

## 2. Atención a los pacientes con trastorno límite de personalidad en urgencias

### CARE FOR PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN THE EMERGENCY ROOM

**María Aliño Dies**

Médico residente en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

**Luz María González Gualda**

Médico residente de Psiquiatría en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

**María de los Dolores Sánchez García**

Facultativo especialista de área y Jefe de Sección de Psiquiatría en el Hospital General de Almansa (Albacete) en el Servicio de Salud de Castilla- La Mancha (SESCAM).

#### RESUMEN

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) recurren con frecuencia a los servicios de urgencias en estado de crisis, principalmente por conductas suicidas y/o autolesivas. Las visitas a los servicios de urgencias junto con los ingresos que pueden derivar de ellas son los recursos que más elevan los gastos generados por el TLP, sin embargo no es la forma más adecuada de tratar la sintomatología descrita. La terapia dialéctica conductual (DBT) es un enfoque terapéutico específico para el TLP que ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de este diagnóstico reduciendo la conducta suicida y autolesiva así como los ingresos y las visitas a urgencias. Esto ha repercutido en un ahorro significativo de los costes directos generados por el TLP, por lo que una adaptación de la DBT al contexto de intervención en crisis no sólo podría mejorar la calidad de la atención, sino que también podría contribuir a la reducción de los costes. Con el fin de diseñar una propuesta de mejora de la calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias desde la DBT, se llevó a cabo una revisión bibliográfica para describir la situación actual, identificar posibles áreas de mejora y elaborar propuestas concretas. Para comprobar si dichas propuestas dan lugar a los resultados esperados de mejora de la calidad de la atención y reducción de los costes directos generados por el TLP, será necesario ponerlas en práctica y evaluarlas en futuras investigaciones.

**Palabras clave:** Trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica conductual, intervención en crisis, servicio de urgencias, costes directos del trastorno límite de la personalidad.

#### ABSTRACT

Patients with borderline personality disorder (BPD) frequently turn to emergency services in crisis, mainly for suicidal and/or self-injurious behavior. Emergency room visits and the income they may generate are the most significant sources of PWD costs, but it is not the most appropriate way to treat the symptoms described. Dialectical behavioral therapy (DBT) is a specific therapeutic approach for BPS that has been shown to be effective in treating this diagnosis by reducing suicidal and self-injurious behavior as well as admissions and emergency room visits. This has resulted in significant savings of direct costs generated by LPD, so that an adaptation of TBD to the crisis intervention context could not only improve the quality of care but also contribute to cost reduction. In order to design a proposal for improving the quality of care for patients with BPS in the emergency department from TBD, a literature review was conducted to describe the current situation, identify potential areas for improvement and develop concrete proposals. To see whether these proposals lead to the expected results of improving quality of care and reducing direct costs generated by PLT, it will be necessary to implement them and evaluate them in future research.

**Keywords:** Borderline personality disorder, behavioral dialectical therapy, crisis intervention, emergency service, direct costs of borderline personality disorder.

#### 1. INTRODUCCIÓN

##### 1.1. Presentación

En este trabajo se analiza cómo se atiende a los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) en el servicio de urgencias y se realiza una propuesta de mejora de la calidad de la atención ofrecida en dicho servicio con el fin de reducir el número de ingresos así como la duración de los mismos. Para ello, se llevará a cabo una revisión bibliográfica y se realizará una propuesta de mejora mediante la aplicación de estrategias pertenecientes a la Terapia Dialéctica Conductual de M. Linehan (Dialectical Behavior Therapy - DBT).

Dado que los patrones de conducta que pueden conducir a que un paciente con TLP tenga que ser atendido en urgencias son recurrentes, éste suele acudir con frecuencia (voluntaria o involuntariamente) a dichos servicios y, a menudo, ser ingresado en unidades de agudos con régimen cerrado. Este tipo de atención supone un gasto económico significativo y no ofrece una mejora de la salud de los pacientes a medio o largo plazo, ya que únicamente se trata la sintomatología aguda y no la problemática subyacente.

##### 1.2. Justificación

Los pacientes con TLP suelen recurrir a los servicios de urgencias cuando se encuentran en estado de crisis. La falta de conocimiento sobre este trastorno así como los prejuicios negativos existentes en torno a estos pacien-

tes, dan lugar a que los equipos de urgencias no dispongan de estrategias adecuadas y eficaces para lidiar con ellos en situación de crisis. Esto influye negativamente sobre el paciente así como sobre el resultado de la intervención. Sería necesario que los profesionales de los servicios de urgencias dispusieran de recursos más adaptados para poder manejar mejor este tipo de situaciones, sin embargo hay una falta de estudios controlados aleatorizados que investiguen la efectividad de las intervenciones en crisis con pacientes con TLP (McQuillan et al., 2009; Borschmann, Henderson, Hogg, Phillips y Moran, 2012; Shaikh et al., 2017).

La revisión bibliográfica sobre el análisis de la atención a los pacientes con TLP en los servicios de urgencias así como la elaboración de una propuesta de mejora de la calidad de la atención ofrecida a este colectivo suponen, por tanto, una aportación relevante a este ámbito sanitario, ya que no parecen existir herramientas adecuadas y eficaces para el manejo de estos pacientes en situaciones de crisis.

### 1.3. Hipótesis de estudio

La **primera hipótesis** de estudio es que la revisión bibliográfica muestre que las herramientas de las que disponen los profesionales en los servicios de urgencias para atender a pacientes con TLP son escasas, no logran reducir los síntomas presentados en la situación de crisis sin recurrir al ingreso y no resuelven el problema subyacente a medio y largo plazo.

En **segundo lugar**, cabe esperar que los prejuicios de los profesionales sanitarios hacia los pacientes con TLP influyan negativamente sobre la relación con ellos así como sobre las conductas disfuncionales presentadas por los pacientes que aumentarán o se mantendrán en vez de reducirse, facilitando que se den situaciones de escalada.

Por último, la **tercera hipótesis** es que la propuesta de mejora de la calidad ofrecida mediante la aplicación de estrategias pertenecientes a la DBT modificará positivamente el manejo de los pacientes con TLP en los servicios de urgencias. Esta hipótesis no va a poder ser comprobada a lo largo de este trabajo, no obstante sería interesante poder investigarlo en futuros estudios.

## 2. OBJETIVOS

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) recurren con frecuencia al servicio de urgencias en estado de crisis (Shaikh, 2017). Las crisis, aunque son pasajeras, son intensas y severas por lo que es frecuente que deriven en un ingreso. Sin embargo, en ese contexto se trata la sintomatología aguda y no la problemática subyacente que da lugar a esas crisis y, además, supone un gasto económico significativo (Stiglmayr y Gunia, 2017). Por ello, es importante disponer de intervenciones en crisis que mejoren la calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias evitando el ingreso o permitiendo que sea lo más breve posible. Para analizar este tema y realizar una propuesta de mejora, se plantean los siguientes objetivos:

### 2.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de mejora de la calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias a partir de un análisis de los problemas de calidad existentes.

### 2.2. Objetivos específicos

1. Realizar una revisión bibliográfica. Se revisarán las publicaciones existentes relacionadas con el tema del trabajo.
2. Analizar los resultados de la revisión en relación a problemas de calidad. En base a la información recopilada, se identificarán los aspectos que dificultan la atención de los pacientes con TLP en estado de crisis.
3. Determinar elementos de mejora de calidad en el servicio de urgencias. Se concretarán los ámbitos susceptibles de mejora dentro del servicio, lo que supondrá la base para la elaboración de las propuestas concretas.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. Antecedentes

Los trastornos de personalidad, a diferencia de los que no son de personalidad, se caracterizan por ser trastornos de la interacción. Son egosintónicos (el paciente vive la sintomatología como perteneciente a su persona y no como algo "externo" como en el caso de un paciente con un episodio depresivo, por ejemplo, quien normalmente podría describir la diferencia entre su persona en estado depresi-

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de trastorno general de la personalidad. Fuente: Adaptado según DSM-5.

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cognición (maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).</li> <li>2. Afectividad (amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).</li> <li>3. Funcionamiento interpersonal.</li> <li>4. Control de los impulsos.</li> </ol>
B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p.ej., un traumatismo craneal).

vo y no depresivo) y suelen mostrar sus primeros síntomas a lo largo de la infancia y/o adolescencia (Sachse, 2009).

Según el "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (Diagnostic and statistical manual disorders – DSM) desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association - APA) en su versión actual (DSM-5) describe los criterios diagnósticos que son identificativos de trastorno general de la personalidad se exponen en la siguiente tabla (Tabla 1).

Dentro de los trastornos de personalidad, existen diferentes trastornos específicos, uno de ellos es el trastorno límite de la personalidad (TLP). El TLP entró en el DSM en su tercera edición (DSM-III) en 1980. "(...) se caracteriza por una gran vulnerabilidad emocional que se traduce en un umbral emocional bajo, falta de habilidades en la modulación emocional, tendencia a sentir los afectos de forma intensa y dificultades en el regreso a la línea base emocional." (García y Navarro, 2016, p. 27). Desde una perspectiva estructural, se le describe al TLP como " un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, marcada impulsividad, que comienza en edad adulta temprana y se presenta en una variedad de contextos" (Jiménez, 2021).

Según la teoría biopsicosocial de Marsha Linehan, la autora de la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy - DBT - sus siglas en inglés son las más utilizadas y conocidas, por lo que a lo largo de este texto se hará uso de dichas siglas), estos pacientes se caracterizan por sufrir un trastorno de la regulación emocional que implicará también problemas con la propia identidad así como con la interacción con otras personas (Linehan, 2015). Sufren más emociones negativas y las viven con una mayor intensidad que sujetos control sin TLP (Stiglmayr, 2017). Según Linehan (2015), el TLP surge de una interacción entre disfunciones biológicas (alta sensibilidad ante los estímulos emocionales, tendencia a experimentar emociones intensas y un lento retorno a la línea base emocional) y un ambiente invalidante. Este último se caracteriza por un rechazo hacia la comunicación de experiencias íntimas, un refuerzo intermitente de las expresiones emocionales extremas y mensajes erróneos sobre la facilidad de resolver los problemas vitales. La interacción entre la disfunción biológica y el ambiente invalidante daría lugar al trastorno de la regulación emocional y éste, a su vez, a las conductas disfuncionales aprendidas para reducir el alto nivel de malestar (Linehan, 2015). Cuando las emociones no pueden ser reguladas de forma funcional, el nivel de tensión de estos pacientes aumenta y, llegado a un nivel crítico, dificulta su capacidad para distinguir emociones e identificar la información que éstas transmiten. La sensación de impotencia y falta de control que producen estados de tensión tan elevados, pueden dar lugar a reacciones disfuncionales que tienen el objetivo de aliviar ese estado de tensión (según Stiglmayr et al. (2008)). Ejemplos de este tipo de conductas son los intentos de suicidio, las autolesiones así como las conductas impulsivas que ponen en riesgo la integridad física de la persona. Estos comportamientos ofrecen un alivio a corto plazo, pero a la vez implican daño a medio y largo plazo por lo que suelen desembocar en un "círculo vicioso" del cual resulta difícil salir (Linehan, 2015).

Los **criterios diagnósticos de trastorno límite de personalidad** según el DSM-5 se exponen en la siguiente tabla (Tabla 2):

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos de trastorno límite de personalidad. Fuente: Adaptado según DSM-5.

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente dañinas (p. ej. gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej. episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días)
7. Sensación crónica de vacío
8. Enfado inapropiado e intenso o dificultad para controlar la ira (p. ej. exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

### 3.2. Estado Actual de la Cuestión

En los siguientes apartados se expondrán los conceptos clave sobre el TLP necesarios para poder realizar este estudio. Están relacionados con la epidemiología, la evolución del cuadro clínico y sus comorbilidades más frecuentes, los tratamientos existentes así como los costes que genera. Estos aspectos son importantes ya que en base a ellos se desarrollará la propuesta de mejora de la calidad de la atención a los pacientes con TLP en los servicios de urgencias.

### 3.3. Datos epidemiológicos

Según un estudio de Wagner (2016), y Guilé et al., (2018) la prevalencia del TLP en la población general se encuentra entre el 0,7 y el 2,7%. En la población adulta general de los Estados Unidos y Gran Bretaña se estima entre el 0,7 y el 1,6% según estudios de Coid, et al., (2009) y Ellison et al., (2018). y de Lenzenweger, Lane, Loranger y Kessler (2007), citado en Stiglmayr y Gunia (2017). En España, según la "Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad" del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2011), la prevalencia del TLP en España se encuentra entre el 1 y el 2% en población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25 y el 50% en población reclusa. Respecto a la sospecha del diagnóstico de TLP en la adolescencia se asume una prevalencia de entre el 3 y el 18% (Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan y Mullet, 2001). Las auto-

lesiones son un síntoma frecuente (se dan en entre el 70 y 80% de los casos) y la tasa de suicidios consumados en pacientes con TLP se encuentra entre el 7 y el 10%. El temor por parte de los terapeutas ante un posible suicidio del paciente se explica por el alto número de intentos de suicidio, ya que un 66% de los pacientes lleva a cabo al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida (Bohus, 2010). Entre el 50% y el 80% (datos de Noruega: Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001) de los pacientes con TLP se encuentran en tratamiento psiquiátrico o psicológico. El reparto entre hombres y mujeres con TLP está igualado, si bien muchas más mujeres buscan apoyo terapéutico, y según Stanley, B., & Singh, T., 2018, las mujeres representan el 70%. Ellas tienden a internalizar la tensión y a aliviarla mediante medidas como la autolesión, por ejemplo, mientras que los hombres suelen externalizarla en forma de enfrentamientos verbales y físicos que desembocan en problemas con la justicia por lo que se encuentran con mayor frecuencia en el ámbito forense (todos los estudios mencionados se encuentran citados en Stiglmayr y Gunia, 2017, p. 13- 14).

### 3.4. Evolución del cuadro clínico y comorbilidades

La típica evolución del TLP se presenta de la siguiente forma según Stiglmayr y Gunia (2017): los primeros síntomas suelen manifestarse en la etapa adolescente prontía y el mayor despliegue de sintomatología disfuncional se alcanza hacia los 25 años de edad. A partir de ahí los síntomas tienden a disminuir lentamente. Según cómo influyan factores de riesgo o de protección en el transcurso de la patología, ésta puede tener una duración más o menos larga e incluso manifestarse por primera vez en la edad adulta. Según el estudio de Zanarini,

Frankenburg, Hennen y Silk (2003) el 75% de los pacientes con TLP evaluados dejaron de cumplir los criterios de diagnóstico después de seis años y sólo el 6% de ellos sufrió una recaída. No se evaluó ningún tratamiento específico, los autores concluyeron que la mejora de la sintomatología del TLP era común y estable en el tiempo, ofreciendo así un mejor pronóstico que el conocido hasta entonces. Cabe mencionar que estas cifras sólo son aplicables a personas de clases sociales media y alta por los criterios de selección aplicados en el estudio. En el estudio de la atención a los pacientes con TLP de Berlín en Alemania (Berliner Borderline-Versorgungsstudie) de Stiglmayr et al. (2015) "(...) tan sólo el 23% de los pacientes incluidos seguían cumpliendo los criterios diagnósticos según el DSM-IV tras un año de tratamiento mediante terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy - DBT)." (Stiglmayr y Gunia, 2017, p.13).

En la mayor parte de los casos existe otro diagnóstico además del TLP. Según la revisión de Stiglmayr y Gunia (2017) los más frecuentes son los trastornos afectivos (80%), los trastornos de ansiedad (80%), trastornos de la conducta alimentaria (70%), trastornos por abuso de sustancias (60%), trastorno de estrés postraumático (60%) así como aproximadamente en el 80% de los casos otro trastorno de personalidad. En otra revisión de Priebe, Schmahl y Stiglmayr (2014), también citada en Stiglmayr y Gunia (2017) se mostró que entre el 50 y el 80% de los pacientes con TLP sufren también un trastorno disociativo comórbido y en el 20 a 30% de los casos se dan síntomas disociativos en estado

de vigilia. En una revisión más reciente citada en Manrique (2020), se observa que los TLP, disocial y dependiente son más propensos a presentar otros trastornos afectivos como ansiedad y depresión.

### 3.5. Tratamiento

Teniendo en cuenta la epidemiología, el cuadro clínico, su evolución y las comorbilidades se puede inferir que la principal dificultad a nivel terapéutico reside en la necesidad de lidiar con muchos aspectos a la vez. Por un lado con los síntomas en sí mismos que, debido a la frecuente presencia de trastornos comórbidos suelen ser muchos y variados y, por otro, con el trastorno de la interacción expuesto en los antecedentes que caracteriza a los trastornos de personalidad como tal.

Wagner expone en su tesis doctoral (2016) que la psicoterapia supone el principal tratamiento para el TLP y se puede complementar con tratamiento psicofarmacológico para el tratamiento de algunos síntomas (Stoffers et al., 2012, citados en Wagner, 2016). Según distintos estudios, afirman que la psicoterapia reduce significativamente los síntomas severos de TLP y por ello incrementan la calidad de vida (Vogt y Norman, 2019). Antes del desarrollo de la TDC no existía ningún tratamiento empíricamente respaldado para este tipo de pacientes según Ward-Ciesielski (2020).

Los tratamientos psicoterapéuticos desarrollados específicamente para el TLP a lo largo de las últimas décadas son la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy - DBT) (Linehan, 2015), la terapia de esquemas (Arntz y Genderen, 2010), la terapia basada en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2006) y la psicoterapia focalizada en la transferencia (Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015), todos ellos citados en Wagner (2016). La DBT cuenta con un extenso número de estudios y "constituye el programa de tratamiento que mayor apoyo empírico ha recibido hasta ahora para ese trastorno, como se observa en el metaanálisis realizado por Stoffers et al. (2012) sobre psicoterapia para el TLP." (García y Navarro, 2016, p. 161). Asimismo, ha sido evaluada como efectiva según la revisión sistemática de la Colaboración Cochrane (Linehan, 2015). Estudios posteriores de los últimos veinte años sobre la eficacia de esta terapia en comparación con grupo control (González, 2021) concluyen que la TDC es efectiva frente a la condición control, aunque hacen falta más investigaciones que aboguen a una replicación directa y mayor número de objetivos terapéuticos, a su vez hay estudios según Albarrán et al, (2021), Khaslo et al., (2019) y McMain et al., (2019) la TDC ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas de TLP tales como conductas autoagresivas e ideación suicida.

Según refieren Vásquez-Dextre, E. R. (2016) la TDC ha demostrado eficacia no solo en la reducción de síntomas de TLP tales como conductas autoagresivas e ideación suicida, por otra parte Feliú Pardo (2021), en su estudio de tesis, constata que terapia dialéctica conductual y el tratamiento comunitario por expertos, ambos tratamientos reducen la culpa, la vergüenza y la ansiedad, con la consiguiente regulación emocional de los pacientes con TLP.



Estos tratamientos suelen llevarse a cabo en régimen ambulatorio una vez que el paciente ha sido dado de alta de los servicios de urgencias, sin embargo el acceso a ellos no siempre es posible (Fagin, 2004). Aún existiendo tratamientos ambulatorios específicos, las personas que sufren trastornos de personalidad suelen acudir a los servicios de urgencias porque las crisis que pueden sufrir estos pacientes son intensas y pueden desembocar en un ingreso y, por otro lado, porque los trastornos de personalidad pueden complicar la presentación y el tratamiento de otros diagnósticos comórbidos como la depresión (Fagin, 2004). Por ello, Fagin (2004) argumenta en su artículo "un ingreso también supone una oportunidad" y que los equipos de los servicios de urgencias deben saber lidiar con trastornos de personalidad. Para conseguir un entorno terapéutico que favorezca la decisión de cambio por parte del paciente, estos equipos necesitarán ampliar sus estrategias así como el apoyo y la supervisión por parte de equipos especializados en trastornos de personalidad (Fagin, 2004). Por otra parte también se aprecia según refieren Hidalgo et al. (2020), un consumo acentuado de sustancias, siendo la experiencia clínica la vía de reconocimiento de igual manera que en los pacientes con trastorno por uso de sustancias, así como el descontrol de impulsos, los fenómenos gananciales y la dependencia del terapeuta.

Hasta ahora los ingresos solían estar orientados al tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos que solían ingresar en fase aguda y mejorar mediante tratamiento psicofarmacológico, el ajuste de la medicación o de la dosis. Una vez recuperado un nivel de funcionamiento que excluyera peligro para el propio paciente o para otros, éste era dado de alta con la medicación pautada. En el caso de los trastornos de personalidad y en concreto en el del TLP, este tipo de tratamiento no se adapta a sus necesidades. Una de las conductas que más desemboca en ingresos hospitalarios (voluntarios e involuntarios) es la conducta e ideación suicida. Según un estudio (Paris, 2019) hasta el 10% de los pacientes con TLP morirán por suicidio. Entre el 40-85% de los pacientes con TLP realizan intentos autolíticos (Páramo, 2020), si bien es cierto que parece ser que esto se asocia a resultados del papel de los rasgos fóbicos, antisociales y neuroticismo como posibles rasgos de personalidad de TLP relacionados con la conducta suicida (Alberti-Páramo et al, 2021). Tal y como explica Linehan (2015) la conducta suicida cumple una función: es también muy eficaz para provocar la conducta de ayuda por parte del entorno, lo cual puede ayudar a evitar o cambiar situaciones que generen malestar emocional. Por ejemplo, la conducta suicida es generalmente la forma más efectiva para un paciente no psicótico de ingresar en una unidad psiquiátrica. La ideación suicida, la planificación de un intento de suicidio e imaginar la propia muerte por suicidio, si va acompañado de la creencia de que el dolor acaba con la muerte, puede aportar una intensa sensación de alivio. Finalmente, planear el suicidio, imaginar el suicidio y llevar a cabo conductas autolesivas (y sus consecuencias si el entorno lo sabe) puede reducir emociones dolorosas ofreciendo una distracción compulsiva. La hospitalización implica el riesgo de reforzar la conducta disfuncional, ya que el paciente recibe más atención cuando actúa de esta manera y menos cuando no lo hace. Linehan (2015) afirma que precisamente las medidas preventivas de suicidio son las que refuerzan esa conducta, por otro lado

Lin et al., (2019) y Snoek et al., (2020) afirman que la TDC regula las emociones de los pacientes con TLP, reduciendo el riesgo suicida. Si un paciente que experimenta un intenso malestar emocional lleva a cabo una conducta suicida y acaba acudiendo (voluntaria o involuntariamente) a urgencias, recibe atención por parte del personal de urgencias, cita con el psiquiatra de guardia, probablemente un ingreso y, en ese caso, posiblemente otra cita individual con algún miembro del equipo de la planta de ingreso. Si el paciente no hubiese actuado de esa manera, seguiría habiendo sufrido un intenso malestar emocional, pero no hubiese recibido ninguna de esas atenciones. Por tanto, aumenta mucho la probabilidad de que la próxima vez que esta persona experimente un intenso malestar emocional, vuelva a recurrir a la conducta suicida. Esto puede dar lugar a un proceso de "psiquiatrización" (patrón recurrente de ingreso) mantenido por un lado por el miedo del paciente a enfrentarse a su malestar y, por otro, por el miedo del profesional a que el paciente pueda suicidarse. "El miedo ante lo que les pueda ocurrir a estos pacientes si no son contenidos conduce inevitablemente al ingreso" (Fagin, 2004, p. 95). Por ello, se concluye que es conveniente evitar las hospitalizaciones en los pacientes con TLP en la medida de lo posible. Si no fuese viable, recomienda que las estancias en el hospital sean lo más breves posibles o que se haga uso de los hospitales de día que ofrecen un alto grado de estructuración previniendo el aumento de sintomatología.

En el contexto de los servicios de urgencias aproximadamente entre el 9 y el 27% de los pacientes agitados que llegan son diagnosticados con TLP. Estos pacientes, cuando se encuentran en estado de crisis, alcanzan altos niveles de estrés que hacen que se muestren menos cooperativos. Dicha falta de cooperación puede fomentar la actitud negativa ya preexistente en los profesionales sanitarios hacia los pacientes con TLP. Esta situación puede dar lugar a situaciones de escalada y resultados negativos como hospitalizaciones y medicación innecesarias así como medidas de contención y de seguridad inapropiadas que reducen la autonomía y responsabilidad del paciente (Shaikh et al., 2017). Los pacientes con TLP "(...) suelen generar discrepancias en los equipos, dividiéndolos en aquellos que piensan que el paciente es manipulador y necesita intervenciones firmes y controladoras y aquellos que se vuelven sobreprotectores y tolerantes por encima de los límites razonables." (Fagin, 2004). Por tanto, en un servicio de urgencias no sólo serán necesarias habilidades para tratar la sintomatología que ha dado lugar a la crisis del paciente. El trastorno de la interacción es, como se describió al principio, la principal característica de los trastornos de la personalidad por lo que otro aspecto fundamental será disponer de herramientas para cuidar un patrón funcional de comunicación que evite, en la medida de lo posible, los enfrentamientos dentro del propio equipo y aumente la probabilidad de que la intervención pueda ser llevada a cabo con éxito.

### 3.6. Costes del TLP

Tal y como describen Stiglmayr y Gunia (2017), a lo largo de los últimos años se ha desarrollado tanto a nivel de investigación como a nivel social un interés por los costes

directos e indirectos que generan los pacientes con TLP. Los costes directos incluyen todos los gastos generados por los tratamientos y los recursos requeridos para la realización de los mismos. Los costes indirectos se calculan en base a la pérdida de productividad causada por incapacidad laboral y muerte prematura que pueden asociarse a este trastorno. Dentro del ya mencionado estudio de atención a los pacientes con TLP de Berlín (Berliner Borderline- Versorgungstudie, Stiglmayr et al., 2015) se estimaron 28.026 Euros anuales por paciente (costes directos: 19.038 Euros, costes indirectos: 8.988 Euros). Del total de costes directos, 13.121 Euros se debían a los ingresos en plantas psiquiátricas y en hospital de día (Wagner, 2016). Tal y como citan Stiglmayr y Gunia (2017), en Alemania estos costes sólo son superados por los de los pacientes con esquizofrenia (Konopka, Klingberg, Wittdorf y König, 2007) y pacientes con esclerosis múltiple (Kobelt et al., 2006). Adaptando estos datos a los presupuestos de Alemania, esto implica que el 25% de los gastos destinados a ingresos en recursos psiquiátricos se invierten en pacientes con TLP. Se parte de la base de que una gran parte de los costes directos se destinan a medidas de tratamiento que no son específicas para este trastorno. Debido a la falta de una oferta adecuada de tratamientos psicoterapéuticos ambulatorios específicos para pacientes con TLP, sigue siendo necesaria la atención a estos pacientes en los servicios de urgencias así como los ingresos de larga duración que incrementan los costes directos invertidos en su tratamiento (Bohus, 2010, Fassbinder et al., 2018, citado igualmente en Stiglmayr y Gunia, 2017) sin contribuir a la mejora del paciente a medio y largo plazo. Por otra parte, un estudio de Murphy et al., (2020), afirma que la probabilidad de que la TDC sea rentable es superior al 50%, confirmando la rentabilidad a corto plazo.

Teniendo en cuenta que (1) los pacientes con TLP suelen recurrir a los servicios de urgencias cuando se encuentran en estado de crisis que puede implicar síntomas de agresividad, impulsividad, ansiedad, depresión, autolesión así como ideación y conducta suicida (Shaikh et al., 2017), (2) las hospitalizaciones en vez de reducir pueden reforzar la conducta suicida de los pacientes con TLP y (3) el ingreso es un recurso con un alto coste económico (Stiglmayr y Gunia, 2017), el objetivo principal de la intervención con pacientes con TLP en los servicios de urgencias debería ser el manejo de crisis (Shaikh et al., 2017 y Coyle et al., 2018) para prevenir el ingreso o, de no ser viable, hacerlo lo más breve posible. Por otra parte, Flores, 2020 con su estudio de tesis, afirma que los reingresos en los pacientes con TLP en ámbito hospitalario son más largos, con el consiguiente incremento del coste hospitalario. Por ello, el objetivo de este trabajo es diseñar una propuesta de mejora de la calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias analizando las intervenciones existentes y elaborando propuestas concretas de mejora desde el enfoque de la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy - DBT) de M. Linehan.

#### 4. PROPUESTA METODOLÓGICA

Con el fin de determinar si se confirman o no las hipótesis propuestas así como lograr los objetivos planteados en

la sección anterior, la metodología que se va a seguir es una revisión bibliográfica porque es la que hará posible determinar tanto el tipo de intervención que se está llevando a cabo con pacientes con TLP en los servicios de urgencias como la influencia de la actitud hacia los pacientes por parte del personal sanitario. Esta metodología permitirá identificar las necesidades existentes y desarrollar en base a ellas una propuesta de mejora lo más adecuada posible.

La revisión bibliográfica se llevará a cabo a partir de diferentes fuentes: el buscador general de Google así como en el buscador académico Google Scholar, libros publicados por autores de referencia en el campo de la psiquiatría y psicología clínica así como publicaciones en revistas científicas especializadas en los mismos ámbitos. Se determinarán los términos de búsqueda y se variarán y concretarán en base a los resultados obtenidos en una primera búsqueda para obtener referencias lo más concretas posibles y ceñidas a la temática de este trabajo. Asimismo, se revisarán las referencias bibliográficas de los artículos y libros encontrados, ya que puede suponer una muy buena selección adicional de fuentes. También se ampliará con bibliografía en inglés, por un lado porque es probable que la bibliografía existente respecto a este tema en España sea limitada y, por otro, porque aporta información relevante a pesar de que los sistemas sanitarios sean diferentes y algunas de las medidas tomadas en otros países no sean aplicables al nuestro. Por ejemplo puede ser de utilidad conocer datos estadísticos sobre el uso del servicio de urgencias por parte de pacientes con TLP en otros países así como las dificultades con las que se ven enfrentados otros compañeros y su forma de lidiar con ellas. Esto puede ayudar a mejorar la elaboración y la calidad de las propuestas de mejora en fases posteriores del trabajo. En base a las referencias encontradas se decidirá cuáles son las más adecuadas para ser incluidas en el trabajo y cuáles no, estableciendo así los criterios de inclusión y exclusión y limitando también el año máximo de antigüedad de las publicaciones incluidas.

Una vez elegida la bibliografía, el siguiente paso consistirá en analizar los resultados de la revisión en relación a los problemas de calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias para después determinar las posibles áreas de mejora. En base a ellas se elaborarán propuestas concretas de mejora desde el enfoque de la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy - DBT) de M. Linehan. Para dotar al lector de la información necesaria respecto a este enfoque psicoterapéutico, se procederá a hacer un resumen general del funcionamiento de la DBT así como a explicar algunos de los conceptos clave especialmente relevantes para el contexto de intervención en un servicio de urgencias y para las propuestas de mejora planteadas. Estas propuestas serán lo más concretas posibles y estarán justificadas por las necesidades detectadas en la bibliografía revisada. Dado que en el contexto de este trabajo no es posible proceder a la implementación de las propuestas elaboradas, el análisis de los resultados se llevará a cabo en base a las hipótesis y los objetivos definidos en la primera sección. Una vez realizado el análisis de los resultados, se procederá a desarrollar las conclusiones del trabajo.

## 5. DESARROLLO DEL ESTUDIO

### 5.1. Diseño del trabajo

Para la elaboración de este estudio se ha recurrido a la revisión de publicaciones en revistas científicas especializadas en psiquiatría y psicología clínica así como de libros publicados por autores de referencia en este campo.

### 5.2. Revisión bibliográfica

#### 5.2.1. Estrategia de búsqueda de bibliografía

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda tanto en el buscador general de Google como en su buscador académico Google Scholar inicialmente sin límite de fechas. Dado que el tema elegido es específico, la búsqueda de bibliografía relacionada a partir de palabras clave tal y como "trastorno límite de personalidad" o "servicios de urgencias" daba resultados demasiado extensos que no permitían encontrar la información pertinente. Por ello, se optó por buscar frases completas que incluyesen toda la información relevante para el trabajo como "Manejo de pacientes con trastorno límite de personalidad en los servicios de urgencias". Al existir pocas publicaciones en español, también se llevaron a cabo búsquedas en inglés con el título completo como "Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments". No se hizo uso de operadores booleanos. La información encontrada se complementó con material publicado en alemán (Estudio de la atención a los pacientes con TLP de Berlín - Berliner Borderline Versorgungsstudie de Stiglmayr et al., 2015).

En un siguiente paso, con el fin de encontrar intervenciones en los servicios de urgencias, se matizó la búsqueda incluyendo la palabra clave "crisis" o "intervención en crisis" en los títulos de búsqueda tanto en español como en inglés. Esto ayudó a dar con resultados específicos para la pregunta planteada.

Por último, se analizaron también las referencias bibliográficas de los artículos y libros seleccionados, lo que resultó de gran utilidad. Se revisaron las referencias bibliográficas en base a su título y su año de publicación, las más relacionadas con el tema del trabajo fueron buscadas específicamente en los buscadores generales y, en caso de poder acceder a ellas, también fueron incluidas en la revisión.

#### 5.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

El principal criterio de inclusión fue que los artículos mencionasen en su título el TLP en el contexto de los servicios de urgencias priorizando sobre todo aquellos que incluyesen en su título también el concepto de crisis o intervención en crisis. Este criterio se amplió al tratamiento del TLP en otros contextos hospitalarios como las plantas de ingreso u hospitales de día, excluyendo los artículos que no se centraban en el manejo de crisis sino en intervenciones a medio y largo plazo. En relación al tipo de intervención, únicamente se incluyeron los artículos que hablaban sobre la DBT, ya que es el enfoque terapéutico desde el cual se van a realizar las propuestas de intervención más adelante. Con el fin de hacer uso de información actualizada, no se incluyó bibliografía con más de 20 años de antigüedad, estable-

ciendo el límite en el año 2000. La única excepción fue la definición de un término concreto que se citó de un libro sobre tratamiento psicológico del año 1999. Al tratarse de un concepto establecido que no ha sido modificado a lo largo del tiempo y proceder de un libro específico sobre psicología clínica, su uso se ve justificado a pesar de la antigüedad de la fuente.

Respecto a los criterios de exclusión, no se tuvo en cuenta la bibliografía relacionada exclusivamente con intervenciones psicofarmacológicas porque el foco de este trabajo es la aplicación de técnicas de intervención psicológicas que pueden ser complementadas con tratamiento farmacológico en caso de necesidad, pero en el caso de pacientes con TLP el objetivo es que aprendan a regular los estados de ansiedad y tensión por sí mismos (sin hacer uso de elementos externos). También se excluyeron los artículos descriptivos sobre el TLP y sus síntomas y, tal y como se mencionó anteriormente, los que evaluaban planes de tratamiento a medio y largo plazo sin tener en cuenta la intervención en crisis.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se llegó a un total de 23 referencias bibliográficas siendo 14 de ellas artículos de psicología clínica de revistas específicas, seis libros (tres de ellos directamente relacionados con el TLP, uno con trastornos de personalidad, uno con tratamiento psicológico y uno con metodología de la investigación), una guía de consulta de criterios diagnósticos, una guía de práctica clínica y una tesis doctoral.

### 5.3. Análisis de los resultados de la revisión bibliográfica en relación a los problemas de calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias

Cabe destacar que la bibliografía relacionada con la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias es escasa y hacen falta más estudios sobre la intervención en crisis para pacientes con TLP tal y como afirman los autores de la revisión Cochrane (Borschmann, Henderson, Hogg, Phillips y Moran, 2012). El hecho de que exista poca bibliografía sobre este tema puede deberse a la dificultad que implica llevar a cabo investigación en contextos de atención urgente. La inmediatez de la reacción requerida en los servicios de urgencias hace que sea difícil cumplir con los requisitos necesarios para una investigación. Otra posible explicación para la falta de bibliografía sobre el tema de este trabajo es que el TLP es un trastorno relativamente "joven" que fue incluido en los sistemas de clasificación diagnóstica por primera vez en 1980, por lo que todavía falta mucha investigación por llevar a cabo.

La revisión de las fuentes bibliográficas seleccionadas muestra que entre el 9 y el 27% de los pacientes que llegan a urgencias suelen ser diagnosticados con TLP y recurren al servicio de urgencias cuando se encuentran en estado de crisis (Shaikh et al., 2017). Shaikh et al. (2017) llevaron a cabo una revisión de las últimas publicaciones relacionadas con el manejo de los pacientes con TLP en los servicios de urgencias. Concluyen en su artículo que el personal sanitario y no sanitario necesita herramientas para lidiar mejor con estos pacientes, ya que la falta de

conocimientos acerca del diagnóstico y el estigma hacia el mismo (se les atribuye ser manipuladores, tener falta de optimismo de cara a una posible recuperación, que ejercen presión, que disponen de pocas habilidades de comunicación y que requieren mucho tiempo por parte de los profesionales), lleva a que el personal de urgencias tenga una actitud negativa hacia el TLP que tiende a ser despectiva (Commons, 2009; Shaikh et al., 2017). La necesidad de herramientas adecuadas para tratar a los pacientes con TLP también lo es para el personal responsable de trasladar a estos pacientes al hospital (como es el caso de los técnicos de ambulancias) y especialmente para las personas que trabajan con ellos en las plantas de ingreso. Tal y como se explicó anteriormente, la principal característica de los trastornos de personalidad es la alteración de la interacción con el otro. Dado que el contacto con estos pacientes es frecuentemente percibido como difícil, suelen tener "mala fama" entre los miembros de los equipos que trabajan en plantas de ingreso y dificultan la creación de una alianza terapéutica (Fagin, 2004). Este último autor enumera en su artículo una serie de ejemplos de conductas disfuncionales en el ámbito interpersonal que pueden provocar opiniones y reacciones encontradas en los miembros de un equipo y dificultar su trabajo. Una parte del equipo experimentará una mayor afinidad hacia estos pacientes y tenderá a defenderles mientras que otra parte del equipo mantendrá la actitud negativa mencionada anteriormente, atribuyéndole toda la responsabilidad al paciente de las dificultades existentes (describiéndole como "manipulador" o como que "lo hace a propósito") (Fagin, 2004). Estas posturas opuestas pueden generar conflictos dentro del propio equipo y dan lugar a que se mantenga tanto la actitud negativa de los pacientes hacia los profesionales (por ejemplo alimentando la creencia de que existen integrantes del equipo "buenos" y "malos", tal y como define el segundo criterio diagnóstico según el DSM-5 "Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación") como el estigma sobre el TLP por parte de los profesionales hacia los pacientes. La alternativa supondría ver qué parte del conflicto le corresponde al paciente y qué parte al equipo y cómo se puede lidiar con la situación de forma funcional para ambas partes.

Los principales motivos por los que se ingresa a los pacientes con TLP son intentos de suicidio, ideación suicida, autolesión o conductas que ponen en riesgo a la propia persona o a otra/s. Los pacientes con TLP describen un nivel de sufrimiento intenso y las crisis, aunque son pasajeras, son severas y no se deben subestimar (Shaikh et al., 2017). El objetivo del ingreso es que el paciente esté contenido durante el tiempo que sea necesario y pueda sobrevivir a la crisis y salir de ella sin que ésta empeore o tenga consecuencias irreversibles. Sin embargo, teniendo en cuenta que los motivos de ingreso forman parte de los síntomas que componen el cuadro clínico del TLP y que no hay una expectativa de recuperación como consecuencia de un ingreso esta medida no supone una solución a medio o largo plazo. Paris (2019), afirma que la conducta suicida recurrente en el TLP cumple la función de proporcionar una sensación de control sobre el propio destino o de evitar el sufrimiento en pacientes con TLP. Asimismo, explican que tanto las amenazas como los intentos de suicidio cumplen la función comunicativa de

transmitir a su entorno la intensidad de su malestar mediante esas conductas. Por lo tanto, mientras no se trate el problema subyacente que hace que se vuelvan a dar las crisis, éstas seguirán produciéndose. Por este motivo algunos autores afirman que el ingreso hospitalario no es una forma adecuada de manejar las crisis en el TLP, dado que precisamente se refuerza la conducta que se intenta reducir. "Cuanto más medidas preventivas del suicidio se introducen, más tienden los pacientes a sufrir una regresión. El motivo es que cada acción relacionada con el suicidio se refuerza con más, y no menos, atención por parte de enfermería." (AN, 2019 y Kothgassner et al., 2021).

El modelo de ingreso "tradicional" es adecuado para el manejo de los trastornos psicóticos. Permite proteger al paciente y a su entorno de las consecuencias de una exacerbación de la sintomatología aguda, ajustar el tratamiento psicofarmacológico y estabilizar al paciente. Sin embargo, en pacientes con trastornos de personalidad y en especial en el TLP, este modelo sólo sería de ayuda cuando los pacientes sufren un episodio psicótico breve (como se describe en el noveno criterio del diagnóstico según el DSM-5). En el resto de casos que conducen al ingreso de un paciente con TLP (ideación suicida, amenazas de suicidio y autolesiones), el ingreso no cumple la misma función que en los casos descritos anteriormente, sino que puede dar lugar a un proceso de "psiquiatización", es decir, que el paciente recurra de forma sistemática a la hospitalización cuando se vea confrontado con situaciones difíciles sin permitirle aprender las estrategias necesarias para lidiar con esas situaciones fuera del contexto hospitalario (Paris, 2004). Tanto el miedo por parte del paciente a no verse capaz de manejar situaciones difíciles de forma autónoma como el miedo por parte del personal sanitario a que el paciente pueda (en el peor de los casos) quitarse la vida al darle el alta, contribuyen a que esta dinámica se asiente, vaya en aumento y sea cada vez más difícil de modificar. Esto también puede reforzar la percepción de estos pacientes de que la planta de ingreso es la única constancia y lugar seguro al que pueden recurrir de forma incondicional (Fagin, 2004). Linehan (2015) sugiere que "aunque los ingresos hospitalarios no son completamente evitables para pacientes con TLP, deberían ser lo más breves posibles y no especialmente cómodos." (p. 243).

El concepto de hospitalización parcial como el servicio que ofrece un hospital de día, por ejemplo, parece haber mostrado efectos positivos en el manejo de pacientes con TLP en estado de crisis (Shaikh et al., 2017). La hospitalización parcial ofrece un grado de estructuración que favorece la mejoría de los pacientes con TLP que muestran un aumento de su patología en contextos poco estructurados (Gunderson, 2001) el manejo más conservador de la ideación suicida crónica en el TLP es la terapia ambulatoria con opción al ingreso en hospital de día en caso de necesidad. También Linehan (2015) citada en el artículo de este mismo autor apuesta por el tratamiento ambulatorio recurriendo al ingreso sólo en caso de ser imprescindible. Tal y como explica Fagin (2004) en su artículo, el acceso a un tratamiento ambulatorio específico para el TLP no es siempre posible, sin embargo cualquier recurso de ingreso, ya sea completo o parcial, tiene que lidiar en algún momento con la preparación del alta del paciente.



Teniendo en cuenta el primer criterio diagnóstico del TLP ("Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado"), el momento de cierre del tratamiento, es decir, el momento del alta, siempre va a suponer una situación de riesgo que debe ser preparada con antelación suficiente para prevenir que el paciente lo viva como un abandono y sufra una recaída a conductas disfuncionales (Fagin, 2004). Esto también debe ser tenido en cuenta en el contexto de urgencias, ya que si el objetivo es evitar llegar a un ingreso, será necesario dotar al paciente de herramientas para lidiar con su malestar de forma autónoma así como que los profesionales dispongan de estrategias para ayudar al paciente en esta situación y sean capaces de no hacerse cargo de la responsabilidad del paciente a pesar de tratarse de una situación de crisis. Por tanto, disponer de estrategias eficaces para el manejo del riesgo en el momento del alta también será importante en contextos de urgencia (Shaikh et al., 2017). Un aspecto que se señala en la literatura revisada es la necesidad de un servicio al que enviar a los pacientes una vez que se les da el alta de un ingreso. Este tipo de recurso podría suponer un "puente" entre el contexto de ingreso y el ambulatorio ofreciendo la posibilidad de practicar lo aprendido durante el ingreso en su entorno habitual y previniendo que se vuelvan a dar situaciones de crisis que requieran otro. Por otra parte, este recurso también abarcaría la tarea de organizar aspectos psicosociales como su situación de vivienda, estado de salud y contactos con otras personas, ya que todas estas áreas suelen estar afectadas en pacientes con TLP (Shaikh et al., 2017) y dificultan que puedan llegar a alcanzar una estabilidad. Si no se tienen en cuenta estos aspectos y no se busca una forma de aclarar y mejorar las circunstancias en las que viven los pacientes, éstas pueden dar lugar a futuras crisis.

Otro aspecto a destacar es el alto coste económico que suponen los ingresos hospitalarios (Stiglmayr y Gunia, 2017). La alta comorbilidad con trastornos somáticos crónicos implica que los pacientes con TLP también hacen uso de otros recursos no sólo psiquiátricos y psicológicos (Frankenburg 2004, citados en Wagner, 2016). Dentro del ámbito de los servicios de salud mental, los pacientes con TLP recurren a ellos con mayor frecuencia que los pacientes con depresión mayor y otros trastornos de personalidad (Bender et al., 2006; Hörz, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2010, citados en Wagner, 2016). Además de las dificultades psíquicas y físicas, este trastorno tiene implicaciones significativas en la limitación de su capacidad laboral (Coid et al., 2009; citados igualmente en Wagner, 2016). Todos estos aspectos contribuyen a que los costes generados por los pacientes con TLP sean elevados. Los costes se dividen en **directos** que implican todos los gastos generados por los tratamientos y los recursos requeridos para llevarlos a cabo e **indirectos** que se calculan en base a la pérdida de productividad causada por incapacidad laboral y muerte prematura que pueden asociarse a este trastorno (Stiglmayr y Gunia, 2017). Wagner, 2016) muestran en su estudio que los recursos que mayor gasto económico directo generan son los ingresos hospitalarios totales o parciales (13.121 Euros anuales por paciente con una media de 47 días de tratamiento). En relación a los costes indirectos, los mismos autores concluyen que el gasto generado asciende a 9.000 Euros anuales por paciente debido, sobre todo, a los costes generados por incapacidad laboral.

La literatura revisada muestra que uno de los enfoques terapéuticos más estudiados, para el que se han llevado a cabo un mayor número de estudios controlados aleatorizados y con mayor evidencia empírica (Stoffers et al., 2012, citado en Wagner, 2016) es la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy - DBT) de Marsha Linehan que "(...) incluye principios de la terapia de conducta, la filosofía dialéctica y la práctica zen" (García y Navarro, 2016, p. 33). Se basa en tres elementos principales: estructura, estrategias y actitud terapéutica. Respecto a la **estructura**, la DBT es un tratamiento cognitivo-conductual manualizado que se divide en cuatro fases. La primera se centra en reducir las conductas más incapacitantes y graves que ponen en peligro la vida del paciente y que interfieren con el progreso en terapia. En la segunda fase se aborda la exposición a las emociones y la regulación emocional, tratando por ejemplo otros trastornos comórbidos como el trastorno de estrés postraumático. En la tercera fase el objetivo es intervenir en problemas vitales como la pareja o el ámbito laboral y, por último, la cuarta fase trata de aumentar los sentimientos de plenitud así como el logro de metas individuales (García y Navarro, 2016). Es un tratamiento multimodal que se compone de terapia individual, entrenamiento grupal en actividades (skills training), coaching telefónico y equipo de consulta para los terapeutas (Wagner, 2016). A nivel de **estrategias** de intervención, la DBT adopta una visión dialéctica buscando un equilibrio entre la validación de la forma de actuar del paciente y el cambio que quiere llegar a alcanzar. Por tanto, combina estrategias de aceptación (siendo la validación la principal) con estrategias de cambio (siendo la solución de problemas la estrategia básica en este ámbito) (García y Navarro, 2016). Según Linehan (2015) cualquier problema puede ser abordado desde la aceptación o desde el cambio. Las habilidades (skills) también se estructuran en estas dos categorías, dos de los cuatro módulos forman parte de los skills de aceptación (mindfulness y tolerancia al malestar) y los otros dos módulos de los skills de cambio (regulación emocional y efectividad interpersonal). La actitud terapéutica en el marco de la DBT parte de una serie de premisas que ayudan a entender que los intentos de los pacientes por regular sus emociones, a pesar de ser muy disfuncionales, son comprensibles dada su patología y el contexto en el que se han desarrollado (García y Navarro, 2016). En línea con la perspectiva dialéctica explicada anteriormente, el terapeuta mantendría la comprensión hacia la conducta del paciente a la vez que, una vez acordados por ambas partes los comportamientos a cambiar, pondría y respetaría los límites necesarios para que se pudiesen dar esos cambios.

La DBT ha demostrado reducir la conducta suicida y autolesiva así como las visitas a urgencias y los ingresos (McMain et al., 2009, citados en Wagner, 2016). Por tanto, resulta lógico inferir que la DBT puede llevar a una reducción de los costes que implica el TLP, tal y como han mostrado algunos autores como Heard (2000) en Estados Unidos o Pasieczny y Connor (2011) en Australia (ambos estudios citados en Wagner, 2016). Dichas investigaciones mostraron que los costes anuales directos fueron reducidos significativamente aplicando DBT en contexto ambulatorio comparándolos con los resultados obtenidos en el grupo que fue tratado de forma convencional (treatment

as usual - TAU). En el primer estudio citado se llegó a una reducción de 9.210 Euros y en el segundo estudio citado a una reducción de 4.034 Euros. En ambos casos, el ahorro se debió fundamentalmente a la reducción del número de visitas a urgencias así como al número de ingresos (Wagner, 2016). Estos resultados se vieron replicados en el estudio dirigido por este último autor, (Wagner, 2016) donde se evaluaron los costes de pacientes con TLP el año anterior a hacer una terapia con DBT, el año durante el que se llevó a cabo la terapia así como el año posterior a la finalización de la misma. Los costes medios anuales totales de los pacientes que participaron en el estudio ascendieron durante el año anterior al comienzo de la terapia con DBT a 28.026 Euros. Durante el año de terapia la cantidad se redujo a 18.758 Euros y los costes continuaron bajando durante el año posterior a la terapia hasta 14.750 Euros. Ya a lo largo del año de tratamiento mediante DBT, el ahorro compensó y superó los gastos necesarios para llevar a cabo la terapia. Al igual que en los estudios citados anteriormente, el ahorro se produjo principalmente por la reducción de las visitas a urgencias y de los ingresos hospitalarios (Wagner, 2016).

#### 5.4. Identificación de las áreas a mejorar

Tras el análisis de los resultados de la revisión bibliográfica se pueden identificar dos :

1. Centrar las intervenciones con pacientes con TLP en urgencias en el manejo y regulación de crisis con el fin de dotar al paciente de herramientas para lidiar con una situación de crisis y prevenir ingresos innecesarios en la medida de lo posible.
2. Apoyar desde el servicio de urgencias que los pacientes con TLP encuentren tratamiento psicológico ambulatorio, ya que los datos existentes muestran una mejora de los síntomas de estos áreas de mejora: pacientes mediante psicoterapia ambulatoria a largo plazo (a ser posible, mediante un enfoque específico para este trastorno). Desde el servicio de urgencias se podría ofrecer información al respecto así como ayuda a buscar profesionales y apoyo para afrontar el tiempo de espera con el menor número de crisis posibles.

#### 5.5. Propuestas de mejora

Las propuestas de mejora que van a ser planteadas parten de la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy - DBT). Con el fin de poderlas contextualizar mejor, es necesario matizar antes algunos conceptos relacionados. Tal y como se explicó en la parte de antecedentes dentro del marco teórico (apartado 1.2.1), los pacientes con TLP tienen dificultad para regular sus emociones de forma funcional, lo que puede dar lugar a estados de tensión muy elevados que, cuando alcanzan su punto máximo vivido como insufrible, les lleva a hacer uso de conductas disfuncionales. Así, la conducta suicida, la autolesión u otras conductas impulsivas como por ejemplo el consumo de sustancias, cumplen la función de aliviar el nivel de malestar experimentado por el paciente en ese momento (Paris, 2004). Recurren a ellas porque su entorno y su historia de aprendizaje no les ha enseñado a regular sus emociones de otra manera y son las únicas estrategias de las que disponen. Sin embargo, el

alivio producido por la conducta disfuncional no es duradero y deja secuelas a largo plazo (cicatrices, posibles lesiones, sensación de fracaso, etc.) que pueden ser detonadores de nuevos aumentos de tensión y, por tanto, de nuevas conductas disfuncionales creando así un "círculo vicioso". Dentro del modelo de la DBT se utiliza una escala para medir el nivel de tensión que va desde el valor de 0 al valor de 100. 0 sería "ninguna tensión" y 100 "máxima tensión" que implica la realización de una conducta disfuncional como las mencionadas anteriormente. A partir de un nivel de 70 se habla del inicio de la sensación de pérdida de control a nivel cognitivo, fisiológico y conductual. La capacidad para distinguir emociones e identificar la información que éstas transmiten se empieza a ver dificultada, por lo que a partir del valor de 70 aumenta el riesgo de que el paciente lleve a cabo una conducta disfuncional. Cuando un paciente llega a ese nivel de tensión debe hacer uso de aquellas habilidades que le permitan evitar que el nivel de tensión siga aumentando y que contribuyan a que vaya disminuyendo. Este tipo de habilidades se ubican en el **módulo de "tolerancia al malestar"** que es uno de los cuatro módulos del entrenamiento en habilidades de la DBT (también denominado skills training). El módulo de tolerancia al malestar incluye estrategias que activen cualquiera de los cinco sentidos y/o que supongan una distracción a corto plazo del malestar experimentado por el paciente. Se trata de estímulos fuertes que interrumpan el aumento de tensión y, puesto que las personas pueden reaccionar de forma diferente ante mismos estímulos, cada paciente tendrá que buscar, probar y encontrar posibles estrategias que le sirvan cuando llegue a un nivel de tensión por encima de 70. Algunos ejemplos son olores fuertes como el del "bálsamo de tigre", sabores picantes como la guindilla o ácidos como el limón. Asimismo, se haría uso de actividad o estimulación física como por ejemplo mediante subir y bajar escaleras rápidamente o darse una ducha con cambios rápidos de agua fría y caliente. El objetivo de este tipo de intervención no es la mejora de la situación que ha provocado la crisis, sino lograr que el nivel de tensión experimentado por el paciente no aumente (desembocando en una conducta disfuncional) y se pueda ir reduciendo hasta que llegue a un nivel por debajo de 70 que le permita volver a reestablecer sus funciones cognitivas, fisiológicas y conductuales, es decir, pensar con una mayor claridad y evitar actuar desde la impulsividad. Una vez alcanzado un nivel de tensión inferior a 70 puede empezar el trabajo introspectivo, ya que es entonces cuando el paciente vuelve a disponer de la capacidad para analizar cuál es la emoción subyacente que ha dado lugar a esa situación de crisis y aprender estrategias para regular dicha emoción. Este tipo de habilidades se encuentran en el **módulo de "regulación emocional"** y, junto con los módulos de "mindfulness" y "habilidades interpersonales" conforman el resto de módulos del entrenamiento en habilidades.

Los pacientes con TLP se caracterizan por sufrir situaciones críticas de forma muy continuada en muchos ámbitos de su vida por lo que la DBT opta por **jerarquizar los temas** según su grado de peligrosidad: (1) conductas suicidas, (2) ideación suicida, (3) conductas autolesivas, (4) conductas impulsivas. Esto será muy importante de cara a la intervención en el contexto de urgencias, ya que es po-

sible que el paciente quiera hablar de los temas subyacentes a su intento de suicidio, sin embargo será necesario que la intervención en ese momento se centre, en primer lugar, en elaborar un plan de acción alternativo para la próxima vez en la que el paciente sienta el impulso de realizar un intento de suicidio y así proteger su vida. Los temas que han dado lugar al intento de suicidio son fundamentales, sin embargo, esos requieren una intervención a medio y largo plazo y trabajarlos va a implicar necesariamente la aparición de nuevas crisis, ya que esos temas suelen traer consigo una alta carga emocional. Por lo tanto, para garantizar la supervivencia del paciente, será primordial que éste disponga de herramientas para las situaciones de crisis.

Partiendo de esta base, hay dos estrategias terapéuticas principales que serán necesarias para llevar a cabo todas las propuestas que se realicen en este apartado: las estrategias de validación y las de compromiso. La **validación** consiste en que las respuestas que presenta otra persona "tienen sentido y son comprensibles de acuerdo con el contexto o situaciones presentes" (García y Navarro, 2016). Es importante que la persona que atiende a un paciente con TLP (y a cualquier otra persona, independientemente del diagnóstico) le haga sentirse entendido y haga el esfuerzo de tratar de comprender por qué la persona actúa como lo hace sin que esto signifique que comparta esa forma de actuar. A modo de ejemplo, imaginemos un paciente que acude a urgencias con una autolesión mediante un corte superficial en el antebrazo y expresa el deseo de volver a autolesionarse. Una validación podría ser la siguiente: "Si te he entendido bien, el estado en el que te encuentras en este momento es realmente duro para ti y te resulta insostenible. Entiendo que si hasta ahora cortarte es la única manera de encontrarte un poco mejor, sientas deseo de volver a hacerlo." El hecho de entender las circunstancias y deseos del paciente no implica que se comparta su forma de actuar, sin embargo, la disposición a comprender su punto de vista reduce la probabilidad de que se dé una situación de escalada y puede aumentar la disposición a cooperar por parte del paciente.

La validación ayuda a que el paciente se sienta comprendido y, aunque es imprescindible, no contribuye activamente al cambio de conducta. Para ello, serán necesarias también las **estrategias de compromiso**. Éstas contribuirán, en un primer paso, a aclarar la ambivalencia por parte del paciente respecto a dejar de hacer uso de las conductas disfuncionales. En un segundo paso, las estrategias de compromiso ayudarán a llegar a acuerdos lo más concretos posibles para practicar las conductas alternativas que, a pesar de no ser tan efectivas a corto plazo como las disfuncionales, no implican consecuencias negativas a largo plazo y sí una mejoría. La concreción es fundamental ya que hace que aumente la probabilidad de que el paciente lleve a cabo las estrategias trabajadas. Partiendo de la base de que el paciente se encuentre en un nivel de tensión inferior a 70, elaboraremos un plan de acción con el paciente en el que quede reflejado de la forma más concreta posible: (1) qué hará cuando llegue a su casa, (2) qué hará en caso de que su nivel de tensión vuelva a aumentar (aquí se anotarán los skills que le hayan resultado efectivos previamente) y (3) cuándo y de qué forma contactará con nosotros al día siguiente.

Con el fin de mejorar la calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias, me gustaría realizar algunas **propuestas de mejora desde la DBT** teniendo en cuenta los aspectos explicados anteriormente. Desde el punto de vista de la gestión sanitaria es importante tener en cuenta que toda propuesta de mejora pasa por hacer algunas cosas de forma distinta a como se realizaban hasta ahora por lo que, en un primer momento, van a requerir una inversión de tiempo y recursos. Sin embargo, el objetivo es que esa inversión inicial repercuta en un ahorro de tiempo y recursos a medio y largo plazo. Esto puede generar muchas resistencias por parte del equipo que inicialmente sólo puede ver el incremento de trabajo que va a suponer el cambio. Por ello, será necesario valorar el trabajo realizado por parte del equipo hasta el momento, validar los temores y el escepticismo existentes respecto a las propuestas de cambio y conseguir un compromiso para probar a implementar las sugerencias durante un periodo de prueba después del cual se evaluará si merece o no la pena mantener el cambio.

Tal y como argumentan Shaikh et al. (2017) en su artículo, la intervención con pacientes con TLP en urgencias debería tener como objetivo principal la regulación del estado de crisis en el que se encuentra el paciente.

Por ello, la **primera propuesta** es **hacer uso de la escala de tensión de 0 a 100**. El profesional que atendiese a un paciente con TLP en el servicio de urgencias le pediría en primer lugar una estimación de su nivel de tensión (escala de 0 a 100), ofreciéndole como punto de referencia que a partir de 70 es cuando empezamos a "no poder pensar con claridad". Si el nivel de tensión expresado por el paciente es superior a 70 (o si el paciente no tiene esa percepción, pero el profesional considera que no es viable mantener una conversación por el alto nivel de tensión que sufre el paciente), se llevarían a cabo con él algunas de las habilidades de tolerancia al malestar explicadas anteriormente. Una vez alcanzado un nivel por debajo de 70, se procedería a explorar la situación y diseñar un plan de actuación como el expuesto en el ejemplo de las estrategias de compromiso. Este primer paso ofrecería una orientación inicial tanto al paciente como al profesional. Conociendo el nivel de tensión, aumenta la probabilidad de que se pueda prevenir un aumento del mismo que podría dar lugar a situaciones de escalada desembocando en ingresos. Asimismo, le ofrecería al paciente la experiencia correctiva de que una situación de crisis también puede perder intensidad sin necesidad de recurrir a la conducta disfuncional (aunque la conducta alternativa le suponga al paciente muchísimo esfuerzo).

La **segunda propuesta** sería que, una vez que el paciente con TLP esté en un nivel de tensión inferior a 70, se elaborase con él mediante la aplicación de las estrategias de validación y compromiso explicadas anteriormente un **plan de acción para las próximas 24 horas**. Ese plan de acción incluiría un compromiso a no suicidarse hasta la próxima cita que sería en el mismo servicio de urgencias con otro profesional del servicio así como actividades concretas que hacer hasta el día siguiente y skills de tolerancia al malestar que puede poner en práctica en caso de que el

nivel de tensión vuelva a ser superior a 70. El objetivo sería ganar tiempo para permitir que la crisis aguda pasase, tal y como describen algunos autores como Shaikh et al. (2017), sin necesidad de recurrir al ingreso, pero sí dotando al paciente a la vez de un plan de acción a corto plazo que le permita mantener una sensación de control pese a la dificultad de su situación. En la nueva cita al día siguiente se repasaría cómo ha puesto en práctica las estrategias trabajadas el día anterior y se le ofrecería la participación en el grupo de psicoeducación (siguiente propuesta).

Una de las cuestiones recurrentes en el tratamiento de pacientes con TLP es a dónde derivarlos o qué recursos ofrecerles cuando acuden a urgencias o después de un ingreso hospitalario si se ha llegado a producir. En la literatura revisada se menciona la necesidad de derivar a estos pacientes a otros recursos donde se pueda acceder a una atención más continuada, idealmente una terapia ambulatoria a largo plazo u otros recursos de hospitalización parcial (Fagin, 2004; Shaikh et al., 2017). Sin embargo, estos recursos no son suficientes para atender la demanda existente ni accesibles para todos los pacientes (Fagin, 2004; Bohus, 2007, citado en Wagner, 2016) y suelen ir asociados a largos tiempos de espera.

Por eso, la **tercera propuesta** de mejora consiste en ofrecer un **grupo psicoeducativo ambulatorio de tres sesiones cada dos semanas** desde el servicio de urgencias donde se impartan los contenidos de la DBT de mayor utilidad para estos pacientes en su momento de crisis actual: mindfulness, concepto de tensión, bases del módulo de "tolerancia al malestar" (es decir, qué hacer en caso de crisis y cómo prevenirlas), indicaciones sobre cómo identificar emociones detonadoras de esas crisis y recomendaciones para buscar tratamiento ambulatorio (listado de terapeutas y recursos que trabajen el TLP de forma específica). Los objetivos de este grupo serían:

1. Ofrecer un mínimo de estructura con tres sesiones a lo largo de seis semanas
2. Dotar a los pacientes de herramientas para manejar las crisis agudas así como una perspectiva de mejora a medio y largo plazo
3. Orientación respecto a los recursos específicos existentes para el TLP (terapeutas ambulatorios, centros específicos de ingreso, etc.) y cómo acceder a ellos elaborando un plan de acción para afrontar los largos tiempos de espera que suelen ir asociados a estos recursos
4. Además, en caso de que surja, puede ofrecer la posibilidad de que los participantes se apoyen mutuamente y amplíen su red social

Si esta propuesta diese buenos resultados, en un siguiente paso se podría plantear la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento ambulatorio intensivo como el expuesto en el estudio de McQuillan et al. (2009). Estos autores obtuvieron buenos resultados aplicando contenidos específicos de la DBT de forma intensiva y en régimen ambulatorio durante tres semanas.

Las propuestas expuestas hasta ahora se centran en conseguir que no sea necesario recurrir al ingreso hospitalario.

No obstante hay situaciones que requieren una hospitalización, por ejemplo cuando el paciente no puede distanciarse de la ideación suicida o de la idea de agredir a otra persona a pesar de haber intentado reducir su nivel de tensión. Siguiendo las recomendaciones expuestas en la revisión bibliográfica, lo adecuado sería que el ingreso en planta fuese acotado en el tiempo y lo más breve posible (Linehan, 1993, citada en Paris, 2004).

La **cuarta propuesta** consiste en una cooperación entre el servicio de urgencias y la planta de ingreso de psiquiatría **estableciendo previamente para los pacientes con TLP la duración del ingreso así como los objetivos a trabajar durante la estancia en planta**. La duración del ingreso sería de una semana siguiendo la indicación de Bohus, Gunia y Kienast (2010) quienes afirman en su artículo que un ingreso por una situación de crisis no debería exceder una semana de duración y en ningún caso debería dar lugar a un ingreso prolongado no programado. El objetivo de la semana de ingreso sería trabajar estrategias para lidiar con situaciones de crisis como las que han dado lugar al mismo así como elaborar un plan de crisis para prevenir que lleguen a darse situaciones de este tipo en un futuro. Esto permitiría que tanto el personal de urgencias como el de la planta de ingreso dispusiera de una información clara para ellos mismos y para los pacientes. Asimismo, un claro plan de acción para el personal de urgencias podría reducir la sensación de impotencia por parte de los profesionales descrita en los artículos revisados (Fagin, 2004; Commons, 2009; Shaikh et al., 2017). Éste consistiría en:

1. Regulación de la tensión in situ para tratar de reducirla a un nivel inferior a 70
2. Una vez alcanzado un nivel por debajo de 70, nueva cita a las 24 horas con elaboración de un plan de acción hasta entonces
3. En la nueva cita 24 horas más tarde, ofrecer la posibilidad de asistir al grupo de psicoeducación de tres sesiones
4. En caso de necesidad, ingreso en planta con una duración y temática establecidas previamente

Con el fin de prevenir la "psiquiatrización" (hospitalización crónica) de los pacientes y promover que recurran a la terapia ambulatoria, Linehan (2015), recomienda que la estancia en planta, además de ser lo más breve posible, no resulte "especialmente cómoda" (p. 243) para los pacientes. Dentro del plan de cooperación entre el servicio de urgencias y la planta psiquiatría, la **quinta propuesta** sería elaborar un **plan de contingencias que promoviese los recursos ambulatorios**. Esto implicaría que durante la semana de ingreso en la planta de psiquiatría, se trabajaría exclusivamente la conducta que ha conducido al mismo, elaborando estrategias alternativas para lidiar con esa situación así como un plan de crisis para prevenir futuras situaciones de riesgo. Es altamente probable que a lo largo de ese proceso surjan temas subyacentes a la conducta problema u otros sobre los que el paciente quiera hablar, pero que se salgan de los objetivos establecidos. Es importante que los profesionales validen ese deseo del paciente y a la vez cuiden el límite de no ha-



blar sobre temas que se salgan de lo establecido durante el ingreso. Será fundamental que insistan en que esos temas se empezarán a trabajar en el grupo de psicoeducación (al que pueden asistir una vez sean dados de alta de la planta de ingreso), pero sobre todo se profundizará sobre ellos en la terapia ambulatoria. Lo esperable es que esto le genere una sensación de frustración al paciente que el profesional puede validar, pero es importante que no se intente reducir o paliar hablando de los temas que quiere el paciente. El objetivo es que ese límite y la consecuente frustración ayuden al paciente a dar el paso hacia un recurso que potencie más su autonomía (como sería la participación en un grupo ambulatorio o una terapia ambulatoria individual). El uso de contingencias promueve que las conductas alternativas funcionales tengan un beneficio a corto plazo para el paciente ("si voy al grupo de psicoeducación, podré hablar de los temas que considero relevantes para mí ahora mismo") que hagan que asuma su responsabilidad y se exponga al miedo que conlleva ese cambio. Esto requiere habilidades por parte de los profesionales para sostener las emociones expresadas por los pacientes ya que, siguiendo con el ejemplo anterior, es más fácil (y muchas veces también más interesante) profundizar con el paciente en temas emocionales que centrarse exclusivamente en las conductas disfuncionales y el plan de crisis teniendo que sostener, además, la frustración del paciente. Sin embargo, mantener la estructura y la jerarquía de las temáticas es especialmente importante para el tratamiento del TLP desde la DBT, precisamente para que posibles conductas disfuncionales en el ámbito interpersonal interfieran lo menos posible y no den lugar a malos entendidos, falta de claridad, situaciones de escalada y abandonos del tratamiento, ya sea por parte del paciente o de los profesionales.

## 6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

### 6.1. Exposición de los resultados

El primer resultado obtenido fue que existe poca bibliografía relacionada con la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias así como con la intervención en crisis con estos pacientes. Son varios los autores que hacen hincapié en la necesidad de llevar a cabo más investigación en este campo, sobre todo de realizar estudios controlados aleatorizados (Borschmann et al., 2012; Shaikh et al., 2017).

"No existe un consenso en la literatura sobre las indicaciones para la hospitalización de pacientes con trastorno límite de la personalidad que tienen una urgencia psiquiátrica (...) [La American Psychiatric Association (APA)] recomienda ingresos breves si el paciente supone un riesgo inminente para otros, pierde el control sobre impulsos de suicidio o hace un intento de suicidio serio, tiene episodios psicóticos pasajeros y si tiene síntomas lo suficientemente severos como para que interfieran con su funcionamiento. Si se aplicasen las recomendaciones de las directrices de la APA, la mayoría de los pacientes con trastorno límite de la personalidad que acudiesen a urgencias requerirían un ingreso (...). (pp. 1199-1200)"

Sin embargo, los resultados obtenidos en dicho estudio mostraron que del total de visitas llevadas a cabo en el servicio de urgencias psiquiátricas durante los cuatro años de

duración del estudio (11.578 visitas), el 9% (equivalente a 540 personas) fue diagnosticado con TLP y de ellos, tan sólo el 11% requirió un ingreso. Tanto en el estudio de estos autores como en la revisión realizada por Shaikh et al. (2017) se explica que las crisis de los pacientes con TLP, aún siendo severas, son pasajeras y la realidad clínica es que no ingresa la mayoría de los pacientes con TLP que llegan al servicio de urgencias (Shaikh et al., 2017).

Por otra parte, la revisión bibliográfica muestra que la actitud de los profesionales que tienen que trabajar con los pacientes con TLP es, en general, negativa hacia ellos. Existe un estigma social en torno a este trastorno que les define como personas manipuladoras y les atribuye la intención de querer poner a la otra persona en una situación difícil por lo que suelen tener "mala fama" dificultando el establecimiento de una buena alianza terapéutica y dando lugar a resultados no deseados (Fagin, 2004; Commons, 2009; Bodner et al., 2015; Shaikh et al., 2017). Es importante tener en cuenta que cuando el paciente con TLP se encuentra en estado de crisis, sufre un nivel de tensión elevado que le hace mostrar poca o ninguna disposición a cooperar, generando una sensación de frustración en el profesional que le atiende (Shaikh et al., 2017). Según la información recogida en el estudio de Bodner et al. (2015) aproximadamente un 80% de los profesionales que trabajan con pacientes psiquiátricos considera que el trato con pacientes con TLP le resulta más difícil que con otro tipo de pacientes y que el 50% de los profesionales preferiría evitarlos. Estos pacientes tienden a dividir la opinión sobre ellos en aquellos miembros del equipo que les atribuyen una conducta manipuladora y tienden a ser estrictos y rígidos con los pacientes y en aquellos otros miembros del equipo que tienden a defender y a sobreproteger al paciente. Así, otro de los estudios citados en Bodner et al. (2015) muestra que el 80% de las enfermeras psiquiátricas entrevistadas valoraba el trato con pacientes con TLP como más difícil que con otros pacientes y, a la vez, el 81% consideraba que el tipo de atención que recibían era inadecuada (Bodner et al., 2015). Este tipo de discrepancias deberán ser trabajadas por el equipo para prevenir conflictos entre los propios profesionales (Fagin, 2004). Los estudios realizados hasta el momento indican que la formación sobre el diagnóstico del TLP puede contribuir a que mejore la actitud de los profesionales hacia los pacientes que lo sufren y se recomienda ofrecer formaciones específicas, pero es necesario llevar a cabo más investigación al respecto (Commons, 2009; Shanks, Pfohl, Blum y Black, 2011, citado en Bodner et al., 2015).

De los diferentes tratamientos psicológicos específicos para el TLP, la DBT ha sido el más estudiado hasta el momento mediante diversos estudios controlados aleatorizados y es el tratamiento que cuenta con la mayor evidencia empírica respecto a su efectividad a nivel clínico. Los estudios muestran que la DBT reduce significativamente la conducta suicida y autolesiva así como el número de días de ingreso y la cantidad de visitas a urgencias (Stiglmayr et al., 2014; Wagner, 2016; Linehan, 2015). Al final del primer año de tratamiento ambulatorio mediante DBT, el 77% de los pacientes incluidos en la muestra del estudio de Stiglmayr et al. (2014) ya no cumplía los criterios diagnósticos del TLP. El número de días de ingreso se redujo

en un 35,9% (44,7 días de media durante el año anterior al tratamiento ambulatorio mediante DBT, 6,8 días de media a lo largo del año de tratamiento y 6,0 días de media durante el año posterior al tratamiento) y la cantidad de visitas a urgencias pasó de una media de 0,8 visitas al año durante el año previo al tratamiento a 0,5 el año posterior a finalizar el tratamiento mediante DBT, suponiendo una reducción del 11,6% (Wagner, 2016). Además de la aplicación de la DBT en régimen ambulatorio (como fue diseñada originalmente), ha sido implementada con éxito también en otros contextos como en régimen de ingreso u hospital de día (McQuillan et al., 2009; Bohus et al., 2004, citado en Wagner, 2016). Todavía existen pocos datos relacionados con la efectividad de la DBT en formatos de duración más breve para pacientes con TLP en estado de crisis, pero los datos existentes apuntan, por un lado, a que una intervención más breve e intensiva mejora los síntomas depresivos y la sensación de desesperanza asociados al estado de crisis y, por otro, a que mediante una intervención más breve se puede atender a un mayor número de pacientes y generar compromiso para una psicoterapia a largo plazo (McQuillan et al., 2009). Bohus et al. (2010) añaden que debido a la falta de terapeutas que trabajen con DBT en régimen ambulatorio, los ingresos limitados en el tiempo en los que se trabaje mediante DBT dotan a los pacientes de herramientas para lidiar con la sintomatología más grave del TLP como ideación suicida, deseo de autolesionarse, conductas de riesgo, ataques de ira y competencias sociales básicas. Estas herramientas prevendrían posibles conductas que pusiesen en riesgo la vida del paciente y contribuirían a que pudiesen sobrellevar mejor el tiempo de espera hasta el comienzo de una terapia ambulatoria.

Los pacientes con TLP consumen un número significativo de recursos asistenciales y mayor que el de otros pacientes con trastornos psiquiátricos, suponiendo una alta carga económica (Wagner et al., 2014; Shaikh et al., 2017). Basándose en los resultados respecto a la efectividad clínica de la DBT, el hecho de que reduzca la conducta suicida y autolesiva (que son los dos motivos principales por los que los pacientes con TLP acuden a urgencias y pueden desembocar en un ingreso) y por tanto reduzca también la duración de los ingresos y el número de visitas a urgencias, puede implicar un ahorro de los costes que genera el TLP. Dichos costes se subdividen en costes directos (gastos generados por los tratamientos y los recursos que implican) y costes indirectos (gastos generados por la pérdida de productividad causada por incapacidad laboral y muerte prematura asociadas al TLP). La bibliografía revisada muestra que el tratamiento de pacientes con TLP mediante DBT conduce a un ahorro significativo de los costes directos a través de la reducción de las visitas a urgencias y, sobre todo, de los ingresos hospitalarios y de la duración de los mismos pasando de un gasto de 19.038 Euros durante el año anterior al tratamiento con DBT a 10.524 Euros durante el año de tratamiento y a 6.549 Euros el año posterior al tratamiento, lo que supone una reducción del gasto en un 34%. Estos resultados indican que la DBT puede ser un tratamiento efectivo a la par que rentable para el TLP (Wagner et al., 2014). Sin embargo, varios autores coinciden en que la oferta de tratamientos ambulatorios específicos para el TLP es escasa. Son pocos los pacientes que tienen acceso a psicoterapia en general y aún menos los que pueden acceder a una psicoterapia

específica (Fagin, 2004; Jobst, Hörz, Birkhofer, Martius y Rentrop, 2010; Hermens, van Splunteren, van den Bosch y Verheul, 2011, los dos últimos citados en Wagner et al., 2014). "La falta de profesionales disponibles para pacientes con TLP podría explicar la brecha entre el tratamiento estándar y el tratamiento óptimo recomendado en las guías de práctica clínica" (Hermens et al., 2011, citado en Wagner, 2016).

## 6.2. Análisis de los resultados

Los posibles motivos que podrían explicar la poca bibliografía relacionada con la atención a los pacientes con TLP en los servicios de urgencias así como con la intervención en crisis con estos pacientes son, por un lado, la dificultad de llevar a cabo investigaciones en el contexto de la atención urgente por la inmediatez de sus intervenciones y, por otro, la joven trayectoria del trastorno límite de la personalidad que entró en los manuales diagnósticos en 1980. Sea cual fuere el motivo, tal y como coinciden varios autores, es necesario ahondar en la investigación sobre la atención a estos pacientes en el servicio de urgencias así como sobre la intervención en crisis con ellos (McQuillan et al., 2009; Borschmann et al., 2012; Shaikh et al., 2017). La falta de claridad respecto a los criterios de ingreso genera confusión a la hora de decidir si llevarlo a cabo o no. El hecho de que tampoco existan indicaciones claras sobre cómo intervenir con el paciente en estado de crisis para reducirla (incluso sin necesidad de hacer uso de medicación), puede hacer que los profesionales con poca experiencia o que se sientan inseguros opten por un procedimiento más "conservador" y ante la duda o el miedo a que la situación del paciente se pueda agravar, decidan ingresarles. Sin embargo la intención original de los ingresos (proteger al paciente y a su entorno de las consecuencias de una exacerbación de la sintomatología aguda, ajustar el tratamiento psicofarmacológico y estabilizarle) no ayuda a los pacientes con TLP. También en cuanto a la medicación existe controversia y se discute si es necesaria en el tratamiento del TLP o no.

La discrepancia entre lo descrito en los manuales o directrices y la práctica clínica reside en que, hasta hace poco tiempo, el paciente más conocido en el contexto de la urgencia y del ingreso era el paciente con trastorno psicótico. Las intervenciones y procedimientos "clásicos" están diseñados para que este tipo de pacientes vuelva a estabilizarse después de una descompensación. Las fases de sintomatología aguda son distinguibles y están más delimitadas que en pacientes con trastornos de personalidad. Estos últimos son egosintónicos, es decir, que el paciente vive la sintomatología como propia ("yo soy así de impulsivo, cambiante, etc."). Se trata de una sintomatología continua (más o menos presente) y no de una fase aguda que una vez que se regula remite por completo dando lugar a una estabilidad (Sachse, 2009). Por ese motivo surgen problemas de identidad así como de interacción con otras personas lo que hace que este tipo de trastornos requieran un manejo distinto y para ello será necesario cambiar el punto de vista respecto al tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos. En los trastornos de personalidad la atención (ya sea positiva o negativa) supone un refuerzo de la conducta que el paciente está mostrando. Bajo

refuerzo (o reforzador) se entiende "(...) aquellos estímulos consecuentes a la conducta que asociados contingentemente con ellos producen un incremento de la misma" (Froján y Santacreu, 1999, p. 205), es decir, aquello que hace que aumente la probabilidad de que la conducta manifestada se vuelva a repetir. Por tanto, en el contacto con los pacientes con trastornos de la personalidad las preguntas que nos deberíamos plantear como profesionales son:

1. ¿Qué estamos reforzando?
2. ¿Es esa la conducta que queremos reforzar o no?

Para una mejor comprensión de este concepto puede resultar útil hacer uso de un ejemplo: un paciente con TLP ingresado en una planta de psiquiatría lleva a cabo una autolesión mediante un corte en el antebrazo y se lo comunica al personal de enfermería. Éste evaluará la lesión y decidirá si es posible realizar la cura allí mismo o si es necesario enviar al paciente al médico de guardia o al servicio de urgencias para suturar la herida en caso de requerirlo. Dependiendo de la actitud, prejuicios, nivel de estrés, etc. del personal sanitario que tenga contacto con el paciente, el tipo de reacción puede ser muy distinto. Algunos profesionales mostrarán interés y tenderán a preguntarle por qué lo ha hecho; otros tratarán de desviar la conversación hacia otros temas para evitar hablar de la autolesión por miedo a que el paciente "se ponga peor si le pregunto" o, por el contrario, por evitar sentirse incómodos ellos mismos. Otras personas tenderán, quizás, a expresar su juicio de valor respecto a la conducta del paciente diciéndole por ejemplo que le resulta "incomprensible" o "absurdo" que se haya autoinflingido ese corte o enumerándole los peligros que implica ese tipo de conductas. Y también puede que haya otros profesionales que prefieran no interactuar en absoluto con el paciente mientras le atienden. Una vez curada la herida es probable que sea necesario un seguimiento de la misma, por lo que cada revisión supondrá una interacción con el personal sanitario. Es altamente probable que si el paciente no muestra conductas disfuncionales y colabora participando en las actividades del programa, no reciba una atención ni tan intensa ni mucho menos tan exclusiva como la que ha recibido cuando se ha autolesionado. Por lo tanto, aunque todas las personas implicadas en este ejemplo tengan el deseo de ayudar a que el paciente se encuentre mejor, contribuyen sin quererlo a que aumente la probabilidad de que éste mantenga la conducta disfuncional.

Es muy frecuente que la cantidad de atención (independientemente del tipo de atención) que el personal sanitario ofrece al paciente sea mayor cuando éste actúa de forma disfuncional que cuando lo hace de una forma más saludable. La conducta disfuncional (en este caso la autolesión) se ve reforzada por la atención recibida y lo que el paciente percibe es que cuando se esfuerza y trata de lidiar con sus dificultades de forma funcional, el trabajo no se valora y pasa desapercibido. Esta forma de proceder sería congruente con el modelo de ingreso tradicional explicado anteriormente, ya que el paciente psicótico muestra más conductas disfuncionales cuando está descompensado y es entonces cuando requiere más atención. Una vez que se estabiliza muestra menos conductas disfuncionales y requiere menos atención. Sin embargo, para el paciente con TLP son la interacción y la atención por parte del otro en

sí mismas lo que le genera dificultades en su vida diaria siendo detonadores de crisis puntuales que se pueden llegar a producir varias veces al día. La sintomatología del paciente con TLP no se divide en fases de estabilidad e inestabilidad como es el caso de pacientes con otro tipo de trastornos, sino que se trata de aprender a identificar y regular la respuesta emocional para prevenir que el nivel de tensión sufrido por el paciente desemboque en conducta disfuncional. Por lo tanto, el modelo de ingreso tradicional necesita ser adaptado a este tipo de pacientes para que tanto ellos como los profesionales puedan contribuir a la mejora de su sintomatología. El cambio de foco consistiría en que el paciente con TLP recibiese más atención cuando se mostrase cooperativo y probase a realizar conductas alternativas en situaciones que hasta este momento hubiese resuelto mediante una conducta disfuncional. Asimismo, sería necesario que en caso de darse conductas de este tipo, éstas recibiesen la menor atención posible (únicamente la imprescindible), explicándosele antes de forma transparente al paciente. Así, siguiendo con el ejemplo anterior, el paciente con TLP sabría que cuando se autolesiona debe comunicarlo, que el personal de enfermería valorará si la herida debe ser o no suturada y que durante cualquier tipo de intervención relacionada con la lesión, no está permitido conversar más que sobre lo estrictamente necesario en relación a la atención de la herida. De esta forma al paciente le aportaría más tratar de cambiar su forma de actuar que mantener sus antiguos patrones de conducta. Este cambio de énfasis supone un reto y resulta difícil de conseguir, ya que el ritmo intenso de trabajo hace que los pacientes que "funcionan" llamen mucho menos la atención, pasen desapercibidos y exijan menos necesidad de actuación que los que "no funcionan", "van mal" o "dan guerra". Sin embargo, el efecto logrado es precisamente el contrario al que se pretende conseguir.

Dado que no existen recursos específicos suficientes donde atender a los pacientes con TLP, los recursos disponibles necesitan herramientas para lidiar con ellos. Tanto a nivel individual para aquellos profesionales que noten tener dificultad en el manejo de estos pacientes como a nivel estructural en los servicios de urgencias y salud mental por la tendencia no intencionada a reforzar conductas disfuncionales como se ha explicado en el párrafo anterior. La percepción de estos pacientes como personas de trato difícil entre los profesionales de los servicios de salud mental, puede afectar a su forma de tratarlos y dar lugar a situaciones de escalada y círculos viciosos con reingresos frecuentes (Bodner et al., 2015). La falta de herramientas tanto a nivel individual como estructural contribuye a generar y mantener dicha actitud general negativa de los profesionales sanitarios hacia los pacientes con TLP (Fagin, 2004; Commons, 2009; Shaikh et al., 2017). Tal y como se explicó en la exposición de los resultados, los estudios realizados hasta el momento indican que dicha actitud puede ser modificada mediante formación específica sobre el diagnóstico del TLP. A modo de ejemplo, según un estudio de Shanks et al. (2011), citado en Bodner et al. (2015) un curso de un día ya contribuyó a mejorar la resolución de problemas y a entender el estado emocional en el que se encuentran estos pacientes. Los resultados mostraron también que el curso aumentó la empatía, re-

dujo el nivel de hostilidad y mejoró la habilidad para trabajar con pacientes con TLP en una parte del equipo. Por lo tanto, cabría esperar que una adquisición de habilidades estructurada y prolongada en el tiempo podría mejorar significativamente el manejo de los pacientes con TLP así como las actitudes negativas por parte de los profesionales hacia este trastorno.

La DBT ofrece herramientas y una estructura muy concretas para el tratamiento del TLP y, aunque el modelo original de Marsha Linehan fue diseñado para ser llevado a cabo en régimen ambulatorio, las diferentes estrategias y su estructura son adaptables a otros contextos clínicos como el hospital de día o el régimen de ingreso (McQuillan et al., 2009; Bohus et al., 2010, citado en Wagner, 2016). La diferencia fundamental entre el modelo original y la adaptación al servicio de urgencias así como a la planta de ingreso convencional (es decir, una planta de ingreso no específica para el tratamiento del TLP) es que desde el enfoque original de la terapia ambulatoria mediante DBT, se exige que el paciente se comprometa a no suicidarse durante el tiempo que dure el tratamiento. Este compromiso es fundamental en la DBT, ya que permite que el terapeuta pueda confrontar al paciente con los temas subyacentes a la conducta problema. Dichos temas suelen caracterizarse por ser complicados y dolorosos para el paciente por lo que será importante trabajar formas funcionales alternativas de lidiar con el malestar que esto le genere (mediante el uso de habilidades como las descritas en el apartado anterior así como la elaboración de un plan de actuación en caso de crisis que siempre incluya, como último recurso, acudir a su hospital de referencia). Es importante aclarar que no se prohíben las ideas de muerte, esto sería completamente incongruente puesto que la ideación suicida forma parte del cuadro clínico del TLP y cumple la función de aliviar el nivel de malestar del paciente a corto plazo (para lidiar con las ideas de muerte se elaborará un plan de actuación concreto como el mencionado anteriormente). Sin embargo, lo que se le exige como requisito al paciente es que se comprometa a no llevar a cabo ninguna acción que ponga en peligro su vida durante el tiempo que dure la psicoterapia. Este compromiso es el que permitirá que el terapeuta pueda hacer bien su trabajo, sin evitar temas difíciles por miedo a que el paciente pueda llevar a cabo un intento de suicidio así como también hará posible que el paciente le dé realmente una oportunidad a la terapia, sin recurrir durante el tiempo que dure la misma a la "vía de escape" disfuncional que supone el intento de suicidio.

Pedirle este compromiso a un paciente que llega en situación de crisis al servicio de urgencias y que probablemente ni siquiera se haya planteado la opción de hacer una psicoterapia, sería desproporcionado y podría llegar a ser contraproducente. El paciente podría sentirse presionado a comprometerse a algo que no se ve capaz de cumplir conduciendo a descartar la posibilidad de tratamiento o haciéndole comprometerse de forma aparente, pero no real. Sin embargo, sería posible que desde el servicio de urgencias se le atendiese ayudándole a regular el nivel de tensión elevado con el que acude (como se explicó en la sección de desarrollo del trabajo) y ofreciendo información respecto a lo que sucede en el TLP en una situación de crisis mediante el concepto de tensión y la escala de 0 a 100. Una vez reali-

zando esto, sería factible pedirle compromisos adaptados a la situación actual y que fuesen asumibles para él (por ejemplo que se comprometiera a venir a la cita concertada al día siguiente no suicidándose hasta entonces, tal y como se planteó en una de las propuestas de mejora) que den lugar a pequeñas experiencias correctivas y aumenten la disposición por parte del paciente a comprometerse a una psicoterapia.

Este tipo de intervenciones junto con algunas estrategias de comunicación para personal sanitario y no sanitario que tenga que intervenir con pacientes con TLP, pueden suponer la base para elaborar protocolos de actuación en crisis y mejorar mucho la calidad de la atención ofrecida a los pacientes en el servicio de urgencias. No sólo a corto plazo en la propia situación de crisis, sino también de cara a un futuro ya que ayudaría a que muchos pacientes se comprometiesen a hacer un tratamiento ambulatorio a largo plazo. Esto, a su vez, requeriría que hubiese más terapeutas especializados en el tratamiento ambulatorio de pacientes con TLP a los que poder derivar a los pacientes. En España, las discrepancias entre el sistema sanitario privado y público hacen que la derivación a terapeutas especializados no sea una labor sencilla. En el Sistema Nacional de Salud (SNS) es habitual que las consultas de psicología clínica (y más todavía los recursos específicos como hospitales de día o unidades de ingreso especializadas) estén saturadas y las largas listas de espera impidan que se pueda ofrecer un tratamiento ambulatorio regular a largo plazo con citas semanales. El tiempo de espera entre las citas es largo, de forma que no es posible crear la continuidad requerida y reflejada como efectiva según los estudios controlados aleatorizados existentes sobre DBT (Linehan, 2015; Harned et al., 2008; Neacsu, Lungu, Harned, Rizvi y Linehan, 2014, todos ellos citados en García y Navarro, 2016). Algunos seguros médicos privados ofrecen la financiación de un número limitado de sesiones al año mientras que otra alternativa seguiría siendo la financiación privada para aquellos pacientes que dispongan de medios económicos suficientes. Distintos autores coinciden en que la oferta de tratamientos ambulatorios específicos para pacientes con TLP es insuficiente (Fagin, 2004; Jobst et al., 2010; Hermens et al., 2011, los dos últimos citados en Wagner, 2016). Teniendo en cuenta que la aplicación de la DBT reduce significativamente los costes directos generados por estos pacientes (reducción de hasta el 34% de los costes directos según el estudio de Wagner, 2016, tal y como queda recogido en la exposición de los resultados), sería planteable invertir la cantidad ahorrada en recursos ambulatorios para atender la demanda existente de una forma más eficiente y cerrando así "(...) la brecha entre el tratamiento estándar y el tratamiento óptimo recomendado en las guías de práctica clínica" (Hermens et al., 2011, citado en Wagner, 2016). Cabría esperar que dicha inversión no sólo mejorase la calidad de la atención a los pacientes con TLP, sino que además se vería compensada económicamente a medio y largo plazo, ya que la existencia de un mayor número de profesionales formados en DBT trabajando en régimen ambulatorio haría posible que se siguiesen reduciendo los costes directos mediante la disminución de las visitas a urgencias y de la duración de las estancias en plantas de ingreso.



### 6.3. Establecimiento de la prevalencia

Los resultados obtenidos confirman las dos primeras hipótesis formuladas al inicio del trabajo. La primera hipótesis anticipaba que las herramientas a disposición de los profesionales en los servicios de urgencias serían escasas, no lograrían reducir los síntomas presentados por los pacientes en la situación de crisis sin recurrir al ingreso y no resolverían el problema subyacente del paciente a medio y largo plazo. La ausencia de guías o protocolos de intervención para intervenir con pacientes con TLP en situación de crisis, hacen que los servicios de urgencias no dispongan de suficientes estrategias útiles para lidiar con este diagnóstico en su servicio. La literatura revisada valida que se trata de situaciones complejas, pero no da instrucciones claras sobre cómo proceder. Asimismo, los resultados obtenidos respaldan la idea que se expone en la segunda hipótesis que los prejuicios de los profesionales sanitarios hacia los pacientes con TLP influyen negativamente sobre la relación con ellos así como sobre las conductas disfuncionales presentadas por los pacientes. Éstas aumentarían o se mantendrían en vez de reducirse, facilitando que se diesen situaciones de escalada. La bibliografía revisada en el trabajo muestra que los prejuicios negativos de los profesionales sanitarios pueden contribuir a dificultar más la interacción con los pacientes con TLP que, al tratarse de un trastorno de la personalidad, va a implicar que la interacción con el otro suponga de por sí una de sus principales dificultades. Los prejuicios negativos por parte de los profesionales sanitarios pueden dar lugar a malentendidos y culpabilizaciones generando situaciones de escalada que, a su vez, aumentan la falta de cooperación por parte de los pacientes y vuelven a confirmar los prejuicios existentes por ambas partes a modo de "círculo vicioso". Por último, tal y como se anticipó en la introducción, la tercera hipótesis no ha podido ser comprobada a lo largo de este trabajo al no disponer de acceso a un servicio de urgencias dispuesto a probar las propuestas de mejora de la calidad durante un tiempo lo suficientemente largo como para poder ser implementadas y evaluadas. Queda pendiente, por tanto, la confirmación de la hipótesis de que la aplicación de las propuestas realizadas a partir del uso de estrategias pertenecientes a la DBT pueda contribuir a mejorar la calidad de la atención de los pacientes con TLP en los servicios de urgencias. Sin embargo, los datos relacionados con la efectividad de la DBT respecto a la reducción de la conducta suicida y autolesiva son evidentes. Según los estudios existentes, la aplicación de la DBT conduce a una reducción de las visitas a urgencias así como de las estancias en planta de ingreso y, tal y como muestran las referencias consultadas, conllevan un ahorro significativo de los costes directos que genera el TLP. La DBT parece ser no sólo efectiva, sino también rentable lo que desde la perspectiva del coste-beneficio la hace también eficiente. Partiendo de esta base parece razonable inferir que la adaptación de la DBT al servicio de urgencias podría mejorar la calidad de la atención a los pacientes con TLP de forma significativa. No obstante, es un tema sobre el que todavía no existen datos suficientes y será necesario llevar a cabo más investigación para confirmar o descartar dicha hipótesis.

### 7. CONSTATAIONES DEL ESTUDIO

No hay suficiente bibliografía disponible acerca de la atención a los pacientes con TLP en los servicios de urgencias. Asimismo, tampoco existe un consenso en la literatura existente acerca de los criterios de hospitalización ni de la intervención en crisis en los pacientes con TLP. Por ello, son varios los autores que coinciden en que es necesario llevar a cabo más investigación en relación a la atención e intervención en crisis de pacientes con TLP.

Los prejuicios del personal sanitario hacia los pacientes con TLP son, en general, negativos y pueden propiciar situaciones de escalada que desemboquen en medidas más drásticas y resultados negativos de la intervención. Este tipo de situaciones refuerzan los prejuicios negativos tanto por parte del personal hacia los pacientes con TLP, y viceversa.

Existe evidencia empírica de la efectividad de la DBT como tratamiento para el TLP mostrando una reducción significativa de las conductas suicidas y autolesivas así como reduciendo la duración de las estancias de ingreso y el número de visitas a urgencias. A su vez es conocido que el gasto general del TLP es elevado y que uno de los gastos directos más importantes es el generado por los ingresos en planta y el uso de los servicios de urgencias. La investigación llevada a cabo hasta el momento en este ámbito, muestra que el tratamiento mediante DBT consigue reducir de forma significativa dicho gasto, según Redrado J.G et al, 2021, constatan que la TDC es específica para el TLP, rentable y con mayor número de datos empíricos de eficiencia, además Trujillo López y Liher, 2021 como tratamiento para la crisis emocional, se plantearon la estabilización mediante el establecimiento de un vínculo terapeuta-paciente seguro, la reducción/eliminación de los intentos autolíticos, fomentar la autorregulación emocional y mejorar sus relaciones interpersonales, concluyendo que la TDC presenta gran evidencia científica. Por tanto, cabría esperar que la aplicación de la DBT a la intervención en crisis en los servicios de urgencias no sólo mejoraría la calidad de la atención a los pacientes con TLP, sino que también contribuiría a la reducción del gasto que genera este diagnóstico. Aunque este campo todavía requiere de más investigación, la evidencia obtenida hasta el momento apunta en esta dirección.

### 8. CONCLUSIONES

El presente trabajo muestra que los datos relativos al manejo de situaciones de crisis de pacientes con TLP en el servicio de urgencias son escasos. Asimismo, existen pocas directrices claras y herramientas concretas que ayuden a los profesionales a lidiar con estos pacientes en estado de crisis. Esto hace que aumenten las probabilidades de que se den situaciones de escalada que mantengan los prejuicios negativos existentes de los profesionales hacia los pacientes con TLP y viceversa.

Hasta hace poco tiempo, el perfil de paciente con psicopatología más conocido en el contexto de ingreso era el

paciente con trastorno psicótico. A pesar de que los servicios de salud mental han ido cambiando mucho a lo largo de los últimos años, están todavía diseñados para atender a este tipo de pacientes con tiempos de ingreso ilimitados para poder garantizar que la sintomatología aguda pueda ser estabilizada antes de dar el alta al paciente, previniendo así ponerle en riesgo tanto a él como a su entorno. Sin embargo, los pacientes con trastornos de la personalidad presentan un tipo de sintomatología distinta que requiere otro concepto de atención tanto en el contexto de urgencias como en el de ingreso, puesto que el modelo actual contribuye a la hospitalización crónica de estos pacientes.

El TLP es uno de los trastornos de la personalidad que aparece con frecuencia en el contexto de urgencias debido a las conductas disfuncionales que presentan cuando se encuentran en estado de crisis (sobre todo conducta suicida y autolesiva). Las visitas a urgencias y los ingresos son los dos aspectos que más elevan los costes directos generados por el TLP. La DBT es uno de los modelos terapéuticos con mayor evidencia empírica para el tratamiento de este diagnóstico, dando lugar a una mejora de la sintomatología así como a la reducción de sus costes directos (menos visitas a urgencias así como menos ingresos y éstos de duración más breve). La adaptación de algunas de las estrategias de la DBT al servicio de urgencias podría mejorar la calidad de la atención a los pacientes. Asimismo, el diseño de un plan de acción que vincule al paciente a una terapia ambulatoria ayudará a mejorar la calidad de la atención al paciente no sólo a corto, sino también a medio y largo plazo.

### 8.1. Análisis crítico en relación a hipótesis y objetivos

Las hipótesis formuladas, a pesar de tener relevancia a nivel clínico, son difíciles de evaluar mediante la metodología elegida. La primera hipótesis requeriría que se definiese mejor cómo medir el término "escaso", ya que no se define qué cantidad de herramientas serían suficientes o si se trata de criterios más cualitativos que cuantitativos. No es comprobable de forma directa que las herramientas existentes no logren reducir los síntomas presentados en la situación de crisis sin recurrir al ingreso y no resuelvan el problema subyacente a medio y largo plazo. La revisión bibliográfica permite inferir el resultado de las estrategias que se aplican actualmente, pero para poder comprobarlo sería necesario llevar a cabo un estudio compuesto por dos grupos, el primero de ellos sería un grupo control que recibiría un tratamiento al uso y el segundo sería un grupo experimental que sería tratado mediante la DBT adaptada a la intervención en crisis. Del mismo modo, sería necesario aplicar un procedimiento similar para la comprobación de la segunda hipótesis. La influencia negativa de los prejuicios por parte de los profesionales sobre el resultado de la intervención se puede extraer de la bibliografía revisada, pero para verificarlo sería necesario poder contrastarlo mediante la comparación entre un grupo de pacientes tratado por profesionales con prejuicios y otro sin ellos. La tercera hipótesis, tal y como se formula en el propio enunciado, no es comprobable mediante la metodología elegida debido a su carácter experimental.

Los objetivos planteados, si bien son realistas en relación a la metodología planteada, podrían ser alcanzados de for-

ma más precisa. Si se hubiese llevado a cabo un estudio comparando un grupo control y un grupo experimental en un contexto clínico real, se podría haber comprobado si realmente se trataba de una propuesta que mejorase la calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias. Esto concierne también al último objetivo secundario dado que en un contexto clínico real se hubiesen podido identificar mejor los elementos o áreas de mejora. En cuanto a la revisión bibliográfica, tal y como se comentó en una sección anterior, ésta podría haber sido más completa si se hubiese dispuesto de acceso a la bibliografía que requería una suscripción a las revistas en las que estaban publicados los artículos en cuestión o la compra de dichos artículos. Dado que esto sobre todo afecta a artículos más recientes de autores de referencia actual, supone una limitación del primer objetivo secundario de llevar a cabo una revisión bibliográfica.

### 8.2. Análisis crítico de la metodología

La metodología aplicada consistió en una revisión bibliográfica y el análisis de los resultados de la misma en relación a problemas de calidad. La revisión bibliográfica supone una parte imprescindible para la realización del objetivo general (diseñar una propuesta de mejora de la calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias a partir de un análisis de los problemas de calidad existentes), pero como metodología no es suficiente para poder comprobar si la propuesta realizada conduciría o no a los resultados esperados. Para realizar dicha comprobación hubiese sido necesario llevar a cabo una investigación con un grupo control con tratamiento al uso y un grupo experimental con el tratamiento a partir de la propuesta planteada. Para ello, se hubiese requerido un servicio de urgencias dispuesto a ponerlo en práctica así como unos claros criterios de atribución a ambos grupos para equiparar el perfil de los pacientes incluidos en cada uno de ellos y poder hacer una comparación de resultados válida. Una de las principales limitaciones de la metodología aplicada es, por tanto, que no ofrece la posibilidad de llevar a cabo una aproximación más experimental a la temática del trabajo.

Otra de las dificultades que implica la metodología empleada es que las fuentes en las que se basa la bibliografía revisada no son de fácil acceso. Son datos relacionados con el reparto y la inversión de los presupuestos de centros sanitarios y, a pesar de que el valor de la transparencia en las organizaciones es cada vez mayor, todavía resulta muy difícil acceder a este tipo de información como persona ajena a la dirección de un centro sanitario. Por ello, las fuentes originales no se pueden contrastar y tampoco ampliar con los datos de otros centros. El acceso a esos datos sería de mucha utilidad, ya que permitiría realizar análisis de los costes que produce el tratamiento de pacientes con TLP tanto a nivel nacional como a nivel de comunidades autónomas así como llevar a cabo comparaciones entre ellas y con otros países. Por tanto, la metodología implementada no permite el acceso a las fuentes de información que serían necesarias, pero también es importante tener en cuenta que actualmente el acceso a dicha información tampoco sería posible aplicando otra metodología.

Tal y como se ha expuesto en apartados anteriores, la revisión bibliográfica se ha visto limitada por la falta de publicaciones relacionadas con el tema de este trabajo así como por la dificultad en el acceso a algunas publicaciones. Para poder leer ciertos artículos hubiese sido necesario estar suscrito a las revistas en las que están publicados o comprarlos por cuenta propia. Teniendo en cuenta que esto afecta especialmente al acceso a artículos más recientes publicados en revistas con un mayor factor de impacto por la relevancia de sus autores y la actualidad de la temática, la revisión bibliográfica está limitada a las publicaciones accesibles y por tanto también influida y sesgada por ellas, no pudiendo ofrecer una visión general todo lo objetiva, completa y actualizada que podría haber estado.

Por último, cabe mencionar que la literatura revisada no ofrece detalles sobre las estrategias terapéuticas o comunicativas aplicadas en el tratamiento de pacientes con TLP en el contexto de urgencias. Desde ahí es posible que alguna de las propuestas planteadas en este trabajo ya se estén aplicando en algunos servicios de urgencias o que ya hayan sido puestas en práctica en estudios anteriores, no siendo posible comprobarlo.

### 8.3. Alcance del estudio

Este estudio ofrece una visión general de la atención ofrecida a los pacientes con TLP en los servicios de urgencias, explorando las dificultades existentes y ofreciendo una serie de propuestas para mejorar la calidad de la atención en dichos servicios desde el enfoque psicoterapéutico de la DBT. Se trata de una aproximación a un tema sobre el cual existe poca información y diversos autores coinciden en la necesidad de llevar a cabo más investigación a este respecto (Borschmann et al., 2012; Shaikh et al., 2017). Los resultados obtenidos a partir de este trabajo permiten identificar información relevante que sí se ha investigado en otros países, pero todavía no en España. Con el fin de poder profundizar en este tema y diseñar futuras investigaciones más concretas, sería necesario disponer de la siguiente información: (1) tipo de intervenciones que se llevan a cabo actualmente con pacientes con TLP en los servicios de urgencias, (2) costes directos que genera el TLP y el porcentaje del presupuesto sanitario que implican dichos costes y (3) actitudes y prejuicios hacia pacientes con TLP por parte del personal sanitario que trabaja en los servicios de urgencias. Este trabajo también permite establecer los requisitos que serían necesarios para comprobar la última hipótesis planteada en el apartado de la introducción, viendo si la aplicación de las propuestas de mejora contribuye o no a mejorar la calidad de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias. A modo de conclusión se puede decir que este trabajo sienta las bases para poder ampliar la información existente y dar lugar a futuros avances (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

## 9. PROSPECTIVA

### 9.1. Propuestas de mejora

El presente trabajo podría ser mejorado mediante una definición más concisa de algunos de los términos empleados

en las hipótesis. La primera hipótesis asume que las herramientas de las que disponen los profesionales en los servicios de urgencias para atender a pacientes con TLP son escasas. Sería de ayuda definir qué cantidad de herramientas serían suficientes y, sobre todo, qué resultados tendrían que ofrecer para ser consideradas útiles. Aunque la primera hipótesis trata de recogerlo explicando que las herramientas a disposición de los profesionales deberían reducir los síntomas presentados en la situación de crisis sin recurrir al ingreso y resolver el problema subyacente a medio y largo plazo, también sería necesario concretar más qué se entiende bajo esos términos y cómo se podría medir. Dado que se trata de prevenir un ingreso y el criterio para el mismo sería que el paciente supusiera un peligro para sí mismo o para otra persona, la reducción de síntomas debería consistir en que el paciente consiguiese distanciarse de llevar a cabo una conducta que ponga en riesgo su vida o su integridad física o bien la vida o integridad física de otra persona. La resolución del problema subyacente a medio y largo plazo sería medible mediante la reducción del número de visitas a urgencias así como el número y la duración de los ingresos. Esto implicaría que el problema de base está siendo tratado de forma que ya no se dan crisis que requieran un ingreso o una intervención en urgencias.

Otra de las posibles medidas que ayudarían a mejorar este trabajo sería la ampliación de la bibliografía mediante la inclusión de artículos de pago o la suscripción a revistas que incluyan artículos actuales relacionados con la temática abordada. Para ello sería útil disponer de un presupuesto específico, por ejemplo mediante una beca o subvención que apoyase a los autores de proyectos de menor envergadura y que no disponen del respaldo de un equipo de investigación más amplio para la recopilación de bibliografía.

Con el fin de poder incluir un enfoque más experimental y comprobar si las propuestas de mejora elaboradas realmente aumentan la calidad de la intervención en pacientes con TLP en el servicio de urgencias, otra propuesta de mejora sería encontrar un servicio de urgencias dispuesto a llevar a cabo la correspondiente investigación. Para ello, sería necesario presentar un proyecto viable y adaptado a las condiciones de ese servicio de urgencias que, a su vez, cumpla con los requisitos mínimos para poder realizar la investigación deseada.

Por último y complementando la propuesta expuesta en el párrafo anterior, para poder llevar a cabo una mejor comparación de los resultados obtenidos con otros servicios de urgencias, sería útil delimitar el área en la que se ubiquen los centros a comparar así como establecer una línea base común a los centros elegidos para, en base a ella, poder comparar los posibles efectos de la intervención. Dado que se partiría de condiciones similares, aumentaría la probabilidad que otros servicios de urgencias de la misma zona pudiesen obtener resultados parecidos. Esto podría llevar a que aumentase la probabilidad de que otros servicios de urgencias también estuviesen dispuestos a implementar las propuestas de mejora, lo que podría dar lugar a una siguiente investigación con una muestra más amplia.

## 9.2. Investigaciones futuras

El estudio realizado ofrece una aproximación a la situación actual de la atención a los pacientes con TLP en el servicio de urgencias y propone una serie de posibles medidas para mejorarla. Las futuras investigaciones sobre esta temática deberían ir dirigidas hacia la puesta en práctica de las propuestas planteadas para comprobar si realmente dan lugar a una mejora de la calidad de la atención a estos pacientes en el servicio de urgencias. Sería necesario encontrar un servicio de urgencias dispuesto a llevar a cabo una primera investigación, definiendo las condiciones de intervención para los pacientes que formen parte del grupo control (intervención al uso) y aquéllos que formen parte del grupo experimental (intervención a partir de las propuestas de mejora planteadas). También habría que definir la duración del estudio así como el resto de variables dependientes e independientes. En base a los resultados obtenidos se reajustaría el diseño del estudio y se aplicaría a una muestra más amplia de servicios de urgencias de distintos centros sanitarios para obtener datos más representativos. En un siguiente paso, las futuras investigaciones también deberían abarcar la calidad de la atención a los pacientes con TLP desde el alta del servicio de urgencias o de la planta de ingreso hasta el comienzo de una terapia ambulatoria. El objetivo sería comprobar si los recursos ofrecidos en las propuestas de mejora son suficientes para que los pacientes puedan afrontar el tiempo de espera sin necesidad de volver a recurrir al servicio de urgencias o al ingreso, o si los resultados muestran que los pacientes necesitan otro tipo de recurso intermedio para lidiar de forma funcional con dicho tiempo de espera. Con el fin de ofrecer el mejor servicio posible a largo plazo, las investigaciones posteriores deberían tratar de analizar qué factores dentro de una terapia ambulatoria contribuyen a mantener la estabilidad de los pacientes con TLP. Presuponiendo que la aplicación de las propuestas de mejora conlleven una reducción de las visitas a urgencias y estancias en planta de ingreso reduciendo así los gastos directos generados por los pacientes con TLP, dichas investigaciones también deberían realizar propuestas concretas sobre en qué recursos invertir el dinero ahorrado para garantizar la estabilidad a largo plazo del mayor número posible de pacientes.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E., & Ramírez, T. (2021). El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 1(1), 5-11.
- Alberdi-Páramo, Í., Díaz-Marsá, M., González, M. D. S., & Perera, J. L. C. (2021). Rasgos antisociales y neuroticismo como predictores de conducta suicida en trastorno límite de la personalidad: un estudio retrospectivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- AN, C. L. A. S. (2019). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder and suicidality among sexual and gender minority individuals. *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities*, 408.
- American Psychiatric Association. (2014). Trastornos de la personalidad. En *American Psychiatric Publishing (Ed.) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM* (pp. 359-371). Arlington, EEUU: American Psychiatric Publishing. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.dsm18.
- Arntz, A., & Genderen, H. (2010). Schematherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide..* Oxford: Oxford University Press.
- Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Yen, S., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2006). Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 254-257. doi:10.1176/appi.ps.57.2.254.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15(2), 1-12. doi:10.1186/s12888-014-0380-y.
- Bohus, M., Gunia, H., & Kienast, T. (2010). Primat der ambulanten Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychiatrische Praxis*, 37(3), 108-110. doi:10.1055/s-0029-1223521.
- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(0), CD009353. doi:10.1002/14651858.CD009353.pub2.
- Coid, J., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrel, M., Singleton, N., & Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*, 39(10), 1721-1731. doi:10.1017/S0033291708004911.
- Commons, A. J. (2009). Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 60(8), 1128-1131.
- Coyle, T. N., Shaver, J. A., & Linehan, M. M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 116.
- Fagin, L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(2), 93-99. doi:10.1192/apt.10.2.93.
- Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., ... & Schweiger, U. (2018). PRO\*



- BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-17.
16. Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573.
  17. Flores Mejía, M. F. (2020). Factores asociados al internamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y costos en la atención intrahospitalaria en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León (Trabajo terminal especialidad). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11285/637346>
  18. Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of healthcare utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1660-1665. doi:10.4088/jcp.v65n1211.
  19. Froján, M. X., & Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
  20. García, A., & Navarro, M. V. (2016). *Terapia dialéctica comportamental*. Madrid: Síntesis.
  21. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, S/N., & Agència de Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, S/N. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Guía de práctica clínica]*. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_482\\_Trastorno\\_Limite\\_Personalidad.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf).
  22. González Martín, Á. (2021). Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en el Trastorno Límite de Personalidad. Un metaanálisis de las dos últimas décadas.
  23. Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Rivière, S. G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 199.
  24. Gunderson, J. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
  25. Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1068-1075. doi:10.1037/a0014044.
  26. Heard, H. L. (2000). Cost-effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder [Dissertation Abstracts International Section B: Sciences and Engineering; 61 (6B): 3278]. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/33519577>.
  27. Hermens, M. L., van Splunteren, P. T., van den Bosch, A., & Verheul, R. (2011). Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 62(11), 1381-1383. doi:10.1176/appi.ps.62.11.1381.
  28. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (Sexta edición)*. México D.F.: McGraw Hill Education.
  29. Hidalgo, L. R., Luis Acuña, S. M., & Vargas, C. J. (2020). Estudio sobre la relación entre trastorno límite de la personalidad y adicciones. *Psiquiatría y Salud Mental*, 37(3/4), 134-136.
  30. Hörz, S., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatric Services*, 61(6), 612-616. doi:10.1176/ps.2010.61.6.612.
  31. Feliu-Pardo, M. J. (2021). Efectividad de la terapia dialéctica conductual para disminuir la desregulación emocional en adultos con trastorno límite de la personalidad.
  32. Jiménez, D. E. A. (2021). El Trastorno Límite de Personalidad desde una perspectiva estructural. *Revista Humanismo y Cambio Social*, 195-204.
  33. Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P., & Rentrop, M. (2010). Einstellungen von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 60(3), 126-131. doi:10.1055/s-0029-1220764.
  34. Páramo, I. A. (2020). Conducta suicida y trastorno límite de la personalidad. *Psiquiatría en*, 81.
  35. Khasho, D. A., Van Alphen, S. P. J., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ouwens, M. A., Arntz, A., & Videler, A. C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary clinical trials communications*, 14, 100330.
  36. Kobelt, G., Berg, J., Lindgren, P., Elias, W., Flachenecker, P., Freidel, M., König, N., Limmroth, V., & Straube, E. (2006). Costs and quality of life of multiple sclerosis in Germany. *European Journal of Health Economics*, 7(2), 34-44. doi:10.1007/s10198-006-0384-8.
  37. Konnopka, A., Klingberg, S., Wittorf, A., & König, H.-H. (2007). Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 36(5), 211-218. doi:10.1055/s-0028-1090234.
  38. Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 1-11.

39. Lin, T. J., Ko, H. C., Wu, J. Y. W., Oei, T. P., Lane, H. Y., & Chen, C. H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99.
40. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2015). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. doi:10.1001/archpsyc.63.7.757.
41. Manrique Matos, A. K. (2020). Prevalencia, características sociodemográficas y comorbilidad de los trastornos de personalidad de pacientes internados en la clínica privada de salud mental de Arequipa, 2012-2019.
42. McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010039.
43. McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., ... & Hoch, J. S. (2018). The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-16.
44. Murphy, A., Bourke, J., Flynn, D., Kells, M., & Joyce, M. (2020). A cost-effectiveness analysis of dialectical behaviour therapy for treating individuals with borderline personality disorder in the community. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 189(2), 415-423.
45. Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53(6), 47-54. doi:10.1016/j.brat.2013.12.004.
46. Oldham, J. M. (2005). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Focus*, 3(3), 396-400. doi:10.1176/foc.3.3.396.
47. Paris, J. (2019). Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina*, 55(6), 223.
48. Pasioczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 4-10. doi:10.1016/j.brat.2010.09.006.
49. Priebe, K., Schmahl, C., & Stiglmayr, C. (2014). *Dissoziation*. Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-35066-5.
5. Sachse, R. (2009). *Persönlichkeitsstörungen verstehen: Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Colonia: Psychiatrie Verlag.
50. Recuperado de: <http://dnb.ddb.de>. Shaikh, U., Qamar, I., Jafray, F., Hassan, M., Shagufta, S., Odhejo, Y.I. & Ahmed, S. (2017). Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Frontiers in Psychiatry*, 8(136), 1-12. doi:10.3389/fpsy.2017.00136.
51. Redrado J.G, Alberola I, García F. (2021). Intervenciones enfermeras dirigidas a pacientes con trastorno límite de personalidad que acuden al servicio de urgencias. *Rev. Sanitaria de Investigación*, 2 (7). ISSN-e 2660-7085.
52. Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N., & Black, D. (2011). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 806-812. doi:10.1521/pedi.2011.25.6.806.
53. Snoek, A., Beekman, A. T., Dekker, J., Aarts, I., van Grootheest, G., Blankers, M., ... & Thomaes, K. (2020). A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and integrated EMDR-Dialectical Behavioural Therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (Sub) clinical borderline personality disorder: study design. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-18.
54. Stanley, B., & Singh, T. (2018). Diagnosis of borderline personality disorder. In B. Stanley & A. S. New (Eds.), *Borderline personality disorder* (pp. 17-34). Oxford University Press.
55. Stiglmayr, C., & Gunia, H. (2017). *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe. doi:10.1026/02424-000.
56. Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. doi:10.1001/archpsyc.58.6.590.
57. Trujillo López M de la V, Liher Martínez Shaw M. Abordaje psicológico de un caso de trastorno límite de personalidad en una Unidad de Salud Mental comunitaria durante el estado de alarma por covid-19. *RCCSM [Internet]*. 14 de junio de 2021 ;9(1). Disponible en: <http://www.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/58>
58. Vásquez-Dextre Edgar R. Dialectic Behavioral Therapy in Borderline Personality Disorder: The balance between acceptance and change. *Rev Neuropsiquiatr [Internet]*. 2016 Abr [citado 2022 Ene 20] ; 79( 2 ): 108-118. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000200005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000200005&lng=es)
59. Wagner, T. (2016). *Krankheitskosten der Borderline Persönlichkeitsstörung aus gesellschaftlicher Pers-*

- pektive sowie Effektivität und Effizienz der ambulanten Dialektisch-Behavioralen Therapie unter Versorgungsbedingungen (Tesis Doctoral). Recuperado de: <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/18161>.
60. Ward-Ciesielski, E. F., Limowski, A. R., & Krychiw, J. K. (2020). History and overview of dialectical behavior therapy. In *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 3-30). Academic Press.
61. Vogt, K. S., & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 441-464.
62. Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. Arlington: American Psychiatric Publishing.