



Universidad
Francisco de Vitoria
UFV Madrid

Universidad Francisco de Vitoria

Grado en Psicología

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**LAS GUÍAS DE
TRATAMIENTO PARA EL
TRASTORNO LÍMITE DE
PERSONALIDAD:
UNA REVISIÓN DE REVISIONES**

Trabajo Fin Grado

presentado por: Javier Liñán Delage.

Directora: Clara Gesteira Santos.

Curso 2017-2018

“Alea jacta est”

(La suerte está echada).

Julio César.

AGRADCIMENTOS

A Charly Sinewan, que además de entretenerme con su viaje, me ha hecho apasionarme por las motos y por la vida.

A Jonathan Canough, que me introdujo en el maravilloso mundo de la psicología.

A Jordan B. Peterson, aunque no lea mi trabajo, que con cada palabra me anima a ser un gran profesional, como él lo es.

A Carl G. Jung y Viktor Frankl, que tampoco leerán mi trabajo. Los dos y, sobre todo, sus teorías e ideas, me han hecho ver mi sentido último, que es la psicología.

A mi tutora, Clara, que me ha ayudado mucho más de lo que habría esperado.

Al Padre Ignacio Latorre, que en cada momento me ha ayudado para seguir formándome como psicólogo y como persona.

Al Padre Jesús Silva, que me acompaña y me guía en mi camino espiritual.

A mis padres, hermanos y familia, que me han ayudado, aunque a veces me cueste reconocerlo.

A los muyayos, con quienes he compartido estos cuatro años de carrera. Espero que en los años que siguen nos sigamos viendo.

A todos los que me dijeron que debería ser psicólogo, porque estos años he visto que es cierto. Creo que fueron dos personas. Bueno, una. Yo no cuento.

Gracias, sobre todo, a la fiebre que tuve antes de selectividad. Sin ella, habría entrado en biología, y probablemente no me habría dedicado a la psicología que, creo firmemente, es para lo que estoy hecho.

Resumen

El trastorno límite de la personalidad es una alteración psicológica que se caracteriza, entre otros síntomas, por una grave inestabilidad emocional. En la línea de la psicología basada en la evidencia, se busca qué tratamientos son los mejores para los distintos trastornos, habiéndose creado las llamadas guías de tratamiento para ayudar a los terapeutas a decidir cómo tratar a los pacientes. El objetivo del presente estudio es realizar una revisión sistemática de estas guías de tratamiento para el trastorno límite de la personalidad utilizando las directrices de la Asociación Americana de Psicología sobre las guías bien establecidas.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, inestabilidad emocional, psicología basada en la evidencia, tratamientos, guías de tratamiento, revisión sistemática.

Abstract

The borderline personality disorder is a psychological alteration characterized, amongst other symptoms, by a severe emotional instability. Evidence based psychology looks for the best treatments for different disorders, having created the known as treatment guidelines in order to help therapists to decide how to treat their patients. This study's aim is to carry out a systematic review of these treatment guidelines for the borderline personality disorder following the American Psychological Association steps for well established guidelines.

Keywords: borderline personality disorder, emotional instability, evidence based psychology, treatments, treatment guidelines, systematic review.

Índice

Introducción.....	6
Metodología.....	14
Resultados.....	17
Discusión.....	30
Conclusión.....	37
Bibliografía.....	40

Introducción

El trastorno límite de personalidad: Un grave trastorno

Los trastornos de personalidad suponen un constructo psicológico que no siempre es fácil de explicar. Sin embargo, aunque se han encontrado numerosas dificultades a la hora de definir los trastornos de personalidad, la mayoría de las teorías aceptan que estos trastornos pivotan entre dos grandes ejes: malestar subjetivo por parte del paciente y desajuste social como resultado de una personalidad anormal. Puesto que producen interferencia en la vida de la persona que los padece y en la de quienes le rodean, estos trastornos son categorías diagnósticas plenamente reconocidas en los principales manuales diagnósticos de psicología, por ejemplo, en la quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la *American Psychiatric Association* (APA) de 2013.

Según dicho manual, los trastornos de personalidad se clasifican en tres grupos, A, B y C:

Grupo A: trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad y trastorno esquizotípico de la personalidad.

Grupo B: trastorno antisocial de la personalidad, TLP, trastorno histriónico de la personalidad y trastorno narcisista de la personalidad.

Grupo C: trastorno de personalidad por evitación, trastorno de personalidad por dependencia y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

El grupo A contiene aquellos trastornos que hacen de la persona que lo sufre “excéntrica” o “extraña”, según el DSM, mientras que en el grupo C se encuentran los trastornos “ansiosos” o “temerosos” (Sarráis, 2012).

En el grupo B, en el que se incluye el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), se incluyen los trastornos “dramáticos” o “exagerados”. Este tipo de trastornos producen una afectividad inestable e intensa, con poco control por parte del paciente y con constantes

cambios, normalmente exagerados en relación con el ambiente que los ha causado (Sarráis, 2012).

Pero el TLP no es solo un trastorno más de personalidad, sino que es uno de los trastornos más graves y lo es por varios motivos. Para empezar, porque se trata de uno de los trastornos de personalidad más prevalentes. La Tabla 1 muestra diferentes estudios que utilizaron instrumentos diagnósticos para examinar la prevalencia de los distintos trastornos de personalidad. Tal y como puede observarse, la tasa de TLP en estos estudios se encuentra entre el 0.5% y el 1.6%, con una media ponderada (según tamaño muestral de cada estudio) de 0.91%. A pesar de la disparidad entre estudios, en todos ellos el TLP es uno de los más prevalentes, igualando o incluso superando la media del resto de trastornos de personalidad en la mayoría de estudios examinados (Coid, Yang, Tyrer, Roberts y Ullrich, 2006; Moldin, Rice, Erlenmeyer-Kimling y Squires-Wheeler, 1994; Zimmerman y Coryell, 1989). En algunos otros estudios, sin embargo, la media del TLP es más baja que la el promedio del resto de trastornos de personalidad, lo que puede ser debido a la existencia de una alta disparidad en los datos. Por ejemplo, en el estudio de Torgersen, Kringlen y Cramer (2001), la media de la prevalencia de trastornos de personalidad era 1.68%, sin embargo, había algunos diagnósticos que estaban sobrerrepresentados, como por ejemplo, el trastorno de personalidad por evitación (5%) lo que influía en el promedio final.

Tabla 1

Prevalencia comparada del TLP y media de los trastornos de personalidad en estudios con población comunitaria

Estudios	País	<i>n</i>	Prevalencia TLP (%)	Media trastornos personalidad (%)
Coid et al., (2006)	Reino Unido	626	0.7	0.7
Moldin et al., (1994)	Estados Unidos	302	2	1.21
Samuels et al (2002)	Estados Unidos	742	0.5	0.98
Torgersen et al., (2001)	Noruega	2053	0.7	1.68

Zimmerman y Coryell (1989)	Estados Unidos	797	1.6	1.7
----------------------------	----------------	-----	-----	-----

Nota: Todos los valores son porcentajes

El segundo motivo por el que el TLP supone un trastorno grave es porque suele producirse con una elevada comorbilidad con otros trastornos, especialmente del eje I del DSM. En el estudio realizado por Zanarini et al. (1998) se encontró que el TLP se daba en un 96.3% de los casos de manera comórbida con los trastornos del estado de ánimo, en un 88.4% con trastornos de ansiedad, en un 64.1%, con trastornos por abuso de sustancias, en un 53%, con trastornos de la conducta alimenticia, en un 10.3% en trastornos somatomorfos y en un 1.3%, con trastornos psicóticos, siendo en todos los casos el porcentaje de comorbilidad mayor que en el resto de trastornos de personalidad. Este motivo le suma dificultad adicional al tratamiento del TLP, pues además del objetivo de mejorar los nueve síntomas del DSM-V del trastorno en sí, se debe buscar la mejora de una serie sintomatología que, normalmente, viene asociada.

Más allá de las cifras, el TLP puede llegar a generar grandes problemas para los individuos que lo padecen. Por ejemplo, debido a la elevada impulsividad que las personas con TLP manifiestan, pueden mostrar estallidos de ira desmedida hacia otras personas (fundamentalmente, los más cercanos), que en ocasiones pueden llegar a transformarse en conductas violentas. Pero si las personas con TLP son peligrosas en algún sentido es, sobre todo, para consigo mismos. Las personas con TLP se muestran muchas veces impulsivos en conductas que pueden resultar peligrosas para sí mismas, como la realización de apuestas, los atracones o el abuso de sustancias. Además, las personas que padecen del trastorno presentan un alto índice de intentos de suicidio. En un estudio longitudinal realizado por Soloff y Fabio (2008) con pacientes diagnosticados de TLP, el 19% de los sujetos investigados cometieron

un intento de suicidio el primer año y el 24.8% durante los dos primeros años que duró el estudio.

El TLP, por tanto, es un trastorno que genera un gran impacto y mucho sufrimiento debido a varias razones: su gran prevalencia, su elevada comorbilidad y el alto grado de peligrosidad tanto para el propio sujeto como para los que le rodean.

Tratamientos psicológicos basados en la evidencia para el TLP y las guías de tratamiento

A pesar de la gravedad del trastorno, no existe una gran cantidad de estudios empíricos sobre la eficacia de distintas terapias en el caso del TLP, más que en el caso de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés, Linehan, 1993). Esta intervención incluye como componentes fundamentales, la regulación de las emociones, la solución de problemas y la validación de los pacientes, como técnicas y estrategias dirigidas al cambio y la aceptación, principios que suponen la base del tratamiento. Según la división 12 de la *American Psychological Association* (2018), la DBT es la única terapia con un “fuerte apoyo empírico” para el tratamiento TLP. La misma División 12 también mencionaría otras terapias para el TLP, como la el Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT; Bateman y Fonagy, 2006), la Psicoterapia Centrada en le Transferencia (TFP; Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2002) o la Terapia Centrada en Esquemas (SFP; Young, Klosko y Weishaar, 2003). Las dos primeras serían de corte psicodinámico aunque la primera incidiría en los procesos de mentalización (los procesos por los cuales las personas dan sentido a los demás y a sí mismos mediante diferentes estados y procesos mentales), mientras que la TFP se centraría en la transferencia, es decir, en las experiencias de los pacientes con sus terapeutas, en la que deberían aparecer las reacciones más problemáticas relacionadas con el trastorno. La SFP, en cambio, sería una Terapia Cognitivo-Conductual y se centraría en la reestructuración

cognitiva de los esquemas disfuncionales de las personas con TLP. Sin embargo, aunque estas terapias aparecen mencionadas en la División 12, ninguna de ellas cuenta con un apoyo científico suficiente.

Esta división 12 forma parte del movimiento de la Psicología Basada en la Evidencia (PBE), según la cual, hace ya casi dos décadas, se establecieron criterios formales que dividían los tratamientos en “eficaces” o “probablemente eficaces”, en función de su mayor o menor robustez científica (véase la Tabla 2).

Tabla 2

Criterios de evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos según la División 12 de la *American Psychological Association*

Criterios	Tratamientos probablemente eficaces	Tratamientos eficaces
1	Dos estudios que muestran que el tratamiento es más eficaz que un grupo control.	Dos estudios con diseños experimentales entre grupos, llevados a cabo por distintos investigadores, donde el tratamiento haya demostrado ser superior a un fármaco, placebo psicológico u otro tratamiento, o bien que sea equivalente a un tratamiento previamente establecido.
2	Dos estudios que cumplan los criterios para un tratamiento bien establecido pero realizados por distintos investigadores, o bien un estudio que haya demostrado eficacia con los mismos criterios	Basados en un manual de tratamiento.
3	Al menos dos estudios que demuestren eficacia, pero con limitación muestras heterogéneas.	Características de la muestra claramente especificadas.
4	Una pequeña serie de estudios de diseños experimentales de caso que cumplan los criterios precisos.	

Nota: Información extraída de Chambless y Hollon (1998).

Sin embargo, más allá de este tipo de revisiones, no es infrecuente encontrar trabajos de revisión en los que se señala la idoneidad de otros tratamientos. Por ejemplo, algunos autores

indican que otras terapias, como la de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999) y la Psicoterapia Analítico Funcional (AFT, Kohlenberg y Tsai, 1991), también son útiles para tratar los trastornos de personalidad, incluyendo, por tanto, el TLP (Navarro-Leis y López-Hernández-Ardieta, 2013). Esta disparidad de criterios muchas veces puede hacer que los terapeutas se encuentren confusos al decidirse por una terapia, lo cual, en casos tan graves como el TLP puede ser un problema importante.

Para tratar de solucionar este problema, desde hace ya años, y como una continuación del ya mencionado movimiento de la PBE, diferentes organizaciones de prestigio, nacionales e internacionales, desarrollaron lo que se ha dado a conocer como “guías de buenas prácticas”, diseñadas específicamente para que los terapeutas tengan una fuente de información fiable a la que acudir cuando les sobrevengan dudas sobre distintos tipos de intervenciones terapéuticas y estrategias que deben utilizar con sus pacientes. Así, se busca que terapeutas de todos los ámbitos y lugares puedan acceder a información basada en datos empíricos sobre cómo tratar a sus pacientes.

En general, podemos decir que existen dos tipos de guías de buenas prácticas: las guías de práctica clínica y las guías de tratamiento. Las primeras harían referencia al conjunto de recomendaciones sobre una población en particular que pueden ayudar a decidir al clínico y al paciente sobre cuál sería la mejor opción terapéutica en cada situación concreta, mientras que las segundas se incluirían por recomendaciones específicas sobre cuáles deben ser los protocolos de tratamiento que se deben ofertar a los pacientes o clientes (Becoña et. al, 2004).

En el caso concreto del TLP, organismos tan prestigiosos como la APA o el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) han creado guías específicas de tratamiento que resultan especialmente relevantes para el análisis de las distintas terapias posibles en estos casos. Sin embargo, según un estudio realizado por Moriana y Martínez en 2011, cuyo objetivo era precisamente comparar las guías NICE y APA para diferentes trastornos, se

encontraron diferencias en las recomendaciones de ambas guías para el TLP. Según el estudio, la guía APA recomendaría la Terapia dialéctica conductual, la terapia cognitiva de esquemas y el psicoanálisis, aunque de esta última se presentaban datos controvertidos, mientras que la guía NICE recomendaría la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, terapia cognitivo-analítica y la terapia combinada. La existencia de semejantes discrepancias sorprende, sobre todo, teniendo en cuenta que las guías de tratamiento en general y de estos organismos en particular, están basadas en los principios de la PBE, que tratan de seguir unos criterios objetivos, tal y como se ha explicado con anterioridad. A pesar de eso, y según se sugiere en el estudio, las diferencias podrían estar generadas porque, aunque ambas guías se basan en la evidencia empírica, cada una de ellas utiliza métodos de evaluación diferentes y definen formas distintas de comprobar la eficacia de las terapias, así como su utilidad en la práctica clínica.

Por lo tanto, aunque las guías de tratamiento deberían ser una fuente de información fiable, parece que no siempre es así porque, aun teniendo el objetivo común de encontrar tratamientos eficaces para un trastorno determinado y basándose en estudios empíricos, las guías pueden llegar a conclusiones diferentes, lo que no haría sino aumentar la confusión de los terapeutas que consultan estas fuentes de información.

Además de la discrepancia entre guías, existe una dificultad extra: las guías de tratamiento no siempre se encuentran disponibles o no siempre es fácil encontrarlas. De hecho, tradicionalmente las guías de tratamiento se han denominado como “literatura gris”, dado que solamente se editaban en las organizaciones que las habían generado y solamente a través de estas instituciones uno podía acceder a ellas. Si bien es cierto que a partir de la aparición de internet estas guías ya no circulan solamente en un ámbito tan restringido, todavía es difícil encontrarlas indexadas en las bases de datos científicas generales y, si bien sí existen bases de datos concretas para las guías (llamadas también centros de

almacenamiento o *clearinghouses*), suelen reducirse a guías nacionales de cada país. Este problema es, incluso, más grave en psicología, puesto que en nuestro campo no existen muchos centros de almacenamiento específicos, siendo más comunes en otras áreas como medicina (González y Sobrido, 2006).

Así pues, a la confusión que genera el hecho de que las guías puedan tener diferentes perspectivas a la hora de juzgar la evidencia empírica, se suma el hecho de que las guías son difícilmente accesibles. Por lo tanto, estas herramientas, que deberían facilitar el trabajo de los psicólogos del ámbito clínico y de la salud, no siempre son de ayuda, pues para que realmente lo fueran, el propio clínico tendría que evaluar la calidad de las guías, es decir, debería hacer una revisión de revisiones, lo cual supone un trabajo exhaustivo que, desde luego, no forma parte de sus competencias.

Para tratar de paliar estas dificultades, la *American Psychological Association* creó una guía de evaluación de las guías de tratamiento (American Psychological Association, 2002). En ella, se distinguen tres factores: eficacia (evaluación sistemática y científica sobre si el tratamiento funciona), utilidad clínica (aplicabilidad y utilidad de la intervención en el ambiente en que va a ser ofertado) y proceso de creación (pasos que se han de seguir para formar la guía).

A pesar de que estas “guías de guías” son una buena iniciativa, y de hecho, ya se emplean en algunas *clearinghouses* para cribar las guías de calidad, su existencia no es muy conocida y, desde luego, no está generalizada y no se aplica con el fin de evaluar las guías de tratamiento de trastornos concretos, como por ejemplo, el TLP, un trastorno especialmente grave como ya se mencionó anteriormente.

Además, en el caso de este trastorno no se han realizado revisiones exhaustivas ni sistemáticas. Aquellas que se han realizado no han seguido los criterios de la *American Psychological Association* de evaluación de las guías de tratamiento, sino que se han limitado a

exponer ideas personales sobre una guía en concreto, en algunas ocasiones comparando dos guías.

Por todo ello, en el presente trabajo se pretende realizar una revisión sistemática de las guías de tratamiento psicológico para el TLP, con el fin último de mejorar el conocimiento disponible sobre ellas y, por tanto, su utilidad en el campo clínico y sanitario. Dado lo peculiar de este campo, esta “revisión de revisiones”, aunque sistemática, será atípica en cierta manera, pues incluirá recursos de búsqueda que no son los habituales en los artículos de revisión al uso (puesto que las guías de tratamiento muchas veces se excluyen de estos circuitos habituales) y además, estará basada en criterios específicos (las “guías de guías” de la *American Psychological Association*, 2002), que aunque ya se han utilizado ampliamente, nunca se han empleado explícitamente para el trastorno que nos ocupa.

Metodología

La búsqueda sistemática de información se realizó en dos pasos claramente diferenciados (véase la Figura 1).

En primer lugar, se realizó una búsqueda en centros de almacenamiento (*clearinghouses*) más conocidos en medicina y que pertenecen a distintos países: *National Guidelines Clearinghouse*, de Estados Unidos, creada por la *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ) en colaboración con la *American Medical Association* (AMA) y la *America's Health Insurance Plans* (AHIP); la *CMA* (*Canadian Medical Association*) *Infobase*, de Canadá, elaborada por la CMA; el *EBM* (*Evidence-based Medicine*) *Guidelines*, de Finlandia, elaborado por la *Finnish Medical Society* (*Duodecim*) y, por último, *Guía Salud*, de España, realizada por el Ministerio de Salud español. A pesar de que el NeLH (*National Electronic Library for Health*) *Guidelines Finder* de Reino Unido, es también conocido, no se pudo realizar una búsqueda en él, puesto que el buscador ha sido actualmente

sustituido por la página web de la NICE. En cualquier caso, en todas las *clearinhouses* utilizó el descriptor “borderline personality disorder” o “trastorno límite de personalidad” en el caso de la *clearinghouse* de España y en todos los casos tanto en la sección general de búsqueda como en la sección específica de psiquiatría. Sin embargo, ninguna de las tres guías de Estados Unidos, Canadá o Finlandia arrojó ningún resultado al respecto, muy probablemente porque se trata de centros de información específica para medicina, y la sección de psiquiatría es tan solo una pequeña parte de la estructura general de todas ellas. En el caso de la *clearinhouse*, española, sin embargo, se encontraron 3 resultados: una guía del año 2011 en castellano realizada por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (DSGC, 2011), la misma en su versión en catalán y una última versión resumida en castellano. Se excluyó la versión en catalán, exactamente igual a la versión en castellano y también la versión resumida, puesto que solamente se buscaban guías completas.

En un segundo momento, se buscó en las bases de datos generales para psicología. En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda en Medline, porque esta base de datos dispone en su pestaña de “búsqueda avanzada” de la opción de seleccionar como tipo de documentos aquellos que se refieren a guías prácticas (incluidas las guías de tratamiento). Así, se realizó una búsqueda del descriptor “borderline personality disorder”, en el campo “palabra clave” y seleccionando como tipo de documento “consensus”, “guidelines” y “practice guidelines”. Con esta búsqueda se encontraron seis documentos desde el año 1993 hasta mayo de 2018, momento en el que se realiza esta búsqueda. A continuación se buscó también en la base de datos PsycINFO. En este caso, no podían seleccionarse como tipo de documento las guías de práctica clínica, con lo cual, se introdujeron los términos directamente en el buscador. Así, se combinaron los siguientes descriptores “borderline personality disorder” y (“practiceguideline*”o“practiceparameter*”o“clinicalguideline*”o“consensusstatementspracticeguidelines*”) en el campo de “palabra clave”. Se encontraron 211 resultados desde el año

1979 hasta mayo de 2018. De los 217 documentos encontrados en total, se descartaron 12 documentos repetidos, por lo que quedaron finalmente 205 documentos únicos.

Posteriormente, se analizaron los títulos y resúmenes de estos documentos para hacer un cribado. Se excluyeron todos los documentos menos uno, por cumplir con los siguientes criterios de exclusión: 64 de los resultados no estaban directamente relacionados con el TLP, 52 eran revisiones no sistemáticas, cinco eran guías de tratamiento farmacológico o biológico, una era una guía en japonés sin traducción en inglés, 34 eran estudios empíricos, no guías de tratamiento y 20 eran guías no sistemáticas o libros. Por lo tanto, después de las búsquedas en las bases de datos de psicología, solamente se encontraron dos guías de tratamiento psicológico completas: la guía de la NICE (2009) y la guía de la APA (2001).

Aunque los artículos de revisión de guías se desecharon para esta revisión sistemática, se utilizaron como fuente de información. Así, se revisó la bibliografía de estos artículos de revisión, encontrándose un documento adicional que suponía otra guía de tratamiento, la del *National Health and Medical Research Council* de Australia (NHMRC, 2012).

En definitiva, tras la búsqueda sistemática realizada para el presente trabajo se encontraron solamente 4 guías de tratamiento completas, 3 de ellas en inglés, 1 en español y con una extensión de entre 82 y 557 páginas cada una.

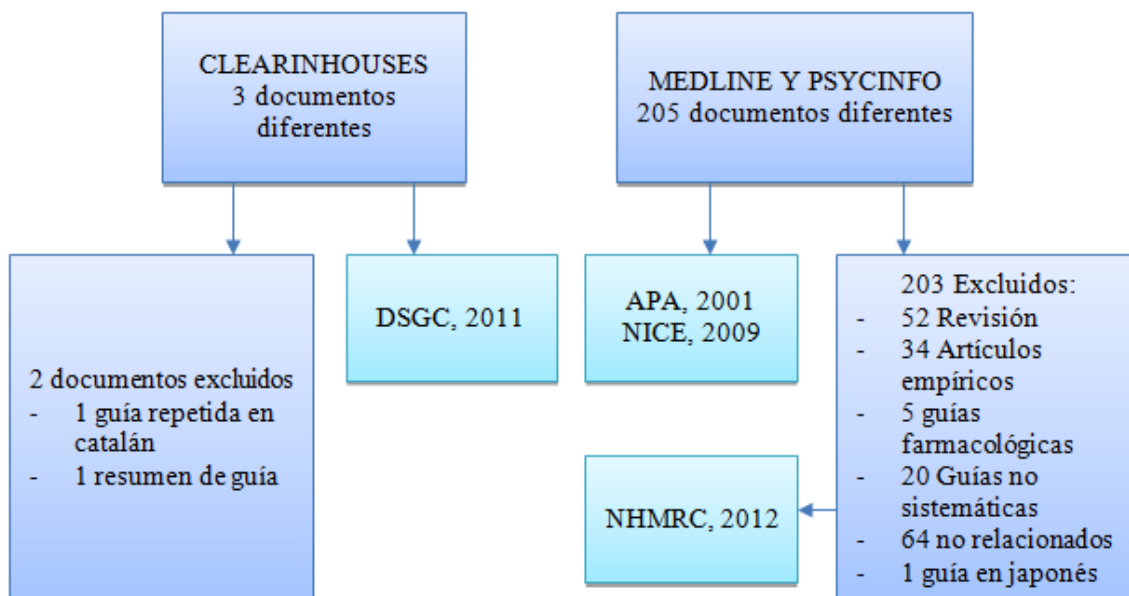


Figura 1. Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de documentos.

Resultados

En la presente revisión sistemática se van a analizar, por tanto, cuatro guías de tratamiento (APA, 2001; DSGC, 2011; NHMRC, 2012, NICE, 2009). El análisis comparativo de estas guías se llevará a cabo en dos partes. La primera hará referencia a las características y estructura general de las guías y la segunda a la valoración que las guías han hecho de la eficacia de los tratamientos que recomiendan, en este último caso, atendiendo a las recomendaciones de la guía de evaluación de las guías de tratamiento de la *American Psychological Association* (2002).

Características generales de las guías de tratamiento para el TLP

Como se puede observar en la Tabla 3, aunque las guías de tratamiento son similares en muchos aspectos, existen algunas diferencias entre ellas, ya desde su planteamiento. Por ejemplo, todas ellas han contado con un comité de expertos para su elaboración, en el que, además, la figura del psicólogo está generalmente representada. Sin embargo, en la guía de la

APA (2001), no se especifica el área de conocimiento de los ocho expertos con los que se contó para realizar el trabajo. Por otro lado, además de psicólogos, se incluyen expertos de distintos campos e incluso, en la guía de la NHMRC (2012) y de la NICE (2009), también representantes de los potenciales consumidores finales de las guías de tratamiento.

Adicionalmente, la fuente de información de la que se nutren para sacar sus recomendaciones, es similar en todas las guías. En todos los casos se utilizaron estudios empíricos como fuente preferida de información. Sin embargo, debido a que el TLP es un trastorno muy complejo y no muy estudiado, todas las guías se vieron obligadas a buscar un consenso de expertos cuando no existían estudios empíricos respecto a algún aspecto en particular. En todo caso, la sistematicidad de la revisión de la literatura para llegar a encontrar y seleccionar los estudios empíricos en los que se basaron fundamentalmente, queda clara en todas las guías, pues en todas ellas se indican las bases de datos en las que se ha buscado, los términos utilizados en la búsqueda, el período de tiempo de publicación de los artículos y el número inicial de resultados, así como los artículos seleccionados y desechados en función de criterios de inclusión y exclusión predefinidos.

Una vez encontrados y seleccionados los estudios empíricos, la mayoría de las guías los valoraban según su rigor metodológico, estableciendo un estándar de calidad, que después serviría para juzgar los tratamientos. En la mayoría de las guías, el estándar era el estudio controlado aleatorizado, y por debajo de él existían otros estudios con menor calidad metodológica. Sin embargo, algunas guías establecían toda una escala, un continuo de calidad de estudios, mientras que otras no eran tan sistemáticas en sus valoraciones de la calidad de los estudios. Por ejemplo, en la APA (2001), el estudio controlado aleatorizado es sin duda el estándar puesto que después se utiliza para dar las mejores valoraciones a los tratamientos. Sin embargo, esta guía no establece una escala clara de valoración de los estudios. En el caso de la guía NICE (2009), sí existía una escala de valoración de los estudios, en este caso, con

cuatro niveles de calidad: alta (baja probabilidad de que estudios futuros cambien la confianza en la estimación del efecto); moderada (es probable que estudios futuros tengan un importante impacto y pueden cambiar la estimación); baja (es muy probable que estudios futuros tengan un importante impacto y pueden cambiar la estimación) y muy baja (estimación muy incierta). Como puede observarse, a pesar de existir una escala ordenada, ésta era ciertamente subjetiva, basada en el consenso entre expertos que no solo juzgaban las características metodológicas de los estudios sino otro tipo de factores como los relacionados con el participante, del proveedor y de factores culturales para modificar la recomendación al Reino Unido.

Tabla 3

Características generales de las guías de tratamiento para el TLP seleccionadas en la revisión sistemática

Guía y año	Responsables de la guía	Fuente de información	Valoración de la calidad de los estudios	Escala de recomendaciones
APA, 2001.	8 expertos, sin especificar su área de conocimiento.	- Estudios empíricos (sin especificar aleatorización o control). - En el caso de no ser posible, por consenso de expertos. - Búsqueda sistemática	Estudio controlado aleatorizado como estándar, pero no hay escala.	3 niveles de recomendación: [I], [II] y [III].
DSGC, 2011.	23 expertos psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales.	- Estudios controlados aleatorizados, no controlados aleatorizados y no aleatorizados. - En el caso de no ser posible, por consenso de expertos. - Búsqueda sistemática	Escala precisa: - 1++ - 1+ - 1- - 2++ - 2+ - 2- - 3 - 4	4 niveles de recomendación: A, B, C y D.
NHMRC, 2012.	19 expertos psiquiatras y psicólogos, psicólogos infantiles, enfermeros, escritores médicos, expertos en metodología científica y consumidores de la guía.	- Estudios controlados aleatorizados, no controlados aleatorizados y no aleatorizados. - En el caso de no ser posible, por consenso de expertos. - Búsqueda sistemática	Estudios de nivel I, II, III y IV	3 niveles de recomendación: (1) EBR, (2) CBR y (3) PP
NICE, 2009.	26 expertos psicólogos y psiquiatras, economistas, farmacéuticos y representantes de usuarios.	- Estudios controlados aleatorizados, no controlados aleatorizados y no aleatorizados. - En el caso de no ser posible, por consenso de expertos. - Búsqueda sistemática	Escala general: - Moderada - Baja - Muy baja	No se realiza una escala de recomendación.

Por el contrario, las guías NHMRC (2012) y DSGC (2011) fueron mucho más estructuradas, utilizando escalas objetivas de valoración de los estudios. En el caso de la guía NHMRC (2012) sí establece diferentes calidades de los estudios: I (evidencia débil, la recomendación debe ser aplicada con precaución), II (la evidencia aporta cierto apoyo, pero debe tenerse cuidado en la aplicación de la recomendación), III (la evidencia puede ser confiada en la mayoría de las situaciones) IV (la evidencia puede ser confiada).

Por último, la guía DSGC fue la más estructurada de todas, estableciendo una escala de niveles de calidad con ocho niveles que, de mayor a menor calidad fueron: 1++: metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con muy poco riesgo de sesgo; 1+: metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con poco riesgo de sesgo; 1-: metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo; 2++: estudios de cohorte o de casos y controles con muy poco riesgo de sesgo; 2+: estudios de cohorte o de casos y controles con poco riesgo de sesgo; 2-: estudios de cohorte o de casos y controles con alto riesgo de sesgo; 3: estudios de casos y series de casos; 4: opinión de expertos.

Como puede observarse, esta guía no solo fue más estructurada, sino que también fue más exigente pues el estándar de calidad, es decir, los estudios que mejor puntuaban, no eran solamente estudios controlados aleatorizados sino metaanálisis o revisiones sistemáticas de estos estudios controlados.

En definitiva, la valoración de la calidad de estos estudios en las guías era fundamental porque determinaba cómo de bien o de mal iban a ser juzgados los distintos tratamientos. Por eso, en función de la calidad de los estudios, las guías tenían distintas escalas de recomendación. De manera coherente, la escala de recomendación de la APA era muy general, con solamente, 3 niveles y poco específicos: [I]: recomendado con confianza clínica

sustancial; [II]: recomendada con confianza clínica moderada; [III]: puede ser recomendada en base a circunstancias individuales.

También de manera coherente, la guía de la DSGC sigue siendo bastante exhaustiva en su escala de valoración de los tratamientos, estableciendo cuatro niveles de recomendación que están en exacta correspondencia con la escala de valoración de los estudios anteriormente descrita. Así los tratamientos podrían ser valorados como: (A) Cuando existe al menos un estudio puntuado como 1++ sobre la población diana o varios puntuados como 1+; (B) Varios estudios 2++ sobre la población diana o algún estudio 1+ o 1++ que no estén directamente relacionados pero aporten información; (C) Varios estudios 2+ sobre la población diana o algún estudio 2++ que no esté directamente relacionado pero aporten información; (D) Estudios de nivel 3 o 4 o algún estudio 2+ que no esté directamente relacionado pero aporten información.

Además, esta guía no valora los tratamientos en general, sino asociados a determinados síntomas que pueden estar presentes en el TLP, recomendando las distintas terapias para síntomas concretos.

Ocurre algo similar en el caso de la guía NICE, que valora los tratamientos no en función del trastorno sino en función de determinados síntomas. Sin embargo, esta guía no establece una escala de valoración de los tratamientos, sino que se queda en el paso anterior, señalando simplemente la cantidad y calidad de los estudios para cada tipo de síntoma.

Sorprendentemente, tampoco la NHMRC hace una escala de recomendaciones, sino que, como en la NICE, describe la cantidad y calidad de los estudios que se asocian a cada tratamiento y esta vez para el trastorno en general y no para cada síntoma en particular sin dar un grado de recomendación a la terapia.

Eficacia de los tratamientos psicológicos para el TLP según las guías de tratamiento

En general, cuando las guías de tratamiento hacen recomendaciones de las terapias que deben utilizarse para un determinado trastorno, lo que están juzgando, sobre todo, es si los tratamientos son eficaces para tratar la patología objeto de estudio. Esto lo hacen, fundamentalmente, a través del análisis de los ensayos clínicos aleatorizados que existen sobre cada una de las terapias, tal y como se ha examinado en el apartado anterior. En este apartado se verán las terapias recomendadas según las escalas o criterios de valoración de cada guía.

Sin embargo, las guías de la *American Psychological Association*, determinan que la eficacia de un tratamiento no debería juzgarse solamente por el número y rigor metodológico de los estudios que la amparan, sino en otros parámetros que también se verán en este apartado (véase la Tabla 4).

Tratamientos recomendados y diferencias en las recomendaciones

A pesar de que todas las guías son sistemáticas en sus procedimientos, lo cierto es que existen múltiples diferencias en los tratamientos que cada guía recomienda. En primer lugar, respecto al número. Así, la guía NICE recomienda 2 terapias, la APA y la DSGC, 5 y la NHRMC, 15.

Además de la diferencia en número, también hay muchas diferencias en el contenido de las recomendaciones, pues tan solo una terapia es recomendada por todas las guías: la DBT. Sin embargo, el nivel de recomendación de esta terapia es diferente según la guía. En el caso de la APA, la DBT se recomienda con un nivel I, el nivel de mayor confianza, mientras que la guía DSGC la recomienda con un nivel B, el de segunda mayor confianza y solo para los casos en los que existen ideas o intentos de suicidio, depresión, adherencia al tratamiento a la

terapia e ingresos psiquiátricos. En la guía del NICE también se recomienda con un nivel de evidencia moderada pero en este caso, para ansiedad, depresión, síntomas de TLP del DSM-V, adherencia al tratamiento, autolesión, ideación suicida de Beck, visitas del departamento de emergencia por razones psiquiátricas, admisiones psiquiátricas por autolesión, Escala de Ajuste Social (SAS) (test que mide la sociabilidad) y rendimiento laboral, mientras que se recomienda con nivel muy bajo en agresividad, autolesión y actos suicidas reportados conjuntamente y rumiación SAS. Por último, la guía NHMRC también recomienda la DBT para el tratamiento del trastorno basándose en cuatro estudios de nivel II y uno de nivel III.

Tabla 4
Eficacia de los tratamientos psicológicos para el TLP, según las guías de tratamiento

Guía y año	Tratamientos recomendados y nivel de recomendación	Condiciones de comparación	Grado de Abandono	Significación clínica	Otros aspectos
APA, 2001	<ul style="list-style-type: none"> a. DBT (nivel I) b. Psicoanálisis/ terapia dinámica (nivel I) c. Terapia grupal (nivel II)* d. Terapia de pareja (nivel II)* e. Terapia familiar (nivel II)* 	<ul style="list-style-type: none"> a. Tratamiento común, No tratamiento, No especificado. b. Cuidado psiquiátrico general. c. Tratamiento común. d. c-e. No especificado. 	Se menciona las tasas de abandono, pero no si se ha tenido en cuenta.	Se hace referencia a mejoras en síntomas concretos (depresión, autolesiones...) y mejora general sin especificar el nivel de mejora.	-Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> a. Se menciona seguimiento en dos de los estudios. b. Se menciona en un estudio. c. No especificado. d. No especificado. e. No especificado. -Efectos secundarios: no se han dado casos. No se indica si se ha tenido en cuenta. -Calidad de vida: se menciona en un estudio sin especificar el nivel de mejora.
DSGC, 2011.	No indicado grado de recomendación: <ul style="list-style-type: none"> a. Psicoeducación* b. Psicoeducación en familia (programa <i>familyconnections</i>)* c. Psicoterapia centrada en esquemas (SFP) (nivel C) d. Terapia basada en la mentalización (MBT) (nivel C) e. DBT (nivel B) 	<ul style="list-style-type: none"> a. Lista de espera. b. Evaluación pre-post. c. TFP, Tratamiento común. d. Tratamiento común. e. Tratamiento psicodinámico, TFP, Tratamiento común, Terapia centrada en el cliente, Tratamiento comunitario por parte de expertos, Lista de espera. 	Se menciona las tasas de abandono, pero no si se ha tenido en cuenta.	Se hace referencia a mejoras en síntomas concretos y mejora general sin especificar el nivel de mejora.	-Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> a. No se menciona. b. Seis meses. c. Tres años. d. Cuatro años. e. 36 meses. f. Cinco años. g. Seis y 12 meses, Un año, Cuatro, ocho y 12 meses, Seis y 12 meses, Seis meses. -No se mencionan efectos secundarios. -Se menciona en algunos

					casos una mejora en la calidad de vida, sin indicar nivel de mejora.
NHMRC, 2012	<ul style="list-style-type: none"> f. Terapia cognitivo-conductual (CBT) g. DBT h. Entrenamiento de regulación emocional (ERT) i. Psicoterapia interpersonal (IPP) j. Terapia cognitiva asistida por manual (MACT) k. MBT l. Relación terapéutica orientada hacia un motivo (MOTR) m. SFP n. Sistemas de entrenamiento de predictibilidad emocional y solución de problemas (STEPPS) o. Psicoterapia centrada en la transferencia (TFP) p. Terapia cognitiva-analítica (CAT) q. Manejo general psiquiátrico r. Psicoeducación s. Terapia dinámica deconstructiva (DDP). t. Terapia cognitiva (CT) 	<ul style="list-style-type: none"> a, b, c-j, n. No especificado. c. Pre-post. k. Manejo general psiquiátrico, buen tratamiento clínico. l. DBT. m. Lista de espera. o. Terapia de apoyo de Rogers 	Se menciona las tasas de abandono, pero no si se ha tenido en cuenta.	Se hace referencia a mejoras en síntomas concretos y mejora general sin especificar el nivel de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> -Seguimiento a. Uno año en un estudio y seis en el otro. b-e, g, i-m. No se menciona. f. Seguimiento de ocho años en un estudio, no se menciona en el otro. h. Seguimiento de ocho años en un estudio, no se menciona en el otro. n. Seguimiento de 30 meses. o. Seguimiento de dos años. -No se mencionan efectos secundarios. -Se habla de una mejora en la calidad de vida en algunas terapias sin especificar la mejoría.
NICE, 2009	<ul style="list-style-type: none"> a. DBT. b. MBT-ph 	<ul style="list-style-type: none"> a. TFP, Tratamiento común, Psicoterapia de apoyo, Lista de espera, Comunidad de tratamiento, Terapia centrada en el cliente. b. Tratamiento estándar. 	Se menciona las tasas de abandono, pero no si se ha tenido en cuenta.	Se hace referencia a mejoras en síntomas concretos y mejora general sin especificar el nivel de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> -Seguimiento: a. No se menciona. b. Cinco años. -Efectos secundarios: no se mencionan. -Calidad de vida: no se menciona.

*Como apoyo a la terapia individual.

La siguiente terapia que es más frecuentemente incluida en las guías es la MBT con hospitalización parcial, recomendada en tres de las cuatro guías. Sin embargo, una vez más, con diferentes niveles de recomendación, aunque en general, con recomendaciones peores que en la terapia anterior. Así, la DSGC recomienda esta terapia con un nivel C y en todo caso para mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de conductas autolíticas, reducción de hospitalizaciones y mejora de funciones social, laboral e interpersonal. La guía NICE también la recomienda con nivel de evidencia moderada para agresividad, depresión autocalificada, síntoma del TLP, número de años con trabajo, funcionamiento general, adherencia al tratamiento, intentos de suicidio, visitas al departamento de emergencias, número de años en tratamiento, número de años con prescripción de tres o más medicamentos y con nivel muy baja en angustia mental. Por último, la NHMRC, la recomienda basándose en dos estudios de nivel II.

Por otra parte, la SFP es recomendada por dos guías. En este caso, por la DSGC, con nivel C para mejorar los síntomas del TLP, la recuperación clínica y para la calidad de vida. Además, en la guía NHMRC aparecería recomendada basándose también en dos estudios de nivel II.

A continuación, estarían el resto de terapias, que solamente son recomendadas por una de las guías. Por ejemplo, la APA es la única en recomendar el psicoanálisis/terapia psicoanalítica con un nivel I de evidencia.

La NHMRC recomendaría también otras 10 terapias: CBT, ERT, IPP, MACT, MOTR, STEPPS, CAT, manejo general psiquiátrico, DDP y CT, con niveles de evidencia II.

Por último, las guías señalarían también una serie de terapias que podrían servir como coadyuvante a las terapias individuales. La APA recomendaría las terapias grupal, de pareja y familiar, como apoyo a una terapia individual principal con una recomendación de nivel II. Sin embargo, es importante que en este caso, el grado de evidencia debería ser tomado con

cautela, puesto que para recomendar estas tres formas de terapia, la APA se basó sobre todo en experiencias clínicas, informes de casos, registros médicos y un número indeterminado de estudios no controlados, lo que supone un rigor metodológico mucho más bajo que moderado.

Por su parte, la DSGC recomendaría también el uso de psicoeducación individual y psicoeducación para la familia también como apoyo a la terapia individual, aunque sin especificar nivel de recomendación. En el caso de la psicoeducación individual, se recomienda como terapia inicial para que los pacientes adquieran información sobre su trastorno. Por otra parte, se recomienda la psicoeducación en familia para disminuir la carga familiar y mejorar las habilidades de afrontamiento en el entorno familiar.

La psicoeducación individual estaría también recomendada por la guía NHMRC con un estudio de nivel II, si bien en este caso no se indica que sea un apoyo a una terapia principal, por lo tanto, se considera una terapia con entidad propia.

Condiciones de comparación, tasas de abandono y significación clínica

Sin embargo, el uso de más o menos estudios controlados aleatorizados no garantiza la eficacia de un tratamiento, o al menos no del todo. Los estudios controlados aleatorizados tienen casi siempre, un grupo de comparación o control. Pero no todos los grupos de comparación son igual de buenos. Por ejemplo, comparar con otros tratamientos activos es un signo de calidad según la guía de la *American Psychological Association*.

Como se han utilizado distintos estudios para realizar las recomendaciones, se da una gran cantidad de comparadores distintos. En algunos casos se comparó la terapia estudiada con otros tratamientos recomendados (DBT en NICE, y SFP y DBT en la DSGC, terapia psicodinámica en la APA y CAT y TC en NHRMC). En la mayoría de los casos se utilizó tratamiento común, que depende mucho de la situación geográfica y del sistema sanitario del

país en que se han llevado a cabo las investigaciones. En otros casos se comparó el tratamiento con lista de espera (DBT en la guía NICE, psicoeducación en NHRMC en la DSGC y MBT-hp en la DSGC), y en el caso de algunas terapias no se especifican las condiciones de comparación (DBT, terapia grupal, terapia de pareja y terapia familiar en APA).

Pero además, la eficacia de los tratamientos depende también de la tasa de abandonos y de su significación clínica.

En cuanto a la tasa de abandonos, aunque en todas las guías se menciona, en ningún caso este aspecto forma parte de la escala de valoración de las recomendaciones. Es decir, se señala pero en la práctica no se tiene en cuenta.

Ocurre lo mismo en el caso de la significación clínica. Los tratamientos no solo deberían producir un decremento en la sintomatología o en la prevalencia de los diagnósticos, sino que deberían producir también una mejora clínica significativa, que situara a los pacientes en niveles de funcionamiento normales o, al menos, equiparables a los de la población no clínica. Aunque este aspecto se menciona en algunas guías, de forma general, tampoco la significación clínica forma parte de las escalas de valoración por lo que, finalmente, no se tiene en cuenta.

Otros aspectos

Además, no solamente es importante que los estudios sean eficaces y lo sean, además, en distintos parámetros, sino que también es fundamental que los resultados se mantengan a largo plazo y que se muestren en los estudios que se valoran.

En cuanto al seguimiento, se menciona en algunos estudios en todas las guías, pero no se menciona en ningún caso si se ha tenido en cuenta para la recomendación. En el caso de la DBT en la APA se menciona seguimiento en dos de los ocho estudios durante uno y dos

años, no encontrando diferencias entre los tratamientos. La NHRMC se basa en dos estudios para recomendar la CBT con uno y seis años de seguimiento en los que no se encontraron diferencias significativas. No se menciona seguimiento en la NICE para la DBT, en la APA para las terapias grupal, de pareja y familiar, en la NHRMC para DBT, ERT, IPP, MACT, MOTR, STEPPS, CAT y manejo general psiquiátrico, mientras que en la guía DSGC se menciona en todas las terapias. En algunas terapias tan sólo se mencionan los seguimientos de algunos de los estudios hallados.

A la hora de evaluar un tratamiento también son importantes los efectos secundarios, de lo que se habla solamente en la guía APA, que afirma que no se dieron en ningún estudio, pero no indica si se ha tenido en cuenta en la recomendación. En este caso advierte del peligro de la terapia dinámica, haciendo referencia que se deben tomar precauciones ya que este tipo de terapia pueden “desorganizar” al paciente. Sin embargo, no se basa en ninguna referencia. Así, parece que ninguna de las guías analizadas ha tenido en cuenta los efectos secundarios.

Finalmente, la calidad de vida se menciona en un estudio por la APA y en la mayoría en NHRMC y la guía DSGC. Se dice que ha habido una mejora en la calidad de vida, pero no se ha aclarado el nivel de mejora, además de no aclarar si se ha tenido en cuenta a la hora de realizar la recomendación. Por lo tanto, parece que las guías no se basaron en la calidad de vida para recomendar las distintas terapias.

Discusión

Como se ha visto, las guías de tratamiento para el TLP existentes difieren en muchos aspectos. Teniendo en cuenta que su función es ayudar a los psicoterapeutas a tratar a pacientes con este trastorno, resultan curiosas las diferencias en las terapias recomendadas, en algunos casos llegando a recomendar una gran cantidad de terapias no recomendadas por las

demás, como es la NHMRC. En este caso, se recomiendan hasta 15 terapias, de las cuales 10 no son recomendadas por las otras guías.

Tan sólo una terapia es recomendada por todas las guías analizadas: la DBT, que también se recomienda por la división 12 de la APA, mencionada anteriormente. A pesar de ello, es recomendada con un nivel de recomendación distinto en algunas guías. La APA la sitúa en el máximo nivel de recomendación, mientras que la DSGC la recomienda con el segundo mayor nivel. Esto puede llevar a pensar que esta es la terapia más eficaz a la hora de llevar a cabo una intervención en pacientes con TLP. Sin embargo, las recomendaciones de la guía NICE hacen ver que, para algunos síntomas, la calidad científica es muy pobre, por lo que no es muy segura.

Una diferencia curiosa es la recomendación del psicoanálisis por parte de la guía APA. Es entendible que esta guía no recomiende algunos tratamientos sí recomendados por las otras guías debido a que fue, con diferencia, la primera guía en ser publicada (2001), pero el hecho de que la guía americana recomiende una terapia que sus posteriores no recomiendan lleva a pensar que debe existir una diferencia a la hora de calificar el nivel de evidencia, pues esta recomendación significa que, a pesar de que dichos estudios existen, no se han tenido en cuenta por las demás guías.

Todo esto lleva a preguntarse por los estándares de calidad de cada guía, pues difieren notablemente. Cada guía ha decidido considerar los estudios por medio de un consenso de expertos, por lo que han utilizado, en muchos casos, estudios distintos, lo que puede haber sido una causa importante de las diferencias entre las guías. Esto se puede observar al comparar las guías NHMRC y DSGC. Esta última analizó muchas de las terapias recomendadas sólo por la NHMRC, pero consideró que no había evidencia suficiente para recomendarlas.

En cualquier caso, este aspecto no se ha podido evaluar debido a que no se han analizado los estudios considerados por las guías.

Otra diferencia notable que se encuentra en las guías son los distintos niveles de recomendación. La guía APA diferencia tres niveles de recomendación, mientras que la DSGC diferencia cuatro. Esto hace que la escala de la guía DSGC sea más específica. En el primer caso tan sólo se realizan recomendaciones de los dos niveles superiores, mientras que en el segundo se realizan recomendaciones de los dos niveles intermedios. Puede parecer curioso que en la DSGC se recomienden dos terapias (psicoeducación y psicoeducación en familia) sin nivel. Esto puede ser debido a que se recomiendan como apoyo a una terapia principal.

La NICE, en cambio indica el nivel de evidencia de cada tratamiento para los síntomas específicos. Además, en algunos casos hace recomendaciones con niveles de evidencia “muy baja”, es decir, una evidencia científica pobre. Esto lleva a plantearse si realmente el tratamiento puede considerarse adecuado, mientras que la NHRMC se limita a indicar los grados de evidencia de los estudios.

La fuente de información en la que se han basado las guías es similar. Todas las guías buscaron estudios empíricos cuando fue posible. Sin embargo, debido a que el TLP no ha sido estudiado en gran número de estudios, se vieron obligados a utilizar consenso de expertos. En el caso de la APA, aunque en el apartado de metodología no se especifica qué tipos de estudios se tuvieron en cuenta, actuó en este sentido igual que las demás guías: en primer lugar, estudios controlados aleatorizados, seguidos de estudios no controlados y no aleatorizados.

Aunque el mayor problema es la disparidad entre las guías, se encuentran también algunos fallos comunes. En cuanto a las condiciones de comparación, aunque en la mayoría de los casos el comparador ha sido el tratamiento común, hay estudios que han utilizado lista

de espera, tratamientos no recomendados u otros tratamientos recomendados. Sin embargo, es cierto que las guías analizan información ya recogida, por lo que no hay forma de remediar este problema a la hora de realizar las guías.

La APA no indica las condiciones de comparación en los estudios utilizados para recomendar las terapias grupal, de pareja y familiar, con lo que no se tiene información al respecto. Esta falta de información puede ser debida a que no han sido comparadas en los estudios o a que la guía no lo tiene en cuenta.

La NHRMC también se ha usado de un estudio que comparaba psicoeducación con lista de espera para recomendarla y la terapia en un estudio que compara la Terapia de apoyo de Rogers y la CT para recomendar esta última. En el primer caso, el estudio no aporta mucha información, más allá de que la terapia es más útil que nada. En el segundo caso podría aportar incluso menos información, ya que la terapia con la que se compara no ha sido testada. Por tanto podría ser posible, aunque no muy probable, que el comparador tenga una repercusión negativa sobre pacientes con TLP.

La DSGC ha analizado un estudio que compara la psicoeducación con lista de espera, mientras que la recomendación de psicoeducación en familia con un estudio pre-post. Esto no da mucha información más allá de que esta intervención es mejor que nada.

Por otro lado, el grado de abandono es vital a la hora de recomendar un tratamiento específico. Podría darse el caso en que un tratamiento produce muchas mejoras pero, a su vez, lleva a que un gran número de pacientes dejen el tratamiento. A pesar de la importancia de este aspecto, ninguna guía la ha tenido en cuenta. En este sentido hay un vacío de información que lleva a que los terapeutas no se aclaren con respecto a las terapias.

Sin embargo, sí es cierto que en algunos casos se indica que cierta terapia es indicada para mejorar la tasa de abandonos, como es el caso de la DBT en la DSGC.

Otro aspecto del que no se habla en las guías es el grado de mejoría en la calidad de vida. Esta puede ser definida como “un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona” (Ardila, 2003). Así, se puede entender como satisfacción general en la vida.

Por supuesto, la mejora en los síntomas concretos es importante, pero también debe tenerse en cuenta la calidad de vida, pues implicaría analizar el bienestar de la persona afectada por TLP. Al no haberse medido por las guías, no se tiene información sobre este aspecto, lo que puede llevar a incertidumbre a la hora de apoyarse en ellas para el tratamiento de un paciente.

El seguimiento, en cierto modo, indica si las mejoras conseguidas con la terapia se prolongan en el tiempo. Es, desde luego, indispensable para decantarse por un tratamiento u otro. Esto no se ha tenido en cuenta para la recomendación de algunas terapias por parte de todas las guías.

La NHRMC se recomiendan muchas terapias sin especificar el seguimiento, además de la CBT en base a dos estudios en los que no se encontraron diferencias significativas entre grupos en el seguimiento, lo que puede considerarse un fallo de gravedad, ya que a largo plazo la terapia no aporta beneficio sobre un grupo control del que, además, no se especifican las condiciones. Esto mismo ocurre en la guía APA con la DBT, además de recomendar las terapias grupal, de pareja y familiar sin especificar el seguimiento en los estudios proporcionados lo que se hace también con la psicoeducación en la DSGC. Por otra parte, la NICE recomienda la DBT sin proporcionar información alguna sobre el seguimiento.

La APA considera que una guía debe seguir 21 criterios divididos en eficacia del tratamiento, utilidad clínica y el proceso de creación de la guía (2002). En cuanto a estos criterios, todas las guías fallan en algunos aspectos (véase la Tabla 5) de los que se han analizado los criterios de eficacia y proceso de la creación de la guía.

Tabla 5
Grado de adecuación a los criterios APA de eficacia y proceso.

	NICE	APA	NHRMC	DSGC
1. Basada en consideración amplia y cuidadosa de la literatura.	X	X	X	✓
2. Basada en nivel de rigor metodológico y sofisticación clínica de la literatura.	X	X	X	✓
3. Basada en condiciones de comparación	✓	✓	✓	✓
4. Basada en emparejamiento paciente-tratamiento	--	--	--	--
5. Se especifican las consecuencias de las terapias	✓	X	X	✓
15. Guía desarrollada por una amplia variedad de expertos	✓ ✓	✓	✓ ✓	✓ ✓
16. Los expertos no tienen conflictos de interés	--	--	--	--
17. Grupo de creación mantiene un clima intercambio libre de puntos de vista por una objetividad científica	--	--	--	--
18. Objetivos específicos para construir la guía	✓ ✓	✓ ✓	✓	✓ ✓
19. Proceso y métodos definidos cuidadosamente	✓	✓	✓	✓
20. Especificados métodos y estrategias para revisar la evidencia	✓	X	✓	✓
21. Especificados los métodos para evaluar la guía	--	--	--	--

✓ ✓ : correcto; ✓ : parcialmente correcto; X: incorrecto; XX: fallo grave; --: no indicado.

NOTA: basado en APA, 2002.

Todos estos errores pueden deberse a una serie de dificultades. En primer lugar, el trastorno es muy complejo, como ha sido mencionado anteriormente. Los criterios diagnósticos del DSM, al igual que el hecho de que tan sólo hace falta que se cumplan cinco de los nueve criterios, dan lugar a una gran variedad de personas trastornadas dentro de la “etiqueta” del TLP, una gran heterogeneidad dentro de la misma muestra.

A esto se le suma el problema de la comorbilidad, pues gran número de personas que sufren de TLP sufren también de otro trastorno psicológico.

Sin embargo, como ya se ha indicado, gran parte de las diferencias entre las guías se pueden deber a que cada una define los niveles de evidencia científica. Esto es difícil de solucionar, ya que las instituciones creadoras de las mismas no dependen de una jerárquicamente superior, sino que son más bien independientes. Estas diferencias se podrían minimizar si se llegase a un consenso entre las distintas instituciones sobre qué estudio es aceptable y cuál no. Así pues, todas las guías cometen fallos de rigor metodológico, siendo quizá la DSGC la más adecuada en este sentido.

A esto se suma que las guías son poco prácticas debido a que las terapias recomendadas no son explicadas y que en los casos de las guías NICE y NHRMC las recomendaciones no son claras.

Además, no hay claridad con respecto a las distintas terapias de las que se habla. A pesar de que cada guía recomienda una serie de terapias y se hacen definiciones generales sobre ellas, no se hacen aclaraciones sobre la forma de trabajar en la práctica clínica. Este fallo se agrava en el caso de la DCT, ya que es aparentemente la terapia que se sustenta en una mayor evidencia científica.

Esto sí lo hace la Guía del trastorno límite de la personalidad (guía para el profesional) del Servicio Madrileño de Salud (2010). Esta no es una guía al uso, pues se limita a describir brevemente las terapias recomendadas por las guías analizadas en el presente estudio.

Con esto, un psicoterapeuta que se apoyara en estas guías quedaría confundido con respecto a las terapias, sabiendo que, por ejemplo, la DBT es útil para el tratamiento de TLP pero sin conocer qué es y cómo se lleva a cabo dicha terapia.

Limitaciones

En cuanto a limitaciones, se han encontrado varias. En primer lugar, la dificultad a la hora de encontrar la literatura, como ya ha sido mencionado previamente. De hecho, tan sólo se han encontrado cuatro guías para analizar, sin saber con certeza que estas sean la más representativas o adecuadas.

Por otra parte, no se ha tenido en cuenta la efectividad de las terapias, es decir, no se ha analizado si los tratamientos son útiles fuera del contexto del laboratorio. Tampoco se han tenido en cuenta las terapias farmacológicas o combinadas (terapia psicológica más farmacológica).

Por último, no se ha realizado un análisis de programas de prevención, de tratamientos para el TLP en adolescentes ni para TLP con comorbilidad con trastornos específicos, lo que sí se realiza en algunas de las guías analizadas.

Conclusión

Con todo esto se llega a la conclusión de que las diferencias entre las distintas guías son demasiado notables. Estas son, en teoría, una forma de orientar a los terapeutas a la hora de abordar el tratamiento con un paciente. Sin embargo con todas las diferencias en las distintas guías analizadas, especialmente en las terapias recomendadas, se crea cierta confusión. Como

ya se ha mencionado, esto se puede deber en gran parte a que cada institución considera qué estudios encuadrar en cada nivel de evidencia, lo que es difícil de solucionar.

A pesar de ello, todas recomiendan la DBT como tratamiento del TLP. Sin embargo, debido a los fallos a la hora de seguir los criterios de evaluación de guías de la APA (2002), no pueden tomarse estas recomendaciones con seguridad plena.

En cualquier caso, las guías tienen una serie de fallos a la hora de seguir muchos de los criterios de evaluación de guías de la *American Psychiatric Association* (2002). Se han centrado, quizá en exceso, en la evidencia científica y no se han tenido en cuenta factores clave como la mejora en la calidad de vida. Por ello sería importante que se realizaran nuevas guías de tratamiento para el TLP cuando exista más evidencia al respecto. Esto ocurre de forma especial en la guía APA, que se realizó muy tempranamente (2001).

Dicho esto, es cierto que hay un número reducido de estudios que analicen el tratamiento del TLP, lo que se observa de forma patente al ver que algunas guías recomiendan terapias basándose solamente en un estudio. Este es, quizá, el mayor problema. Por ello, sería adecuado realizar nuevas guías pasado un tiempo, cuando haya más información sobre el tema abordado.

Además, algunas guías han intentado sintetizar en una única guía las características de las guías de práctica clínica y de las guías de tratamiento, haciendo recomendaciones sobre terapias y también sobre cuestiones clínicas más específicas. Sin embargo, la guía NHRMC, en su intento, no ha logrado el objetivo de clarificar qué terapias son mejores para el tratamiento del TLP.

Por todo ello, a pesar de que las guías son unas buenas herramientas de ayuda para el terapeuta, deben buscar una mejora, de forma que sus errores sean minimizados para así ayudar de forma óptima al tratamiento de pacientes con TLP.

Así pues, está claro que estas guías carecen de rigor científico y metodológico, además de ser poco prácticas, siendo la más adecuada la guía DSGC.

Futuras líneas de investigación.

Para corregir las limitaciones del presente estudio, en un futuro sería interesante realizar un análisis completo de todas las guías, teniendo en cuenta todos los aspectos, incluyendo los tratamientos farmacológicos y combinados, el tratamiento de TLP en adolescentes, con comorbilidad y programas de intervención, además de la efectividad de las terapias.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychological Association*, 57 (12), 1052- 1059.
- American Psychological Association. (2018). Division 12. <https://www.div12.org/diagnosis/borderline-personality-disorder/>. Extraído el día 30 de marzo de 2018.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Recuperado el día 29 de mayo de 2018. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Becoña., E., Vázquez d., M. C., Casete F., L., Lloves M., M., Nogueiras F., L., González V., N., Lage M., M., Suárez P., S., Gutiérrez-Moyano Z., M. M., Lorenzo P., M. C. y Baamonde R., G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del psicólogo*, 25 (87), 9-19.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. y Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431. doi: [10.1192/bjp.188.5.423](https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423)

- Chambless D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- González Guitián, C. y Sobrido Prieto, M. (2006). Bases de datos de guías de práctica clínica. *El profesional de la información*, 15(4), 297-302.
- Hayes, S. C., Stosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guildford Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York; Guildford Press.
- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L. y Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 345-351.
doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160073010
- Moldin, S. O., Rice, J. P., Erlenmeyer-Kimling, L. y Squires-Wheeler, E. (1994). Latent Structure of DSM-III-R Axis II Psychopathology in a Normal Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (2), 259-266. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.103.2.259>
- Moriana, J. A. y Matínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2),81-100.
DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder. The NICE guideline on treatment and management*. Recuperado el día 30 de marzo de 2018.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015300/pdf/PubMedHealth_PMH0015300.pdf.

National Health and Medical Research Council. (2012). *Clinical practice guideline for the management of Borderline Personality Disorder*. Recuperado el día 29 de mayo de 2018.

https://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/mh25_borderline_personality_guideline.pdf

Navarro-Leis, M. y López-Hernández-Ardieta, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-43. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>

Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu III, O. J., Brown, C. H. Costa Jr., P. T. y Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 188, 536-542. doi: 10.1192/bjp.180.6.536.

Sarráís, F. (2012). *Personalidad*. Pamplona: S.A. Eunsa. Ediciones universidad de navarra. Servicio Madrileño de Salud. (2010). *Guía del Trastorno límite de la Personalidad (guía para el profesional)*. Recuperado el día 29 de mayo de 2018.

<https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/guia-profesional-del-tlp-saludmadrid.pdf>.

Soloff, P. H. y Fabio, A. (2008). Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two and two-to-five year follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 22, 123-134.

Torgensen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. doi: 10.001/archpsyc.58.6.590

- Tyrer, P. y Ferguson, B. (1987). Problems in the classification of personality disorder. *Psychological Medicine*, 17, 15-20.
- Yeomans, FE, Clarkin JF, & Kernberg, OF (2002). *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. y Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739).
- Zimmerman, M. y Coryell, W. (1989). DSM-III Personality Disorder Diagnoses in a Nonpatient Sample Demographic Correlates and Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46(8), 682-689. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810080012002.