TP CARTAGENA RM, Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad en la Región de Murcia

INFORME SOBRE LA PONENCIA ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE LA ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA 28-02-2022

_____

TP CARTAGENA RM, Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad en la Región de Murcia

INFORME SOBRE LA PONENCIA ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE LA ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA 28-02-2022

ÍNDICE

	Página
1. Presentación …….	1
2. Objetivos de esta ponencia …….	2
3. Trastornos de la Personalidad (TP) ……	2
4. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ……	3
5. Algunos datos y comentarios sobre el TLP …….	5
6. Detección precoz - TLP y Adolescencia ……	7
7. TLP y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ……..	8
8. TLP y Toxicomanías = Patología Dual (PD) ……	8
9. El TLP en los centros penitenciarios …….	9
10. Prevención del TLP y Educación Emocional (EE) ……..	10
11. Psicoterapias específicas para Tratar el TLP ……..	13
12. Situación en la Región de Murcia (RM) ……..	14
13. Por qué el TLP está invisibilizado ……..	15
14. Rentabilidad de invertir en atender el TLP……	18
• Gasto sanitario ……	19
• Gasto social ……..	21
○ Coste accidentes de tráfico ……	21
○ Coste de la violencia de género ……..	22
• Gastos del Sistema Judicial-Penitenciario ……..	24
15. TLP y suicidio ……..	24
16. Solicitud a la Comisión de Sanidad y Política Social ……..	26
17. Referencias del Dr. José Luis Carrasco Perera ……	27
18. Enlaces de Interés para ayuda a personas con TLP y familias.	28
Listado de Abreviaturas ……..	29

1. PRESENTACIÓN

TP CARTAGENA RM Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad, fue fundada en 2007 por su Presidenta, Dª Carmen Gutiérrez de Uriarte, al frente de la misma desde entonces. Su sede está en Cartagena, pero nuestro ámbito es regional y actualmente estamos ampliando nuestros servicios a Murcia capital.

Sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública y adscrita a la **Federación de Salud Mental de la Región de Murcia**, es la única asociación de familiares en la RM que atiende a personas con **Trastornos de la Personalidad** (TP) y a sus familias.

Contamos solo con unos 80 socios, no obstante, teóricamente representamos a unas 150.000 familias de la Región, pues el 10% de la población padece algún TP.

Ofrecemos diversos servicios, que se resumen en mejorar la calidad de vida de los afectados de TP y sus familiares; siendo otros de nuestros objetivos fomentar y reivindicar ante la Administración su prevención, detección precoz y correcta atención; asimismo, trabajamos en la prevención del suicidio.

Más información en nuestro tríptico-folleto y en nuestra web: https://www.tpcartagenarm.com/

Este informe relata la peor cara de los TP, la que muestran estas personas cuando se presenta como Trastorno Mental Grave (TMG), normalmente por estar desatendidas por la Sanidad Pública (SP); en lo cual trabajamos para intentar que poco a poco se revierta la situación.

Puesto que exponemos la realidad de los casos más graves, muy numerosos, nos preocupa que se puedan malinterpretar los datos y deducirse erróneamente que las personas con Trastornos de la Personalidad (TP) son agresivas, cuando suele ser lo contrario y, además, la mayoría ha sido objeto de violencia.

Luchamos contra el estigma y tabú que pesa sobre ellas. Padecen una enfermedad psíquica que, cuando es grave, a veces es un factor más de sus conductas antisociales. Sin embargo, existen tratamientos para los TP que pueden devolverles una vida normalizada. Este es nuestro mensaje de esperanza.

*

2. OBJETIVOS DE ESTA PONENCIA

VISIBILIDAD.- Exponer abiertamente por qué los TP son un problema sociosanitario de primera magnitud y los motivos por los que apenas son conocidos.

RENTABILIDAD.- Explicar la rentabilidad económica de invertir lo necesario para atenderlos, frente al coste material y humano que supone no hacerlo.

MEDIDAS.- Solicitar su prevención, detección precoz y correcta atención por la Administración; así como la prevención del suicidio.

Pero primero tenemos que explicar qué son los Trastornos de la Personalidad.

3. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (TP)

Son una disfunción de la personalidad, una patología del carácter, los rasgos de la conducta se vuelven tan pronunciados, rígidos, persistentes y desadaptativos que el afectado tiene dificultades en los estudios, el trabajo y en su relación con los demás.

Como decíamos, **afectan al 10% de la población**. En algunos casos el problema es moderado o leve, sin embargo, muchas personas padecen graves problemas psicológicos y sociales durante toda su vida. En demasiados casos los TP se convierten en un **Trastorno Mental Grave** (TMG).

El **DSM-V** cataloga 10 TP en 3 grupos y su denominación nos puede dar una ligera idea de los síntomas, salvo el Límite, cuya denominación es un tanto desafortunada. Son:

- A) Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico;
- B) Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista; y
- C) Evasivo, Dependiente y Obsesivo Compulsivo.

https://www.trastornolimite.com/tp/trastorno-de-personalidad-criterios-diagnosticos-en-el-dsm-5

https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/generalidades-sobre-los-trastornos-de-la-personalidad

No obstante la gravedad que pueden presentar todos los TP, nos vamos a centrar en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o **Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad**, según el **CIE-10**, por ser el más relevante de todos. Es el que más recursos consume, pues representa casi el 90% de toda la atención clínica del conjunto de los TP y un 35% de toda la Salud Mental (SM).

Además, se suele dar de forma mixta con otros TP, así como con otros Trastornos Mentales (TM) e incluso algunos expertos lo consideran el agente causal de cualquier otra forma de psicopatología: https://tlpasturias.info/tlp/complicaciones/ - http://persum.net/

4. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

No existen datos oficiales, pero diferentes estudios sitúan su **prevalencia media en el 2%** de la población general, que son 30.000 personas en la RM, 120.000 en total si consideramos 3 familiares de promedio.

Según la prestigiosa psicóloga **Marsha Linehan**, "***la principal disfunción del TLP es la desregulación emocional, resultado de la interacción entre una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante o traumático; están atrapados en polaridades y son incapaces de conseguir la síntesis****";* todo lo cual les genera conductas altamente desadaptativas.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005

La **Desregulación Emocional** es producto del sufrimiento que padecen por no saber identificar ni gestionar las emociones negativas y su predisposición a reducirlas de cualquier forma, sin atender a las consecuencias a largo plazo de los métodos empleados. Para aliviar su doloroso caos interior recurren, p.ej., a las drogas, comida y conductas de riesgo.

El TLP tiene una base genética, neurobiológica: alteración (ante estímulos) de la corteza prefrontal y de los neurotransmisores que regulan los impulsos y el afecto, como la serotonina, dopamina y oxitocina; y un decisivo factor externo: un entorno invalidante; así como desapego, abandono, acoso escolar y cualquier otro tipo de maltrato físico o psíquico que cause trauma en la infancia.

Los criterios para su diagnóstico se pueden consultar en el DSM-V y el CIE-10, pero, aun conociéndolos, es difícil comprender el comportamiento de estas personas y hacernos cargo de la gravedad de su trastorno; lo cual explica muy bien la citada M. Linehan, y la psicóloga **Dolores Mosquera** en su libro de divulgación "*Diamantes en Bruto I*".

Un resumen del mismo podría decir que "*sufren de extrema desregulación emocional, intensa impulsividad, problemas de identidad y terror al abandono;* ***no coordinan percepción, pensamiento y acción,*** *por lo que padecen un caos interior que les provoca gran sufrimiento, conductas autodestructivas y alta disfuncionalidad en todos los órdenes de la vida*."

Suelen ser personas inteligentes y con un gran potencial a quienes el TLP, su reactividad emocional, reduce sus habilidades para procesar información y por lo tanto para resolver situaciones cotidianas y conflictos, llegando a conclusiones erróneas (Dr. Jerome Kroll "El Desafío del Paciente Límite"). **La desregulación emocional les merma sus capacidades cognitivas**.

Su profundo conflicto emocional y su **baja autoestima** les provocan miedo, ante el cual se fabrican un escudo que, a veces, les hace comportarse de forma contraria a la lógica para conseguir cualquier objetivo, por fácil que sea. Suelen ser tan disfuncionales que para pedir ayuda llegan a mostrarse hostiles con quienes se la pueden prestar; pero, en realidad, **son vulnerables, sensibles y frágiles**.

Por todo ello, presentan elevadas dificultades para las relaciones y la autonomía personal, con **escasas habilidades para integrarse social y laboralmente**. Este mal ajuste familiar, social y laboral, puede llegar a ser muy incapacitante y desembocar en exclusión social, prisión, muerte por accidente, enfermedad o suicidio.

El TLP es tan grave que para paliar su sufrimiento psíquico, un 75% se inflige lesiones físicas, **un 80% comete intentos de suicidio y el 8-10% lo consuman**. Un 30% de las personas que se suicidan padecían TLP, a lo cual hay que añadir las muertes por sobredosis, accidentes y enfermedades ligadas a este TM.

No obstante, **el TLP tiene "*cura*" con el tratamiento multidisciplinar adecuado**: psicoterapias específicas individuales, grupales y familiares; psicofármacos coadyuvantes, seguimiento por expertos tras el programa de terapia integral y ayuda para la reinserción sociolaboral; tras lo cual estas personas pueden llevar una vida más o menos normalizada, son reintegrables a la sociedad.

La vulnerabilidad neurobiológica es crónica, pero el trastorno no lo es y recuperarse es posible. De hecho, la citada **Marsha Linehan**, padeció un grave TLP y consiguió doctorarse en Psicología y crear la Terapia Dialectico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), después comentada.

https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-l%C3%ADmite

5. ALGUNOS DATOS Y COMENTARIOS SOBRE EL TLP

Para entender mejor la gravedad de este TM a continuación exponemos algunos datos, en su mayor parte obtenidos del "**Estudio Sociológico sobre TLP**" realizado en Octubre 2019 por **AMAI-TLP**, de Madrid, que a su vez indica sus fuentes: Atención a las Personas con TLP en Andalucía (2012), Guía de Práctica Clínica sobre TLP Generalitat de Catalunya (2011), etc. En otros casos, indicamos nuestra fuente.

https://www.amaitlp.org/estudio-sociologico-tlp/

Hay que constatar que en España no existen datos estadísticos oficiales. Los estudios existentes abarcan ámbitos reducidos y las referencias suelen ser antiguas y de autores extranjeros. Los TP son una enfermedad *emergente* y estos datos pueden estar sesgados. Los hemos utilizado con prudencia y tomamos los de mayor coincidencia y credibilidad, que, en todo caso, deben considerarse como una referencia aproximada.

- **Consideramos que la prevalencia del TLP en la población general es del 2%**, cifra que, para hacernos una idea, duplica los casos de Esquizofrenia. AMAI-TLP indica en su web el 3% y el dato más frecuente es 2-4%.

- **La comorbilidad del TLP es extrema:** 93% trastornos afectivos (depresión, bipolaridad II, etc.), 88% trastornos de ansiedad (TEPT, fobias sociales, etc.), 64% abuso de sustancias, 53% trastornos de la conducta alimentaria, etc.

- **No existen psicofármacos autorizados para tratar el TLP**, pero un 80% de estos pacientes ha seguido un tratamiento de antidepresivos en los últimos años.

- **El TLP está muy infradiagnosticado**, con una demora en su diagnóstico de 9'5 años en mujeres y 6'5 en hombres.

- **El diagnóstico de TLP suele realizarse entre los 19-34 años**, aunque se estima que los síntomas aparecen entre los 14-20 años.

- **Los pacientes presentan un promedio de 8 diagnósticos diferentes** cuando llegan a las Unidades de TLP (Dr. Vicente Rubio Larrosa, Unidad TP Zaragoza).

  https://www.trastornolimite.com/tlp/trastorno-limite-personalidad

- **Más del 75% de personas con TLP han experimentado traumas en la infancia** por acoso escolar, abandono, maltrato físico o emocional, abusos sexuales, etc.

- **El 50% de personas con TLP están desatendidas y no reciben atención médica**. El 80% de demandas de asistencia las formulan familiares.

- **El TLP produce una severa limitación funcional durante toda la vida**. Avanzada la edad adulta suele disminuir la impulsividad y el trastorno se atenúa, pero persiste idéntica disfuncionalidad que en la adolescencia.

- **El TLP es el único TP que incluye la conducta autodestructiva** como uno de los criterios de diagnóstico. Las conductas de riesgo, las autoagresiones y los gestos suicidas afectan al 90% de los pacientes.

- El TLP por sí y asociado a toxicomanías y anorexia es el TM que presenta **mayor riesgo de mortalidad** en general, **mayor riesgo de suicidio** y **mayor reducción de esperanza de vida**, en 18-24 años. (AMATI-TLP y http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5385).

Comentarios de expertos en dicho Estudio Sociológico sobre el TLP 10-2019:

- **A las Unidades de TLP nos llegan los que están muy graves**. Los Centros de Salud no saben qué es el TLP y se les escapan muchos y dentro de la propia psiquiatría la dificultad del diagnóstico hace que se etiquete mal.

- **Hasta hace poco no se hablaba de TP**, tenía que ser neurosis o psicosis, no se consideraba que pudiese ser algo intermedio. **Falta investigación**, es una enfermedad de la que no se sabe mucho, estamos en el inicio todavía.

- **Es fundamental que se aborde la prevención y concienciación de la enfermedad**, empezando por las propias familias y llegando hasta los sistemas educativo y sanitario.

- **Se informa de niveles más altos de carga, depresión y dolor** en familias con un miembro con TLP que en aquellas donde ese familiar padece esquizofrenia. (Hoffman et al., 2004).

6. DETECCIÓN PRECOZ - TLP y ADOLESCENCIA

El TLP se gesta en la infancia pero suele manifestarse en la adolescencia, aunque, por norma, no se diagnostica hasta la mayoría de edad, según criterio del DSM-V. En esto existe una gran controversia, pues hay expertos que abogan por su detección y tratamiento precoz, que ha demostrado ser tan efectivo en adolescentes como en adultos, con la ventaja de que, cuanto antes se comience, menos daño causará el trastorno y más posibilidades habrá de llevar una vida plenamente normalizada.

https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=85871

Sus manifestaciones son muy heterogéneas, entre otras: desajustes de sueño, desórdenes alimentarios, aislamiento, cambios extremos de humor, ira incontrolable, desafío a las normas y a la autoridad, abandono de los estudios, gastos compulsivos e irracionales, intolerancia a la frustración, cuadros de ansiedad y depresión, inicio en el alcohol y otras drogas, ludopatía, conductas de riesgo (conducción, sexo), violencia intrafamiliar, autolesiones e ideaciones suicidas.

Estas conductas deben ser persistentes y un experto en TLP nunca las confundirá con las de adolescentes malcriados y caprichosos, cuyos padres pretendan patologizar la mala educación de sus hijos. También es cierto que el TLP es más difícil todavía de diagnosticar en la adolescencia, pues algunos de sus síntomas pueden confundirse con procesos propios de esa etapa de la vida.

El problema es que, tanto en adolescentes como en adultos, solo se suele diagnosticar y tratar lo más aparente: Ansiedad, Depresión, Toxicomanías, Trastornos de la Conducta Alimentaria, etc., y no se presta atención al trastorno base, el TLP, el cual ni se nombra en la mayoría de casos y se va cronificando y así reduciendo las posibilidades de "*curación"*.

A veces se presentan síntomas en la infancia, pero entonces se está en el inicio de la formación de la personalidad y no procedería aplicar las psicoterapias específicas para TLP. En esa etapa los síntomas se pueden dar en forma de Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante u otros Trastornos de la Conducta, que, si no se abordan a tiempo, derivarán en TLP en la adolescencia. Esto al margen de que dichos trastornos tengan entidad propia, no siempre subyace el TLP.

Es muy importante contar con profesionales formados que puedan hacer un diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento adecuado cuanto antes (**Dr. José Luis Carrasco Perera** -referencias al final de este informe-). También hay que buscar la forma de no etiquetarlos, de no estigmatizar a los adolescentes con un diagnóstico, lo cual saben gestionar bien los expertos en TLP.

https://www.amaitlp.org/blog/claves-detectar-tlp-adoslescentes/

https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Monzon-S-28.pdf

7. TLP y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

El TLP queda frecuentemente oculto ante los evidentes síntomas de los TCA, lo cual supone un factor de mal pronóstico y muchas veces el fracaso terapéutico.

La comorbilidad del TLP con los TCA es del 53%, siendo más frecuente la bulimia que la anorexia. El problema radica en que no se suele tratar debidamente el TLP y, como consecuencia, los TCA se agravan y cronifican.

Los TCA y los TP van tan unidos que en la Universidad Complutense de Madrid (UCM) se impartió en 2020-21 un máster titulado “Programa Especialista Tratamiento Integral en TP y TCA”.

El **Dr. José Luis Carrasco** afirma que los TCA más graves son los que llevan asociado un TP y que hay que centrar en este el tratamiento, sin descuidar que aquel ponga en peligro la vida del paciente. https://tlpmadrid.com/la-relacion-entre-los-tca-y-los-trastornos-de-la-personalidad/

Un estudio en el que participó el Dr. J.L. Carrasco resume que “*los hallazgos reflejan la **elevada prevalencia de rasgos disfuncionales de la personalidad entre las pacientes con TCA**, condición que en la práctica clínica complica su pronóstico y tratamiento… Lo que respalda la importancia de considerar los rasgos de personalidad de cara al diagnóstico e intervención terapéutica*.”

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100109

8. TLP y TOXICOMANÍAS = PATOLOGÍA DUAL (PD)

Las personas vulnerables a padecer TLP también lo son a las adicciones de todo tipo, ambas cosas van unidas, conforman un todo.

El 64% de personas con TLP sufren toxicomanías. Su impulsividad es potencialmente autolesiva; son habituales las politoxicomanías e incluso los consumos sin medida de drogas consideradas blandas, como nicotina, cafeína y azúcar.

La droga puede funcionar como disparador de un TLP latente o bien es el propio TLP el que lleva a las adicciones, para paliar la angustia y el sufrimiento. En cualquier caso, ambos se retroalimentan y se agravan, el consumo se cronifica y no cesa hasta que también se trata el TLP.

Un 50% de los usuarios de las Comunidades Terapéuticas (CT) sufren TLP. Salen rehabilitados de sus adicciones, pero luego no les tratan el problema base, el TLP, y todos recaen una y otra vez (dos de las principales CT de la RM confirman estos datos).

El TLP es un trastorno altamente invalidante, pero quienes padecen su PD presentan una conducta todavía más disfuncional, que los aboca a la exclusión social y a veces el delito y la cárcel.

El **Dr. Carlos González Navajas**, de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), afirma que "***los TM no predisponen a cometer un delito, pero la adicción es un factor facilitador***"; y que "***el estigma que existe siempre hacia las personas con un TM empeora notablemente cuando, además, se asocia al consumo de sustancias***".

9. EL TLP EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

Según datos nacionales recientes del País Vasco y Cataluña (Jornada Psisenda 12-05-2021), **el 30% de la población reclusa sufre TLP con antecedentes de toxicomanías**, ratio que estudios extranjeros más antiguos lo elevan hasta el 50%.

https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-problema-alta-tasa-trastornos-mentales-consumo-sustancias-centros-penitenciarios-20210512122146.html

La prisión causa la desintegración de la personalidad y el agravamiento del TLP, por lo que es el lugar menos indicado para estas personas, que deberían cumplir condena en centros especializados, dotados de recursos para atenderlos.

En la cárcel empeoran su evolución psicopatológica y tienen un mal pronóstico para su reinserción y la salud en general, convirtiéndose por consiguiente en grandes consumidores de recursos sociosanitarios. Cuando salen de la cárcel no existen dispositivos específicos para atenderlos.

Dice el **Dr. Carlos González**, de la SEPD que ***"lo que falla en el sistema asistencial para que estas personas acaben en centros penitenciarios es una concienciación y una estructuración de protocolos que las identifiquen como pacientes víctimas de una patología mental muy compleja***"

Por lo tanto, no nos debería extrañar que personas con PD, que tienen gran impulsividad, graves problemas para controlar su ira y dependen de las drogas para regularse, lleguen a cometer delitos contra la propiedad e incluso agresiones si las privamos de los tratamientos psicoterapéuticos que necesitan.

Asegura el **Dr. Mario Acevedo Toledo**, de la Sociedad Española para el Estudio de los TP (SEETP), que estas personas son más recuperables de lo que se pensaba. No presentan rasgos psicopáticos, suelen ser empáticas y altruistas, pero van perdidas, heridas por el TLP, sin identidad, y merecen sin duda una oportunidad.

https://www.europasur.es/algeciras/enfermos-mentales-mario-acevedo-entrevista-estigmatizados_0_1616238953.html

Un gran estudio realizado en el Reino Unido en 2016 encontró que el TLP por sí solo no sugiere una tendencia a la violencia, y si se involucran en actos de violencia, por lo general no se planifican, son actos impulsivos hecho en el calor del momento. En general, las personas con TLP no hacen más daño que a sí mismos. El riesgo de violencia se presenta cuando al TLP se le asocian otros TP, como p.ej. el Antisocial, o el abuso de sustancias.

No obstante, la mayoría de ellos ha sufrido violencia, son conductas aprendidas, nunca directamente atribuibles a un TM, que, además, normalmente está desatendido. Los verdaderos protagonistas de la violencia no son producto de TMG, sino consecuencia de la marginación y la maldad.

https://www.amaitlp.org/glosario/agresion/

Por último, dejamos enlace a un artículo ilustrativo de que la cárcel es el peor sitio para una persona con TLP o con cualquier otro TM, Allí van a empeorar y posiblemente a desarrollar otros TM. Hay que encontrar solución a este grave problema, y lo primero que se puede hacer es prevención, detección precoz y correcto tratamiento del TLP, incluso en los centros penitenciarios.

https://www.rtve.es/noticias/20211227/realidad-invisible-presos-trastornos-mentales-prision-salud-mental-son-antagonicos/2239520.shtml

10. PREVENCIÓN DEL TLP Y EDUCACIÓN EMOCIONAL (EE)

Nos remitimos al informe que nuestra asociación envió a todos los Grupos Parlamentarios de la AR el 02-11-2021, explicando la necesidad de implantar la **Educación Emocional** para prevenir el TLP, el resto de TP, otros TM y las conductas disruptivas y violentas.

La EE es una de las mejores formas de promover la SM. De nada sirve aprender, p.ej., Matemáticas o Historia si no sabemos gestionar nuestras emociones para afrontar las adversidades, tal como ahora se está viendo en muchos jóvenes a raíz de la pandemia por la Covid-19.

De hecho, la **Confederación Salud Mental España** inició en 2018 la campaña "***Educación inclusiva, Salud Mental Positiva***", elaborando una guía con material audiovisual a disposición de los docentes; pero entendemos que esto debe ser regulado por la Consejería de Educación y no quedar en manos del buen criterio y dedicación extra de algunos centros y educadores.

La Administración debería proveer suficiente asistencia psicológica infanto-juvenil en centros educativos y CSM. La **OMS** afirma que para 2030 los problemas de SM serán la primera causa de incapacidad en el mundo y también alerta sobre la necesidad de asistencia psicológica en la infancia: el 5-15% de niños presentaba problemas psicológicos, ahora en aumento por la Covid.

https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espana-educacion-emocional-escuelas/

Incluso hay guías para la **prevención específica del TLP en infanto-juvenil**, como la editada en 2012 por AMAI-TLP y la Unidad TLP Hospital Clínico Madrid, con la supervisión del **Dr. José Luis Carrasco**: "***Detección y Atención en el Aula del TLP***":

https://www.amece.es/images/guiaTLP.pdf

Entre otras cosas dice: *"**El TLP puede comenzar a manifestarse en la infancia**, siendo más frecuente su aparición en la adolescencia. Sin embargo, los problemas graves y crónicos aparecen en el principio de la edad adulta. Conocer esto significa que podemos implementar medidas adecuadas para la detección, el abordaje educativo y la temprana instauración del tratamiento desde la infancia, lo que, sin duda, puede facilitar una evolución mucho más favorable del TLP."*

También ofrecieron el "**Programa 2018-19 prevención y detección TLP infanto-juvenil**" para la prevención del TLP mediante la psicoeducación dirigida a profesores y familias de los alumnos de edad de 6 a 14 años de colegios públicos de la Comunidad de Madrid:

https://www.amaitlp.org/guia-de-deteccion-del-tlp-en-colegios/

Nota: TP Cartagena RM, en la medida de sus modestas posibilidades, también da charlas en centros educativos y asociaciones sobre prevención TM y suicidio.

Por otro lado, **nuestro estilo de vida está deteriorando la SM y disparando el TLP entre los jóvenes**. Las redes sociales (RRSS) difunden patrones de un falso mundo perfecto y la inmediatez en todo, lo que genera intolerancia a la frustración. Su mal uso o abuso es más grave de lo que podríamos imaginar.

Lo explica de forma muy amena la **Dra. Marian Rojas Estapé** en el siguiente enlace; imprescindible para entender mejor por qué **estamos creando una sociedad productora de jóvenes con déficits cognitivos y vulnerables a los TM**. Describe, sin mencionarlo, rasgos propios del TLP (subdesarrollo corteza prefrontal, desregulación de la dopamina, etc.): https://youtu.be/VWkSMHoK-Ns

Asimismo lo exponía hace días el **Dr. Luis Valenciano**, junto con otros comentarios muy acertados que resumimos con nuestras palabras: "*Creo que **el abuso de las RRSS ha cambiado la neurofisiología cerebral.** Los jóvenes viven en un mundo ideal e irreal, que les causa una frustración que no saben manejar**. Lo que está aumentando espectacularmente son las patologías relacionadas con la personalidad**, no las enfermedades clásicas, como esquizofrenia, bipolaridad o depresión mayor. **Si no paramos la fábrica que hemos creado de producir TM en masa, no servirá de nada aumentar la ratio de profesionales de SM**, que además no los hay, todo se colapsará. No se puede responder superficialmente a un problema tan complejo.*".

https://www.youtube.com/watch?v=TUqWnGmezo0&t=659s

Parece evidente la necesidad de implantar una EE de calidad en toda la enseñanza pública, que implique a todos los docentes y a las familias, y con la **dotación de suficientes psicólogos expertos en infanto-juvenil**; así como hacer campañas psicoeducativas para la prevención y detección precoz del TLP.

Asimismo y respecto al TLP y otros TP, **se debería prestar especial atención a las familias desestructuradas**, p.ej. a aquellas con hijos en Centros de Menores o que por orden judicial y/o al amparo del Servicio de Protección de Menores se ven en los "puntos de encuentro familiar", así como a niños y jóvenes que no solo hayan sido objeto de cualquier tipo de violencia, sino que la hayan presenciado en su entorno de forma reiterada.

En Murcia, las Consejerías de **Educación, Políticas Sociales, Salud y Universidades** deberían colaborar para conseguir un modelo transversal que atienda total y adecuadamente la etapa infanto-juvenil.

Como más adelante exponemos, **es mucho más rentable, social y económicamente, invertir en prevención que esperar a abordar los problemas cuando se han agravado** y ya tienen difícil solución, tal como, en general y lamentablemente, los está afrontando el Sistema en la actualidad.

La escasa ratio de profesionales de SM, la jubilación de más del 50% en los próximos 9 años y la falta de resiliencia de los jóvenes, nos urge a implantar la EE.

11. PSICOTERAPIAS ESPECÍFICAS PARA TRATAR EL TLP

Las psicoterapias que cuentan con evidencia científica para tratar el TLP son la **Psicoterapia Focalizada en la Transferencia** (TFP, por sus siglas en inglés), junto con la **Terapia Basada en la Mentalización** (MBT), ambas provenientes del psicoanálisis, y la **Terapia Dialéctica Conductual** (DBT), que comprende dos enfoques contrapuestos, la terapia cognitiva conductual y la filosofía dialéctica, más técnicas de mindfulness. Asimismo, hay evidencias de que la **Terapia Centrada en Esquemas** (SFT) consigue buenos resultados en el tratamiento del TLP.

Existen otras psicoterapias que también funcionan, pero sin la evidencia científica de las cuatro antes citadas, como son la **Técnica de Reprogramación Emocional EMDR** y el **Programa STEPPS**.

En nuestras universidades se estudia la Terapia Cognitivo Conductual, que comenzó a usar **Marsha Linehan** (**DBT**) para tratar las conductas suicidas y el TLP, obteniendo pobres resultados, por lo que siguió investigando hasta completarla como arriba se indica, creando así una de las terapia más versátiles y efectivas para el TLP.

https://asociacionespanoladedbt.com/

En España existen 3 grupos de psicoterapia TFP, en Barcelona, Bilbao y Murcia; este último compuesto por el **Dr. Luis Valenciano** y el **Dr. Pedro A. Rosique**. Esta es la terapia más dura para ambas partes, psicoterapeuta y paciente, pero quizás la más efectiva en los casos más graves.

https://tlpasturias.info/que-es-la-psicoterapia-focalizada-en-la-transferencia/

La diferencia y complementariedad de ambas terapias principales, DBT y TFP, se puede ver en el siguiente artículo. Ambas se imparten en el Hospital de Día Francisco Román (HDFR), del Complejo Psiquiátrico Román Alberca. La TFP para terapia individual y la DBT para grupal y familiar.

http://fundacionargibide.org/2019/09/11/tdc-vs-tfp-en-tlp-2-tipos-de-terapia-para-el-trastorno-limite-de-la-personalidad/

Nota: Tenemos a disposición de quien nos los solicite un informe con más datos acerca de estas psicoterapias y otro con comentarios de prestigiosos expertos en TLP sobre las mismas.

12. SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE MURCIA

En el **HDFR** (El Palmar) y en la **URA del CSM de Cartagena** atienden el TLP con sendos programas intensivos, con terapias TFP y DBT en aquel y solo DBT en este; y también lo hacen en las **URA de los CSM de Lorca y de San Andrés-Murcia**, con terapia MBT, aunque no cuentan con programas específicos para ello.

No obstante, el HDFR ha reducido los 6 meses del programa ante la saturación de la lista de espera, que superaba el año; y, aun denominándose Programa de Atención Intensiva (PAI) el que imparten en la URA del CSM de Cartagena, ven a los pacientes cada 7 o 15 días, lo que cuestiona la efectividad de este tratamiento.

Estos son todos los recursos en la RM para el TLP, que **en total pueden asistir como mucho a unas 300 personas al año, el 0'5-1'0% del colectivo**. Después carecen del seguimiento psicológico por expertos en TLP y el apoyo adecuados para su reinserción social.

En cuanto a los **Trastornos de la Conducta Alimentaria**, solo tenemos 6 camas en toda la RM en el HGU Reina Sofía y las 2 asociaciones que existen están actualmente colapsadas. Ese 53% con TLP y TCA no suele ser atendido del TLP tras pasar por estos centros de TCA.

Respecto a la **Patología Dual**, tenemos muy buenas Comunidades Terapéuticas en la RM pero no están especializadas en atender el TLP. Ese 50% de usuarios de CT con PD no suele ser atendido del TLP tras salir de estos centros.

Hoy en día **la mayoría de personas con TLP están sin diagnosticar y gran parte de quienes lo están no reciben psicoterapias, solo medicación**; lo cual viene a sumar en el elevado consumo y gasto en psicofármacos de la RM, un 50% superior al promedio del SNS, según sus propios datos (SIAP-Farmacia Enero-Junio 2021).

De una u otra forma, **el Sistema carga la responsabilidad y cuidados de afectados de TLP en la familia**, sin prestarle información sobre este TM y siendo esta parte del problema y de la solución.

La **Gerencia de SM** está elaborando un **Plan para la formación de profesionales** en activo en TLP y que estos pacientes sean atendidos en todos los CSM, derivando los casos más graves al HDFR, que habría que potenciar; así como un **Plan de continuidad de cuidados** tras la estancia en CT o centros de TCA. También contemplan establecer el cuidado al cuidador.

El problema, al margen de la **insuficiente inversión en SM**, no es solo la falta de expertos en TLP en la RM, sino la **significativa falta de profesionales de SM** en general, que será más dramática todavía en los próximos 9 años por la prevista jubilación de más del 50%; ante lo cual, no se conoce medida alguna. Con estos mimbres es muy difícil no ya mejorar, sino mantener el actual nivel de atención en SM.

Todo esto lo acusan más las personas con TLP, que necesitan, al igual que el resto de TM, **un cambio del modelo de atención en SM**, que, entre otras cosas, comprenda:

- La vinculación del paciente con profesionales que dominen los TP.
- Establecer canales de comunicación para crisis o consultas (teléfono, email, web).
- Atender las crisis de TLP fuera de las consultas, cuando sea necesario.
- Gestión proactiva en el ámbito comunitario para adherirles al tratamiento.
- Contar con pisos supervisados para reinserción sociolaboral.
- Viviendas tuteladas para el tratamiento de quienes estén en situación de exclusión social.
- Pequeños centros para sustituir penas de prisión por el tratamiento para el TLP.

Para todo ello es necesario dotar de más fondos a la SM en general y a los TP en particular, y solucionar la alarmante falta de profesionales de este ramo. **Esta inversión inicial conllevará una gran rentabilidad económica y beneficio social, al margen de todo el sufrimiento que evitaría.**

13. POR QUÉ EL TLP ESTÁ INVISIBILIZADO

Realmente es difícil entender por qué el TLP está tan desatendido y es tan desconocido por la sociedad en general, cuando normalmente se presenta como un TMG que afecta a tanta gente y las consecuencias de no tratarlo son tan negativas.

Esto es así por una conjunción de factores que conforman una realidad invisibilizada a la opinión pública; aunque todo se podría simplificar en la falta de inversión para solucionar este grave problema sociosanitario, que, en general, la Administración ha venido ignorando. Tratamos de explicarlo:

El TLP es un TM nuevo en la Historia de la Psiquiatría. Fue incorporado al DSM-III en 1980 y la OMS lo incluyó en su listado de TM en 1992. Todavía queda mucho por descubrir y se sigue avanzando en su estudio.

Es difícil y costoso formarse en las psicoterapias específicas para el TLP. Se desarrollaron a finales del siglo pasado y principios del actual. Las dos primeras y principales, la TFP y la DBT, se crearon en EEUU y había que ir allí a aprender.

Muy pocas Universidades españolas imparten formación en TLP. Destaca la Complutense de Madrid, con un máster de 2 años, la de Valencia, y poco más. En Murcia se comienza a hacer seminarios sobre DBT en la UMU.

La mayoría de profesionales de SM no están formados en TLP. Los MIR y los PIR están preparados para identificar el TLP, pero no lo están para hacer un diagnóstico diferencial y mucho menos para abordar el tratamiento especializado del paciente.

Es el TM más difícil y complejo de tratar. Supone un gran desafío para cualquier profesional. Son pacientes que no suelen perder el juicio, retan al psicoterapeuta, consumen mucho tiempo y a veces abandonan los tratamientos. Lo más estable del TLP es la inestabilidad y se requiere un plus de vocación para tratarlos, pero cuando un buen especialista conecta con su sufrimiento, suelen adherirse al tratamiento.

Todavía persisten criterios de la antigua psiquiatría. Precisamente porque no suelen perder el sentido de la realidad, algunos profesionales siguen creyendo que el TLP no es un TM, que son jóvenes maleducados, egocéntricos y amorales; o bien los diagnostican de TLP pero no creen que tenga solución, solo los medican, no los derivan a las Unidades de TLP y no informan a los familiares sobre el TLP.

Somos el país y región europeos con las ratio más baja de profesionales de SM y uno de los consumos más altos de psicofármacos. Con tal escasez de profesionales de SM, es comprensible que en su mayoría se dediquen a TM bien conocidos y parametrizados, en vez de a tratar el TLP; y, a falta de psicoterapeutas expertos, a quienes padecen TLP se les sobremedica. La ratio de profesionales de SM es inversamente proporcional al consumo de psicofármacos y esto lo acusa sobremanera el TLP.

Carecemos del modelo necesario para atender el TLP. Están pidiendo ayuda con sus conductas extremas, sobredosis e intentos de suicidio y el Sistema no les responde. Se deja todo en manos de la familia y de la voluntad del paciente, cuando su voluntad está gravemente afectada por el TLP. Hace falta un modelo de atención proactiva en el entorno comunitario para gestionar que se adhieran al tratamiento. Hoy en día solo unos pocos llegan a las Unidades de TP.

Las personas con TLP no suelen pedir la discapacidad ni están acogidas a la Ley de Dependencia (LD). Las asociaciones de TLP no cuentan con centros de día ni con profesionales pagados por la Administración. Aquí no hay dinero, por lo tanto esto no existe. No obstante, lo que necesitan estas personas es recibir cuanto antes el tratamiento adecuado y no tendrían necesidad de solicitar la discapacidad o acogerse a la LD por una indeseable evolución de su TP.

Muchas familias desconocen el TLP. Los padres asumen que tienen un hijo problemático, solo ven cómo se muestra el TLP, pero desconocen qué es. Creen que presenta una conducta desajustada a la norma por voluntad propia. Nadie les suele sacar de su error si llegan a un CSM; no suelen recibir información sobre el TLP. Esto se vive como un drama familiar en secreto.

El TLP está estigmatizado. Los propios pacientes niegan el TLP, ocultan el diagnóstico; los familiares hacen lo propio, supuestamente para protegerlos; y así, todo se les vuelve en contra cuando presentan conductas disruptivas. El miedo al estigma prevalece, nunca dirán que van a la consulta del psicólogo o del psiquiatra, nadie a su alrededor se enterará de que el TLP existe.

La sociedad en general desconoce el TLP. Se ven las consecuencias de no tratarlo adecuadamente, casos de jóvenes que dejan los estudios o el trabajo, que beben y se drogan, que acaban en la calle, delinquen y terminan en la cárcel; pero nadie sospecha que padecen TLP. La sociedad transmite la culpa a los padres por no haber sabido educar a ese hijo/a.

El TLP es muy difícil de comprender por allegados, la sociedad en general e incluso por algunos profesionales de la SM. Se pretende que los afectados entiendan razonamientos normalizados, que se comporten correctamente, que, p.ej., dejen las adicciones; pero eso es tan absurdo como pedirle a una persona con depresión mayor que levante el ánimo o a un diabético que regule por sí mismo su nivel de glucosa en sangre. Es imposible, sin recibir el tratamiento adecuado.

Ni los medios de comunicación, ni expertos generalistas de SM nombran el TLP. Todos explican muy bien los problemas de la SM, las consecuencias de la pandemia, cómo influye la precariedad, el género, hablan del suicidio, etc., pero nadie nombra el TLP y mucho menos en adolescentes, pues oficialmente no se trata hasta los 18 años. Describen cuadros de manual de TLP y no lo mencionan. No existe.

El TLP es tabú. En el mundo anglosajón el término "*borderline*" tiene un matiz despectivo. Dice el Dr. J.L. Carrasco que hasta que en Hollywood no se haga una buena película que rompa este tabú y que dos famosos actores reconozcan que padecen TLP en vez de decir que tienen bipolaridad (TB) y trastorno de estrés postraumático (TEPT), seguirán existiendo los prejuicios y el estigma sobre este TM.

Nadie denuncia esta situación. El TLP es devastador para quien lo sufre y para sus allegados. Les han convencido de que no hay solución, de que, p.ej., su hijo se comporta mal y persiste en las adicciones por voluntad propia. A nadie le quedan fuerzas para poner siquiera un reclamación en un CSM u Hospital por una atención inadecuada. Las familias quedan destrozadas por los efectos del TLP, es decir, de no ser tratado adecuadamente.

Así que, con todo este conglomerado de circunstancias, se dan las condiciones perfectas para que, en general, la Administración siga sin prestar suficiente atención a este grave problema sociosanitario y, sin embargo, invirtiendo recursos en atender los TM asociados al TLP, sin éxito; todo lo cual pasa desapercibido para el público en general.

Es por ello que sí hay que nombrar y repetir el término TLP, pues es necesario sacar a la luz este TMG; lo cual no es necesario con los TM clásicos cuando se habla de SM.

En cierta forma, para la mayoría de personas con este "nuevo" TM, el TLP, es como si viviesen en la Edad Media, cuando se creía que las personas con EM estaban poseídas por espíritus diabólicos. Si bien ahora no se las quema en la hoguera, casi nadie las comprende ni las puede ayudar, se condenan sus conductas y el Sistema las conduce a una muerte temprana.

No obstante, existe una buena base para que la situación mejore notablemente. Contamos con el HDFR y nos consta el buen trabajo que está haciendo la Gerencia de SM para implantar mencionado Plan de Continuidad de Cuidados y Formación para atender a este colectivo en todos los CSM de la RM; cuyo satisfactorio desarrollo dependerá de la dotación de recursos para ello.

Las políticas de inversión a medio y largo plazo en SM han demostrado ser mucho más rentables que lo poco que se viene haciendo actualmente. Vamos a verlo:

14. RENTABILIDAD DE INVERTIR EN ATENDER EL TLP

La OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) indicaban en un informe de 2021 por qué es esencial y rentable invertir en SM. En 2016 la OMS financió un estudio que afirmaba que invertir en SM suponía una **rentabilidad del 400%** sobre el coste que conlleva.

"No atender la SM afecta negativamente a los países por la menor productividad, la menor formación y participación en el mercado laboral, la pérdida de ingresos fiscales y el aumento de las prestaciones sociales."

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=16939

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6180

Respecto al TLP, invertir todo lo necesario en su **prevención, detección precoz y atención integral** de pacientes y familias, conllevaría un importante ahorro para la Administración y un destino de los fondos más racional y eficiente.

Se beneficiarían sobre todo las áreas de **Sanidad Pública** (SP), **Servicios Sociales** y **Justicia**; pero, sobre todo, se vería beneficiada la sociedad en general y muy en particular muchos jóvenes que no desarrollarían este TM y otros con TLP que podrían llevar una vida normalizada, evitando así un gran sufrimiento a ellos y a sus familias. El beneficio económico lo explicamos a continuación:

GASTO SANITARIO

Se calcula que un 35% de la atención clínica en SM es a personas con TLP, que, en su mayoría, no reciben tratamiento psicoterapéutico específico y sí mucha medicación (10% ambulatoria y 20-25% hospitalaria), más un 5% en Atención Primaria; tasas que se pueden reducir notablemente.

Un recientemente microestudio de la **Fundación ADIEM, de Alicante**, con 11 voluntarios tratados con la terapia **DBT**, arroja los siguientes datos, antes y después del tratamiento, que demuestran algunas facetas de su rentabilidad:

- Ingresos hospitalarios: 48 / **7** (media 4 / **0'5**)
- Red social de apoyo: 5 / **11 (100%)**
- Uso adecuado serv. sociosanitarios 4 / **11 (100%)**

El TLP es un trastorno infradiagnosticado, con hasta 9'5 años de demora en su diagnóstico y cuando llegan a las Unidades de TLP llevan un **promedio de 8 diagnósticos diferentes**. Incluso siendo bien diagnosticados, tardan años en acceder a las Unidades de TLP o no llegan nunca.

Al margen del enorme perjuicio para la salud del paciente y su familia, durante todos esos años hasta llegar a la Unidad de TLP, se derrocha una ingente cantidad de dinero en diversos y costosos psicofármacos y en psicoterapias que solo tratan la "cara visible" del problema y no abordan el trastorno base. **Sería más rentable y efectivo aplicar los programas multidisciplinares intensivos para el TLP, que duran menos de 1 año** y la medicación se suele reducir drásticamente, suprimiéndose en algunos casos.

Se reduciría notablemente el coste de oportunidad, pues los afectados son grandes demandantes de SM y los psiquiatras y psicólogos generalistas que les atienden durante tantos años sin obtener resultados positivos duraderos, descargarían sus agendas y podrían dedicarse a tratar pacientes con otras patologías más estudiadas que sí dominan, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos o de ansiedad puros, etc.

Por otro lado, es un rasgo propio de TLP que **las personas que lo sufren no saben cuidar de sí mismas y van desarrollando enfermedades de todo tipo**, propias de sus conductas impulsivas, tales como respiratorias, hepáticas, cardíacas, renales e infecciosas; **en lo que también son grandes demandantes de la SP** y, por consiguiente, originan un elevado gasto durante toda su vida; todo lo cual se podría reducir sensiblemente.

A todo esto hay que sumar los TM y patologías físicas muy relacionadas con el sistema nervioso que desarrollan o se agravan en los familiares próximos: ansiedad, depresión, enfermedades de la piel y del aparato digestivo, etc.; todo ello producto de la angustia y estrés por la relación con un afectado de TLP sin tratar; agravándose la situación cuando a los allegados tampoco les informa nadie sobre el TLP, como suele ser habitual. Si el TLP fuese debidamente atendido, en este apartado también se ahorraría una ingente cantidad de dinero en la SP en general.

Patología dual (PD). Un 50% de los usuarios de CT padecen TLP, más otro 5% otros TP. La gran mayoría no recibe tratamiento específico, todos recaen en las adicciones y repiten estancia en las CT. Es decir, más de la mitad de los usuarios de las CT son una población flotante perpetua sin posibilidad de curación. Conforman una especie de hermandad de usuarios que no tiene mejor opción de vida que acudir indefinidamente a las CT.

Si las personas con TLP y otros TP recibiesen el tratamiento adecuado, bien en la misma CT o tras el proceso de deshabituación, la mayoría solo tendría necesidad de acudir a la CT una sola vez. **Este ahorro de dinero en las CT se podría invertir en el tratamiento especializado para el TLP**. Además las CT suprimirían sus listas de espera y podrían atender mejor a sus usuarios.

En la PD el gasto es más elevado, pues cuando recaen lo hacen generalmente de forma más impulsiva y el subsiguiente brote psicótico es por lo tanto más grave, y otra vez se recurre al 112, ingreso hospitalario, derivación al CAD, vuelta a la CT, y a continuar girando en ese círculo vicioso, gastando recursos sin fin hasta la muerte temprana o el suicidio. **Es más rentable y sobre todo humano atender debidamente el TLP**.

TLP y TCA. Un 53% de afectados de TLP sufren TCA. Se estima que más del 30% son enfermos crónicos del TCA porque nunca han recibido tratamiento para el TLP.

Es lo mismo que ocurre con la PD. Si no se trata la patología base, el TLP, los tratamientos de los TCA solo dan un resultado cortoplacista, los pacientes recaen y los tratamientos se eternizan y algunos afectados de anorexia mueren. Resultaría mucho más rentable y eficaz tratar el TLP en los casos que proceda.

GASTO SOCIAL

Coste personal, empresarial y estatal. Quienes padecen TLP suelen ser personas inteligentes, con un alto potencial, pero el TLP les ha truncado sus vidas. No prevenir, detectar y tratar el TLP supone desaprovechar la capacidad de reforzar y proteger sus dotes cognitivas, emocionales y sociales, el rendimiento académico de niños y adolescentes, así como posibilitar a los adultos mantener trabajos; todo lo cual también afecta a los cuidadores.

En cuanto a las empresas y estado, la menor productividad supone un alto coste o reducción de ingresos para las empresas y las economías nacionales. En los estados hay que incluir el coste social de los subsidios por desempleo, ingreso mínimo vital, etc. Es lo que dice la OMS respecto al elevado coste de no invertir el SM en general y es perfectamente aplicable al TLP.

Discapacidad y Centros para Personas con Enfermedad Mental Crónica. Muchas personas con TLP se ven con los años en la necesidad de solicitar la discapacidad y otras, sobre todo con PD y otros TM, desarrollan psicosis irreversibles y precisan ingresadas en estos centros; la mayoría porque no han sido atendidas del TLP.

Se estima que un 75% de la personas sin hogar padece TLP. El Sistema los aboca a la exclusión social y entonces son difícilmente recuperables. La Administración y las empresas suelen subvencionar a las ONG que atienden a estas personas. Todo ese dinero se podría destinar a atajar el problema base, el TLP.

Accidentes de tráfico. Según un estudio de la Fundación Línea Directa, con la colaboración de la Fundación Española para la Seguridad Vial y datos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, **en la década 2010-2019 el consumo de psicofármacos estuvo presente en casi 50.000 accidentes con víctimas en España**, que registraron 1.300 conductores fallecidos y en 1 de cada 5 peatones fallecidos en accidentes de tráfico.

El 27% de automovilistas murcianos reconoce haber sufrido algún accidente o situación de riesgo por consumo de medicamentos; el porcentaje más alto de toda España. El 41% de los conductores murcianos no sabe identificar un fármaco peligroso para la conducción, según dicho informe.

La atención psicológica adecuada del TLP reduciría notablemente la prescripción de psicofármacos a este gran colectivo y las conductas impulsivas de estas personas, y por lo tanto disminuiría el número de accidentes de tráfico y su coste económico y humano.

https://www.fundacionlineadirecta.org/sala-de-prensa/-/asset_publisher/3polfsFvW0wN/content/estudio-medicamentos-conducir

Violencia de Género. Los TP no explican el origen del maltrato, pues la violencia es multicausal y probablemente obedece más a factores educativos y socioculturales sobre el abuso de poder, pero sí existe una fuerte relación entre ambos y esto no se debería obviar, es un factor más.

Un estudio realizado en 2011 por el PSIMAE y la Universidad de Navarra con condenados por maltrato de género arroja que un **80% padece TP**, además de dependencia al alcohol y las drogas, y que cuanto más grave es la Patología Dual, mayor era la gravedad del abuso a la pareja; datos que confirman otro estudios.

Destacan el TP Obsesivo-Compulsivo, Paranoide, Dependiente y Narcisista, y una comorbilidad media de 3 TP, y como es sabido el TLP es el "*socio"* principal. Lo más alarmante es que un 30% es menor de 31 años. Tenemos que preguntarnos cómo estamos educando a nuestros jóvenes.

En este estudio apuntan a otro extranjero más amplio, que utilizó una versión más actualizada y precisa del test de diagnóstico (MCMI-III), y **redujo la cifra de TP al 48%**, en cualquier caso muy alta. **Lo importante es que, tras recibir psicoterapia, se obtiene un 85% de éxito y mejoría**.

http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315026314001

En otro estudio realizado en 2013 por la Universidad y el CIS de Murcia con 90 condenados por violencia de género, con entrevista diagnóstica (SCID-II), método más fiable que referido test, dio un resultado del **70% de TP**, predominando el TP Antisocial y el TLP.

https://www.elsevier.es/en-revista-the-european-journal-psychology-applied-381-articulo-differential-profile-in-partner-aggressors-S1889186114000043?referer=buscador

Por otro lado, en muchos casos de mujeres maltratadas que no denuncian a sus agresores subyace un TP, como TLP y TP Dependiente, y cuando el agresor sufre a su vez TLP, TP Narcisista o Antisocial, la combinación puede resultar letal.

Pero no es correcto patologizar a las mujeres maltratadas, ni pensar que quienes padecen TP son maltratadores; de hecho, solo representan un 0'2-0'3% del colectivo. Debemos cuidar de no estigmatizarlos más de los que ya están, los TP son un factor más en la violencia de género; no son maltratadores por padecer un TP.

Si exponemos estos datos no es para señalar a personas que padecen un TM, sino porque quizás podríamos evitar mucha violencia de género detectando y tratando cuanto antes los TP con las psicoterapias específicas y sobre todo atacando las raíces del problema con la prevención, con la **Educación Emocional.**

Invertir en implantar la EE y el tratamiento a todas las personas con TP supondría un gran ahorro en todo lo que actualmente se destina a atender la violencia de género, lamentablemente sin mucho éxito.

Además, esta inversión conllevaría un ahorro en el sistema judicial y penitenciario, en los cuales existen más gastos que podríamos evitar y seguimos exponiendo.

Esto es extrapolable a todo tipo de violencia, filio parental, maltrato infantil, etc. Se estima que **tras un 65% de la violencia intrafamiliar existe un TLP**, dada su alta impulsividad y patrones aprendidos; aunque este no sea el único factor que provoca la violencia.

Lo penoso, en lo que respecta al TLP, es que las agresiones de estas personas no son premeditadas, sino producto de la impulsividad e ira incontroladas, ambas criterios de diagnóstico de su patología, de la que normalmente no han sido tratados; sin embargo, son personas recuperables, que se arrepienten de dicho actos.

Como decíamos en el capítulo 9, el problema se agrava cuando al TLP se une el consumo de alcohol y otras drogas, y sobre todo si la comorbilidad es con el TP Antisocial, el cual presenta rasgos psicopáticos.

*

GASTOS DEL SISTEMA JUDICIAL-PENITENCIARIO

La prevalencia del TLP en la cárcel es del 30%. En la RM, con una población reclusa de 1.641 presos en 2020, teóricamente hay unos 500 que padecen TLP o su PD. El gasto carcelario se calcula en 25.900 € por recluso, **13 MM € anuales**, que estarían mejor invertidos en dispositivos asistenciales para prevenir y atender el TLP.

Una gran parte de esos reclusos no habría llegado a delinquir si hubiesen sido previamente atendidos del TLP, que a su vez es la base de otros muchos TM, que en general padecen un 90% de los reclusos.

Todos los gastos judiciales hasta llegar a prisión van a costa del Erario Público. Normalmente se da un proceso largo y gradual hasta llegar a prisión, con juicios por robos-hurtos y agresiones en el ámbito familiar, con frecuentes órdenes de alejamiento. Cuando quedan en la calle se repiten los mismos delitos para conseguir drogas. En casi todos los casos, al principio hay una serie de condenas que no llevan aparejada la prisión hasta que finalmente llegan a ella. El condenado suele ser insolvente. Todos estos gastos son a cuenta del Estado e, igualmente, se podrían evitar en su mayor parte.

Gastos de las Fuerzas del Orden. También hay que considerar los gastos de la PL, PN y GC, que suelen intervenir cuando se avisa al 112 por brotes psicóticos por consumo y en todos los casos de delitos. -

Estas personas son pacientes y víctimas de una patología mental muy compleja y, por ello, no deberían ser criminalizadas ni estigmatizadas más de lo que ya están.

En general, si han llegado a esta situación es por el abandono de la Administración, que persiste en mantener un sistema que las lleva a su autodestrucción, en lugar de invertir en prevención, detección precoz y tratamiento integral del TLP, lo cual sería más rentable social y económicamente. Así sí son reintegrables a la sociedad.

15. TLP Y SUICIDIO

El 90% de las personas que se suicidan padecían un TM, si bien la causa del suicidio no es el TM en sí, en todo caso, un factor importante sería la falta del tratamiento y asistencia adecuados.

El TLP presenta una tasa de suicidios del 8-10% y un 80% de intentos y autolesiones con ideación suicida. Lo consuman para evitar el sufrimiento, no porque quieran morir, al igual que son muy frecuentes las autolesiones sin ideación suicida para sustituir el sufrimiento psíquico por el físico.

El TLP por sí mismo y junto con toxicomanías y anorexia presenta el mayor riesgo de mortalidad en general de todos los TM. A su vez, la PD reduce la esperanza de vida entre 18-24 años.

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5385

Esto deja claro que el TLP, su PD y su comorbilidad con la anorexia es el TM donde más suicidios se consuman, más muertes en general se producen y menos esperanza de vida existe; todo lo cual se podría paliar en buena parte si estas personas fuesen debidamente atendidas de su patología.

En 2020 se han consumado 3.941 suicidios en España, el 7'4% más que en 2019. **En la RM 132, 9 más que en 2019** (Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia, Memoria 2020).

El suicidio está dejando de ser tabú, se está hablando con propiedad del mismo y de la necesidad de prevenirlo. Sin embargo, el Sistema continúa fabricando candidatos perfectos para el suicidio y muerte por sobredosis, anorexia y accidentes, al mirar para otro lado cuando se trata de TLP.

Tendríamos que ponernos en la piel de ellos. Van a psicólogos que solo conocen terapias generalistas, a psiquiatras que solo les prescriben medicación, a CT y a centros para TCA donde no reciben psicoterapia para el TLP y recaen una y otra vez. Les tachan de problemáticos, de falta de voluntad…, lo cual les hace creer que no tienen solución, que nada ni nadie puede ayudarles. **¿¡Cómo no se van a suicidar!?**

Recordemos que los pocos que acceden a las Unidades de TLP, tras largas listas de espera, llevan una media de 8 diagnósticos diferentes y han tardado de 6'5 a 9'5 años en ser correctamente diagnosticados. Antes, muchos se han quedado por el camino.

Un 30% de las personas que se suicidan padecía TLP, lo cual suponen 1.182 en España en 2020, 40 en Murcia; pero muchos otros suicidios se atribuyen a la depresión y hay que recordar su alta comorbilidad con el TLP y el infradiagnóstico de este. Es decir, **el TLP podría subyacer en la mitad de las personas que se suicidan**.

Si de verdad se quiere luchar contra el suicidio, además de contar con el imprescindible **Plan Regional para Prevención del Suicidio**, con su correspondiente dotación económica, se debería atender debidamente el grave problema sociosanitario que representa el TLP.

Los países con planes para reducir el suicidio, obtienen buenos resultados. Si nosotros invertimos, p.ej., en reducir los accidentes de tráfico, los homicidios y la violencia de género, **¿por qué no se invierte en la prevención del suicidio?**

Los suicidios en 2020 multiplican por 2’7 los fallecidos en accidentes de tráfico, por 14 los homicidios y por 85 las muertes por violencia de género. **¿Para cuándo vamos a contar con un Plan Regional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida, con su correspondiente dotación económica?**

16. SOLICITUD A LA COMISIÓN DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL:

Confiamos en que el presente informe sea de utilidad para que esta Comisión tome conciencia del grave problema sociosanitario que es el TLP e inicie actuaciones encaminadas a su solución en la mayor medida y brevedad posibles. A continuación exponemos los objetivos que para ello consideramos se deberían comenzar a trabajar:

- **Priorizar la inversión en SM en general.** Respecto al TLP conseguiríamos un importante ahorro en tratamientos infinitos en TM comórbidos, psicofármacos, ingresos hospitalarios, etc., así como en gastos sociales, judiciales y otros, antes expuestos.
- **Dotar a la Gerencia de SM de fondos suficientes** para, según se indica en el capítulo 12, suplir las carencias comentadas, potenciar el HDFR, iniciar el cambio de modelo de atención en el entorno comunitario, y desarrollar satisfactoriamente el Plan de Continuidad de Cuidados y Formación de Profesionales en Activo que están preparando.
- **Fomentar la formación en psicoterapias específicas para TLP**. Hay que contar con la Consejería de Universidades y la Facultad de Psicología de la UMU, con el HDFR y con el Dr. Luis Valenciano, referencia en la RM. Estas psicoterapias (TFP y DBT) funcionan para el TLP y las ideaciones suicidas.
- **Implantar una Educación Emocional de calidad y continuada** en el sistema educativo, con dotación de suficientes psicólogos (psicólogo general sanitario). Urge frenar la proliferación de TM, entre los que destacan los TP. La promoción y prevención de la SM es lo más rentable.
- **Colaboración de todas las Consejerías implicadas en la SM** para promover, prevenir y atender el TLP, otros TM y las ideaciones suicidas de una forma transversal. Es necesaria la implicación de las Consejerías de Educación, Políticas Sociales, Salud y Universidades.
- **Incluir los TP en Guías, Leyes, Protocolos o Planes de Salud Mental como lo que son:** TM con entidad clínica propia que necesitan un tratamiento especializado y, con frecuencia, se presentan como TMG, como en la mayoría de los casos lo es el TLP. Está en el DSM desde 1980 pero sigue minusvalorado. Hay que acabar con los prejuicios sobre el TLP.

- **Invertir en campañas para reducir el estigma**. Darle visibilidad para luchar contra este tabú y así ayudar a quienes lo padecen y a sus familias, que necesitan entender qué es el TLP y aprender a gestionar la relación con su familiar afectado.
- **Invertir en un Plan de Prevención del Suicidio y Atención de la Conducta Suicida**. Urge tomar medidas para reducir la cifra de suicidios, altamente ligada al TLP.
- **Aumentar la actual subvención del SMS de 17.850 € a nuestra Asociación**. Necesitamos contratar más personal para poder atender la demanda existente y seguir dando esperanza y una mejor calidad de vida a las personas con TLP y sus familias. Nos urge contratar a un/a gerente, cuyas funciones no pude seguir desempeñando nuestra presidenta.

El TLP se puede prevenir y si las personas que ya lo padecen reciben el tratamiento adecuado, pueden llevar una vida normalizada. Son recuperables para la sociedad, que obtendría un gran beneficio si este colectivo fuese debidamente atendido; **es una cuestión de eficiencia y rentabilidad económica, pero, sobre todo, de Derechos Humanos.**

17. REFERENCIAS DEL DR. JOSÉ LUIS CARRASCO PERERA

LINKEDIN: Catedrático Psiquiatría Universidad Complutense (*), Jefe Unidad TP Hospital Clínico San Carlos, Director Científico del Hospital Ruber Juan Bravo, Director Clínica Sommos, y presidente de la Sociedad de Psiquiatría, todo en Madrid.

(*) Dirige máster de 2 años TP: https://www.ucm.es/titulospropios/trastornosdepersonalidad/

En los siguientes enlaces de un perfil suyo y una entrevista en el blog de una persona con TLP, ambos de 2020, podemos encontrar más información, entre la que destaco:

Formado en neurociencias de la conducta en la Universidad de Columbia (NY), experto en tratamientos del trastorno depresivo y ansiedad, suicidio y en comportamientos agresivos graves, destacado por la revista Forbes en 2020 como uno de los cuatro mejores psiquiatras en España.

Fue presidente fundador y ahora miembro de la Sociedad Española para el Estudio de los TP (SEETP), promotor de la red europea EUNET para el estudio de los trastornos impulsivos de la personalidad, investigador principal de la Red de Investigación en SM CIBERSAM, etc.

https://www.regiondigital.com/noticias/extremadura/335537-jose-luis-carrasco-un-medico-psiquiatra-extremeno-entre-los-mejores-de-la-lista-forbes.html

https://diariodeunborderline.org/entrevista-dr-jose-luis/

Su blog es: https://tlpmadrid.com/

Y en YouTube se pueden encontrar muchos vídeos suyos. En el siguiente, largo pero muy recomendable, confirma muchas de las afirmaciones y exposiciones de este informe:

https://www.youtube.com/watch?v=xuZfOtPQmiw&t=2207s

El Dr. J.L. Carrasco y la psicóloga Dolores Mosquera, son nuestras principales referencias en la elaboración de este informe, si bien, todo cuanto exponemos es de nuestra única responsabilidad.

AMAI-TLP también es una referencia, aunque a veces discrepamos de algunos datos, como p.ej. que el TLP lo sufren 3 veces más las mujeres que los hombres o que el riesgo de suicidio es 400 veces superior en personas con TLP, cuando la mayoría de estudios indica 50 veces más. En todo caso, es una buena fuente de información. https://www.amaitlp.org/

18. ENLACES DE INTERÉS PARA PERSONAS CON TLP Y FAMILIARES, Y OTROS RECURSOS

TP CARTAGENA RM, Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad en la Región de Murcia. Teléfonos: 868-090.272 y 687-092.289, correo: tpcartagena@gmail.com, web: https://www.tpcartagenarm.com/

NEABPD-SPAIN (Alianza Nacional para la Educación sobre el TLP), correo: info@neabpdspain.org, web: https://neabpdspain.org/

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA: https://consaludmental.org/

FEDERACIÓN SALUD MENTAL MURCIA: https://www.saludmentalrm.com/

HELP GUIDE (en inglés): https://www.helpguide.org/articles/mental-disorders/helping-someone-with-borderline-personality-disorder.htm

Deja de Andar Sobre Cáscaras de Huevo. Libro de P. Mason y R. Kreger, la “biblia” del TLP.

Diamantes en Bruto I. Libro de Dolores Mosquera. Un acercamiento al TLP.

-=o0o=-

Cayetano Toledo Hernández
TP Cartagena RM
28 Febrero 2022

Revisado 21-03-2021

LISTADO DE ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria.
AR	Asamblea Regional.
CAD	Centro de Atención a Drogodependencias.
CARM	Comunidad Autónoma Región de Murcia.
CIE-10	Clasificación Internacional TM.
CSM	Centro de Salud Mental.
CT	Comunidades Terapéuticas.
DBT	Terapia Dialéctico Conductual (siglas en inglés).
DSM-V	Manual Diagnóstico TM, Asociación Americana de Psiquiatría.
EE	Educación Emocional.
EF	Enfermedades Mentales.
EMG	Enfermedad Mental Grave.
HDFR	Hospital de Día Francisco Román, El Palmar-Murcia.
HPRA	Hospital Psiquiátrico Román Alberca, El Palmar-Murcia.
HMM	Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.
MBT	Terapia Basada en la Mentalización (siglas en inglés).
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAI	Programa Atención Intensivo.
PD	Patología Dual.
PNUD	Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.
RM	Región de Murcia.
RRSS	Redes Sociales.
SEPD	Sociedad Española de Patología Dual.
SEETP	Sdad. Española para el Estudio de los Trastornos de Personalidad.
SFT	Terapia Centrada en Esquemas (siglas en inglés).
SM	Salud Mental.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SP	Sanidad Pública.
TB	Trastorno bipolar.
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria, y su singular.
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático.
TFP	Terapia Focalizada en la Transferencia (siglas en inglés).
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad.
TM	Trastornos Mentales.
TMG	Trastornos Mentales Graves.
TP	Trastornos de la Personalidad.
TUS	Trastornos por uso de sustancias.
URA	Unidad de Rehabilitación de Adultos.-