

Abordaje de los Trastornos de Personalidad con Rasgos Inestables en el Sistema Nacional de Salud

Approaching Personality Disorders with Unstable Traits in the Spanish National Health System

Sara González González¹ y Nerea Gómez Carazo¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander, Cantabria).

Resumen

La prevalencia actual de los trastornos de personalidad (TP) en la población clínica constituye un problema de salud prioritario, generando desafíos específicos en términos de prevención, evaluación y tratamiento. La atención a las personas diagnosticadas con TP demanda un elevado grado de especialización y una considerable asignación de recursos, lo que subraya la necesidad de una planificación terapéutica adecuada. En este contexto, la psicología clínica desempeña un papel fundamental dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Esta relevancia se acentúa especialmente en el tratamiento del trastorno límite de personalidad, donde se ha demostrado que las intervenciones psicológicas son la estrategia más sólida entre las disponibles. En este trabajo, se detallan las opciones terapéuticas existentes, abordando además aspectos de encuadre que son cruciales para optimizar la eficacia del tratamiento. Finalmente, se proporciona un resumen de los principales rasgos de la asistencia pública a los TP en el SNS, y se esbozan directrices para abordar los trastornos de personalidad con rasgos inestables en base a la evidencia disponible, elaboradas por el Grupo de Trabajo sobre los TPs de la Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR.

Palabras clave: Trastorno de personalidad, Diagnóstico, Psicoterapia, Tratamiento Basado en la Evidencia, Guía Clínica.

Abstract

The current prevalence of personality disorders (PD) in the clinical population constitutes a priority health problem, generating specific challenges in terms of prevention, assessment and treatment. The care of people diagnosed with PD demands a high degree of specialisation and a considerable allocation of resources, which underlines the need for adequate therapeutic planning. In this context, clinical psychology plays a fundamental role within the Spanish National Health System (NHS). This relevance is especially accentuated in the treatment of borderline personality disorder, where psychological interventions have been shown to be the most robust strategy among those available. In this paper, the existing therapeutic options are detailed, also addressing aspects of framing that are crucial to optimise treatment efficacy. Finally, a summary of the main features of public care for PT in the NHS is provided, and guidelines for addressing personality disorders with unstable traits are outlined based on the available evidence, elaborated by the Working Group on PTs of the Spanish Society of Clinical Psychology-ANPIR.

Keywords: Personality Disorder, Diagnosis, Psychotherapy, Evidence-Based Treatment, Clinical Guidelines.

Según un metaanálisis de Volkert et al. (2018), la prevalencia de cualquier tipo de trastorno de personalidad (TP) en la población general es del 12.2%; datos similares han sido obtenidos en otros trabajos (Eaton y Greene, 2018). Obviamente, esta proporción puede ser superior en población atendida en recursos de salud mental o en centros de salud, donde estos trastornos pueden infradiagnosticarse por limitaciones materiales y de pericia de los profesionales; según Beckwith et al. (2014), entre el 40 y el 92% de los pacientes atendidos en recursos ambulatorios pueden presentar un TP. De entre todos los TPs, el más estudiado y uno de los más frecuentes es el trastorno límite o de inestabilidad emocional de la personalidad (TLP), alcanzando una prevalencia del 1.19% en el metaanálisis ya mencionado. El TLP va acompañado de abandonos prematuros de tratamientos en alrededor de un 50% de los casos, mayoritariamente en las primeras fases de la intervención (Arntz et al., 2023). El formato terapéutico, además, se ha visto relacionado con la tasa de abandonos, siendo mayor en los tratamientos grupales, seguida de aquellos con un formato mixto (grupal-individual), siendo las intervenciones exclusivamente individuales las que gozan de una mayor retención. El TLP puede terminar en suicidio consumado hasta en un 10% de las personas afectadas, y son frecuentes también las altas tasas de recurrencia y remisiones parciales, que atañen únicamente a parte de la sintomatología (Alesiani et al., 2014; Oumaya et al., 2008; Temes y Zanarini, 2018; Zanarini et al., 2003). Si bien el TLP es más frecuente en mujeres, en hombres podemos encontrar en mayor medida otros TP graves, como el trastorno antisocial o el trastorno narcisista de la personalidad (Eaton y Greene, 2018).

Los TPs se deben probablemente a tendencias genéticas en ciertas personas, a las que se suman ambientes de crianza (en infancia y adolescencia) traumáticos, abusivos, negligentes, desestructurados o hiperprotectores. Queda pendiente de ser investigada también la influencia de ciertas tendencias culturales en el desarrollo de más conductas propias de las personas diagnosticadas de TP (por ejemplo, el aumento exponencial de autolesiones en los

adolescentes de la última década por efecto de imitación). Esto nos debe llevar a buscar intervenciones preventivas y de tratamiento que reviertan esos factores, puesto que el TP no puede ser visto como algo inmodificable en las personas que lo padecen. El pesimismo generalizado entre los clínicos a la hora de tratar estas patologías a menudo está más basado en mitos y prejuicios que en datos. El TLP es el diagnóstico hacia el que los profesionales de salud mental muestran un mayor estigma negativo, al ser considerados "pacientes difíciles", siendo además tratados con más paternalismo, como puede observarse en el empleo de eufemismos para aludir al trastorno (Oliveira et al., 2020; Ring y Lawn, 2019). Con frecuencia esto conlleva una profecía autocumplida (tanto por parte del profesional, como en muchas ocasiones por parte del paciente) que puede afectar al desarrollo y eficacia de la intervención implementada. Afortunadamente, sin embargo, si observamos los resultados en el caso del TLP, el 75% de los pacientes diagnosticados mejoran, hasta dejar de cumplir los criterios diagnósticos, 15 años después de su identificación (Temes y Zanarini, 2018). Este porcentaje evidentemente es superado y alcanzado en intervalos más breves de tiempo cuando se aplican tratamientos basados en evidencia, como se expone más abajo.

La asistencia a los TPs genera un alto porcentaje de horas de trabajo y ocupan una buena proporción de las plazas existentes en los recursos de salud mental de cualquier comunidad autónoma. Así, en un estudio realizado en Cantabria encontramos que casi el 10% de las pacientes atendidas durante 5 años en varias Unidades de Salud Mental tenían rasgos patológicos de personalidad. Tras recibir psicoterapia no estructurada durante un año en la consulta del psicólogo clínico de la Unidad correspondiente (además de tratamiento psiquiátrico ambulatorio en la mayoría de los casos), el 38.5% no mostraba mejoría relevante en su sintomatología y el 51.3% abandonó el tratamiento durante ese primer año. Además, 3 años después de haberlo iniciado, el 47.1% aún seguía precisando atención especializada en los recursos de salud mental (González et al., 2014). En otro estudio que evalúa múltiples variables de las 118 usuarias derivadas a un programa

específico de psicoterapia ambulatoria para TLP de la misma región durante el quinquenio 2014-2019, encontramos que el 33.3% de las pacientes que abandonaron la psicoterapia de forma prematura había precisado atención en el servicio de Urgencias en el mes previo a la evaluación realizada 18 meses después del pretest (cumplimentado al inicio del tratamiento), y, a su vez, el 11.1% había precisado un ingreso hospitalario psiquiátrico, por problemas asociados al TP (González-González et al., 2021).

Los TPs son problemas de salud mental, ante los que el Sistema Nacional de Salud (SNS) debe dispensar el tratamiento, dentro de las opciones disponibles, que sea más eficaz, efectivo, eficiente, seguro y satisfactorio según los estudios actualizados al respecto, tal y como marcan la Ley General de Sanidad (1986, art.7), la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003, art. 27, 28, 59), la Estrategia de Salud Mental del SNS para el período 2022-2026 y las demás disposiciones normativas nacionales, autonómicas o deontológicas relacionadas.

Según las guías de tratamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2016), del National Health and Medical Research Council de Australia (2013) y del National Institute for Health and Care Excellence de Reino Unido (NICE, 2009), así como según las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011), los psicofármacos no generan un impacto significativo para el TLP, siendo necesarios tratamientos psicológicos estandarizados con evidencia “fuerte” o “moderada”. Ordenados de mayor a menor evidencia obtenida, se recomiendan psicoterapias que sigan los siguientes modelos:

-Terapia dialéctico-conductual (DBT, de Linehan).

-Terapia basada en mentalización (de Bateman y Fonagy).

-Terapia centrada en la transferencia (de Kernberg).

-Terapia centrada en esquemas (de Young).

Metaanálisis recientes (Stoffers-Winterling et al., 2022; Storebø et al., 2020) señalan una mejoría en el funcionamiento psicosocial, así como una reducción de autolesiones y de la gravedad de la clínica, en pacientes tratados con terapia DBT, en consonancia con los resultados de otras revisiones sistemáticas (Setkowski et al., 2023). Por otro lado, la terapia basada en la mentalización obtiene una reducción de las autolesiones y de los intentos de suicidio, aparentemente con una menor tasa de abandonos (Arntz et al., 2023). Existen además algunas revisiones sistemáticas y estudios Cochrane que avalan la eficacia y eficiencia para el abordaje del TLP de la terapia metacognitiva interpersonal de DiMaggio (Rossi et al., 2023), la terapia cognitivo-conductual y el programa propuesto por Donald Black y Nancee Blum denominado Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS; Cailhol et al., 2011; Stoffers et al., 2012; Stoffers-Winterling et al., 2022). No existe evidencia probada para otras psicoterapias o para el tratamiento de otros tipos de TP, pero hay estudios que sugieren la posibilidad de buenos resultados en diversos TP con terapia de mentalización, cognitivo-conductual, metacognitiva interpersonal, cognitivo-analítica (de Ryle), de aceptación y compromiso (de Wilson), icónica (de Soledad Santiago), tratamiento integrado (de Livesley) o terapia familiar (psicoeducación, integrativa...). Por otro lado, el abordaje de traumas previos, tan presentes en estos trastornos, también es frecuentemente asociado a resultados prometedores.

Además del modelo a seguir, la mayoría de las guías clínicas estipulan las siguientes recomendaciones en el tratamiento de una persona con TLP:

-El tratamiento psicológico dispensado ha de ser comunitario, de tercer nivel, aplicado por psicólogas especializadas en los TPs, con frecuencia intensiva (1 o 2 veces por semana) y duración prolongada (al menos 3-6 meses, hasta 3 años). El tratamiento psicofarmacológico podría estar justificado únicamente en casos de crisis durante una semana aproximadamente, o para abordar insomnio o comorbilidades.

-El ingreso en hospitalización completa solo se aconseja si existe un riesgo incontenible para sí mismo u otras personas, o un comportamiento delictivo que conlleve detención, por el mínimo tiempo indispensable y con la menor frecuencia posible. Habitualmente se recomiendan ingresos en los servicios de Urgencias de 48 horas como máximo.

-Se debe prestar especial atención a la alianza terapéutica y a las transiciones entre terapeutas, pues los trastornos tienen parte de sus causas en los vínculos tempranos del individuo y éste es especialmente vulnerable a dificultades en las relaciones con los profesionales, lo que provoca abandonos y problemas de adherencia. Así, son especialmente recomendables la continuidad de cuidados y un tiempo mínimo de permanencia del paciente en cada recurso.

-Por la multiplicidad de síntomas y la dispersión habitual de estos problemas, se deben especificar de forma aún más minuciosa que en otros trastornos los objetivos del tratamiento (jerarquizados según gravedad o riesgo) y los componentes de que va a constar. Se debe detallar qué va a hacer cada paciente de forma autónoma o asistida, cada familiar acompañante y cada profesional, incluyéndose una temporalización estimada e incluso actividades de vida diaria, ocupación y rutinas de ocio que deben ser ejecutadas. Una adecuada coordinación entre profesionales intervinientes es esencial. Además, a lo largo del tratamiento se deben medir los resultados y costes, así como reconsiderar los planes en función de lo obtenido.

-Es aconsejable que el consentimiento informado sea recabado por escrito, con la información señalada en el párrafo anterior, mediante contratos o documentos similares.

-En la documentación o el contrato del tratamiento se debe especificar un plan de manejo de crisis, describiendo a qué recursos se puede acceder, cómo y qué ayuda cabe esperar. Ha resultado habitualmente beneficiosa la indicación de la DBT de no prestar intervención psicológica significativa en las 48 horas posteriores a una autolesión o comportamiento impulsivo similar, ciñéndose la atención a los

aspectos médicos necesarios y apareciendo el psicólogo únicamente antes de cometerlos, o bien una vez transcurrido ese período de tiempo.

-Se debe priorizar el tratamiento específico de la psicosis, las adicciones o los trastornos de alimentación comórbidos en los recursos oportunos cuando éstos son predominantes, y se deben adaptar los tratamientos disponibles a las dificultades cognitivas o intelectuales cuando existen (centrándose más, en estos casos, en componentes rehabilitadores).

-Las pacientes han de estar involucradas en la planificación de los servicios, su gestión y su provisión, por ejemplo mediante los grupos de apoyo de pares (peer support groups).

-Los familiares, al menos los convivientes, han de participar en el tratamiento (con consentimiento del paciente), estando involucrados en la planificación y el protocolo de actuación ante riesgo autolítico. Debe prestarse especial atención a la situación de menores o dependientes a cargo del paciente.

-Las terapeutas deben contar con supervisión periódica de sus actuaciones.

Abordaje de los TP en el SNS: situación actual

Durante la primera mitad del año 2023, el grupo de trabajo de TP formado dentro de ANPIR elaboró un mapa de recursos que estaban funcionando de forma activa en ese momento en todo el SNS español (Sociedad Española de Psicología Clínica - ANPIR, 2023). Mediante la difusión entre los profesionales implicados, se compilieron datos de 44 recursos sanitarios de tratamiento de personas con rasgos o criterios de TP mayores de 12 años, que cumplen los siguientes requisitos:

-Se trata de recursos sanitarios públicos, o pertenecientes a instituciones privadas cuando estén concertados por la administración sanitaria de una comunidad autónoma para prestar asistencia gratuita a la población. Se omitieron, por tanto, recursos sociosanitarios, sociales, privados o de otra índole.

-Dada la evidencia científica disponible, en el mapa se incluyen únicamente recursos que ofrecen tratamientos psicoterapéuticos, o tratamientos multidisciplinares en los que la psicoterapia tenga presencia predominante.

-Los recursos están específica y exclusivamente dirigidos a personas diagnosticadas de TP o con riesgo de padecerlo, trastorno de inestabilidad o desregulación emocional. Así, pueden consistir en un programa o una unidad ubicados en un hospital de día, un centro ambulatorio de salud mental o cualquier otro dispositivo que atiende también a pacientes de otras patologías, pero tienen una estructura diferenciada para personas con TP (en su duración y profesionales implicados, con espacios y tipos de psicoterapia propios).

Los principales datos obtenidos fueron los siguientes:

-En 4 comunidades autónomas (Asturias, Comunitat Valenciana, Castilla - La Mancha y Extremadura), así como en Ceuta y en Melilla, los profesionales encuestados no conocían ningún recurso que cumpliera estas características. En el resto de las comunidades autónomas, la cantidad y dispersión de recursos es muy variada, oscilando entre un solo recurso en Aragón, Galicia, Murcia o Navarra, hasta 16 recursos en Catalunya.

-El área poblacional a la que atiende cada recurso también tiene una amplia dispersión, siendo su media 592.170 habitantes censados por recurso.

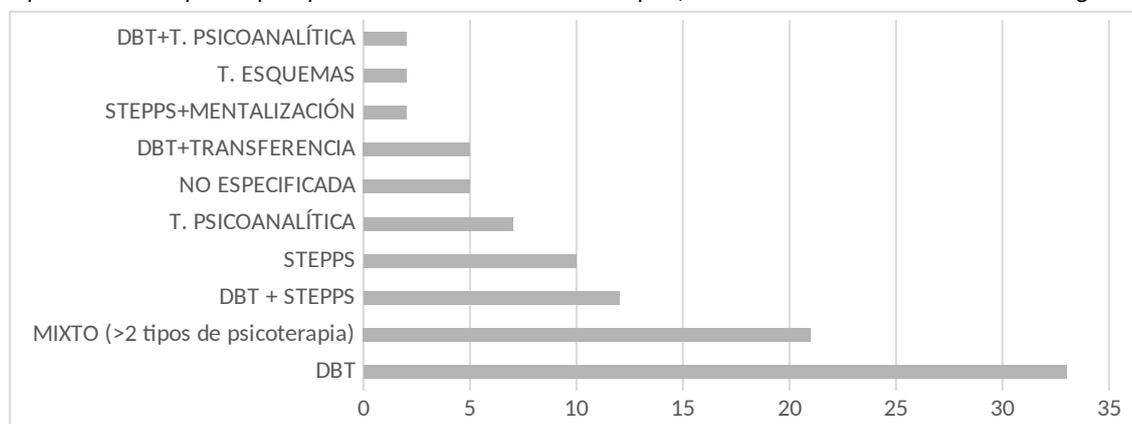
-En cada recurso trabajan una media de 3,27 profesionales cualificadas (computando una profesional por cada jornada completa): 0,97 psicólogas especialistas en psicología clínica (PEPC), 0,23 psicólogas (sin especialidad), 0,69 psiquiatras, 0,87 enfermeras, 0,26 trabajadoras sociales y 0,27 profesionales de otros perfiles (por ejemplo, terapeutas ocupacionales o integradoras sociales).

-En cada recurso se atiende a una media de casi 61 pacientes por año, con un tiempo de estancia por paciente que varía entre 2 y 120 meses, según el recurso.

-Todos los recursos tienen actividad ambulatoria, y menos de un 5% ofrecen además hospitalización completa; casi el 43% ofrecen también régimen de hospital de día. Todos prestan psicoterapia grupal (en su mayoría de tipo DBT y/o STEPPS, seguido de formatos mixtos y de otros modelos; ver Figura 1); un 88% de los recursos prestan además psicoterapia individual, aproximadamente un 45% realizan grupos familiares y un 55% ofrece psicoterapia familiar. Algo más del 50% tienen consultas psiquiátricas y casi el 48% tienen otro tipo de intervenciones (de enfermería, profesionales de perfil social, etc.). Alrededor del 83% ofrecen, si hay necesidad, atención urgente (al menos telemática) en casos de crisis, pero poco más de la cuarta parte ofrecen alguna de las otras intervenciones regularmente de forma telemática (excluidas las intervenciones en crisis y durante la pandemia).

Figura 1.

Tipos de Psicoterapia Grupal Aplicada en los Recursos del SNS Específicos de Tratamiento de Personas con Diagnóstico de TP.



Propuesta de abordaje de los TP con rasgos inestables en el SNS

Teniendo en cuenta la evidencia disponible, las recomendaciones de las principales guías internacionales de tratamiento y la situación actual en el SNS, el grupo de trabajo de TP de la sociedad ANPIR propone los siguientes requisitos para el tratamiento de estas patologías en cualquier recurso sanitario público español, con coste similar o inferior al que ya se está invirtiendo en esta área en la mayoría de las comunidades autónomas españolas. Estos requisitos supondrán una mejora de la eficacia, la eficiencia y la satisfacción en el tratamiento de los TLP y rasgos de personalidad inestable o de clúster B. Puesto que actualmente no existen datos suficientes para saber si además serán idóneos para otros tipos de TP, resulta imperioso investigar más al respecto.

Dimensiones: Se dispondrá en cada Área de Salud de un recurso o programa específico de tratamiento de personas con TLP y rasgos similares, entendiendo como programa específico un conjunto de intervenciones exclusivamente dirigidas a estos pacientes, con una estructura, un lugar y unos profesionales dedicados a ellos en un tiempo semanal no compartido con otras tareas y/o patologías. Entendemos el Área de Salud, tal y como fue definida en la Ley 14 / 1986 General de Sanidad, como un área de entre 200.000 y 250.000 habitantes, exceptuándose las islas, Ceuta, Melilla y provincias de menor población, que conforman un área por sí solas. De este modo, si cada recurso tuviera capacidad para atender a unas 100 personas por año se cubrirían las necesidades estimadas de la población en este ámbito, al tiempo que se evitarían duplicidades y solapamientos de recursos no eficientes.

Titularidad: Defendemos que dicho recurso dependa directamente de la administración sanitaria pública, evitando concertos o convenios con entidades privadas o público-privadas en la medida de lo posible. El carácter lucrativo de éstas puede aumentar el riesgo de intervenciones iatrogénicas, más extensas o intensivas de lo que la evidencia recomienda. Consideramos que, ante la gravedad y la inexistencia de otras alternativas, no se debe

intervenir “por si acaso” o para aumentar la satisfacción de los usuarios únicamente. Intervenir es asignar unos recursos que se detraen de otras personas y servicios, así que solo debe hacerse cuando los datos disponibles nos aseguren que los resultados merecerán la pena. Además, como se ha señalado, intervenir sin beneficio significativo esperable puede producir grandes perjuicios, porque patologiza, hace más dependiente y bloquea la búsqueda de alternativas del paciente y su entorno.

Grupos de edad y prevención: Para evitar los perjuicios derivados de la psicopatologización de muchos cambios personales y culturales que vivimos hoy en día, deben distinguirse y separarse dos tipos de intervenciones, aunque ambas deban ser dispensadas dentro de los recursos de salud mental de los que estamos hablando. Por un lado, intervenciones preventivas de TLP (que por definición no puede diagnosticarse antes de la edad adulta), para jóvenes entre 12 y 25 años con rasgos e indicadores de riesgo, incluyendo siempre a sus familiares convivientes. Por otro lado, tratamientos de TLP, para personas con más de 20-25 años y que cumplan los criterios diagnósticos, idealmente, pero no obligatoriamente, con sus familiares convivientes. Además, otras estructuras sanitarias, sociales y educativas deben promover acciones de promoción para una adecuada salud mental dirigidas a toda la población, cuyo contenido escapa el alcance de este artículo.

Intervención y estructuras: El recurso específico para TLP consistirá en una psicoterapia ambulatoria intensiva (de entre 2 y 4 horas semanales para cada paciente, al menos durante el primer semestre), con una duración de entre 6 meses y 2 años, realizada por PEPC en consultas externas, Unidades, Centros de Salud Mental o dispositivos ambulatorios de cualquier otro tipo. En los casos de mayor gravedad, en los que la paciente no logra desempeñar de forma continuada ninguna ocupación (estudios, trabajo, cuidados,...), esta psicoterapia se dispensará dentro de una estancia en hospital de día durante los primeros 3-6 meses, cuyo contenido puede ser compartido con el aplicado a otras psicopatologías (intervenciones de psiquiatras,

enfermeras y otros perfiles profesionales, grupos de psicoeducación, rehabilitación y terapia ocupacional, psicoterapias grupales más genéricas, etc.). Los ingresos completos en unidades de (sub)agudos serán evitados siempre que sea posible, priorizándose estancias de hasta 48h. en dispositivos de Urgencias en casos de crisis. Los psicofármacos deben ser prescritos por un tiempo limitado (inferior a un año normalmente) y con unos objetivos concretos, cuya no consecución debe ser también criterio para su retirada. La psicoterapia ambulatoria intensiva constituye un tercer nivel de asistencia que aborda únicamente los TP de gravedad intermedia o alta, complementándose con el resto de niveles existentes para cualquier otra psicopatología: en el primer nivel, la atención primaria puede realizar el asesoramiento de los casos más leves, así como la prescripción psicofarmacológica en los casos de gravedad intermedia; en el segundo nivel, las Unidades o Centros de Salud Mental pueden realizar el asesoramiento, el diagnóstico, la atención psiquiátrica y la psicoterapia de los casos leves o intermedios; en el cuarto nivel, los hospitales de día y las plantas de agudos se ocupan de los casos de gravedad alta. Para completar la red asistencial, los recursos sociales y sociosanitarios abordan la integración psicosocial, especialmente en los casos más graves y cronificados, y en los que hayan fracasado los tratamientos aplicados.

Profesionales: La psicoterapia de estos recursos ha de ser realizada por psicólogos especialistas en psicología clínica (PEPC). Defendemos que solo los PEPC apliquen estas psicoterapias, porque además de estar así establecido en la Ley 44 / 2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, creemos que únicamente este máximo nivel de cualificación garantiza que el profesional tiene las bases necesarias para tratar una de las psicopatologías más peliagudas que existen, con más comorbilidades, con más interconexiones con otros recursos sanitarios y que requiere más habilidades psicoterapéuticas que ninguna otra. Además, será necesaria formación específica en TP y en psicoterapias para TP, pero siempre añadida a la formación sanitaria especializada en psicología clínica.

Tipos de psicoterapia: La intervención psicológica ambulatoria intensiva debe consistir en una parte individual, otra grupal y otra familiar (que debe comprender a su vez consultas con la familia y grupos multifamiliares con o sin pacientes). Así mismo, seguirá un modelo basado en evidencia, de tipo DBT, mentalización o transferencia. Las principales normas y características de la intervención, los criterios y vías de inclusión, los supuestos de alta (por éxito o fracaso) o readmisión, el modo de proceder ante crisis y la actuación esperable de cada parte involucrada en la intervención estarán explícitamente recogidos en documentos escritos y disponibles para las usuarias. Dada la inexistencia de evidencia al respecto, se minimizarán las intervenciones regulares telemáticas, salvo en los casos en que sean absolutamente necesarias por dificultades de accesibilidad del paciente a los centros sanitarios.

Coordinación, continuidad, formación y supervisión: Más que en ninguna otra psicopatología, la coordinación y continuidad entre profesionales y recursos son esenciales para el buen pronóstico de las intervenciones. Por ello, además de documentar en soporte electrónico compartido todas las actuaciones, los profesionales implicados en el abordaje de un paciente idealmente deberían trabajar voluntariamente en esta área, y además deben tener: reuniones periódicas presenciales de coordinación, así como canales telemáticos pre-establecidos para contacto rápido si es necesario; directrices claras para derivar o asegurar el seguimiento de un paciente hasta la admisión en otro recurso, así como evitar duplicidades iatrogénicas; un mínimo de 7 horas al mes que puedan dedicar a formación, actualización y supervisión.

Investigación y gestión: Como en cualquier otro tratamiento sanitario, y más allá de proyectos de investigación específicamente sufragados, estos recursos para TP deben tener incorporado un sistema ágil, que no consuma más que unos minutos a la semana, para la recogida de datos sociodemográficos, clínicos y de resultados de los pacientes atendidos. La explotación periódica de estos datos permitirá ir

tomando decisiones en la planificación y gestión de los recursos. Además, las usuarias y agentes sociales relacionados deben participar en encuestas de satisfacción, procesos de elaboración de conclusiones y reuniones de planificación.

Conclusiones

Aunque existen ya en la mayoría de comunidades autónomas recursos específicos para el tratamiento de los TP, muchos no reúnen las condiciones que la evidencia ha mostrado idóneas para maximizar la eficacia y la eficiencia, y reducir la iatrogenia; lo más paradójico puede resultar el hecho de que en algunas ocasiones se realizan prácticas muy dudosas, y no por falta de asignación presupuestaria, como podría pensarse, sino por aplicación insensata, no planificada ni evaluada, de procedimientos habituales en el abordaje de otras psicopatologías graves, que resultan caros y contraproducentes cuando analizamos los datos disponibles. Así, seguimos encontrándonos: ingresos hospitalarios completos no justificados; solapamiento de dispositivos en algunas zonas, junto a desiertos asistenciales en otras; una absoluta prioridad otorgada en muchos dispositivos al tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico; la prolongación de psicoterapias sine die o sin evidencia, a pesar de la reiterada falta de resultados; la desatención a factores familiares, ocupacionales y sociales que muchas veces mantienen los problemas; o la asignación de tareas psicoterapéuticas a profesionales no capacitados para desempeñarlas adecuadamente. Por una vez, no reclamamos más recursos, sino un mayor protagonismo de tres ingredientes en la planificación de los servicios: en primer lugar, los usuarios; en segundo lugar, los datos disponibles; y para terminar, las profesionales especialistas y formadas en psicoterapias para TP basadas en evidencia.

Agradecimientos

Tanto la realización del mapa de recursos de ANPIR como la propuesta de abordaje de los TP contenidos en este artículo han sido posibles gracias a la colaboración de los psicólogos clínicos que forman parte de nuestro grupo de

trabajo de ANPIR, con su profesionalidad entusiasta, inspiradora y brillante: Natalia Calvo Piñero, Nuria Martínez Montiel, María A. Santos Goñi, Esther Ontanilla Reyes, Lorena Carrascal Granados, María Martín Gutiérrez, Juan Carlos Vicente Casado, Rubén Peinado Jaro, Alfredo Rodríguez Gómez, P.M. Tamara Rego Ribeiro, Alfonso Gutiérrez-Zotes, Pilar Solé i Vigil y Susana Sanz Sebastián. También agradecemos tanta ayuda desinteresada a la junta directiva de ANPIR, los coautores del mapa de recursos, los compañeros que trabajan en TP en Cantabria (Alicia Ruiz Toca y Fernando Hoyuela Zatón), los residentes PIRes y los pacientes, por confiar en nosotras y perdonarnos nuestras limitaciones cada día.

Referencias

- Alesiani, R., Bocalon, S., Giarolli, L., Blum, N. y Fossati, A. (2014). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): Program efficacy and personality features as predictors of drop-out—An Italian study. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 920–927.
- American Psychological Association, Division 12 (2016). *Psychological treatments for borderline personality disorder*. <https://www.div12.org/diagnosis/borderline-personality-disorder>
- Arntz, A., Mensink, K., Cox, W.R., Verhoef, R.E.J., van Emmerik, A.A.P., Rameckers, S.A., Badenbach, T. y Grasman, R.P.P.P. (2023) Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(3), 668-686.
- Beckwith, H., Moran, P.F. y Reilly, J. (2014) Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personality and mental health*, 8(2), 91-101.
- Cailhol, L., Bui, E., Rouillon, L., Bruno, N., Lemoalle, A., Faure, K., Klein, R., Lamy, P., Guelfi, J.D. y Schmitt, L. (2011). Differential indications for psychotherapies in borderline personality disorder. *L'encéphale*, 37(1), 77–82.
- Eaton, N.R. y Greene, A.L. (2018). Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Current Opinion in Psychology*, 21, 28-32.
- González, S., González, M., Iglesias, M.C., Ruiz, M., Rojo, M.V., Sandoya, M., Fernández, C. y Paz, D. (2014).

- Psychological treatments features and outcomes in Spanish public mental health centres. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 17–32.
- González-González, S., Marañón-González, R., Hoyuela-Zatón, F., Gómez-Carazo, N., Hernández-Abellán, A., Pérez-Poo, T., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., López-Sánchez, V., Black, D.W., Blum, N.S., Artal-Simón, J. y Ayesa-Arriola, R. (2021). STEPPS for Borderline Personality Disorder: A Pragmatic Trial and Naturalistic Comparison With Noncompleters. *Journal Of Personality Disorders*, 35(6), 841-856.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. GPC 482. <https://www.portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-sobre-trastorno-limite-de-la-personalidad>
- National Health and Medical Research Council of the Australian Government Department of Health (2013). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. MH25. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guideline-borderline-personality-disorder>
- National Institute for Health and Care Excellence of the United Kingdom (2009). *Borderline personality disorder: Recognition and management*. Clinical guidance. CG78. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- Oliveira, A.M., Machado, D., Fonseca, J.B., Palha, F., Moreira, P.S., Sousa, N., Cerqueira, J.J. y Morgado, P. (2020). Stigmatizing attitudes toward patients with psychiatric disorders among medical students and professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 326.
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D. y Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, selfmutilation and suicide: Literature review. *L'encéphale*, 34, 452–458.
- Ring, D. y Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 12, 1-21.
- Rossi, R., Corbo, D., Magni, L.R., Pievani, M., Nicolò, G., Semerari, A., Quattrini, G., Riccardi, I., Colle, L., Conti, L., Gasparotti, R., Macis, A., Ferrari, C. y Carcione, A. (2023). Metacognitive interpersonal therapy in borderline personality disorder: clinical and neuroimaging outcomes from the CLIMAMITHE study - A randomized clinical trial. *Personality Disorders*, 14(4), 452-466.
- Setkowski, K., Palantza, C., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I.A., Noma, H., Furukawa, T.A., Arntz, A., van Balkom, A.J.L.M. y Cuijpers, P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(8), 3261-3280.
- Sociedad Española de Psicología Clínica - ANPIR (2023). *Mapa de recursos de trastornos de la personalidad en el Sistema Nacional de Salud español*. Disponible en <https://www.anpir.org/home/actividades-cientificas/congresos-anpir/congreso-anpir-2023>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8), CD005652.
- Stoffers-Winterling, J.M., Storebø, O.J., Kongerslev, M.T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jørgensen, M. S., Sales, C.P., Callesen, H. E., Ribeiro, J. P., Völlm, B.A., Lieb, K. y Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *Brisith Journal of Psychiatry*, 221(3), 538-552.
- Storebø, O.J., Stoffers-Winterling, J.M., Völlm, B.A., Kongerslev, M.T., Mattivi, J.T., Jørgensen, M.S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales C.P., Callesen, H.E., Lieb, K. y Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012955.
- Temes, C. M. y Zanarini, M. C. (2018). The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 685–694.
- Volkert, J., Gablonski, T.C. y Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. y Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274–283.