



Abordaje del paciente con trastorno de la personalidad en el servicio de urgencias.

Approach to the patient with personality disorder in the emergency department.

Carlos Armando Herrera-Huerta,* Ariana Cerón-Apipilhuasco,** Jorge Loria Castellanos,**
Alejandro Irvin Soto-Briseño,* Erika Fernanda López-Lizárraga,* Eréndira Orozco-Zagal,* Enrique Camarena-Robles.*

RESUMEN

Los servicios médicos de urgencias suele ser el primer lugar de contacto para pacientes con trastornos mentales en estados de franca agudización psicopatológica, como conductas suicidas, autolesivas sin intencionalidad suicida y agitación psicomotriz. En los trastornos de la personalidad estas conductas nocivas para el propio individuo y terceros se engloban en el espectro de las crisis descompensatorias. Los facultativos de esta especialidad médica deben responder a las crisis de los pacientes psiquiátricos con intervenciones básicas (farmacológicas y psicoterapéuticas), principalmente las asociadas a los trastornos de la personalidad, ya que esta entidad mantiene cifras elevadas de tentativas suicidas.

Palabras clave: trastorno, personalidad, servicio de urgencias, conducta suicida.

ABSTRACT

Emergency medical services are usually the first place of contact for patients with mental disorders in states of frank psychopathological exacerbation, such as suicidal behavior, self-harm without suicidal intent, and psychomotor agitation. The physicians of this medical specialty must respond to the crises of psychiatric patients with basic interventions (pharmacological and psychotherapeutic), mainly those associated with personality disorders, since this entity maintains high numbers of suicide attempts.

Key words: disorder, personality, emergency department, suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

Trastornos de la personalidad: conceptos generales

El constructo de la personalidad denota un conjunto de patrones de pensamientos, acciones y emociones que caracterizan a una persona desde épocas prematuras de la vida. La estructura de la personalidad, entonces, se constituye por factores temperamentales (biológicos) y caracterológicos (sociales o aprendidos). En pocas palabras: un sistema dinámico donde convergen la integridad biológica, la capacidad neurocognitiva y el contexto sociocultural (**cuadro 1**).¹⁻³

La variante patológica de la personalidad suele denominarse como “trastorno de la personalidad” o “patología del carácter”. Los trastornos de la personalidad, término ampliamente usado en los sistemas nosológicos internacionales, se encuentran caracterizados por deficiencias significativas en el funcionamiento del yo (identidad o au-

todirección), en la vinculación interpersonal (empatía o intimidad) y en la expresión afectiva. El profesional de la salud mental detecta estas alteraciones patológicas a manera de una constelación de rasgos inflexibles, estables y acentuados en todas las situaciones vitales, mediante la entrevista y el empleo de diversos instrumentos psicométricos (**figura 1**).^{2,4}

Estos trastornos son clasificados en los principales sistemas nosológicos, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V). Este último, desde su tercera edición propone una clasificación en tres grupos: el grupo A, caracterizado por pacientes extraños o excéntricos, que incluye al trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico; el grupo B, pacientes teatrales, emotivos o volubles, e incluye al trastorno antisocial, límite al histriónico y al narcisista; el grupo C, pacientes ansiosos y temerosos, que engloba al trastorno por evitación, dependencia y obsesivo-compulsivo (**cuadro 2**).²

* Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, Ciudad de México, México.

** Centro de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica (CESIECQ) del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, Ciudad de México, México.

*** Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. IMSS, Ciudad de México, México.

EPIDEMIOLOGÍA

Las estadísticas revelan que entre el 6-10 % de la población general padece de un trastorno de la personalidad. Las prevalencias de estas entidades cambian según el instrumento de referencia utilizado para el diagnóstico (se ha mencionado que la prevalencia aumenta significativamente cuando se utilizan los criterios del DSM-V en comparación a los de la CIE-10).⁵

En Norteamérica y en los países del este de Europa, la prevalencia oscila entre el cuatro al 15 %, algo que cambia notablemente en los países de Sudamérica, donde las cifras son superiores. Las características sociodemográficas mayormente observadas son masculinos, jóvenes, pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo y desempleados. El trastorno de la personalidad más prevalente en la población general es el obsesivo compulsivo, y en la población clínica el trastorno límite de la personalidad.⁵

En cuanto a México, se dispone de escasas referencias vigentes que analicen la estadística de estos trastornos. Durante la redacción de este artículo solo fue posible encontrar un estudio poblacional llevado a cabo por Benjet y colaboradores (2008), el cual utilizó muestras representativas de la población adulta mexicana en áreas urbanas a quien se le aplicó el *International Personality Disorder Examination* (IPDE). Las estimaciones estadísticas arrojaron una prevalencia mayor del grupo C con el 6.1 %, seguidos del grupo A con un 4.6 % y por último el grupo B al obtener solo el 2.4 %. Las comorbilidades psiquiátricas parecen ser distintas para cada grupo: el A tuvo una alta prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos, el B con el consumo de sustancias psicótropas, y el C con tres o más desórdenes mentales, incluyendo afectivos, ansiosos y del control de los impulsos.⁶

Si bien todos los trastornos de la personalidad se convierten en un reto diagnóstico y terapéutico por su complejidad clínica, el que ha cobrado mayor relevancia en el campo de la investigación médica es el trastorno límite de la personalidad (TLP). Los estudios epidemiológicos apuntan que solo la prevalencia puntual de por vida para este trastorno es de hasta el 5.9 %; el 6.4 % de la población urbana; un 9.3 % en pacientes ambulatorios psiquiátricos; y hasta un 20 % en pacientes hospitalizados. En contextos clínicos la proporción entre el sexo femenino y masculino es de 3:1.⁷

TRASTORNOS MENTALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS

Trastorno límite de la personalidad en urgencias médicas

Históricamente el origen nominal de este trastorno proviene de las teorías freudianas sobre la mente. Adolph Stern acuñó este término para hacer mención de un “estado mental entre la neurosis y la psicosis”, concepto que perdió vigencia a la luz del desarrollo de las neurociencias, ergo, aún mantiene cierto grado de congruencia dimensional a

Cuadro 1. Conceptos generales en los trastornos de la personalidad.

Personalidad: conjunto de patrones de pensamientos, acciones y emociones que caracterizan a una persona desde épocas prematuras de la vida.

Trastorno de la personalidad: son deficiencias significativas en el funcionamiento del yo (identidad o autodirección) y de las relaciones interpersonales (empatía o intimidad).

Rasgos de la personalidad patológicos: son inflexibles, estables y acentuados en todas las situaciones.

Tipos: se dividen por clúster (grupos), en A, B y C.

Crisis descompensatorias en los trastornos de personalidad: son respuestas cognitivas, conductuales y afectivas ante situaciones estresantes que superan los mecanismos adaptativos del paciente.

Cuadro 2. Clasificación de los trastornos de la personalidad del DSM-5

Grupos	Rasgos esenciales	Tipos de trastornos
A	Desvinculados Baja dependencia de recompensa	Paranoide Esquizoide Esquizotípico
B	Impulsivos Alta búsqueda de novedad	Antisocial Límite Histriónico Narcisista
C	Temerosos Alta evitación del daño Trastorno obsesivo-compulsivo	por evitación por dependencia

nivel sintomático. Si bien el término data de mediados del siglo pasado, el TLP no fue reconocido hasta su inclusión como categoría diagnóstica del DSM-III en 1980.^{8,9}

Tanto el DSM-V como la CIE-10, hacen mención que el patrón básico del TLP es la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la disregulación afectiva, acompañado de una notable impulsividad. La sintomatología es abigarrada y variada, frecuentemente comórbida a trastornos alimenticios y afectivos, cuya expresión se hace patente en la edad adulta. En la actualidad, el TLP sigue generando polémica, y no existe unanimidad en torno dónde estaría mejor ubicado dentro de los manuales clínicos: si en los trastornos del control de los impulsos, trastornos por estrés postraumático o trastornos del afecto (*figura 2*).¹

Los modelos biosociales del TLP sostienen que las características sintomáticas de este trastorno, incluyendo la falta de regulación emocional, de identidad, somatización y disociación, son causadas por conexiones interrumpidas entre la corteza prefrontal y otras regiones del cerebro que conectan las funciones cognitivas superiores, lo que com-

Patrones evaluados en los sistemas nosológicos de los trastornos de la personalidad

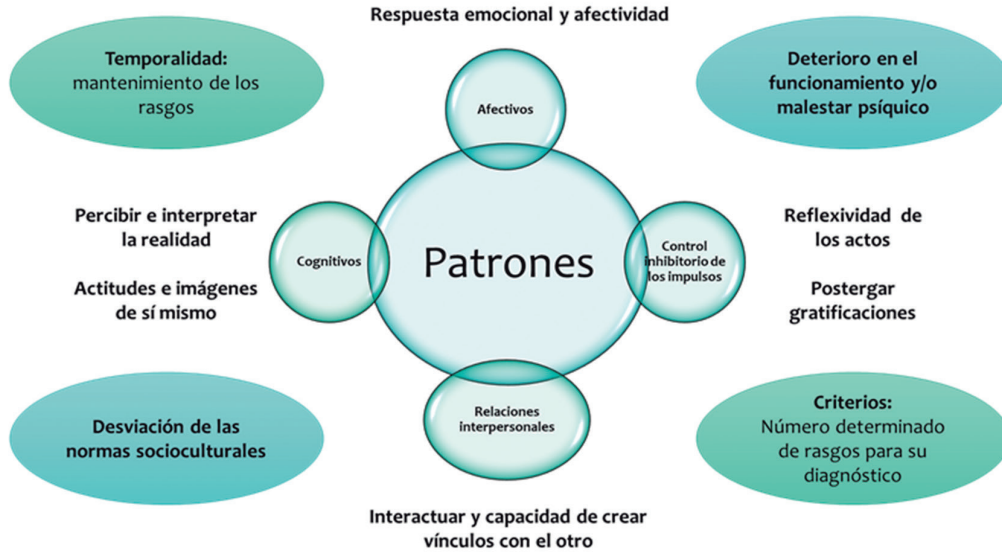


Figure 1. Evaluación diagnóstica de los trastornos de la personalidad.



Figure 2. Síntomas nucleares del trastorno límite de la personalidad.

conductas autolesivas y un elevado riesgo suicida concomitante, fenómeno que posiblemente responde a la causalidad neurobiológica y social de la entidad, pues la alta reactividad afectiva, el compromiso de funciones ejecutivas (déficit en el control inhibitorio de los impulsos) y los ambientes familiares hostiles devienen en una incapacidad para afrontar adaptativamente las situaciones adversas de la vida diaria.⁸

En un estudio descriptivo (Espinosa y colaboradores, 2009) con 15 pacientes con el diagnóstico de TLP intentos suicidas recientes, se determinó un perfil de riesgo para la reincidencia de tentativas suicidas. Los factores identificados fueron:

- Antecedente de múltiples intentos suicidas
- Trastornos depresivos comórbidos
- Inestabilidad afectiva
- Sexo femenino (mayor número de tentativas suicidas de menor letalidad, como automutilaciones y sobreingesta farmacológica)
- Altos niveles de depresión, desesperanza e impulsividad.¹¹

Crisis descompensatorias de los trastornos de la personalidad

Todos tenemos una susceptibilidad a experimentar estados de desorganización emocional por un colapso de nuestras estrategias de afrontamiento ante un estímulo adverso, este estado se conoce como crisis, y suele estar

porta un deterioro neurocognitivo global en lugar de un déficit localizado (Meares *et al.*, 1999).¹⁰

El TLP es la entidad del Eje II (DSM-IV) con mayor prevalencia de intentos suicidas. A menudo, los pacientes con este diagnóstico, experimentan rehospitalizaciones por

limitado en el tiempo con patrones sucesivos de desarrollo hasta su resolución. La conclusión de esta crisis depende de numerosos elementos, como los recursos personales del individuo (experiencias previas, resiliencia, etc.), sociales (red asistencial y social) y las características propias del evento negativo (el evento traumático o estresante). Los pacientes con trastornos de la personalidad, dada las múltiples alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, experimentan estados de crisis con mayor frecuencia.¹²

Goldstein y Molina (2004) llaman a estos episodios de agudización psicopatológica como crisis descompensatorias de los trastornos de la personalidad, y se definen como son respuestas cognitivas, conductuales y afectivas ante situaciones estresantes que superan los mecanismos adaptativos del paciente. Este cuadro específico presenta dos alteraciones psicopatológicas base: la alteración del juicio de la realidad y la poca tolerancia a la frustración.³

El modelo de Goldstein y Molina (2014) propone un desarrollo fásico en cualquier crisis descompensatoria:

- **Fase 1:** elevación de la tensión ante un estímulo negativo. Se activan los mecanismos adaptativos fisiológicos y estrategias de afrontamiento, dependiendo del grado de déficit puede proseguir a la siguiente fase.
- **Fase 2:** debido a la incapacidad de adaptación y/o prosecución del estímulo aparecen síntomas afectivos (disforia), ansiosos (angustia) y alteraciones conductuales (conflictos interpersonales).
- **Fase 3:** el cuadro sintomático se exacerba, con una evitación a toda cosa del estímulo negativo e intolerancia a los síntomas.
- **Fase 4:** se presenta un estado desorganización generalizada en el individuo. Aquí se pueden encontrar las agresiones impulsivas, amenazas suicidas verbalizadas o textualizadas en cartas, actos instrumentales relacionados con el suicidio, autolesiones, conductas parasuicidas y la consumación del suicidio.

Las crisis también pueden clasificarse en cuatro grandes grupos, dependiendo del predominio sintomático:

- **Afectivas:** se componen por una intensa inestabilidad afectiva, agudización de síntomas depresivos y angustia.
- **Psicóticas:** pueden presentarse con delirios, alucinaciones o ilusiones. Es común en pacientes con trastorno límite de la personalidad (**brotos micropsicóticos**).
- **Impulsivas:** conductas explosivas, agresividad verbal y/o física, e intentos suicidas.
- **Mixtas:** son las crisis más frecuentes, donde la sintomatología suele mezclarse, principalmente en pacientes con trastornos graves de la personalidad.³

TRATAMIENTO

El abordaje va dirigido a aliviar la sintomatología aguda y a identificar el hecho que desencadenó la crisis (**figura 3**).

PRONÓSTICO

El objetivo de los abordajes psicoterapéuticos en las crisis descompensatorias es aliviar la sintomatología en un plazo de tiempo breve. Las hospitalizaciones suelen ser cortas, si se enfoca el tratamiento psicoterapéutico a la resolución de conflictos. La hospitalización deberá realizarse en función de la gravedad clínica y ante el fracaso de las intervenciones psicoterapéuticas en el servicio de admisión continua.

REFERENCIAS

1. Ruiloba Vallejo, J. (2015). Trastornos de la personalidad. En: Introducción a la psicopatología y psiquiatría (765-778), Madrid, España: Marbán Libros.
2. American Psychiatric Association (APA). Criterios y códigos diagnósticos. En: DSM-V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (2014). 5ta Ed. México: Editorial Médica Panamericana; p. 645.
3. Goldstein, D.F, Molina, F.A. (2004). Crisis descompensatorias de los trastornos de la personalidad. Buenos Aires, Argentina: Bleu Editora.
4. World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
5. Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.
6. Benjet, C, Borges, G, Medina-Mora, M. (2008). Trastornos de personalidad DSM-IV en México: resultados de una encuesta de población general. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30, 227-234.
7. Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., & Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53-60.
8. Pérez-Rodríguez, M.M, Bulbena-Cabré, A, Bassir Nia, A, Ziapursky, G, Goodman, M (2014). The neurobiology of borderline personality disorder. *Rev Psychiatr Clin N*. 41(17): p. 633-650
9. Mosquera, D (2011). Trastorno límite de la personalidad, una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Rev Dig Med Psicosom*; 1(1): p. 1-24
10. Meares, R., Stevenson, J., & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 467-472.
11. Espinosa, J. J., Grynberg, B. B., & Mendoza, M. P. R. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317-325.
12. Slaikeu, K. A. (1988). Intervención en crisis. Manual Moderno.

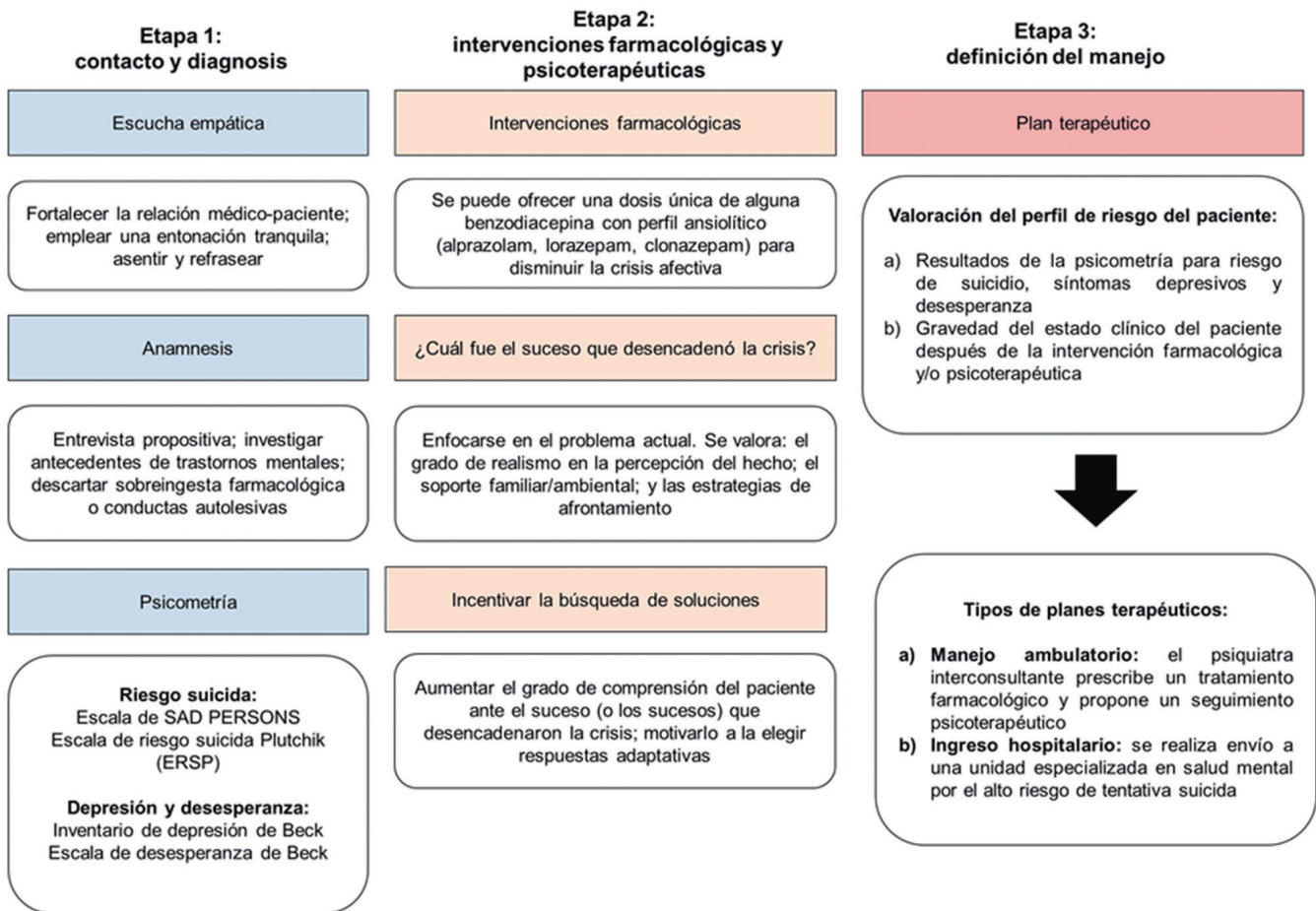


Figure 3. Abordaje terapéutico en el servicio de urgencias médicas para las crisis descompensatorias de los trastornos de la personalidad.