

¿Son los T de Personalidad T Mentales Severos?

MA González Torres

D Neurociencias Universidad del País Vasco

S Psiquiatría Hospital de Basurto. Bilbao



Criterios de Severidad I

- Naturales: “lieben und Arbeiten” (S Freud, 1915)
 - Relaciones sociales
 - Relaciones familiares
 - Relaciones afectivas
 - Capacidad de trabajo remunerado
 - Adecuación del trabajo a la cualificación



Criterios de Severidad II

- Clínica directa
 - Nivel de sufrimiento propio
 - Nivel de sufrimiento del entorno
- Clínica indirecta
 - Suicidio
 - Autolesiones
 - Agresiones y daños a otros
 - Comorbilidad otros TP, afectiva, ansiedad, toxicomanías
 - Delitos



Criterios naturales de severidad I

- Cualitativos

- A . Mujer de 37 años, con licenciatura en exactas, trabaja haciendo sustituciones de reponedora en hipermercado, dos parejas de meses de duración, sin amigos, vive con sus padres. TLP
- B. Mujer de 32. Licenciada en Pedagogía. Dependiente del Textil, parejas continuadas desde adolescencia, nunca más de 1 año, rupturas dramáticas, agresiones mutuas, destrozos en el mobiliario respectivo, conserva amigos de la infancia con escasa relación



Criterios naturales de severidad II

- Cuantitativos
 - Pacientes con TP más divorcio, separación o nunca casados que Eje I (Zimmerman y Coryell 1989)
 - Más desempleo, cambios de trabajo o períodos de discapacidad (Paris et al 1987; Swartz et al 1990)
 - Peor funcionamiento en el trabajo (Andreoli et al 1989)
 - Peor funcionamiento social / relacional (Turner et al 1991)



Criterios clínicos directos

- Sufrimiento propio
 - Cualitativo
 - A. “Hay veces en que me siento tan vacía que salgo a la calle y camino en dirección contraria a otras personas. Así les obligo a que se aparten cuando se cruzan en mi camino y tengo la sensación de que existo. Otras veces me quito el reloj y les pregunto la hora; me tranquilizar ver que me responden...”
 - B. “No podía aguantar más vivir con mi familia, tenía que comer sola, esconderme en mi habitación, no soportaba sus gritos, sus recriminaciones. Agarré un cuchillo de la cocina, me encerré en el baño y me hice un corte enorme en la pierna. Empecé a gritar y sangrar, tuvo que venir la policía a sacarme tirando la puerta...”
- Sufrimiento ajeno
 - Cualitativo
 - C. El padre de una paciente llama a la consulta. “Doctor, no puedo aguantar más, me sobrepasa, no sé que hacer. Me dijo –la hija- que se suicidaba y que iba a escribir una carta culpándome de todo. Otra vez llamamos a la policía, otra vez encontrarla tirada en el suelo, llena de heridas y sangre. Si esto sigue así yo me voy a quitar la vida, no puedo más...”



Criterios clínicos indirectos I

- Suicidio, autolesiones
 - Cluster B. Datos abundantes
 - TAP riesgo suicida 3.7 veces mayor que en población no TAP (Beautrais et al 1996)
 - Riesgo suicida a lo largo de la vida en TLP 3 – 10% (Paris et al 2001)
 - Historia de conducta suicida en 50-70% de afectados por TP
 - Cluster A & C. Pocos datos
 - Adultos que acuden a urgencias por I Suicida o autolesiones. 3-5% T Esquizoide (Ferreira et al 1998), 9% T Esquizotípico (Markar et al 1991), 8-10% T Paranoide de P (Soderberg et al 2001)
 - T Esquizotípico 3% cometen suicidio, 24% intentan suicidio, 45% ideación suicida en 20 años (Fenton et al 1997 Chesnut Lodge)
 - 18% Suicidas muestra Finlandia (Isometsa et al 1996) Cluster C.



Criterios clínicos indirectos II

- **Violencia.** Más en Cluster B (sobre todo TAP y TLP), menos en A y mínima en C (Oldham et al 2005)
- **Delitos.** Frecuentes en TAP, TLP, TPP, TNP
- **Comorbilidad**
 - Otros TP. Superior al 60%-100% (Dolan-Sewell et al 2001)
 - T Afectivos. Cluster B en especial (Controversia McGlashan et al 2000)
 - T Ansiedad. TLP (Skodol et al 1995). TP Evitación (Herbert et al 192)
 - Toxicomanía. 64% de TLP y 54% otros TP en pacientes con TUS (Zanarini et al 1998)



Epidemiología I

- Datos “clásicos”: 10 % pacientes psiquiátricos ambulatorios. 15 a 20 % de los p. psiq. Hospitalizados. 1-2% de la población general (Skodol et al 2002)
- Datos internacionales en población atendida desde el 5% (De Girolamo) hasta el 80% (Zanarini)
- Datos españoles
 - 0.8% Cataluña 2003. CSMs 1er diag
 - 4% Navarra 2003. CSMs 1er diag
 - 10.3% TP y 2.6% TLP Sta Coloma de Gramanet (Barcelona). Todos los centros, 1er y 2º diag.
 - 9% de los ingresos en U de Agudos y 31% de los reingresos (Sta Coloma de Gramanet)

(Gonzalez Torres et al 2008)



Epidemiología II

Prevalencia TP pacientes atendidos CAV

CENTROS	Porcentajes TPs atendidos	
	E. Retrospectivo (Año 2005)	E. Prospectivo (Año 2006)
H. Basurto	8,97% (Ingresos)	17,87% (Ingresos) (marzo - mayo)
C.H. Donostia	7,75% (Altas)	13,67% (Altas) (enero - marzo)
H. Psiquiátrico de Álava Unidad UPR	18,18% (Altas)	35% (Ingresos) (enero - junio)
CSM Antiquo. Adultos	4,16% (N+A)	4,56% (N+A) (enero - abril)
CSM Uribe Costa Infanto-juvenil (<18-24)	2,98% (N) 9,72% (N+A)	...
CSM Ajuriaguerra Toxicomanías	33,15% (N+A)	...
CSM Otxarkoaga Toxicomanías	4,67% (N+A) (noviembre 2005 - enero2006)	16% (N) (febrero - junio)
CSM Ortuella Unidad TCA	13,64% (N)	0% (N) (enero - marzo)

(Gonzalez Torres et al 2008)



Epidemiología III

Infradiagnóstico

Infrarregistro

Bases de datos insuficientes



Tratamiento I

- Recomendaciones APA
 - PT
 - PF
- Revisión sistemática
 - PT Binks 2006
 - PF Binks 2006



Intervenciones psicoterapéuticas

- Revisión Binks et al 2006 (Cochrane)
 - 7 Estudios ECR. 262 personas incluidas. 5 comparaciones separadas. 6 TCD, 1 Hosp parcial orientación dinámica
- ECRs “post Binks”
 - Davidson et al 2006. TCD + TAU vs TAU
 - Linehan et al 2006. TCD vs PT Expertos
 - Giesen-Bloo et al 2006. T Esquemas vs TFP**
 - Vinnars et al 2005. PT Din manualizada (Luborsky) vs No manualizada para todo tipo TPs
 - Svartberg et al 2004. T Din Breve vs Cognitiva en TP “C” (!!!)

(Gonzalez Torres et al 2008)



Intervenciones psicofarmacológicas I

- Binks et al (2006; Cochrane)
 - 10 ECR, pequeño tamaño (N=554) y corta duración (8 a 12 sem). 8 comparaciones
 - Datos “débiles”. Antidepre y especialmente ISRS más prometedores



Intervenciones psicofarmacológicas II

- Ensayos “post Binks”
 - Simpson et al 2004. FLX vs PCB post TCD (=)
 - Zanarini et al 2004. OLZ vs FLX vs ambas (Olz)
 - Bogenschutz et al 2004. OLZ vs PCB
 - Nickel et al 2005, 2005b; Loew et al 2006. TPM vs PCB
 - Hollander et al 2005. VLP vs PCB
 - Zanarini et al 2003. Omega 3 vs PCB (!!)

(Gonzalez Torres et al 2008)



Síntesis Intervenciones terapéuticas I

- “El nivel actual de evidencias no sostiene propuestas concretas sobre los tratamientos que los pacientes deben recibir en los dispositivos asistenciales..” (NIMH(E) 2003)
- Se cree que una combinación de tratamientos psicológicos reforzados por medicación en momentos críticos puede ser el abordaje más idóneo
- Consenso sobre principios guía sobre el Tto.
 - Bien estructurado
 - Persiga la adherencia
 - Posea un foco claro
 - Sea teóricamente coherente para paciente y terapeuta
 - Tenga una larga duración
 - Esté bien integrado con otros servicios disponibles para el paciente
 - implique una alianza de trabajo firme y clara entre paciente y terapeuta



Síntesis Interv terapéuticas II

- Complicado: multicomponente (Varias técnicas PT, en formato individual y gupal), intensivo (H Día habitual)
- Entrenamiento específico y prolongado de los profesionales
- Cuidado a impacto emocional sobre los clínicos y salud del equipo
- Resultados inciertos a corto plazo



Curso: TLP (I)

- Estudios a corto plazo (<5 a) (Pope et al 1978): sin cambios
- Estudios a 6 años (Zanarini et al 2003)
 - 34.5% remisión en 2 años
 - 49.4% remisión en 4 años
 - 68.6% remisión en 6 años
 - Solo un 5.9% de los remitidos mostraron recurrencias
 - Síntomas impulsivos los más rápidos en desaparecer
 - Síntomas afectivos los más crónicos
- “...Mejoría sintomática es común y estable...el pronóstico sintomático para la mayoría, pero no todos, de los TLP severos es mejor de lo que se creía previamente...” (Zanarini et al 2003)



Datos curso TLP (II)

- A largo plazo (15 años) (McGlashan 1986, Stone 1990, Paris et al 1987, Plakun et al 1986): Mayoría de pacientes cercanos a funcionamiento normal
 - Paris et al 1987:
 - 25% criterios de TLP
- A muy largo plazo (27 a)
 - Paris et al. 2001:
 - 10 % suicidio
 - 8% muerte natural
 - 8% mantienen el diagnóstico
 - 5% uso de sustancias
 - 22% distimia
 - “... El TLP puede ser el de remisión más probable de entre todos los T de P.” (Paris 2003)



Conclusiones ¿TP son TMS?

- Faltan datos sobre Cluster A & C
 - Cluster A. ¿Menor sufrimiento?, ¿Menor demanda asistencial?, Impacto funcional relevante...
 - Cluster C. ¿Gran frecuencia?, ¿Menor impacto funcional?, ¿Demanda no detectada?
- Cluster B. Sin duda TMS por
 - Sufrimiento personal y del entorno
 - Suicidio, autolesiones, violencia, delitos
 - Comorbilidad
 - Repercusión importante sobre trabajo y relaciones
- General
 - Frecuencia importante
 - Curso si no crónico si muy prolongado
 - Tratamiento complejo, prolongado y de resultados insatisfactorios a corto plazo

