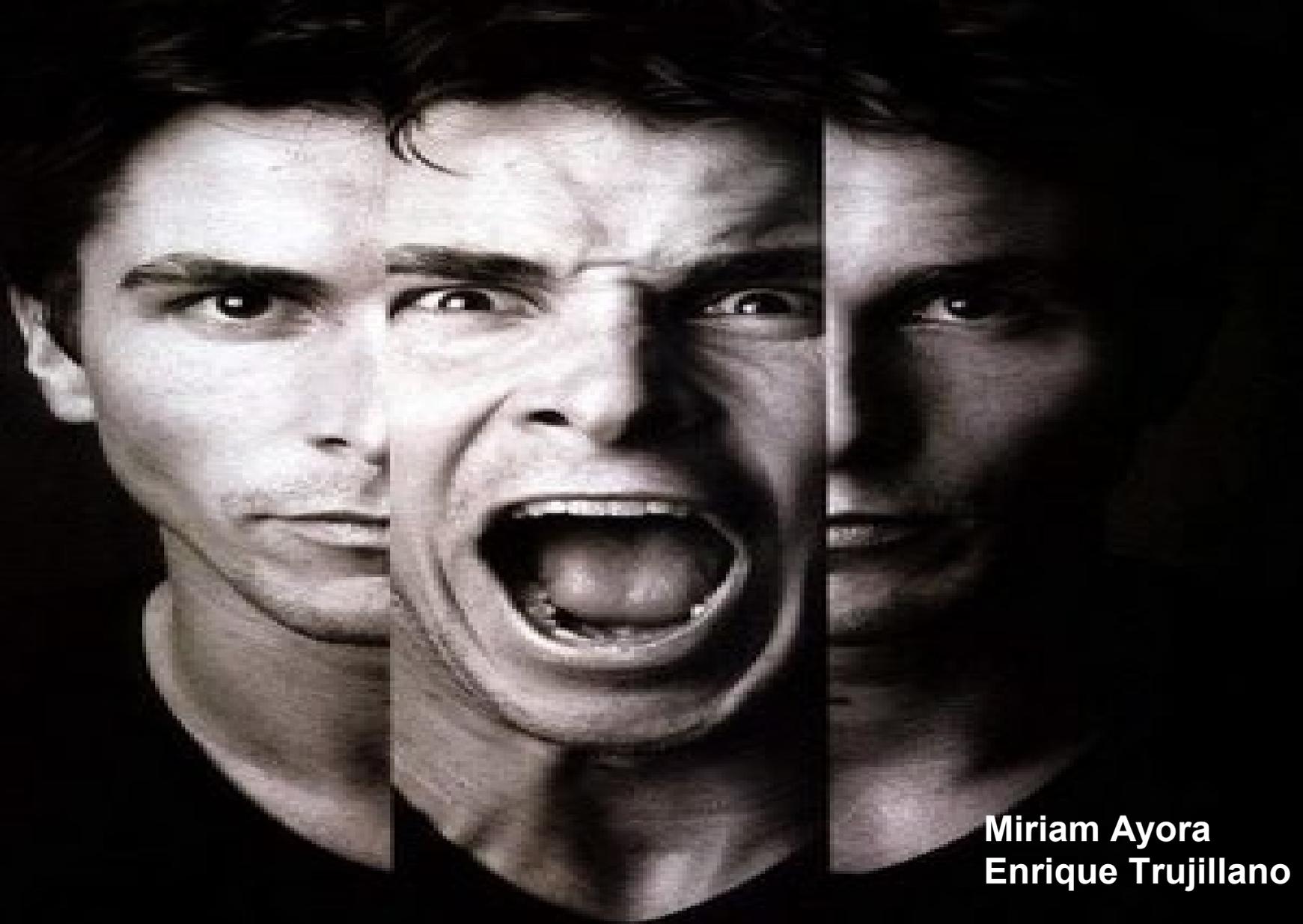


IMPULSIVIDAD Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD



Miriam Ayora
Enrique Trujillano

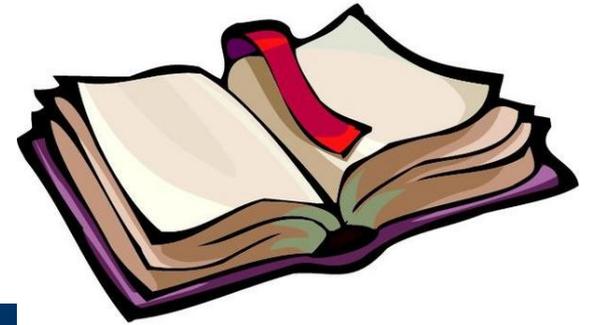
Definición de Impulsividad.

- Comportamiento impulsivo:

- Conducción imprudente.
- Malgastar ahorros.
- Agresividad.

Pérdida de la capacidad
de autocontrol

RAE.



- **Impulsivo**: que suele hablar y proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento.
- **Impulso**: deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar. Afecto como núcleo de la impulsividad.

Otras definiciones de impulsividad

- **Murray**: tendencia a responder rápidamente y sin reflexión a un determinado estímulo. Conducta.
- **Monroe**: caracterizada por los afectos “rabia y agresión” expresados por homicidio, suicidio o sexualidad. Afecto.
- **Douglas**: fruto de la incapacidad del individuo para mantener la atención. Cognitivo.
- **Dickman**: tendencia a aplicar un procesamiento de la información excesivamente rápido y con tendencia a error.

Características fenomenológicas comunes

- Inmediatez estímulo-conducta.
- Ausencia de reflexión y planificación previas.
- Ausencia de eficacia adaptativa.
- Componente emocional.



Los dos tipos de comportamiento impulsivo

- **Lorr y Wunderlich**. Impulsividad como estructura bipolar:
 - Resistir/Ceder ante un impulso.
 - Respuesta inmediata/Planificación.
- **Planell y Prats Roca**:
 - *Impulsividad tipo A*: irreflexión, premura y subestimación.
 - *Impulsividad tipo B*: reflexión egodistónica, sobrevaloración y culpa. Resistencia con malestar que cede al ejecutar el acto.

Relación con Obsesivo-Compulsivo

- Visión dimensional → Norteamérica.
- Visión categorial → Europa.



Psicopatología de la génesis de la conducta impulsiva.

- **Sánchez:**

- Modelo epiléptico: anomalía mental que, por hipertrofia, “produce” más acción de la esperable en un sujeto sano.
- Modelo de desinhibición: predominante. No se trata de anomalía “por exceso de actividad” sino por la falta de inhibición.

Fenomenología de la Impulsividad.

Autocontrol



proceso que va adquiriéndose durante el desarrollo en la infancia y se consolida definitivamente con la maduración del SNC. Nos posibilita para inhibir conductas.

Autocontrol.

- 1- Inhibición de la respuesta preponderante inicial.
- 2- Inhibición de la respuesta activa.
- 3- Control de las interferencias.



Impulsivo = incapaz.

- Inhibir conducta preponderante.
- Inhibir respuesta en marcha.
- Evitar que estímulos competitivos interfieran negativamente con la respuesta en marcha.

-Misma reacción.
-Misma manera.
-Siempre.

No resolución



Reformulación

Impulsividad = no integridad.

- Funciones cognoscitivas → conducta desorganizada.
- Emocional → impulsividad.

Clasificación de los trastornos del control de impulsos.

- **Tipo A**. Impulsividad por imposibilidad de inhibir la conducta. Modelo de inhibición.

Impredecible e irreflexivo. Alto porcentaje de fallos en la ejecución. Ineficaz. Problemas adaptativos: hetero/autoagresividad, esfera sexual, drogas...

Ejemplos: trastornos de la personalidad, lóbulo frontal, subcortical, TCE, lesiones vasculares, infecciosas, esquizofrenia, episodios maníacos, TDAH, drogas, demencias...

Tipo B. Impulsividad por imposibilidad para resistir impulsos. Modelo pseudoobsesivo.

- Incapacidad para resistir un impulso.
- Aumento de la ansiedad antes de actuar.
- Egosintonía durante o tras la actuación.
- Agravamiento en momentos de mayor ansiedad.

Ejemplos: cleptomanía, ludopatía, tricotilomanía, piromanía, atracones, dipsomanía (vs alcoholismo/polidipsia), compra patológica.

Otras situaciones específicas de impulsividad.

- **Agresividad**: distinto de agresión e impulsividad. Serie de actos desplegados con el fin de causar un daño en el medio tras la experimentación de una emoción concreta, fundamentalmente ira:
 - Amenaza personal.
 - Riesgo de agresión.
 - Desafío.
 - Pérdida del control de una situación.

Agresividad.



- **Factores moduladores**: impiden la relación directa impulso-conducta.
- **Impulsividad**: imposibilidad para inhibir respuestas agresivas ante estímulos anodinos:
 - Incapacidad de freno ante estímulos neutros.
 - Escasa conciencia de lo inadecuado/desproporcionado.
 - Imposibilidad de evaluación correcta de las consecuencias.
 - Dificultad para frenar la respuesta violenta.
 - Sentimientos de culpa al cesar la respuesta.

Agresividad.



Intensidad oscilante Irritabilidad-
Heteroagresividad verbal- heteroagresividad
física.

Situaciones físicas típicas impulso-agresión:
fatiga, manía, trastornos de la personalidad
orgánicos, trastorno explosivo intermitente,
intoxicaciones.

Tipo A.

Irritabilidad.

Dominio emocional (ira), cognitivo (tendencia a interpretaciones hostiles en el entorno) y conductual (agresividad física o verbal).

Tipo A.



Suicidio

- Dificultad inhibitoria del impulso.
- Aumenta en estado de ansiedad.
- Tiende a recurrir.
- Arrepentimiento.

Tipo A.



Parasuicidio

Tipo B



Conductas automutilantes.

Tipo B.



Parafilias

Exhibicionismo, pedofilia y voyeurismo.

- Comportamiento obligatorio, fuera de control, reiterativo y estereotipado.
- Períodos de mayor estrés.
- Egosintonía/egodistonía.
- Tipo B.



Tipo A

- Antisocial.
- TDAH.
- Retraso mental.
- Intoxicaciones.

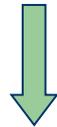


Etiología de la impulsividad

- **Hipótesis evolucionistas**: aumento de la peligrosidad: adaptación. Disminución de la peligrosidad: desadaptación.
- **Disfunción de la neurotransmisión**:
 - 5-HIAA: disminución.
 - Serotonina:
 - Défici: 5HT1a, 1b y 2.
 - Agonistas: inhibición agresividad.
 - Síntesis: triptófano hidroxilasa.
 - Catecolaminas: noradrenalina

Depue y Spoont.

- Sistema facilitador



serotonina. Mesolímbica.

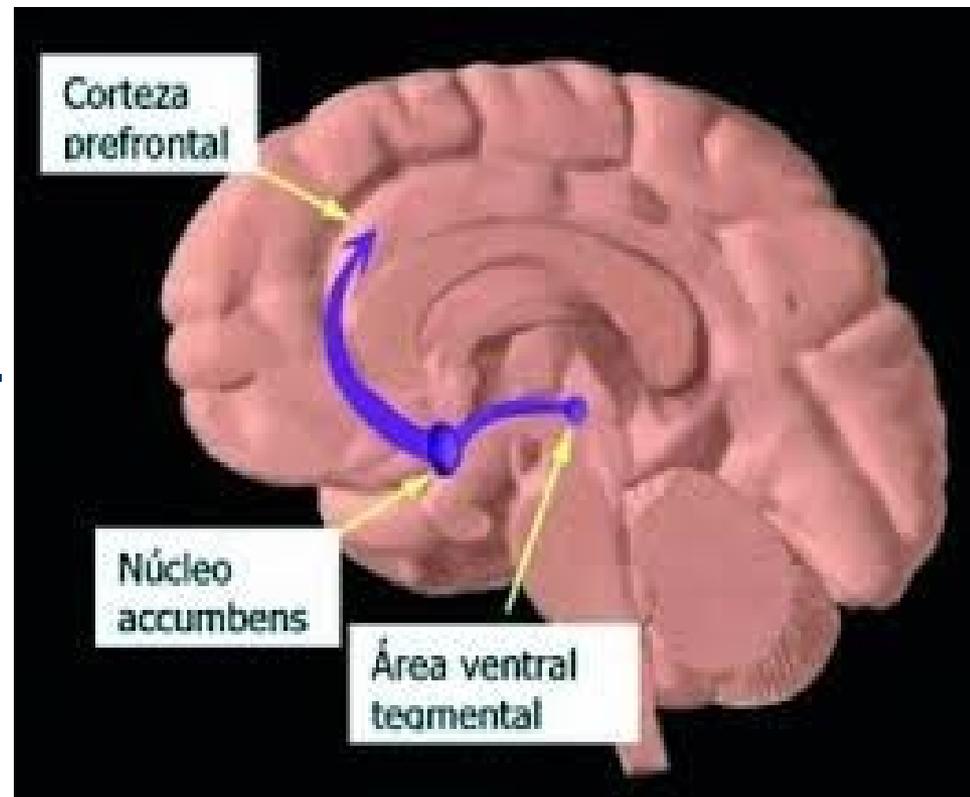
- Sistema inhibidor



serotonina. Septohipocámpico.

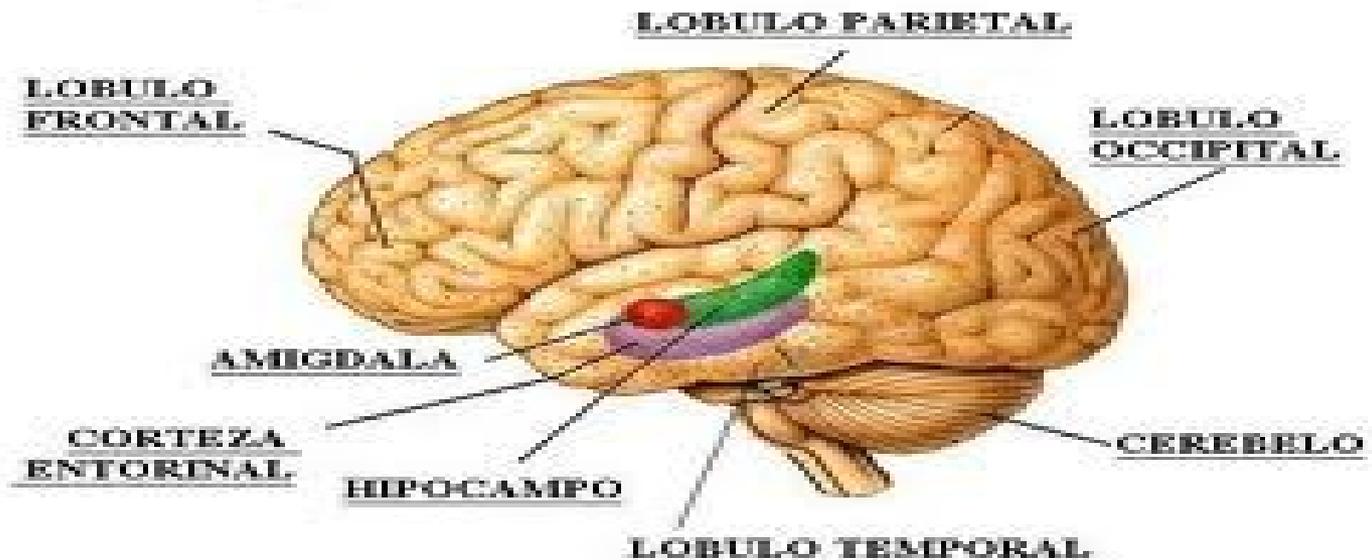
Disfunción de áreas cerebrales.

- Estrategia conductual, lesional y correlacional.
- Núcleo accumbens.
- Área orbitaria de la corteza prefrontal.



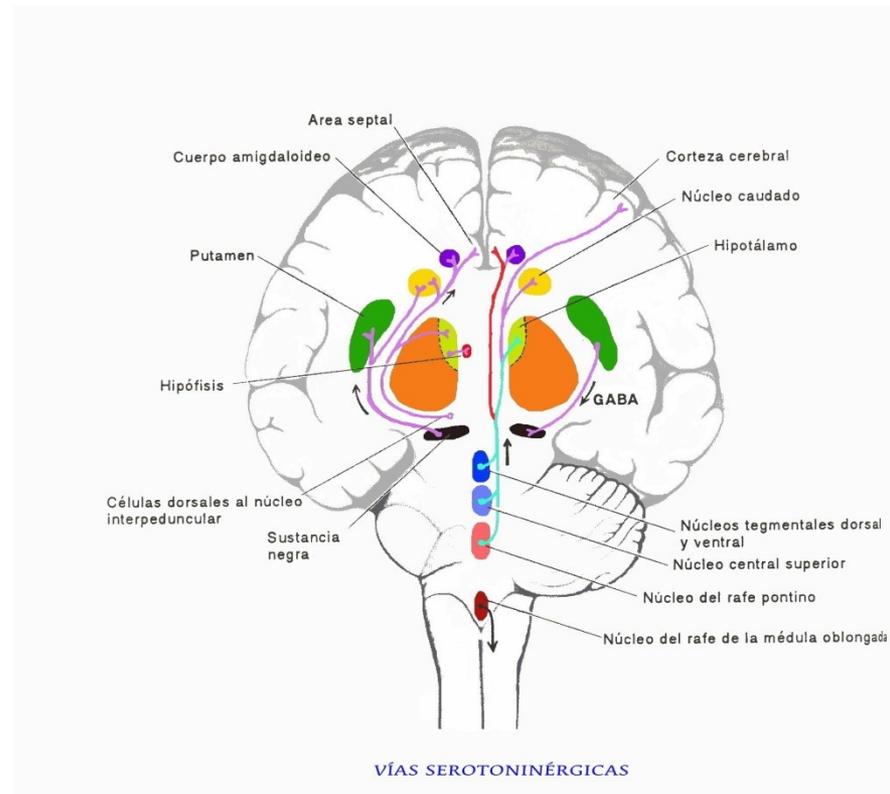
Disfunción de áreas cerebrales.

- Región basolateral de la amígdala.
- Núcleo subtalámico



Disfunción de áreas cerebrales.

- Área ventral tegmental del mesencéfalo.
- Núcleos del rafe.



Weiger y Bear.

- Por estados viscerorreceptivos: hipotálamo y tronco encefálico.
- Por sucesos externos: estructuras temporolímbicas.
- Por frustraciones medioambientales: corteza prefrontal y subcorteza.

Evolución concepto IMPULSIVIDAD



Teoría de Personalidad de Eysenck

- modelo PEN {
 - Psicoticismo → impulsividad
 - Extroversión
 - Neuroticismo
- La impulsividad compuesta por cuatro factores:
 - Impulsividad en sentido estricto
 - Toma de riesgos
 - Improvisación
 - Vitalidad



Teoría de personalidad de Gray

- Sistema de Inhibición conductual
- Sistema de Activación conductual



La impulsividad

- El funcionamiento de estos sistemas depende:
 - factores genéticos
 - influencias ambientales.

Teoría de Cloninger



- Postula dos variables de la personalidad:
- **Rasgo evitación del daño**: tendencia de los individuos a responder con inhibición conductual ante signos de castigo o frustración.
- **Rasgos búsqueda de novedad**: se refiere a la activación de conductas apetitivas de aproximación ante señales de recompensa o novedad y una evitación activa ante señales de frustración.

Teoría de Zuckerman

- 3 formas impulsivas:

{	- búsqueda de experiencia
	- desinhibición
	- susceptibilidad al aburrimiento
- 1 forma no impulsiva de búsqueda de emociones y aventuras.
- Existirían tres sistemas conductuales que subyacen a la impulsividad:
 - Síst de aproximación: dopamina
 - Síst de inhibición: serotonina
 - Síst de activación: noradrenalina
- Reactividad **dopaminérgica fuerte, y actividades serotoninérgicas y noradrenergicas débiles.**
- La estructura neuroanatomica más importante para este rasgo el **núcleo accumbens**, parte del sist límbico.
- ***impulsividad una de las dimensiones básicas de la personalidad, siendo un rasgo genéticamente influenciado, con una base neuroquímica, y es un fuerte determinante de hábitos, intereses, actitudes y conductas.***

Teoría de Dickman

- impulsividad funcional \longrightarrow entusiasmo, toma de riesgos, altos niveles de actividad y audacia.
- impulsividad disfuncional \longrightarrow conductas desordenadas e improductivas.

Teoría de Barratt

- **biopsicosocial**

- *predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos internos y/o externos a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas tanto para la misma persona como para terceros.*

- Los individuos con alta impulsividad pueden ser analizados en:

- nivel conductual
- nivel social

escala para medir la impulsividad *“Barratt Impulsiveness Scale BIS”*

Teoría de Whiteside y Lynam

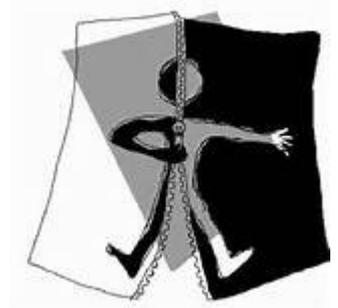
Modelo multifactorial

Comportamientos Impulsivos:

- alta sensibilidad a las recompensas
- actuar rápido sin planificación
- comportamiento compulsivo en búsqueda de alivio ante el estrés



TRASTORNO DE PERSONALIDAD



- Trastornos de personalidad VS Rasgo de personalidad
son patrones permanentes e inflexibles de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, aparecen en la adolescencia, son estables a lo largo del tiempo y conllevan a malestar o perjuicios para el sujeto.
- rasgos de personalidad: patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo.

Eje II

Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad

- Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos.
- Este patrón es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- El patrón es estable y de larga duración, se inicia en la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- No es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- No es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, como droga o medicamentos, ni a una enfermedad médica.

Trastorno de personalidad



- Grupo A: extraños o extravagantes, se asocian a tr psicóticos, se dividen en:
 - Paranoide
 - Esquizoide
 - Esquizotípico
- Grupo B: sujetos inmaduros y emocionalmente inestables, se asocian a tr afectivos, somatomorfos y abusos de sustancias
 - Disocial
 - Límites
 - Narcisista
 - Histriónico
- Grupo C: sujetos temerosos y ansiosos, se relacionan con tr ansiedad
 - Evitativo
 - Dependiente
 - Obsesivo

Trastorno antisocial de la personalidad.

“Haré lo que quiera cuando quiera”.



Caso clínico

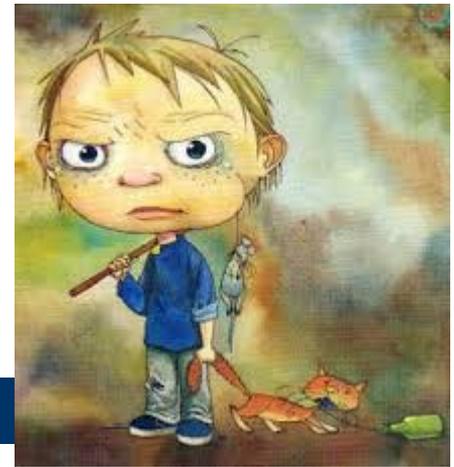


A. Personales: varón, 43 años, en trámites de divorcio, dos hijas de 12 y 9 años, vive con su madre. En paro desde hace 4 años.

A. Psiquiátricos: no.

Enfermedad actual: problemática familiar, denuncia de su mujer, ideación autolítica, llanto diario, sueño fragmentado, discusión con la madre.

Epidemiología.



- **Varones 3%, Mujeres 1%.**
- **Inicio antes de los 15 años.**
- **Áreas urbanas deprimidas económicamente**
- **Familias numerosas.**
- **Frecuencia 5 veces mayor en familiares de primer grado.**

Criterios diagnósticos DSMIV-TR.

- A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres o más de los siguientes ítems:
- Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
 - Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener beneficio personal o placer.

Criterios diagnósticos DSMIV-TR.

- Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas y ocasiones.
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

Criterios diagnósticos DSMIV-TR.

- B) El sujeto tiene al menos 18 años.
- C) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- D) El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

**Semejanza con personas normales
y encantadoras.**

Sin ansiedad.

Sin preocupación.

Buena inteligencia verbal.

Manipuladores.

Mentirosos.

No remordimientos.

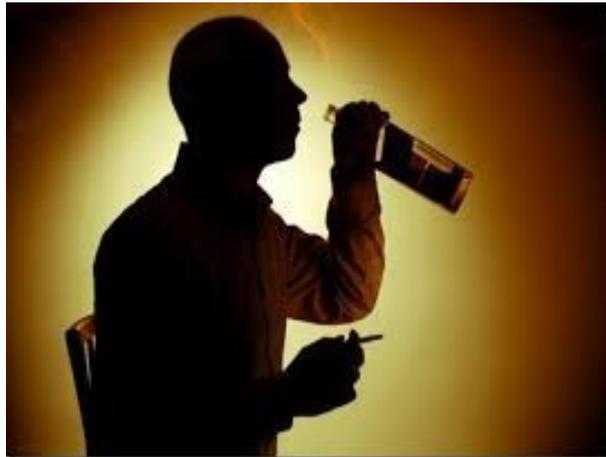
Involucran a los demás.

Explicaciones absurdas no delirantes



Diagnóstico diferencial.

- Conducta delictiva.
- Abuso de sustancias.



Evolución y pronóstico.

- Curso sin remisiones, con pronóstico variante.
- Frecuentes las depresiones y los abusos de sustancias.



Tratamiento



- **Psicoterapia**: ante inmovilización, entre iguales. Frustrar el deseo del paciente de huir de las personas honestas. Afrontar la conducta autodestructiva del paciente y que venza su miedo a la intimidad.
- **Psicofarmacología**:
 - Control por tendencia al abuso: Carbamacepina, valproato, antagonista betaadrenérgico (agresividad).
 - Para clínica incapacitante: ansiedad, depresión y cólera.

Agresión reactiva.



Engloba a aquellas conductas agresivas manifestadas bajo la activación de estados afectivos negativos tales como la ira, la frustración y la provocación.

Agresión impulsiva.

Altos niveles de activación neurovegetativa.

Agresión proactiva.

Conductas agresivas motivadas de forma instrumental o planificada bajo el deseo orientado a la consecución de un fin determinado.

Medio para solucionar problemas.



Agresión proactiva.

- Agresión con un objetivo. No provocada.
- No activación emocional negativa.
- Creencia en la eficacia y resultados de la violencia.
- No impulsiva.
- Tolerancia social.
- Advertencias al provocador.



Agresión proactiva.



- Desencadenante: beneficio, diversión, placer.
- C. cognitivo: autoeficacia, evaluación positiva de consecuencias y justificación.
- C. motivacional: beneficio.
- C. emocional: bienestar, satisfacción.
- C. neurobiológico: córtex prefrontal/hemisferio izquierdo.
- C. psicopatológico: T. antisocial.

Caso clínico



- Mujer 25 años, la menor de cuatro hermanos, padres separados. Convive con la madre y con un hermano. Estudios básicos, trabaja como secretaria y asiste a la universidad, cursa el tercer año de la diplomatura de derecho.
- AF: padre alcohólico, abuso físico tanto de esposa como de hijos.
- AP psiquiátricos: valorada por psicología hace 5 años, por abuso sexual por parte del hermano cuando ella tenía 10 años, no ha realizado nunca tratamiento.
- Hábitos tóxicos: fumadora de 1 paquete de cigarrillos/día, bebedora los fines de semana hasta embriaguez y ex consumidora de cocaína, según refiere desde hace 3 años.
- Paciente llevada a urgencias por su pareja “no dejo de pensar en matarme”, la crisis actual comenzó cuando el no aceptó la petición de matrimonio de la paciente. En el día de hoy tras una intensa discusión la paciente ha comenzado a agitarse y ha realizarse cortes en ambas muñecas.
- En la consulta, la paciente menosprecia, airada a su novio delante de los profesionales y le acusa de estar utilizándola para rechazarla después.

Caso clínico



- En los últimos meses, la paciente ha presentado un estado de ánimo depresivo con oscilaciones, tendencia a hipersomnias y a darse atracones de comida que le han provocado un aumento de peso de Kg.

La paciente refiere estar muy nerviosa y angustiada, con fantasías prolongadas de matar a su novio y el deseo de hacerse daño a si misma.

Cuando se autolesiona se ve a sí misma como si estuviera a distancia, aturdida y muerta, sin sentir dolor. En esos momentos se siente gorda y poco atractiva y poco deseable.

- Infancia ha sufrido abusos sexuales por parte de su hermano mayor, “es una tontería... no hay que darle más importancia...pero desde entonces... siento que sólo me quieren para el sexo”.
- Comenzó a consumir drogas a los 16 años, para conseguirlas mantenía relaciones sexuales.

Diagnósticos DSM IV:

- Eje I: F33,2 trastorno depresivo mayor, moderado, con síntomas atípicos.
- Eje II: F60.31 tr limite de la personalidad.
- Eje III: ninguno.
- Eje IV: ruptura sentimental.
- Eje V: EEAG: 35.

Trastorno límite de personalidad

” me enfadaré mucho si intentas dejarme”



Trastorno límite de personalidad

- Es el que más asistencia psiquiátrica genera
- sintomatología alternante: histriónica, obsesiva, antisocial y psicótica a una velocidad que a veces invalida los tratamientos.
- “esquizofrenia ambulatoria”



Epidemiología:

- Trastorno de la personalidad **más frecuente**, afecta al 1-2% de la población.
- Más frecuente en **mujeres** que en hombres con una relación estimada de 3:1.
- **Entre los 19 y los 34 años** y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio.
- No se dispone de ningún modelo etiopatogénico
- Patrón familiar: **cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado** que en la población general.
- En los familiares de primer grado se han observado mayor incidencia de tr depresivo mayores y tr por abuso de alcohol u otras sustancias.

En las historia de la infancia:

- malos tratos físicos y abusos sexuales
- la negligencia en su cuidado
- los conflictos familiares
- la pérdida temprana y la separación.



Epidemiología:



- Neurotransmisores: serotonina \longrightarrow existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de agresión.
- Otros neurotransmisores y neuromoduladores:
 - la acetilcolina
 - la vasopresina
 - el colesterol
 - los ácidos grasos
 - el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal
- Déficit estructural y funcional en: áreas son la **amígdala**, el **hipocampo** y las **regiones orbitofrontales**.
- Mayor actividad en la corteza prefrontal y dorsolateral y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo caloso.

Criterios diagnósticos

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, una notable impulsividad, que comienza a principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- Esfuerzos frenéticos para **evitar un abandono** real o imaginado.
- Patrón de **relaciones interpersonales inestables e intensas** caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- **Alteración de la identidad**: autoimagen y sentido de sí mismo acusada.
- **Impulsividad** en al menos dos de estas áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo, por ejemplo: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida.
- Intentos o **amenazas suicidas** recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- **Inestabilidad afectiva** debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
- **Sentimientos crónicos de vacío.**
- **Ira** inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira
- **Ideación paranoide transitoria** relacionada con el estrés o **síntomas disociativos graves.**

- **CIE-10 F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad F60.30 Tipo impulsivo** A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60). B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):
 - 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
 - 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener

- **DSM-IV-TR Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)** Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

- conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.
- 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
- 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
- 5) Humor inestable y caprichoso.
- **F60.31 Tipo limítrofe (borderline)** Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60). Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:
 - 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).
 - 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.
 - 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
 - 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
 - 5) Sentimientos crónicos de vacío.

- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- 7) Sentimientos crónicos de vacío.
- 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

CRISIS

TLP

AUTODESTRUCCION

CAMBIOS DE HUMOR

DEPENDIENTES

IMPREVISIBLES

SENTIMIENTOS DE VACIO

Cormorbilidad en eje I

- tr del estado de ánimo
- tr relacionado con sustancias
- tr de la conducta alimentaria
- tr por estrés postraumático
- tr por déficit de atención con hiperactividad.
- Otros trastornos de la personalidad:
 - 50% dependientes
 - 40% evitativos
 - 30% paranoides
 - 20-25% antisocial
 - 25% histriónico



Evolución y pronóstico



- El patrón más habitual es una *inestabilidad crónica* al principio de la edad adulta.
- Suele ir mejorando gradualmente con la edad, aunque persiste la tendencia a las emociones intensas, la impulsividad y la inestabilidad.
- Los individuos que inician tratamiento muestran con frecuencia una mejoría, que se inicia durante el primer año.
- Los estudios longitudinales no muestran una progresión hacia la esquizofrenia, pero presentan una elevada incidencia de episodios depresivos mayores.

Diagnostico diferencial



- Tr del ánimo: suelen asociarse.
- Otros trastornos de personalidad:
 - Histrionico
 - Esquizotípico
 - Antisocial
 - Dependendientes
- Cambio de personalidad debido a una enfermedad médica
- Síntomas asociados al consumo crónico de sustancias.

Tratamiento



- Plan de tratamiento
 - cuestiones transversales: el estado clínico actual
 - cuestiones longitudinales: el curso clínico y la frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios de desestabilización anteriores.
- Síntomas diana: **depresión y uso de sustancias**.
- Involucrar activamente al paciente y a la familia.
- **Plan de tratamiento integral y coordinado.**
- Reevaluar periódicamente con el paciente el plan de tratamiento a fin de adaptarse a su evolución y a las nuevas necesidades.

Psicoterapia



- Es el tratamiento de elección, recomiendan complementarlas con tratamiento farmacológico.
- Se distinguen cuatro tipos de terapias psicológicas:
 - las intervenciones psicológicas breves
 - las terapias psicológicas individuales y grupales
 - los programas de terapia psicológica que combinan más de una modalidad de tratamiento
 - las intervenciones familiares
- Las intervenciones complementarias incluyen la terapia combinada: con psicofármacos, rehabilitación funcional e integración laboral.

Características comunes de la psicoterapia recomendada para el tr límite (american psychiatric association)



- No es previsible que la terapia sea de corta duración.
- Se desarrolla una profunda relación de ayuda entre el paciente y el terapeuta.
- Se establecen claramente los papeles y las responsabilidades de ambos.
- El terapeuta es activo y conductor.
- Se desarrolla conjuntamente una jerarquía de prioridades.
- El terapeuta transmite la validación empática además de la necesidad de que el paciente controle su conducta.
- Es necesaria la flexibilidad para adaptarse a nuevas circunstancias, incluido el estrés.
- Establecer límites de mutuo acuerdo.
- Se utiliza planteamiento individual y de grupo simultáneamente.

Farmacológico:



- No existe ningún fármaco aprobado por AEEM o la FDA con la indicación específica para el tratamiento del TLP
- En la práctica clínica su uso es muy frecuente.
- En un estudio realizado 2001 y 2009, se observó que en una muestra de 226 pacientes con TLP:
 - el 94% realizaba tratamiento farmacológico
 - 56% tomaba tres o más fármacos
 - 30% cuatro o más
 - 12% cinco o más fármacos.
- En los últimos 8 años:
 - la prescripción de antidepresivos se ha mantenido alta en el 80% de los pacientes
 - disminución en el uso de benzodiacepinas
 - aumento significativo en el uso de estabilizadores del ánimo y antipsicóticos atípicos.

Farmacológico:

- Estabilizadores de ánimo son el valproato y el topiramato.
- No BZD
- Los antipsicóticos para los que se ha encontrado evidencia científica son:
 - Haloperidol
 - Olanzapina
 - Aripiprazol
 - Ziprasidona
 - Flupentixol
 - Clorpromacina
- Antidepresivos para los que se ha encontrado evidencia científica teniendo en cuenta el grupo al que pertenecen son:
 - Antidepresivos tricíclicos (ATC): amitriptilina
 - ISRS: fluvoxamina, fluoxetina
 - Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): fenelzina



Ingresos



- Deberían evitarse o tener la duración más breve posible.
- Ingresar al paciente
 - Puede aumentar su dependencia del entorno e impedir que éste desarrolle las habilidades que le permitan gestionar las crisis emocionales futuras.
 - Puede potenciar estas conductas autolesivas
- No ingresarlo puede ponerle en peligro, especialmente si presenta conductas autolesivas o suicidas.

Conducta suicida

- Los intentos de suicidio constituyen un rasgo definitorio.
- En las poblaciones clínicas, se estima que la tasa de suicidios en pacientes con TLP es de un 8-10%.
- Los rasgos más comunes:
 - **sexo masculino**
 - **rasgos antisociales**
 - **abuso de sustancias**

Otros factores de riesgo:

- trastorno afectivo concomitante.
- niveles elevados de desesperanza.
- AF de suicidios consumados o de conducta suicida y antecedentes personales.
- antecedentes de abuso sexual.
- niveles elevados de impulsividad.



Conductas autolesivas

- Comprende un espectro muy amplio de conductas y se relaciona con condiciones psicológicas o psiquiátricas muy variadas
- *Corresponde a un acto deliberado y en general recurrente de hacer daño al propio cuerpo, sin la ayuda de otra persona, sin intención de suicidarse*
 - *Inquietud con a idea de provocarse una lesión*
 - *No resistencia a los impulsos de lesionarse*
 - *Aumento de tensión emocional antes de hacerlo*
 - *Sensación de alivio tras haberlo cometido*
- Variado repertorio de métodos: cortes de la piel (la mas frecuente), quemaduras, golpes, amputación que puede afectar dedos, mamas y genitales

Bibliografía

- J. Vallejo. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª edición. Barcelona: ELSEVIER MASSON 2011. ISBN: 987-84-458-2034-6
- A. Frances. Estudio de casos. Edición española. Barcelona: MASSON 1999. ISBN: 84-458-0589-4
- B. Sadock & Kaplan. Sinopsis de psiquiatría. 10ª Edición. Wolters Kluwer Health España, S.A. ISBN 978-84-96921-18-4
- M. Squillace, J. Picon Janeiro. El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. Revista Neuropsiología latinoamericana. Vol 3. Nº 1 2011, 8-18. ISSN 2075-94709
- I. Luna Montaña. TRANSGRESIONES CORPORALES, AUTOLESIÓN IMPULSIVA Y PSIQUIATRÍA. Artículo obtenido de 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012.

Bibliografía

- Eguiluz I. Segarra. Introducción a la Psicopatología. Ed Panamericana 1ª edición. Madrid 2013
- Andreu JM. Peña ME Larroy C. Conducta antisocial, impulsividad y creencias justificativas. Universidad Complutense de Madrid
- Andreu JM. Propuesta de un modelo integrador de la agresividad impulsiva y premeditada en función de sus bases motivacionales-cognitivas. Departamento de personalidad, evaluación y psicología clínica. Universidad Complutense de Madrid.

obrigado

Dank U

Merci

mahalo

Köszí

спасибо

Grazie

Thank
you

mawawu

Takk

Gracias

Dziękuję

Děkuju

danke

Kiitos