

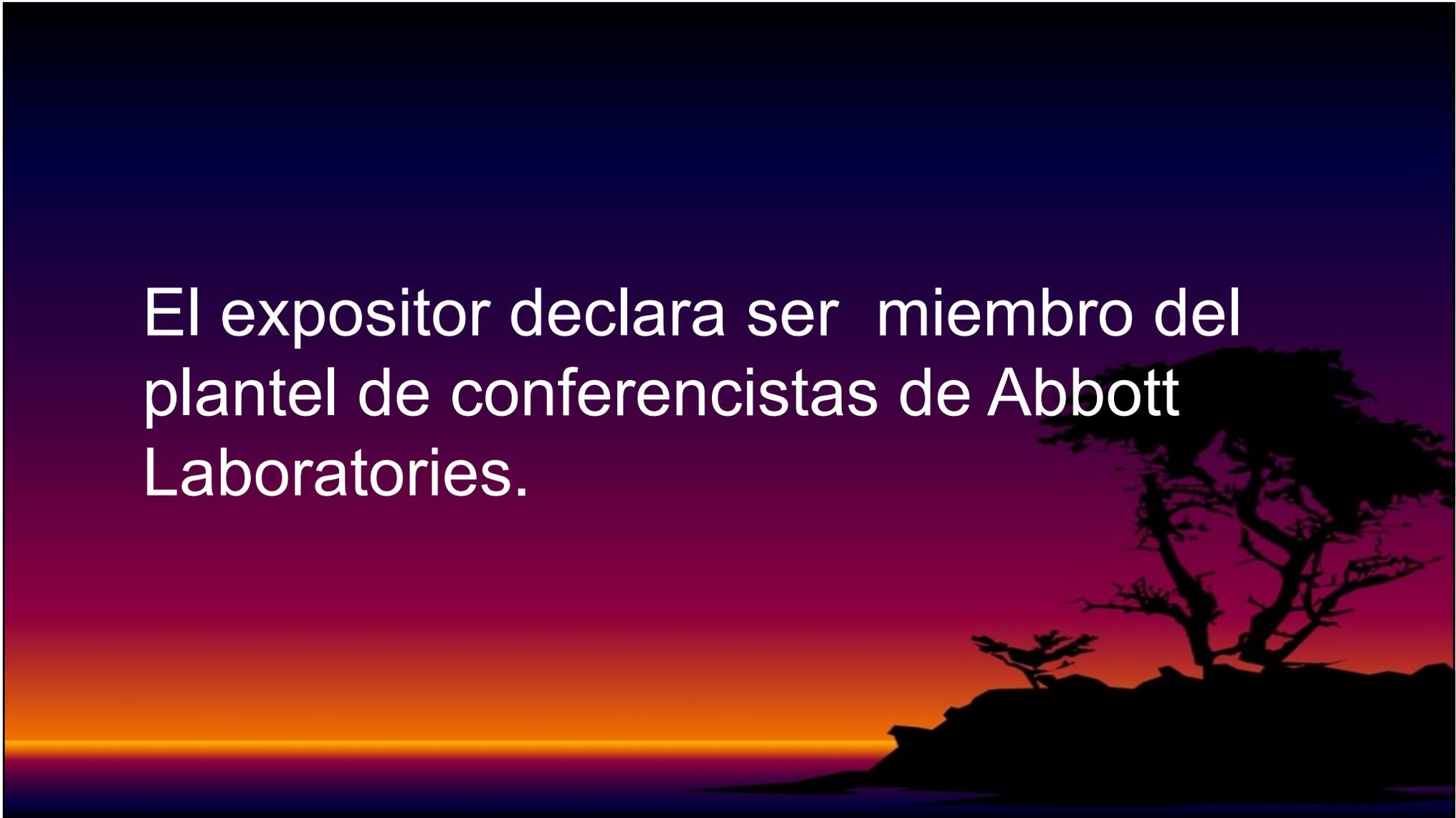
CIAP II – Nueva York, Junio 12-13, 2017

Trastornos de Personalidad: Debates clínicos contemporáneos

Renato D. Alarcón, MD, MPH

Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana
Cayetano Heredia, Lima, Perú; Profesor Emérito de Psiquiatría,
Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, EE.UU.

El expositor declara ser miembro del
plantel de conferencistas de Abbott
Laboratories.



Objetivos de Aprendizaje

Al final de la presentación, se espera que los miembros de la audiencia estarán suficientemente informados respecto a los siguientes objetivos:

- 1) Conocer las características de un nuevo modelo diagnóstico de Trastornos de Personalidad incluido en la Sección III del DSM-5, los debates y discusiones que condujeron a la propuesta y aspectos claves de su aplicabilidad.
- 2) Estar familiarizados con detalles de la investigación neurobiológica actual sobre TsP y con los abordajes psicoterapéuticos más efectivos en su manejo.

Agenda de la Presentación

- Conceptos introductorios
- Aspectos nosológicos/Nuevo modelo en DSM-5 Sección III
- Aspectos clínicos
- Debates y hallazgos recientes
- Perspectivas neurobiológicas
- Aportes recientes al manejo de TsP
- Conclusiones



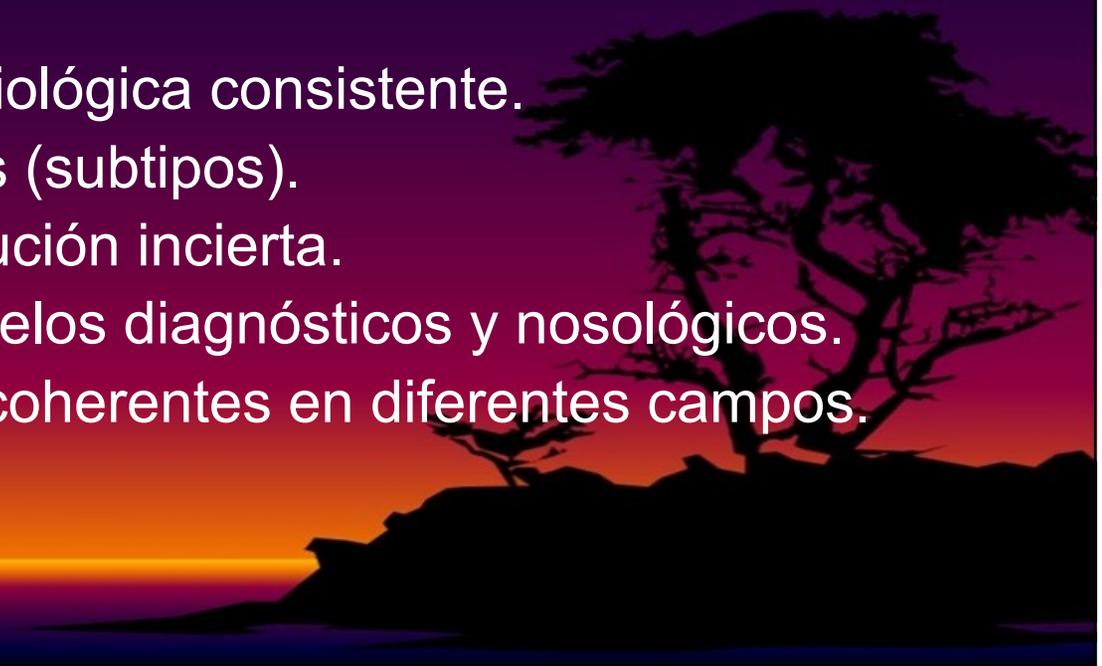
**C
O
N
C
E
P
T
O
S**



**I
N
T
R
O
D
U
C
T
O
R
I
O
S**

Trastornos de Personalidad: La complejidad del tema

- Ausencia de bases fenomenológicas y psicopatológicas comunes u homogéneas.
- Falta de información epidemiológica consistente.
- Múltiples variaciones clínicas (subtipos).
- Comorbilidad profusa y evolución incierta.
- Debates intensos sobre modelos diagnósticos y nosológicos.
- Investigaciones no siempre coherentes en diferentes campos.



Epidemiología general (Prevalencia) de TsP

- Rango de 8 estudios, 5,081 personas: 3.9-22.7 %
- En muestras más pequeñas: 10.0-14.3 %
- Prevalencia media: 11.55 %; Conjunta: 12.26 % (*Torgersen, 2012*)
- Gran Bretaña: 10.1 % (*Coid et al., 2006*)
- US NCSR: 9.1 %
- US NESARC: 21.5 %
- En Centros de Salud (*Beckwith et al., 2014*)
 - Europa: 40-92 %
 - EE.UU.: 45-51 %
 - Pakistan: 60 %
 - India: 1.07 %



Prevalencia de TsP – Variables socio-demográficas

- Poblaciones urbanas > Rurales y grupos de bajos ingresos.
- Género: Tópico controvertido (prevalencia equivalente excepto en TLP y PAs)
- Edad: 18 o más años; si antes, debe estar presente por lo menos un año.
- Estado Civil: mayor entre solteros, separados y divorciados.
- Educación: correlación negativa.
- Raza/Etnicidad (en EE.UU): Mayor en Africano-Americanos que en blancos, asiáticos o hispánicos.

Trastornos de Personalidad

Factores de Riesgo

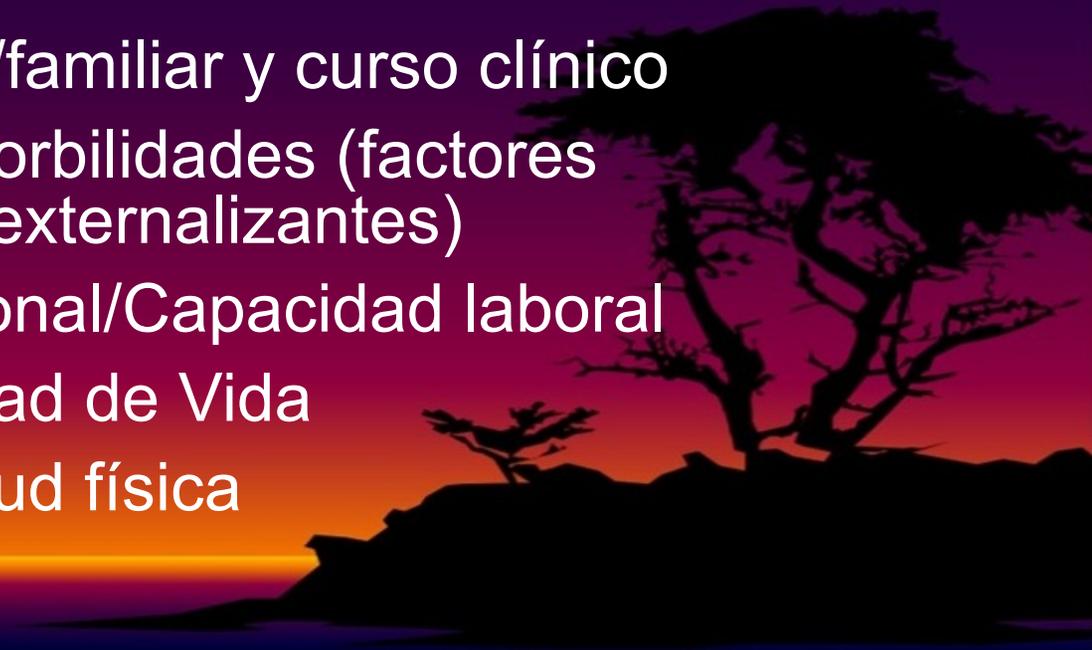
- Genéticos o historia familiar
- Epigenéticos y ambientales
 - Crianza
 - Relaciones intrafamiliares
 - Oportunidades educativas
 - Factores culturales y religiosos
- Niñez y adolescencia
- Violencia de género (esp. mujeres como víctimas)

Factores de Protección

- Genéticos o historia familiar
- Epigenéticos y ambientales (Id.←)
- Modelos parentales positivos
- Fomento adecuado de independencia y toma de decisiones
- Destrezas sociales e interpersonales

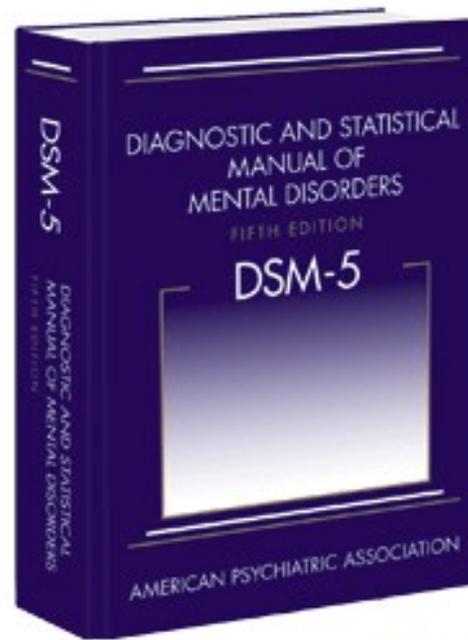
Temas centrales en la investigación actual sobre Trastornos de Personalidad

- Aspectos diagnósticos, genéticos y epigenéticos
- Historia personal/familiar y curso clínico
- Correlatos y comorbilidades (factores internalizantes y externalizantes)
- Relevancia funcional/Capacidad laboral
- Bienestar y Calidad de Vida
- Impacto en la salud física



TsP en el DSM-5

A
S
P
E
C
T
O
S



DSM-5
2013

N
O
S
O
L
O
G
I
C
O
S

Trastornos de Personalidad en el DSM-5

ÁREA	SECCIÓN II	SECCIÓN III
Estructura	Categórica	“Híbrida” (Categórica/Dimensional)
Presentación	Criterios descriptivos	Niveles funcionales
Definición	Patrón duradero de experiencias internas y conductas que se desvían marcadamente de las normas y expectativas de la cultura del individuo, es persistente e inflexible, comienza en la adolescencia o adultez temprana, estable en el tiempo y conduce a distrés, daño o deterioro funcional.	Deterioro en el <i>funcionamiento</i> de la personalidad (<i>self</i> → <i>identidad y auto--dirección</i> ; interpersonal → <i>empatía e intimidad</i>), y presencia de <i>rasgos</i> patológicos de personalidad (identificados de un total de 25, agrupados en cinco <i>Dominios</i>).
Distribución	Por clusters	Trastornos específicos
Número de Trastornos	Diez	Seis

Trastornos de Personalidad en DSM-IV y DSM-5 Sección II

- **Cluster A**

- Paranoide, Esquizoide, Esquizotípica

- **Cluster B**

- Antisocial, Límitrofe, Histriónica, Narcisista

- **Cluster C**

- Evitativa, Dependiente, Obsesivo-compulsiva

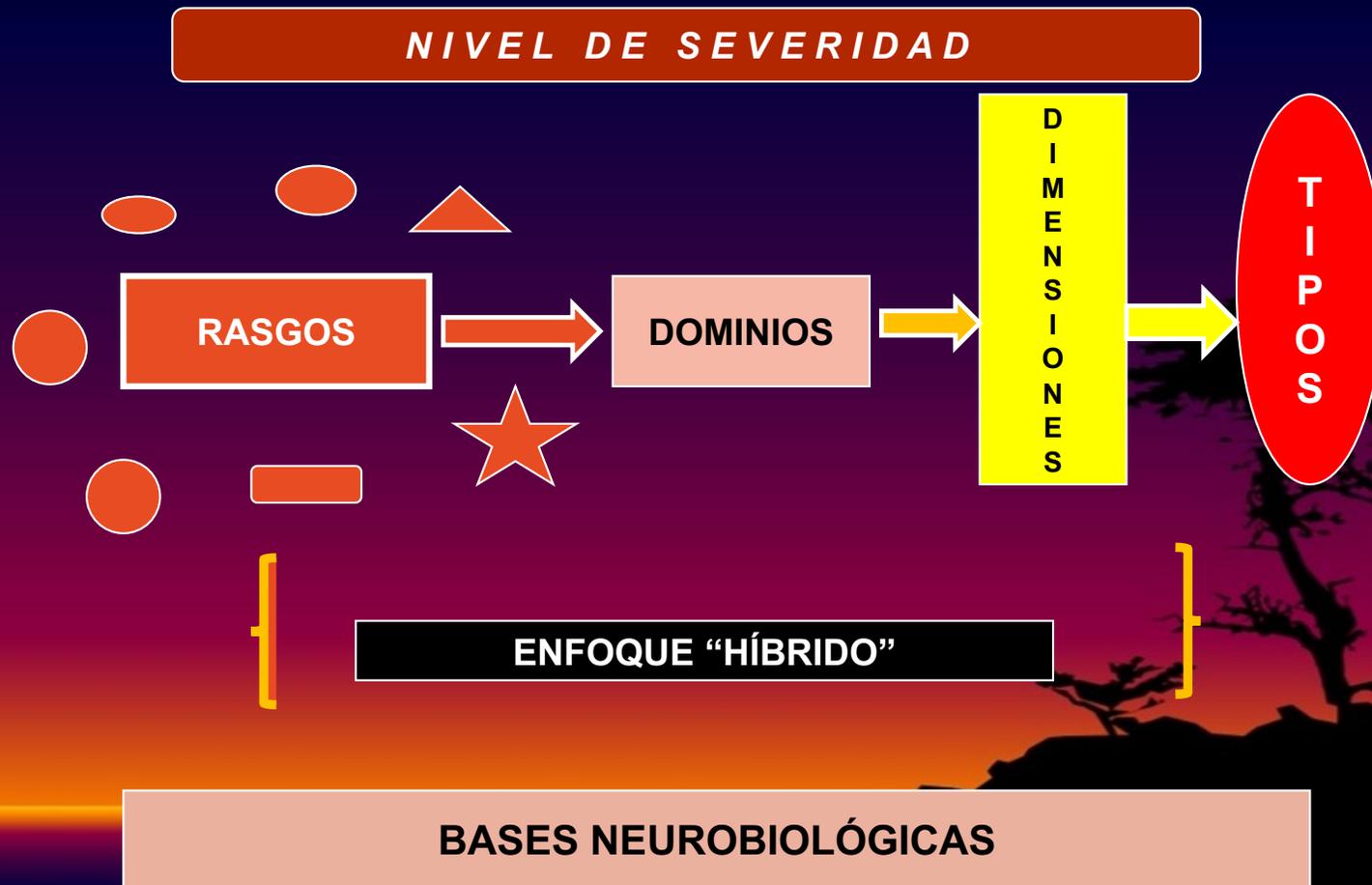


Razones para las propuestas de cambio en la Clasificación de TsP en el DSM-5

- Cobertura limitada de la psicopatología de personalidad
- Combinaciones imprecisas de rasgos y síntomas
- Poca documentación de tratamientos útiles
- Exceso de TP “no especificados de otra manera”
- Validez convergente y discriminante, limitadas y pobres.



Descripción esencial del nuevo Modelo



Elementos fundamentales del nuevo modelo de clasificación de TsP

• Déficit funcionales

• Self

- Identidad
- Autodirección

• Interpersonal

- Empatía
- Intimidad

• Niveles de Severidad

- 0 - Negativo
- 1 - Leve
- 2 - Moderado
- 3 - Severo
- 4 - Extremo



Elementos fundamentales del nuevo modelo de clasificación de TsP

5 Dominios y 25 Rasgos

- **Afectividad Negativa (vs.EE)**
 - Labilidad emocional
 - Ansiedad *
 - Hostilidad
 - Inseguridad de separación
 - Afectividad restringida
 - Sumisión *
 - Perseveración
- **Antagonismo (vs. Agradab.)**
 - Manipulación
 - Mendacidad (engañosidad)
 - Grandiosidad
 - Búsqueda de atención
 - Insensibilidad
 - Hostilidad
- **Desapego (vs. Extroversion)**
 - Aislamiento
 - Anhedonia
 - Evitamiento de intimidad
 - * Depresividad
 - * Susplicacia
- **Desinhibicion (vs. Escrupulosidad)**
 - Irresponsabilidad
 - Impulsividad
 - Distrabilidad
 - Toma de riesgos
 - * Perfeccionismo
- **Psicoticismo (vs. Lucidez)**
 - Creencias y experiencias inusuales
 - Excentricidad
 - Disregulación cognitiva y perceptual
 - Susplicacia

Criterios Generales de TsP en el nuevo modelo (DSM-5, Sección III)

- A) Nivel de funcionamiento de la Personalidad (*Self* e Interpersonal)
- B) Rasgos patológicos de Personalidad (25, organizados en 5 Dominios)
- C y D) Persistencia y estabilidad relativas del deterioro funcional y rasgos patológicos de Personalidad.
- E, F y G) Explicaciones alternativas de la patología de Personalidad (Diagnóstico diferencial)

Seis tipos de TP en DSM-5 (*Sección III*)

- Antisocial
- *Borderline*/Limítrofe
- Esquizotípica
- Obsesivo-compulsiva
- Evitativa
- Narcisista

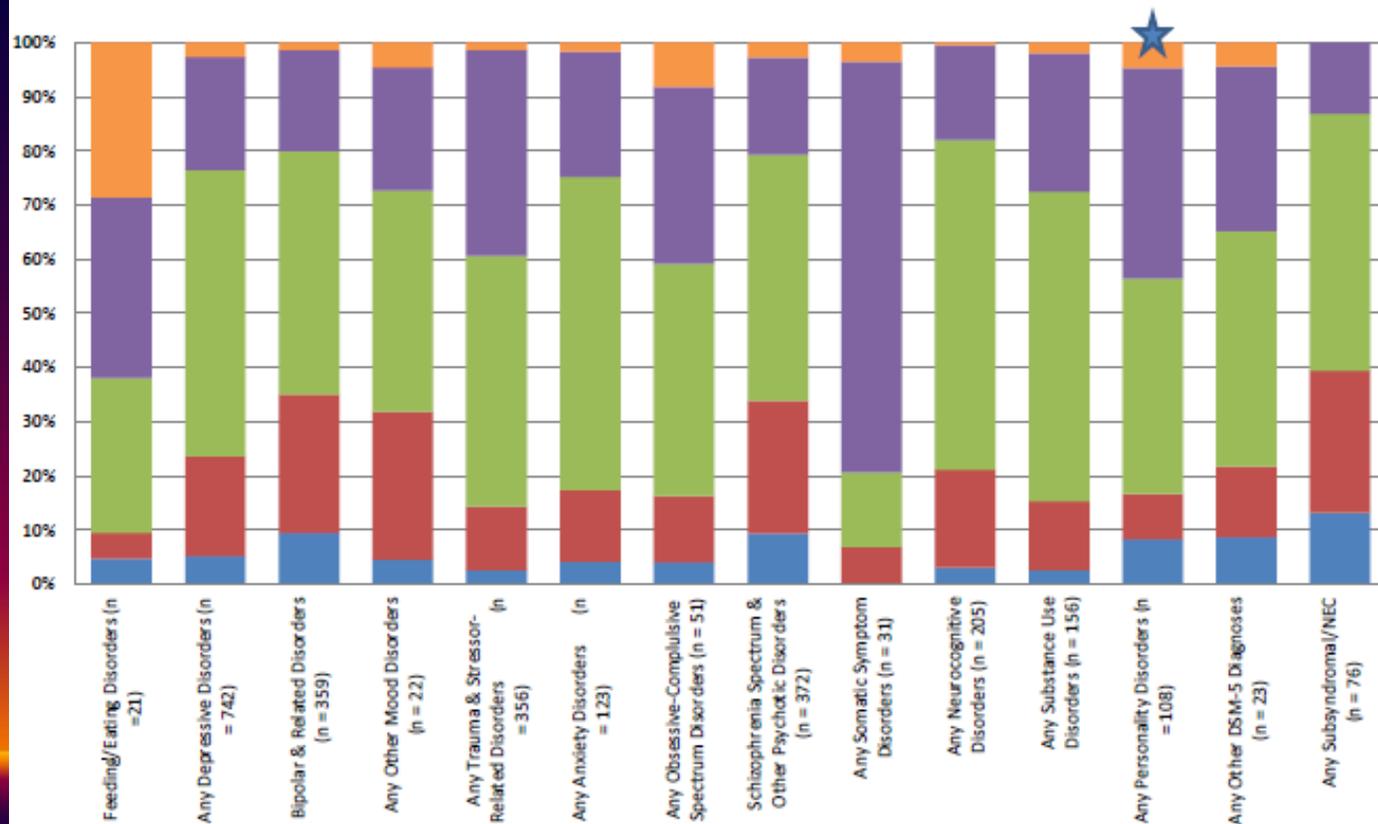


Ventajas del nuevo modelo de TsP en DSM-5, Sección III

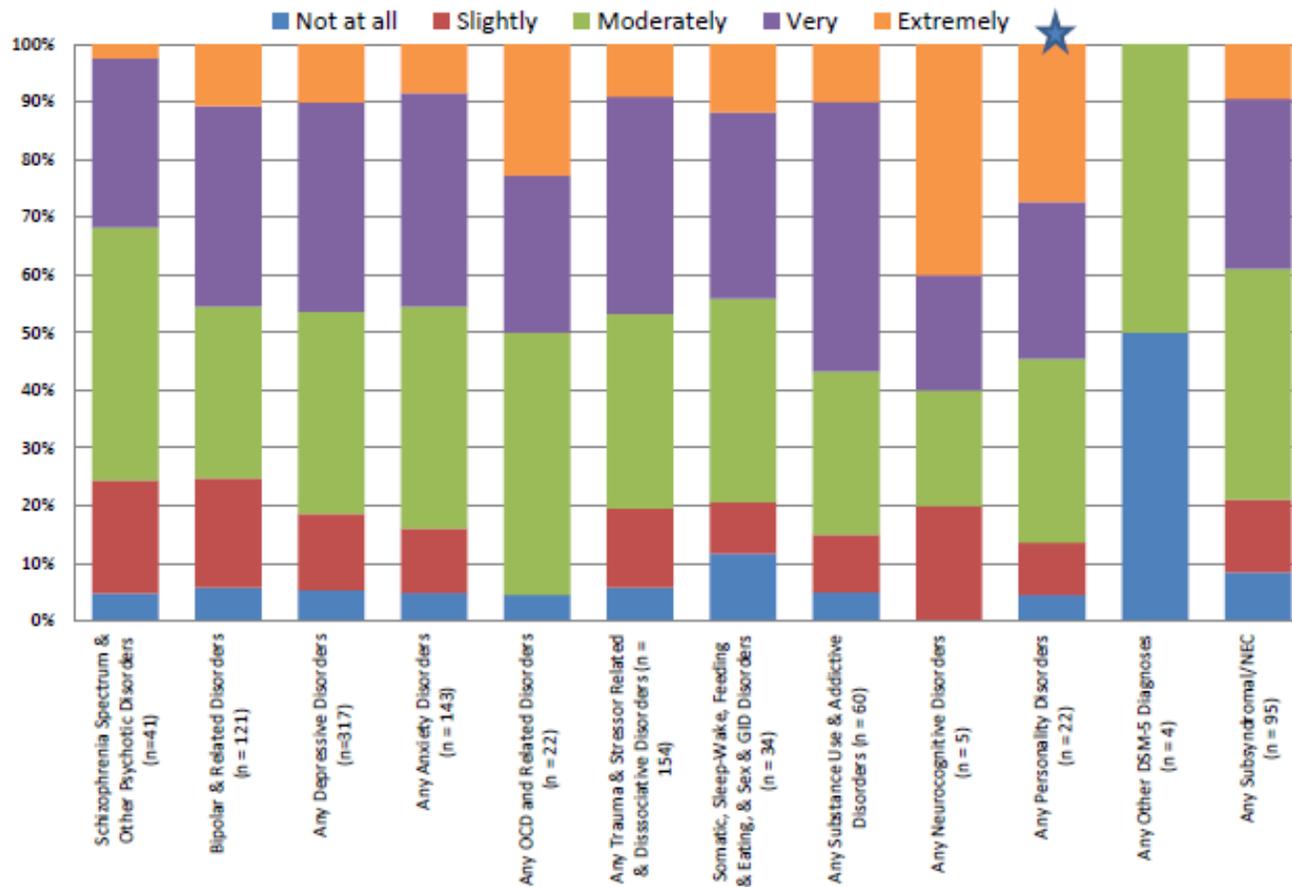
- La evaluación de personalidad puede potencialmente reducirse a precisar inicialmente el nivel funcional.
- 43 % de reducción en número de criterios diagnósticos.
- Sustitución de TP *no especificado de otra manera (PDNOS)*, con información clínica más específica y eventual uso de TP *especificado por rasgos (PD-TS)*.

Clinicians in DSM-5 Field Trials in Academic Centers found the new diagnostic criteria for personality disorders moderately to extremely useful, compared to DSM-IV, when diagnosing patients seen for the first time for a single diagnostic interview

■ Not at all ■ Slightly ■ Moderately ■ Very ■ Extremely



Clinicians in DSM-5 Field Trials in solo & small group practices found the new diagnostic criteria for personality disorders moderately to extremely useful, compared to DSM-IV, when diagnosing their new and/or existing patients.



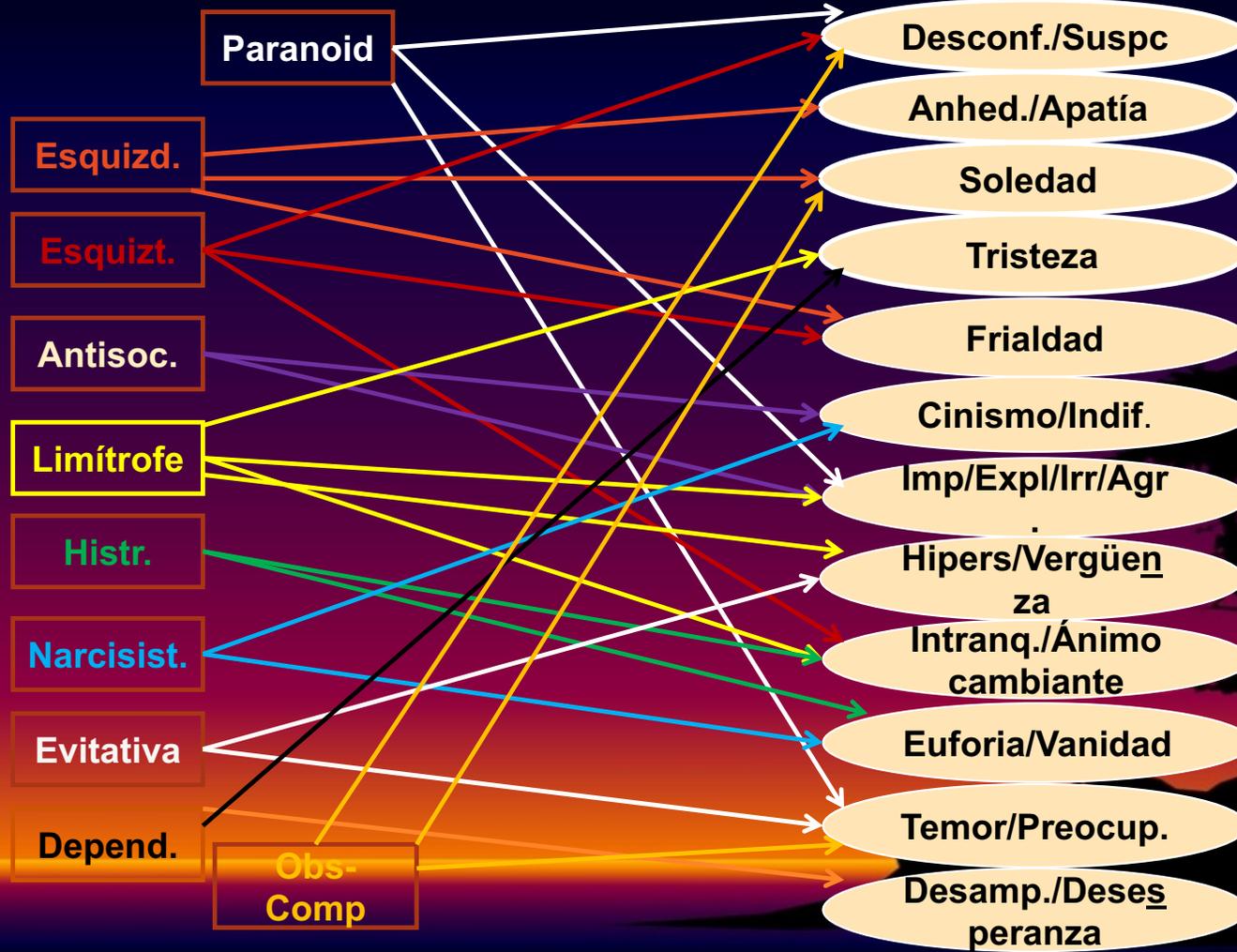
**ASPECTOS
CLÍNICOS**



Epidemiología Especial: Prevalencia de TsP

Tipo de TP	Rango (%)	Promedio (%)	Escenario Clínico (%)
Paranoide	0.4 - 4.4	1.6	Hosp. 10 - 30; CE 2 - 10
Esquizoide	0.4 - 4.9	0.6	Hosp. 16
Esquizotípica	0.1 - 5.6	0.8	Hosp. 2 - 20
Antisocial	0.2 - 4.5	1.3	CE 3 - 30
Limítrofe	0.2 - 5.9	1.7	Hosp. 20; CE 6
Histriónica	0.3 - 3.9	1.6	CE 10 - 15
Narcisista	0.1 - 1.5	0.5	CE 6.2
Evitativa	1.0 - 6.0	1.7	CE 6.0
Dependiente	0.1 - 11.0	0.9	
Obs-Compulsiva	2.1 - 7.9	2.1	Gen. 10.0 - 20.0

Manifestaciones Afectivas en TPs



Complicaciones en el Dx Diferencial de Tr. Del Ánimo y Tr. de Personalidad

TP/TA	TDM	TDP(D.)	Ciclot.	TDPA	TB I/II	C. Med.	Tr. Ans.
Paran.	↑	↑	↑	↑			
Esquiz.	↑		↑		↑		
Esquizt	↑				↑		
Antisoc			↑	↑	↑		
Limitrof	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Histr.			↑			↑	↑
Narcis.			↑		↑		
O-C	↑	↑					↑
Evitat.		↑				↑	↑
Depend	↑	↑				↑	

Tr. de Personalidad: Comorbilidades y Curso Clínico

Tipo de TP	Principales comorbilidades	Curso Clínico
Todos	Otros TsP; Alcohol y Uso de Sustancias; Trastornos del Ánimo y de Ansiedad; Tr. Alimentarios; Enfermedades médicas.	Marcada tendencia a la cronicidad.
Paranoide	TsP Clusters A, B y Evitativa; Esquizofrenia y otras psicosis; Tr. Bipolar; T O-C; Tr. por Uso de Sustancias.	Víctimas de acoso (<i>bullying</i>), estados pre-psicóticos, inestabilidad laboral.
Esquizoide	TP Cluster A; Tr. Fóbicos y del Ánimo; Tr. del Espectro Autista.	Dificultades maritales y de relación; Adaptación razonable.
Esquizotípica	TsP Cluster A, Evitativa y Limítrofe; Episodio Psicótico Breve; Tr. Depresivo Mayor, O-C y de Ansiedad Generalizada.	Más en varones(?); Aislamiento social; 10 % Conducta Suicida; Hx. laboral marginal; Psicosis infrecuente.
Antisocial	TsP Cluster B y Paranoide; Alcohol y Uso de Sustancias; Hipocondriasis; Ludopatías; TDAH	Más en varones; Disfunción familiar; Desempleo; Conducta violenta y criminal; Uso frecuente de servicios médicos; Leve mejora con la edad.

Tr. de Personalidad: Comorbilidades y Curso Clínico (II)

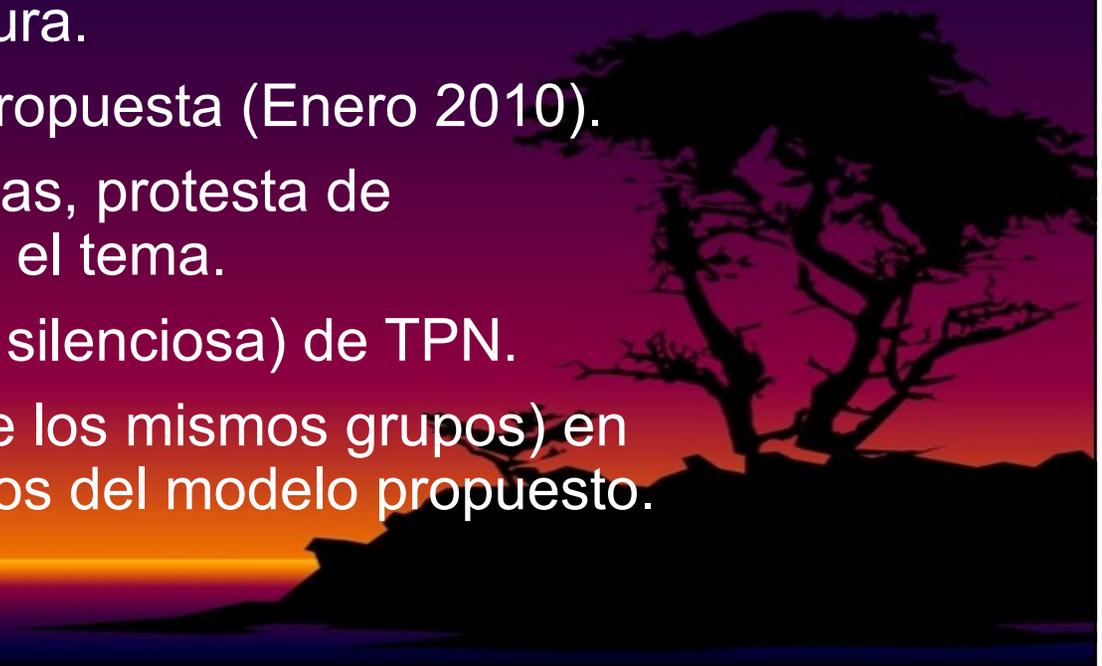
Tipo de TP	Principales Comorbilidades	Curso Clínico
Limítrofe	TDM; Tr. Bipolares; TEPT, Uso de Sustancias, TAG; Tr. de Pánico	Auto-injurias y CS; 80 % remisión en 10 años, 40 % con funcionamiento adecuado; Recaídas infrecuentes pero problemas socio-ocupacionales persistentes.
Histriónica	Cluster B; Distimia; Tr. Disociativo, de Conversión y Somatización; Psicosis Reactiva Breve.	Más en mujeres; Problemas desde la adolescencia; IS; Fragilidad ocupacional; Uso frecuente de serv. médicos; Mejora con la edad.
Narcisista	Uso de Sustancias; Tr. Bipolar y de Ansiedad; TLP y TPAs.	60% mejora en 3 años; Conexión con curso de comorbilidades; Pronóstico se agrava con TPAs.
Evitativa	Tr. Ansiedad Social; PDD	Variaciones en períodos tempranos; "Estabilidad" diagnóstica; Muchos permanecen solteros.
Dependiente	TP Ev; Tr. Ansiosos; Ánimo depresivo.	Pocos estudios; Limitada reducción de síntomas.
Obs-Compulsiva	Tr. Ansiosos, del Ánimo y O-C; Cluster C.	Más en varones; Mejoría cortas de síntomas nucleares.

**DEBATES Y
HALLAZGOS
RECIENTES**



Debates en torno a Narcisismo (I)

- Acuerdo inicial (exclusión de TPN) en el seno del Grupo de Trabajo.
- Revisión de la literatura.
- Presentación de la propuesta (Enero 2010).
- Opiniones encontradas, protesta de investigadores sobre el tema.
- Reintroducción (casi silenciosa) de TPN.
- Nuevas protestas (de los mismos grupos) en relación a otros puntos del modelo propuesto.



Debates en torno a Narcisismo (II)

Revisión de la Literatura

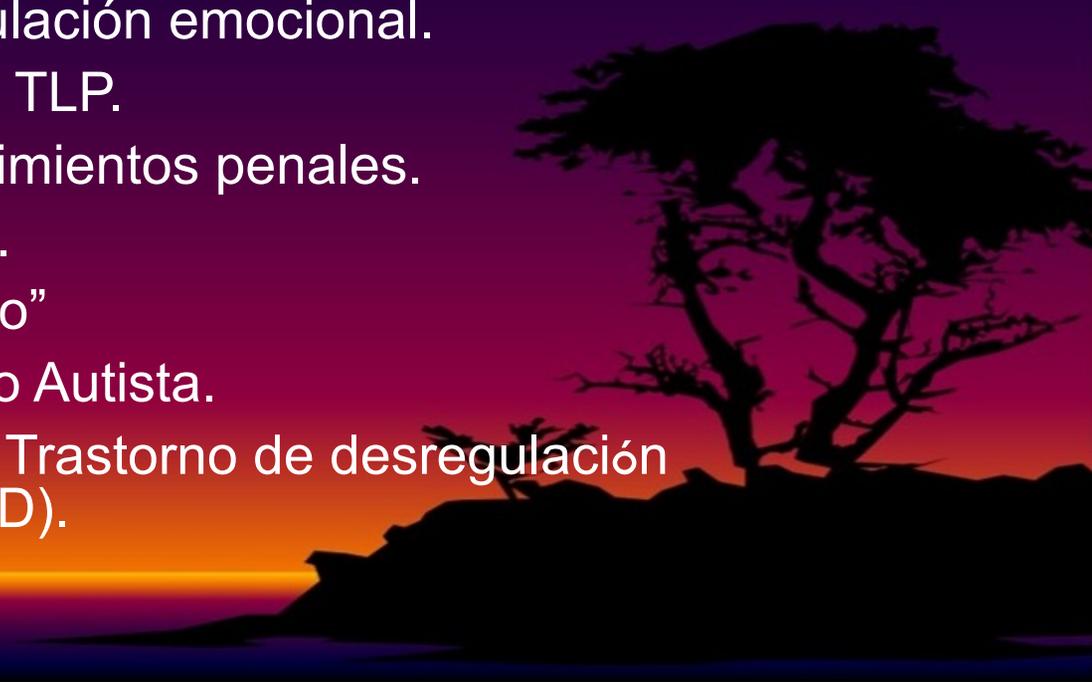
- Impresionante escasez de trabajos
- Basamento ideológico en reportes de casos
- Prevalencia sumamente variable/Usos de muestras no clínicas
- Uso inconsistente de criterios diagnósticos
- Estudios meta-analíticos concluyentes
- Comorbilidad muy frecuente
- Presencia de “narcisismo” en otras entidades clínicas (Ejes I y II)
- Variedad de “sub-tipos”
- Uso público del término (estigmatización)
- Propuesta de Dominio o Rasgo y mantenimiento del concepto para estudios subsecuentes.

(Alarcón, RD & Sarabia, S., JNMD, 2012)

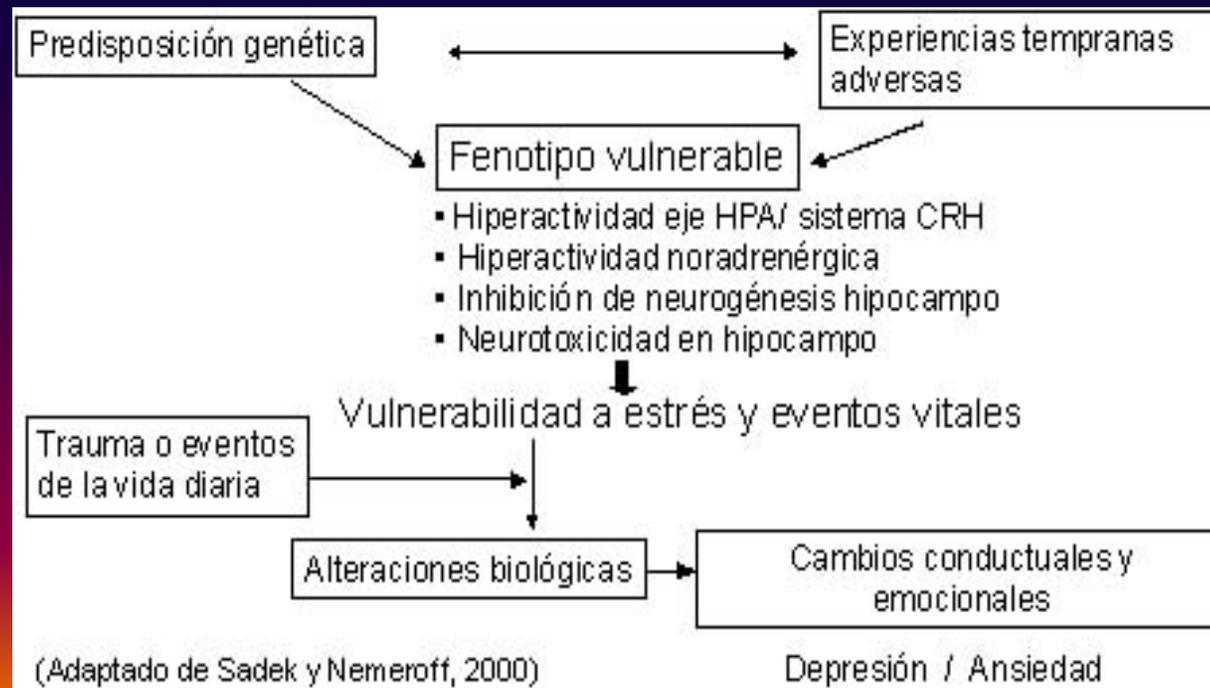
Debates en torno a TLP

Relaciones con otros trastornos

- Pacientes crónicos no cancerosos tratados con opioides.
- Pacientes o-c con TLP.
- Trastorno Somatomorfo y regulación emocional.
- Pacientes con Esquizofrenia y TLP.
- Presencia de TLP en establecimientos penales.
- TLP y Trastornos Alimentarios.
- TLP como “ciclador ultra-rápido”
- Factor premórbido en Espectro Autista.
- Nuevo diagnóstico en DSM-5: Trastorno de desregulación perturbadora del Ánimo (DMDD).



El concepto de Vulnerabilidad

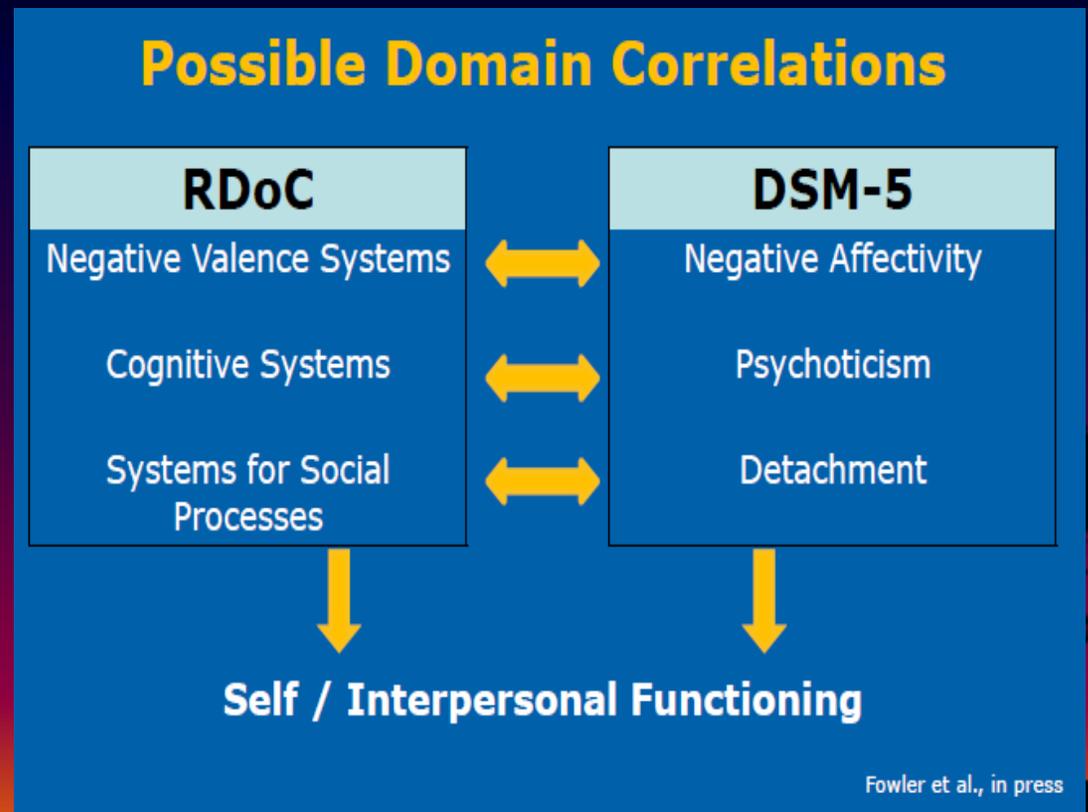


Personalidad “Resiliente”

- *Self* sólido, bien diferenciado e integrado.
- Rasgos que promueven vigorosas y recíprocas relaciones interpersonales.
- Capacidad de resistir o sobreponerse a eventos adversos, mantener serenidad, objetividad y buen juicio en la toma de decisiones.
- Rasgos, en cierto modo, opuestos a las de TPs que se caracterizan fundamentalmente por déficits en auto-concepto y auto-imagen y en la capacidad de establecer relaciones con otros.

Otras áreas relevantes

- * Nuevos sistemas diagnósticos y correlatos entre Dominios específicos (vgr., RDoC vs. DSM-5)
- * Marcadores biológicos
- * Correlatos bioculturales: El concepto de Endosociotipo



Hallazgos clínicos recientes sobre TLP

- Dolor crónico y preocupaciones somáticas en servicios de AP.
- Sentimientos altamente negativos respecto al “significado de la vida” → auto-injurias no-suicidas.
- Rumiaciones furiosas predicen significativa propensión a conducta agresiva.
- Pacientes con TLP considerados “difíciles” y dejados de lado por sus médicos tratantes, mediante una variedad de medidas.
- Padres con síntomas de TLP son sub-grupo de alto riesgo para Abuso Físico de Niños (CPA).
- *Salutogénesis* (efectos positivos de la capacidad de beneficiarse del ambiente social) perturbada por la *Petrificación Epistémica*” o rigidez marcada y estable en pacientes con TLP.
- Adolescentes de minorías sexuales muestran puntaje más alto en rasgos de TLP, después de control por depresión y ansiedad.

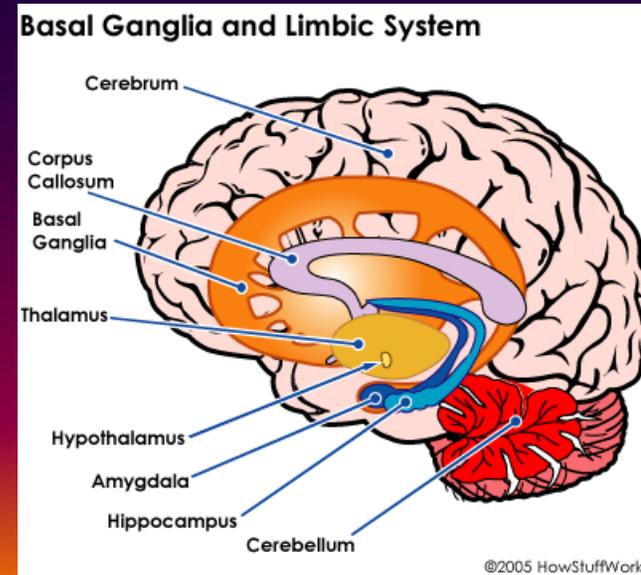
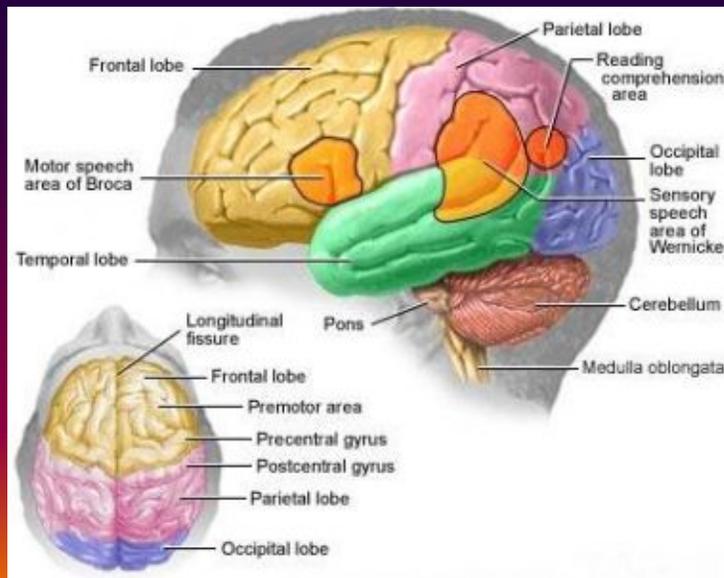
Hallazgos clínicos recientes sobre TLP

- *Salutogénesis* (efectos positivos de la capacidad de beneficiarse del ambiente social) perturbada por la *Petrificación Epistémica*” o rigidez marcada y estable en pacientes con TLP.
- Adolescentes de minorías sexuales muestran puntaje más alto en rasgos de TLP, después de control para depresión y ansiedad.
- Pacientes con TLP son más susceptibles a confundir el contenido de los sueños con eventos reales cuando despiertos.
- Dificultades sexuales desde evitamiento hasta promiscuidad pasando por “sentirse sintomático después de tener sexo”.
- Impulsividad y No conformidad/Agresividad: Rasgos de personalidad en la niñez que predicen TLP en la vida adulta (**Cramer P., 2016**).
- “Heridas narcisísticas”, subtipo de dolor mental, son un indicador diagnóstico específico y sensible de TLP

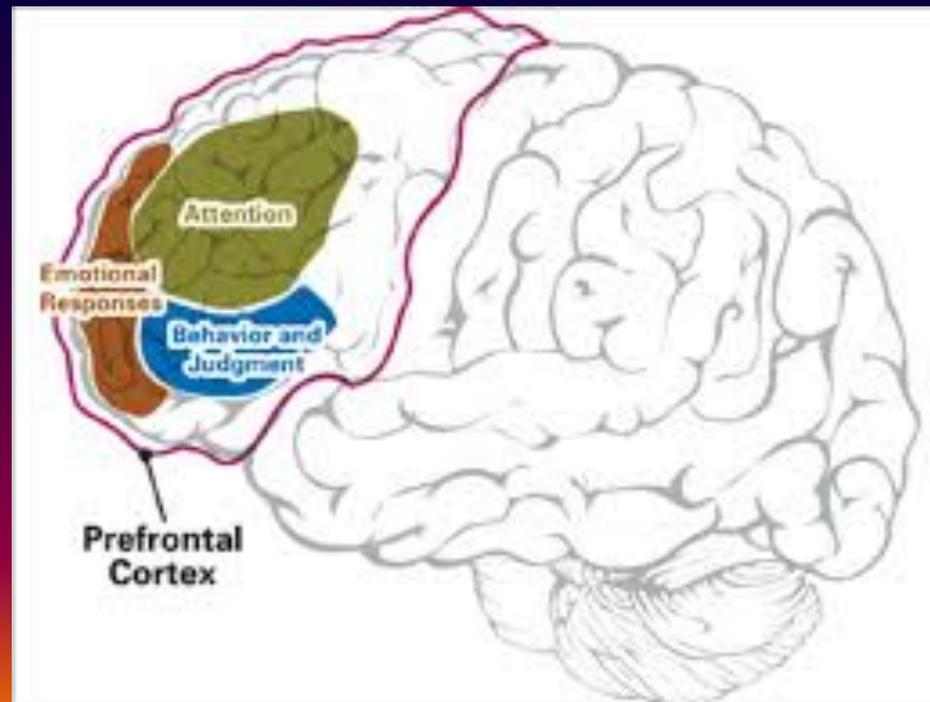


**Perspectivas
neurobiológicas**

Estructuras cerebrales y Trastornos de Personalidad



CPF y correlatos funcionales



Estudios Neurobiológicos en Trastornos de Personalidad

Tipo (o Cluster) de TsP	Hallazgos
Todos	Tres grupos genéticamente compatibles entre ellos pero no con DSM-IV: 1)P,H,B,N,D y OC; 2)B y AS; 3) E y Av, captando sólo una modesta proporción de la variancia genética total (<i>Kendler et al., 2008</i>)
Todos	Contribuciones conductuales y de genética molecular: Puede haber “genes generales” para personalidad <i>per se</i> , mostrando efectos pleiotrópicos que pueden conducir a muchas y diferentes manifestaciones fenotípicas (<i>Livesley et al.; 2005</i>)

Estudios Neurobiológicos en Trastornos de Personalidad (II)

Tipo (o <i>Cluster</i>) de Personalidad	Hallazgos
Todos	* Coherencia o distintividad etio-genética: OC con sustanciales influencias genéticas específicas y mínimas influencias compartidas; B y AS comparten un fuerte factor genético (Antagonismo e Impulsividad); E, por sí misma y con asociación genéticamente robusta con Av y Esquizofrenia (<i>South y Young, 2011</i>)
<i>Cluster A</i>	* Debate en relación al vínculo entre E y Esquizofrenia: sólo excentricidad y constricción afectiva pueden ser heredables (<i>Torgersen et al., 2000</i>)

Estudios Neurobiológicos en Trastornos de Personalidad (III)

Cluster A

- * P altamente superimpuesta en E; los tres tipos vistos comúnmente en familiares de pacientes esquizofrénicos (*Kalus et al., 1993*)
- * HVA elevado en plasma y LCR de E. Actividad dopaminérgica aumentada o disminuída en función de síntomas + y – de esquizofrenia.
- * Asociación entre daño cognitivo y alelo VAL de COMT en E. (Modulación dopaminérgica y funciones ejecutivas y de CPF)
- * Déficits de atención, aprendizaje verbal y memoria en E.
- * Anormalidades en movimiento ocular, procesamiento visual y discriminación de velocidad en E. (*Siever et al., 2002*)

Estudios Neurobiológicos en Trastornos de Personalidad (IV)

Cluster B

- * Heredabilidad: General 0.60; N 0.79; B 0.69; H 0.67 (*Cadoret et al., 1985*)
- * Depresión elevada en respuesta a fisostigmina (agente colinomimético) en pacientes B, con aumento de “inestabilidad afectiva” (*Steinberg et al., 1997*)
- * Reducción del volumen de amígdala e hipocampo en B (*Tebartz et al., 2003*)
- * Estudios con PET y SPECT en B, metabolismo disminuído en regiones o-f (áreas Brodmann 46 y 6), prefrontales (10 y 11), hipocampo y *cuneus*; aumentado en *gyrus frontalis superior* e inferior (áreas Brodmann 9 y 45) (*Goyer et al., 1993; Juengling et al., 2003*)

Estudios Neurobiológicos en Trastornos de Personalidad (V)

Cluster B (TLP)

* Alteraciones anatómicas y funcionales en CO-F y VM, con conexiones recíprocas con amígdala e indirectas via tálamo y circuitos estriados (*Coors et al., 2002; O'Doherty et al., 2001*)

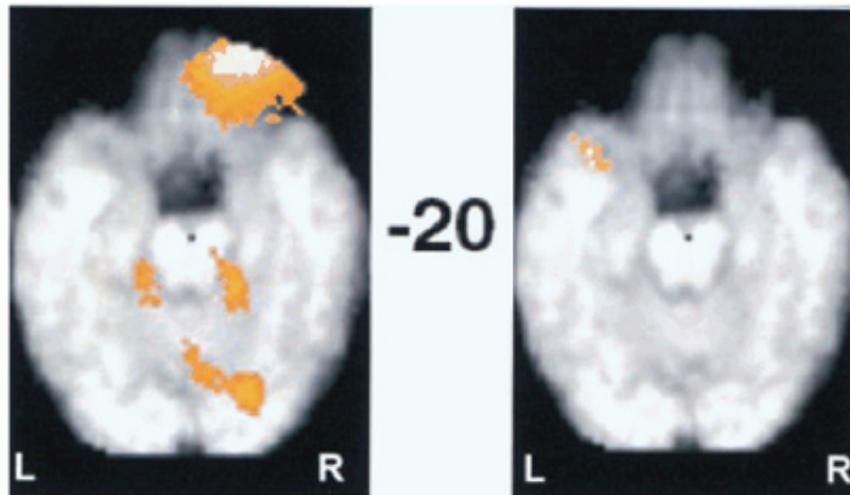
* Mayor activación de la amígdala en respuesta (malinterpretativa) a expresiones faciales neutras (*Donegan et al., 2003*)

* Desconexiones fronto-límbicas (*Silversweig et al., 2007*)

* Disminución de serotonina en primates afectando el normal neurodesarrollo de rafe, tálamo, hipotálamo, amígdala, hipocampo, cíngulo anterior, caudado y putamen (implicaciones genéticas y de privación materna temprana) (*Ichise et al., 2006*)

FIGURE 3.

In response to d,l-fenfluramine, PET imaging indicated that metabolism was greater in healthy controls (left) compared to BPD patients (right) in medial and orbital regions of right prefrontal cortex⁴⁹



PET=positron emission tomography; BPD=borderline personality disorder.

Soloff PH, Meltzer CC, Greer PJ, Constantine D, Kelly TM. A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2000;47:540-547. Reprinted with permission, Copyright 2000.

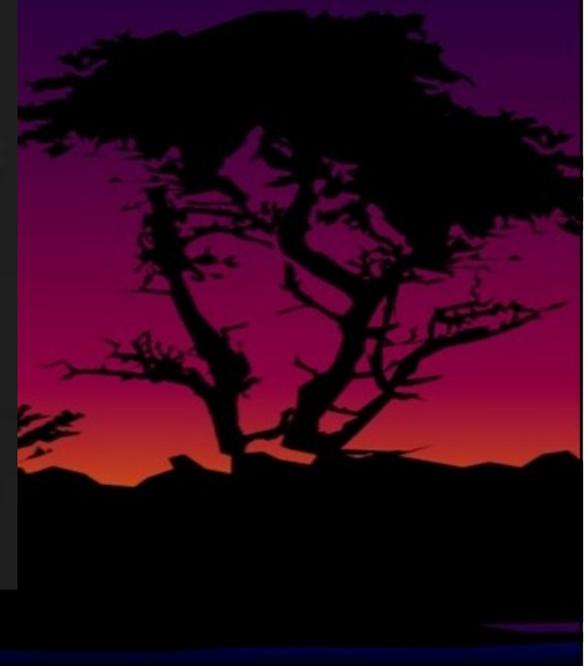
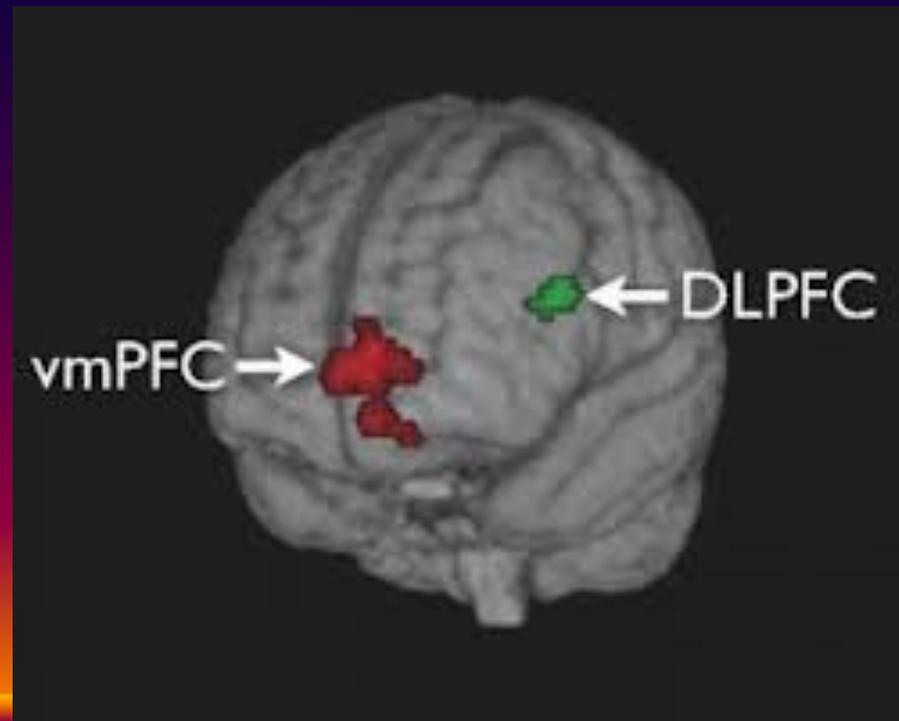
Stein DJ. *CNS Spectr*. Vol 14, No 7. 2009.



Hallazgos genéticos recientes en TLP

- Significativos procesos aberrantes de metilación: bajos en la región promotora del gen rDNA, y altos en la región promotora del gen PRIMA1 (*Proline Rich Membrane Anchor 1*): ¿Rol patogénico? (*Teschler S et al., 2016*).
- Tres polimorfismos de 4 genes noradrenérgicos asociados con TLP, aparentemente modulados por trauma infantil PERO los resultados perdieron significación después de la corrección de Bonferroni (*Martín-Blanco A et al., 2015*).
- Rol de genes de H-P-A (y trauma infantil): Dos polimorfismos FKBP5 y combinaciones de haplotipos de FKBP5 y CRHR1; otros dos alelos FKBP5 fueron más frecuentes en pacientes TLP con historia de abuso físico y negligencia emocional; y dos variants de CRHR2 en pacientes con historia de abuso sexual y físico (*Martin-Blanco A. et al, 2015*).
- 44 % de FFI-TLP es heredable, y 71 % de las influencias genéticas son compartidas entre FFI-TLP y un instrumento de auto-reporte de TLP (*Few LR et al., 2016*).

Personalidad Antisocial y CPF



Estudios neurobiológicos en Trastornos de Personalidad (VI)

Personalidad Antisocial/Psicopática/Disocial

Corteza Prefrontal

Dorsolateral (TDAH)

- Distraibilidad
- Desorganización
- Motivación disminuída
- Razonamiento abstracto pobre
- Impulsividad
- Funcionamiento ejecutivo pobre

Órbitofrontal/Ventromedial (TP AS, TC)

- Déficits en empatía, remordimiento y culpa
- Autocontrol limitado
- Agresividad
- Hipersexualidad
- Explosividad emocional

Estudios Neurobiológicos en Trastornos de Personalidad (VII)

Cluster C

- * Heredabilidad: General 0.62; OC 0.78; D 0.57; Av 0.28 (*Torgersen et al., 2000*)
- * Asociación familiar entre fobia social, trastorno de pánico y Av (*Schneier et al., 2002*)
- * Metabolitos de dopamina bajos en LCR de pacientes con trastorno de ansiedad social, baja ligazón con transportadores y receptores dopaminérgicos, asociados con desapego.
- * Asociación marcada con el gene DAT1 transportador de dopamina (*Blum et al., 1997*).
- * Gen receptor de dopamina D3 (genotipo Gly/Gly), probabilidad 2.4 veces mayor de diagnóstico de OC (*Light et al., 2006*)
- * Activación incrementada de la amígdala en fobia social y problemas en reconocimiento y recuerdo de rostros con gestos desaprobatorios (*Foa et al., 2000*)
- * No cambios en conducción cutánea, frecuencia cardíaca y respuestas de sorpresa en test de estrés (*Herpetz et al., 2000*)

**Aportes
recientes al
manejo de
Trastornos de
Personalidad**



Buen manejo de TsP: Aspectos generales

- Principales características
 - Psicoeducación, foco interpersonal, activa participación familiar.
 - Énfasis en *Manejo del Caso* y enfoques multi-disciplinarios.
 - Integración pragmática de psicoterapia (individual y grupal) y manejo psicofarmacológico.
- Apertura y mejora continua de la comunicación con el paciente; el no usar las etiquetas diagnósticas puede no atenuar el estigma (*Sulzer et al., 2016*).
- Efectos adversos del “etiquetamiento” en el juicio del clínico (puntajes más negativos); la descripción de dificultades conductuales tiene menos posibilidades de resultar en juicios y predicciones negativas (*Lam D.C. et al., 2015*).

Manejo farmacológico de TsP

- 70-75 % of pacientes con TsP reciben prescripciones de medicamentos psicotrópicos.
- Se requiere una clara delineación de objetivos, establecimiento de expectativas adecuadas y realistas y mantenimiento de límites razonables.
- Medir la efectividad del tratamiento mediante un enfoque metódico de los ensayos medicamentosos.
- Evitar o reducir polifarmacia, la cual puede asociarse con daño iatrogénico y contribuir al deterioro funcional (*Madan A. et al., 2015*).
- Efectos principales sobre el distrés psicológico global, sensibilidad interpersonal, conductas impulsivas, depresión y hostilidad.

Psicoterapias apropiadas para el manejo de TsP

OBJETIVO GENERAL: Cambios clínica y socialmente significativos en la estructura y funcionamiento de la personalidad.

- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) – *Beck et al. 1976, 2002.*
- Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) - *Linehan et al., 1993, 2006*
- Tratamiento basado en Mentalización (MBT) - *Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2003, 2008, 2015.*
- Psicoterapia enfocada en Transferencia (TFP) - *Clarkin et al., 2007; Fischer-Kern M. et al., 2015; Leichsenring F. et al, 2016.*
- Manejo Psiquiátrico General (GPM) - *McMain et al., 2009 (after Gunderson & Links).*

Otros enfoques psicoterapéuticos

- **Fostering Self-Compassion** y **Loving-Kindness** como estrategias de respaldo (*Feliu-Soler A. et al., 2016*).
- **Motivation-oriented therapeutic relationship (MOTR)**: Modalidad breve y efectiva que estimula el proceso de involucramiento temprano (*Kramer U. et al., 2015*).
- **Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)**, efectiva en síntomas globales e impulsividad en pacientes con TLP y ASP (*Blum et al., 2008; Black DW et al., 2015*).
- **Co-terapia familiar y parental** mejora las capacidades de apego y sensibilidad hacia la comunicación emocional de (y con) los niños (*Newman L., 2015*).
- **Psicoterapia combinada a largo plazo**, luego de 6 años de seguimiento: Reducción mayor de distrés y mejora en auto-control e integración de identidad (*Antonsen BT et al., 2015*).

Conclusiones



Conclusiones (I)

- Trastornos de Personalidad como componente esencial de toda evaluación diagnóstica y claro ejemplo de problemas persistentes y avances definidos en la clínica y la investigación psiquiátrica.
- Nueva conceptualización de TsP como expresiones de un deterioro básico del funcionamiento intraindividual (*self*) e interpersonal.
- Propuesta de un nuevo modelo de clasificación de TsP basado en 25 rasgos mensurables, agrupados en 5 Dominios y culminando en la identificación de seis tipos.
- Los debates diagnósticos abren posibilidades promisoras al enfoque dimensional, a sus bases neurobiológicas y socio-culturales, a una investigación creciente y a un manejo pragmático de los TsP.

Conclusiones (II)

- La prevalencia variable de cada TP da lugar a investigaciones que producen resultados también heterogéneos: Los tipos más estudiados son *As*, *BI*, *Et* y *O-C*.
- Importancia de diagnósticos diferenciales, factores de riesgo y protección, evaluación apropiada de comorbilidades y curso clínico.
- Resultados positivos de tratamientos combinados de farmacoterapia racional y razonable y psicoterapia individual, familiar o grupal, con seguimiento adecuado.
- Necesidad de investigaciones neurobiológicas y socio-culturales sistemáticas, basadas en nuevos conceptos teóricos que produzcan hallazgos básicos y clínicos esenciales para una práctica integral.

Referencias (I)

- Butler AC, Brown GK, Beck AT, Grisham JR. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2002;40(10):1231-40.
- Linehan MM. Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr.* 1993;137:201-216.
- Linehan MM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(7):757-766.
- Bateman A, Fonagy P. Borderline personality disorder and mood disorders: mentalizing as a framework for treatment. *J Clin Psychol.* 2015;71(8):792-804.
- Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization treatment vs treatment as usual. *Am J Psychiatry.* 2008;165(5):631-638.
- Bateman A, Fonagy P. The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin.* 2003;67(3):187-211.
- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry.* 2001;158(1):36-42.

Referencias (II)

- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1563-1569.
- Clarkin JF. The empirical development of transference-focused psychotherapy. *Sante Ment Que*. 2007;32(1):35-56. Review.
- Fischer-Kern M, et al. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *Br J Psychiatry*. 2015;207(2):173-174.
- Leichsenring F, et al. Psychoanalytic-interactional therapy versus psychodynamic therapy by experts for personality disorders: a randomized controlled efficacy-effectiveness study in cluster B personality disorders. *Psychother Psychosom*. 2016;85(2):71-80.
- McMain SF, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1365-1374.

Referencias (III)

- Feliu-Soler A, et al. Fostering compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: a randomized pilot study. *Clin Psychol Psychother.* 2017;24(1):278-286.
- Kramer U, et al. Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2014;83(3):176-186.
- Blum N, et al. Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2008;165(4):468-478.
- Black DW, et al. Do people with borderline personality disorder complicated by antisocial personality disorder benefit from the STEPPS treatment program? *Personal Ment Health.* 2016;10(3):205-215.
- Newman L. Parents with borderline personality disorder—approaches to early intervention. *Australas Psychiatry.* 2015;23(6):696-698.
- Antonsen BT, et al. Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with personality disorder: six-year follow-up of a randomized study. *Psychotherapy Res.* 2017;27(1):51-63.

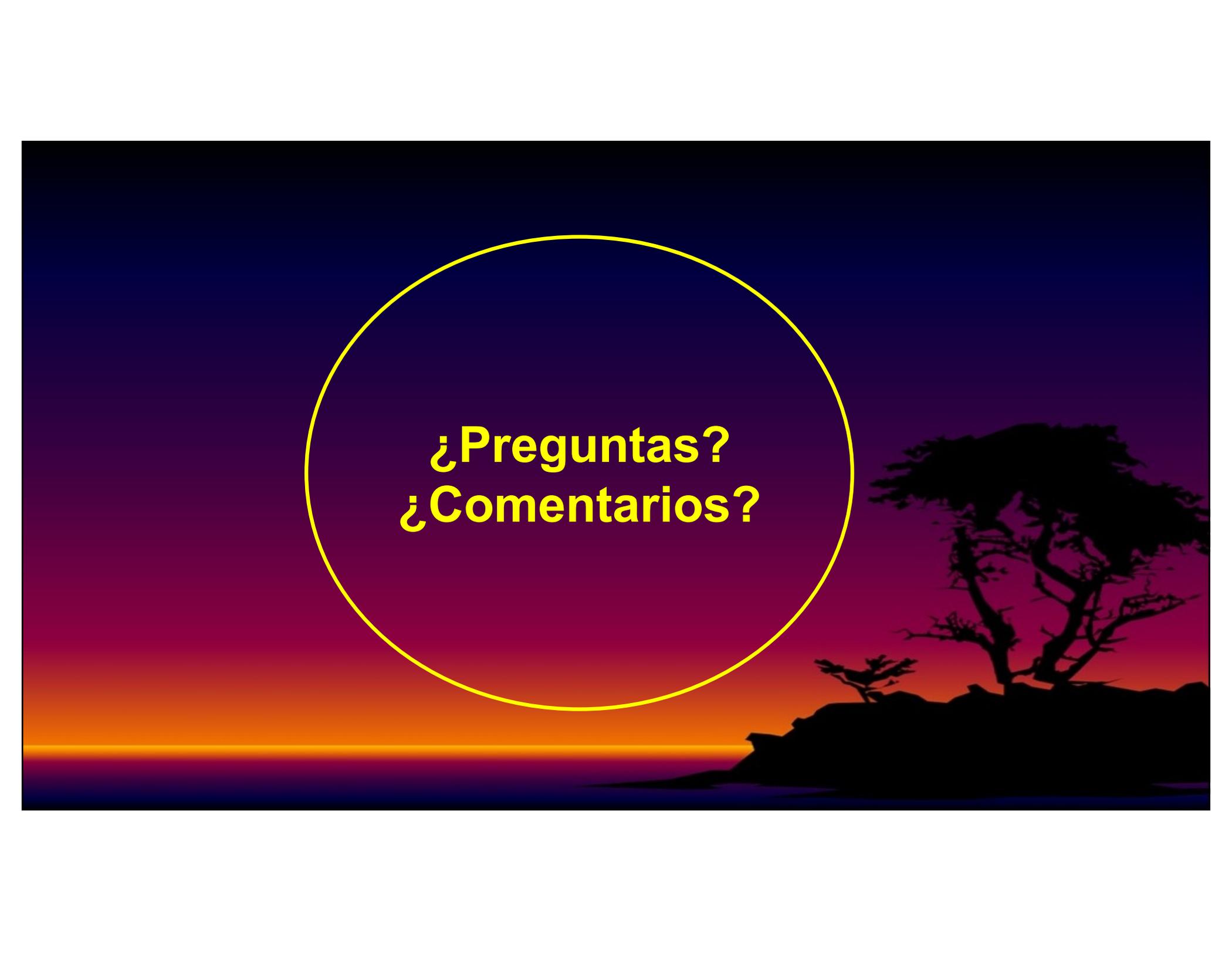


¡Muchas Gracias!



C.COM

Photograph by Bates Littlehales
© 2005 National Geographic Society. All rights reserved.

The image features a vibrant sunset background with a gradient from orange at the bottom to dark purple at the top. On the right side, there is a silhouette of a tree and a rocky coastline. A large, thin yellow circle is centered on the left side of the image, containing the text.

**¿Preguntas?
¿Comentarios?**