apoyar la reinserción del paciente en su comunidad<sup>18</sup>. En pacientes más estables se debe plantear la derivación a programas de tratamiento ambulatorio, favoreciendo la incorporación a dispositivos formativos y fomentar la inserción laboral. En caso de la presencia de sintomatología que no mejora, y con un alto grado de severidad, que requiere una mayor intervención que la posible en seguimiento ambulatorio, se debe plantear la derivación a un hospital de día y, posteriormente y si procede, regresar al seguimiento en los centros de salud mental y dispositivos de rehabilitación comunitaria<sup>33</sup>. Por último, habría que considerar derivar a pacientes con TLP grave y/o persistente a un servicio especializado de TLP para su evaluación y atención continua<sup>29</sup>.

## Conclusiones

El objetivo de los clínicos en urgencias para el manejo de pacientes con TLP es la intervención en crisis, que debe ser incluida dentro de un plan integral de tratamiento<sup>14</sup>. Se debe descartar enfermedades comórbidas, evaluar cuidadosamente el riesgo suicida, permitir al paciente ser partícipe de las decisiones que se tomen y considerar la posibilidad de involucrar a la familia y a las personas cercanas<sup>19</sup>.

El ingreso hospitalario no siempre es beneficioso en este tipo de pacientes, aunque sí se debe considerar después de un intento de suicidio grave o cuando existe un importante riesgo de suicidio, en pacientes con escaso apoyo, en casos de comorbilidad con enfermedades psiquiátricas, cuando existe riesgo inminente para otras personas y en casos de fracaso de tratamiento ambulatorio<sup>29</sup>.

Se recomienda un ingreso breve y establecer su duración y objetivos previamente, implicando activamente al paciente. Durante el ingreso el objetivo principal es realizar una intervención en crisis

estructurada, desarrollar o reorganizar un plan de tratamiento integral y planes psicosociales para apoyar la reinserción del paciente en su comunidad<sup>18</sup>.

Con este artículo hemos pretendido revisar la evidencia más reciente disponible para facilitar a los clínicos el manejo de las siempre difíciles situaciones de crisis en paciente con TLP y que dispongan de unas recomendaciones claras para su práctica diaria.

## Financiación

Trabajo parcialmente financiado por: Instituto de Salud Carlos III (PI16/01852), Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (20151073); American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) (LSRG-1-005-16).

## Bibliografía

- Fleischmann A, de Leo D. The World Health Organization's Report on Suicide. *Crisis*. 2014;35:289-91.
- Pitman A, Kryszynska K, Osborn D, King M. Suicide in young men. *Lancet Lond Engl*. 2012;379:2383-92.
- Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42:482-7.
- Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Personal Disord*. 2004;18:226-39.
- Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am*. 2014;98:1049-64.
- Kolla NJ, Eisenberg H, Links PS. Epidemiology, risk factors, and psychopharmacological management of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Arch Suicide Res*. 2008;12:1-19.
- Soloff PH, Chiappetta L. Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012;169:484-90.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA; 2013.
- World Health Organization. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines [serie en Internet]. 1992 [consultado 20 Jun 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>.
- Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, et al. Patients with borderline personality disorder in emergency departments. *Front Psychiatry* [Serie en Internet]. 2017;8 [consultado 9 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2017.00136/full>.
- Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Duberstein P, Perez-Rodriguez MM, Dervic K, Saiz-Ruiz J, et al. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *J Personal Disord*. 2010;24:773-84.
- Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;6. CD009353.
- 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* [Serie en Internet]. 2017 [consultado 9 Jul 2018];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5472925/>.
- Borderline personality disorder: The NICE guideline on treatment and management NCC for M. borderline personality disorder: The NICE guideline on treatment and management. 1st edition. London: RCPsych Publications; 2009. p. 430.
- Guía del trastorno límite de la personalidad (guía para el profesional). Servicio Madrileño de Salud. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Comunidad de Madrid: Coordinación editorial IMC; 2010.
- Starcevic V, Janca A. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Replacing confusion with prudent pragmatism. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31:69-73.
- Berrino A, Ohlendorf P, Duriaux S, Burnand Y, Lorillard S, Andreoli A. Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Res*. 2011;186:287-92.
- Project air strategy for personality disorders. Treatment guidelines for personality disorders. 2nd ed. Wollongong: University of Wollongong, Illawarra Health and Medical Research Institute; 2015. [consultado 9 Jun 2018]. Disponible en: [https://bpdfoundation.org.au/images/ProjectAir\\_Treatment%20Guidelines.pdf](https://bpdfoundation.org.au/images/ProjectAir_Treatment%20Guidelines.pdf)
- Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder [serie en internet]. 1st ed. Vol. 1. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006 [consultado 9 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?alD=54853>.
- McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:721-9.
- Giner L, Blasco-Fontecilla H, Perez-Rodriguez MM, García-Nieto R, Giner J, Guija JA, et al. Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *J Affect Disord*. 2013;151:474-83.
- Oquendo MA, Mann JJ. The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23:11-25.
- Mann JJ, Watnax C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156:181-9.
- Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci* [PN]. 2005;30:398-408.
- Oquendo MA, Sullivan GM, Sudol K, Baca-García E, Stanley BH, Sublette ME, et al. Toward a biosignature for suicide. *Am J Psychiatry*. 2014;171:1259-77.
- Baca-García E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, Oquendo MA, et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255:152-6.
- Oquendo MA. Impulsive versus planned suicide attempts: Different phenotypes? *J Clin Psychiatry*. 2015;76:293-4.
- Baca-García E, Diaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Saiz-Ruiz J, et al. Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2004;55:792-7.
- Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder (2012). National Health and Medical Research Council [Serie en internet]. 2013 [consultado 10 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/mh25>.
- Tyrer P. Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: A bridge too far. *J Personal Disord*. 2002;16:113-8.
- Sanderson C, Swenson C, Bohus M. A critique of the American Psychiatric Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord*. 2002;16:122-9.
- Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2002;53:738-42.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
- Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *J Personal Disord*. 2004;18:240-7.
- Howe E. Five ethical and clinical challenges psychiatrists may face when treating patients with borderline personality disorder who are or may become suicidal. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10:14-9.
- 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.
- Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía. Documento técnico. Atención a las personas con TLP. Documento técnico [Serie en internet]. 2011 [consultado 10 Jun 2018]. Disponible en: <http://saludenandalucia.es/csm/privado/VerDocumento.aspx?id=9282&tabla=DocumentosProfesionales>.
- Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2017;16:146-53.
- Stein DJ. Psychiatric practice: caring for patients, collaborating with partners, or marketing to consumers? *World Psychiatry*. 2017;16:156-7.
- Seminar SG. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ*. 2011;342, d1745.