

Título: COMORBILIDAD EN 81 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITROFE (TPL) ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Mauricio Olivera V., médico-cirujano general, jefe de la Unidad de Psiquiatría del Hospital San Carlos de Ancud (Chile)

RESUMEN: El Trastorno de Personalidad Límitrofe (TPL) es un fenómeno subdiagnosticado y subtratado en el nivel primario de salud, donde consultan la gran mayoría de quienes lo padecen. Parece ser de vital importancia para un adecuado manejo no sólo su detección sino también la identificación de patología psiquiátrica asociada (comorbilidad). En un centro de Atención Primaria de La Florida se diagnosticó a 81 pacientes como portadores de TPL durante un período de 6 meses, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se encontró comorbilidad en el 76,5%, de la cual un 40% correspondía a trastornos del ánimo; otros diagnósticos fueron: dependencia a benzodiazepinas (21%), trastorno de ansiedad generalizada (21%), trastorno de pánico (6%), abuso de alcohol y drogas (4,8%), riesgo e intento de suicidio (4,8%) trastorno alimentario (3,6%) y trastorno psicótico no especificado (1,2%).

PALABRAS CLAVE: Límitrofe; Trastornos de Personalidad; comorbilidad; Atención Primaria.

TITLE: Comorbidity in 81 outpatients with Borderline Personality Disorder (BPD), consulting in Mental Health Program of a Primary Care center.

ABSTRACT: Borderline Personality Disorder (BPD) is an underdiagnosed and undertreated phenomenon in Primary Care, where most cases seek for attention. As important as its detection for an adequate management is to identify its comorbidity. Over a six-months seeking period, 81 cases of BPD were diagnosed in a Primary Care center, using the DSM-IV criteria. Comorbidity was found on 76,5%; 40% of it was due to affective disease. Other diagnoses were: addiction to benzodiazepines (21%), generalized anxiety (21%), panic disorder (6%), alcohol and drugs abuse (4,8%), suicidal risk and attempt (4,8%), eating disorder (3,6%) and unspecific psychotic disorder (1,2%).

KEYWORDS: Borderline; Personality Disorders; comorbidity; Primary Care.

INTRODUCCIÓN: El Trastorno de Personalidad Límitrofe (TPL) está descrito, junto con las personalidades narcisistas y antisociales, dentro de los trastornos más graves del Eje II (7, 8, 20). Constituye un problema de abordaje extraordinariamente complejo tanto en dispositivos de Salud Mental y Psiquiatría como en la práctica médica general en Atención Primaria y Servicios de Urgencia. Los pacientes límitrofes suelen ser policonsultantes o bien renuentes a buscar ayuda profesional. Con frecuencia son portadores de síntomas o síndromes somatomorfos de evolución crónica y refractaria a tratamientos convencionales, presentan episodios de gran descontrol emocional o de carácter conversivo, intentos de suicidio reiterados, conductas autolesivas o de alto riesgo (abuso y dependencia de sustancias, promiscuidad, agresividad o robo

compulsivo) (3, 6, 7, 8) y, en general, despiertan reacciones negativas en el medio humano circundante así como en el personal de salud. Por otro lado, los limítrofes tienen escasa o errática adherencia al tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico, o bien abusan de ansiolíticos o utilizan los fármacos con fines autolíticos. Todo lo anterior determina un elevado riesgo vital o de daño a sí mismos o a terceros (3, 6, 7, 8, 20).

En 1938 Stern se refirió al “límite” entre la neurosis y la psicosis. Schmeidler describió por primera vez en 1959 el Trastorno Limítrofe como una patología del carácter. En 1975, Kernberg conceptualizó el TPL en torno a un grupo de pacientes con características estructurales y psicodinámicas comunes: mecanismos de defensa primitivos y relaciones objetales internalizadas patológicas (9, 10).

La Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-III) propone un diagnóstico basado en la descripción sistemática de características clínicas observables, reproducida por el DSM-III-R y por el DSM-IV en 1994, donde los trastornos de la personalidad son delimitados como entidades nosológicas en base a series de criterios semiológicos y estadísticos (1). La experiencia posterior ha validado estos criterios con fines de investigación (2). Avances recientes en neuropsicología han llamado la atención sobre déficits neurocognitivos más o menos específicos (16).

En el medio local, Olivera et cols. describieron la aplicación de estos criterios para el diagnóstico y posterior tratamiento del TPL en un Programa de Salud Mental de Atención Primaria (15). En este medio, los pacientes limítrofes son detectados a partir de síndromes clínicos o trastornos mentales y del comportamiento asociados, los que a su vez dificultan el manejo y oscurecen el pronóstico.

EPIDEMIOLOGÍA : No existen estudios de prevalencia definitivos, sin embargo en series norteamericanas se ha estimado este diagnóstico hasta en 1-2% de población general (3, 6). Clarkin et al encontraron en 1983 un 11% entre pacientes psiquiátricos ambulatorios y hasta 19% en hospitalizados (5).

Hay una mortalidad elevada en relación al riesgo de suicidio, estimándose hasta en 70-75% la frecuencia de conducta suicida o parasuicida. Linehan et al estimaron la tasa de suicidios consumados en 9% (11, 12).

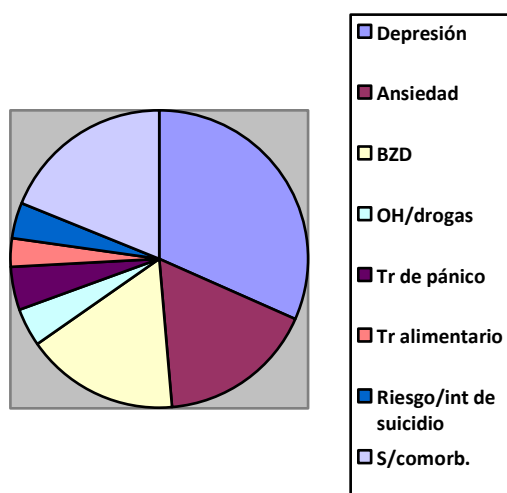
La comorbilidad está dada principalmente por trastornos afectivos (depresión mayor y distimia), abuso de sustancias, trastornos ansiosos, alimentarios y somatomorfos (14), los que en conjunto dan cuenta de un alto número de consultas a servicios de salud general y psiquiátricos con un costo financiero elevado (13, 19, 21, 22).

MATERIAL Y MÉTODOS: La población en estudio es el total de adscritos a un centro de salud de Atención Primaria de la comuna de La Florida, durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 30 de junio de 2005. Al inicio de dicho período la población adscrita era de 60.644 con una población adulta (20 años y más) de 41.527.

Durante dicho período se atendieron en el Programa de Salud Mental del mismo centro 1081 pacientes, 81 de ellos con diagnóstico de TPL, efectuado en base a los criterios del DSM-IV. Esto representa el 0,13% de la muestra (0,19% de la población adulta); la proporción por sexos es de 5 mujeres por cada hombre, con un promedio de edad de 41,5 años (rango: 20 a 70 años). Se detectó al menos una comorbilidad en 62 pacientes (76,5%). De éstas, 32 (40%) corresponden a patología afectiva: 17 (21%) depresión moderada, 8 (9,8%) depresión severa, 13 (16%) depresión recurrente o crónica; se detectó además dependencia a benzodiazepinas en 17 pacientes (21%), trastorno de ansiedad en otros 17, abuso de alcohol y otras sustancias en 4 (4,8%), trastorno de pánico en 5 (6,1%), trastorno alimentario en 3 (3,6%), riesgo inminente de suicidio en 3

y una derivación a un recinto hospitalario por intento de suicidio. Además, al menos un paciente (1,2%) reunía criterios para un trastorno psicótico no especificado (Gráfico 1).

Gráfico 1: Trastornos comórbidos en pacientes con TPL (n=81).



DISCUSIÓN: Si bien la frecuencia del TPL en esta experiencia es baja, en la práctica refleja un número significativo de pacientes con una o más de las características señaladas más arriba, lo que a su vez representa un desafío mayor para los equipos de Salud Mental. La importancia de la comorbilidad en el TPL podría fundamentarse en las siguientes consideraciones:

-Los pacientes limítrofes rara vez consultan espontáneamente o lo hacen en relación a quejas somáticas recurrentes u otras patologías mentales, principalmente del Eje I. Asimismo debe sospecharse este trastorno en todos aquellos pacientes atendidos por conducta suicida o parasuicida, en especial si ésta es recurrente, así como en pacientes con abuso y/o dependencia a sustancias.

-El TPL puede asociarse a trastornos del ánimo (distimia, depresión mayor unipolar o bipolar). En estos casos debieran diagnosticarse y tratarse ambas patologías (10, 14). El riesgo vital derivado del descontrol de impulsos puede verse incrementado por la coexistencia de una depresión severa o psicótica. Si bien los ISRS están indicados en el TPL, la falta de respuesta debiera llevar a la asociación de estabilizadores del ánimo o neurolépticos (17), así como de psicoterapia (11, 12, 18, 19).

-Las benzodiazepinas deben prescribirse con suma precaución en estos cuadros debido al riesgo de abuso y/o conducta suicida. Por lo mismo, el uso de antidepresivos tricíclicos exige un control riguroso y, en general, no ofrecen mayores beneficios que los ISRS excepto en casos de depresión severa (17). En todos los casos es conveniente contar con la colaboración de un familiar o cuidador que administre los fármacos y asuma la responsabilidad del cumplimiento estricto de las indicaciones.

-La detección o sospecha de un TPL debe plantear la conveniencia de derivación oportuna del caso a un especialista.

-La acogida inmediata y libre de prejuicios así como el establecimiento de una sólida alianza terapéutica son, probablemente, más determinantes en términos pronósticos que en otros trastornos de alta prevalencia en servicios de salud generales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Blais MA, Hilsenroth MJ, Fowler JC: Diagnostic efficiency and hierarchical functioning of the DSM-IV borderline personality disorder criteria. *J Nerv Ment Dis* 1999 Mar; 187(3): 167-73.
3. Bienenfeld D: Personality Disorders. *Emedicine*, updated August 3, 2005.
4. Capponi R: Psicopatología y semiología psiquiátrica. Editorial Universitaria, 10ª edición. 2006.
5. Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, et al: Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 1983 Aug; 92(3): 263-75.
6. Finley-Belgrad E: Personality Disorders: Borderline. *Emedicine*, updated May 20, 2005.
7. Heerlein A: Psiquiatría Clínica. Ed. SONEPSYN. 2000.
8. Kaplan HI, Sadock BJ: Personality Disorders. In: *Synopsis of Psychiatry*. 5th ed. 1988: 439.
9. Kernberg PF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. 1975.
10. Kernberg O: Severe Personality Disorders: Psychoterapeutic Strategies. 1984.
11. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE: Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients [published erratum appears in *Arch Gen Psychiatry* 1994 May;51(5):422]. *Arch Gen Psychiatry* 1993 Dec; 50(12): 971-4.
12. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE: Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994 Dec; 151(12): 1771-6.
13. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R: Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity. *Can J Psychiatry* 1998 Apr; 43(3): 265-70.
14. Oksenberg A, Riquelme R: Trastornos de Personalidad. Hacia un manejo integral. Ed. SONEPSYN. 2004.
15. Olivera M, Galleguillos I, Espinoza M: Protocolo de diagnóstico y tratamiento del trastorno de personalidad límite en Atención Primaria. VIII Congreso de Atención Primaria 2006 Sept.
16. O'Leary KM, Brouwers P, Gardner DL, Cowdry RW: Neuropsychological testing of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991 Jan; 148(1): 106-11.
17. Silva Ibarra H: Psicofarmacología.
18. Simpson EB, Pistorello J, Begin A, et al: Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 1998 May; 49(5): 669-73.

19. Stevenson J, Meares R: Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. *Aust N Z J Psychiatry* 1999 Aug; 33(4): 473-7; discussion 478-81.
20. Vaillant GE, Perry JC: Personality disorders. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. 4th ed. 1985: 978-981.
21. Widiger TA, Frances AJ: Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Vol 8. 1989.
22. Zimmerman M, Mattia JI: Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999 Jul-Aug; 40(4): 245-52.