



Servicio Madrileño de Salud

Oficina Regional
de Coordinación de Salud Mental

Comunidad de Madrid



SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (Guía para el profesional)

Guía del Trastorno Límite de la Personalidad

(Guía para el profesional)

COORDINADORES

José Jaime Melendo Granados

Psiquiatra. Hospital Universitario Gregorio
Marañón (Madrid).

Carolina Cabrera Ortega

Psiquiatra. Coordinadora del Programa de
Trastornos de la Personalidad del Instituto
Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid).



Trabajando juntos por un mundo más sano

Guía del Trastorno Límite de la Personalidad

(Guía para el profesional)

COORDINADORES

José Jaime Melendo Granados

Psiquiatra. Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

Carolina Cabrera Ortega

Psiquiatra. Coordinadora del Programa de Trastornos de la Personalidad del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid).

AUTORES POR ORDEN ALFABÉTICO

Juan Carlos Azcárate Benedit

Psicólogo Clínico. Hospital de Día Psiquiátrico. Hospital de la Princesa (Madrid).

Carmen Bayón Pérez

Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Carolina Cabrera Ortega

Psiquiatra. Coordinadora del Programa de Trastornos de la Personalidad del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid).

Carmen Costi Goyeneche

Psicóloga Clínica. Práctica Privada (Madrid).

Marina Díaz Marsá

Psiquiatra. Unidad de Trastornos de la Personalidad. Hospital Clínico Universitario de San Carlos (Madrid).

Enrique García Bernardo

Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

Josefina Mas Hesse

Psiquiatra. Coordinadora del Hospital de Día Príncipe de Asturias (Madrid).

José Manuel Montes Rodríguez

Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital del Sureste (Madrid).

Antonio Muñoz de Morales

Psiquiatra. Jefe del S.S.M. de Usera (Madrid).

Cristina Rodríguez Cahill

Psicóloga Clínica. Hospital Virgen de la Salud (Toledo).

Javier Rodríguez Torresano

Psiquiatra. S.S.M. de Villaverde (Madrid).

Néstor Szerman Bolotner

Psiquiatra. Hospital Virgen de la Torre (Madrid).

© Pfizer

Coordinación editorial:

IM&C

International Marketing & Communication, S.R.L.

Alberto Alcocer, 13, 1º D • 28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: XXX-XX-XXX-XXXX-X

Dep. Legal: M-00000-2009



**Biblioteca
virtual**

Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

Índice

Prólogo de Dña. Ana Sánchez Fernández. Viceconsejera de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid	5
Prólogo de D. Guillermo Petersen Guitarte. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Dirección General de Hospitales ..	7
Prólogo de D. Juan José Francisco Polledo. Director de Relaciones Institucionales de Pfizer	9
Diagnóstico del TLP	11
Néstor Szerman Bolotner. Psiquiatra. Hospital Virgen de la Torre (Madrid).	
Modelos psicológicos de comprensión	17
Enrique García Bernardo. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).	
Neurobiología	21
José Manuel Montes Rodríguez. Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital del Sureste (Madrid).	
Javier Rodríguez Torresano. Psiquiatra. S.S.M. de Villaverde (Madrid).	
Reflexiones éticas y legales	27
Antonio Muñoz de Morales. Psiquiatra. Jefe del S.S.M. de Usera (Madrid).	
Características de los equipos y liderazgo	35
Juan Carlos Azcárate Benedit. Psicólogo Clínico. Hospital de Día Psiquiátrico. Hospital de la Princesa (Madrid).	

T ratamiento biológico	41
Marina Díaz Marsá. Psiquiatra. Unidad de Trastornos de la Personalidad. Hospital Clínico Universitario de San Carlos (Madrid).	
R ed de S alud M ental y tratamiento de los pacientes con TLP	47
(basado en un documento de trabajo del área 9 de Madrid, ver bibliografía)	
Carmen Bayón Pérez. Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid).	
Carolina Cabrera Ortega. Psiquiatra. Coordinadora del Programa de Trastornos de la Personalidad del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid).	
Josefina Mas Hesse. Psiquiatra. Coordinadora del Hospital de Día Príncipe de Asturias (Madrid).	
Cristina Rodríguez Cahill. Psicóloga Clínica. Hospital Virgen de la Salud (Toledo).	
T ratamiento en P atología D ual	65
Néstor Szerman Bolotner. Psiquiatra. Hospital Virgen de la Torre (Madrid).	
T ratamiento psicoterapéutico	71
Carmen Bayón Pérez. Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid).	
Carmen Costi Goyeneche. Psicóloga Clínica. Práctica Privada (Madrid).	
Enrique García Bernardo. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).	
Cristina Rodríguez Cahill. Psicóloga Clínica. Hospital Virgen de la Salud (Toledo).	
B ibliografía	107

Prólogo

En los últimos años, la frecuencia en la asistencia para los Trastornos de Personalidad en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid ha aumentado considerablemente. Ello va en paralelo al incremento, en lo que va de siglo y a final del pasado, de las publicaciones por parte de la comunidad científica, de numerosos trabajos sobre diversos aspectos de estos trastornos. El Trastorno Límite de Personalidad —también llamado “Trastorno Borderline”— es el que más acusa esta tendencia.

Consciente del tema, desde esta Consejería de Sanidad, a través de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, se van cubriendo etapas encaminadas a mejorar la asistencia de estos pacientes —conocidos en la literatura psiquiátrica como “problemáticos”—, elevar la formación de los profesionales y atender a los familiares que ven subvertir el orden relacional en la convivencia cotidiana del día a día.

Por eso, desde hace años se han ido dando pasos en una dirección confluyente en el camino que se indica. Así, se han venido realizando seminarios, jornadas, comisiones científicas..., donde a nivel general y particular, y con la colaboración de la Agencia “Laín Entralgo” para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, se van exponiendo líneas de actuación que abarcan desde el estudio diagnóstico hasta las técnicas psicoterapéuticas individuales y grupales pasando por los últimos avances en intervenciones psicofarmacológicas.

De igual manera, con objeto de cerrar un circuito que pueda dar continuidad al tratamiento de estos pacientes, el nivel asistencial se ha ido mejorando con la creación de 2 Unidades Hospitalarias, en régimen de Comunidad Terapéutica, para la atención personalizada e intensiva de estos trastornos. Esta forma de colaboración entre estratos de internamiento y ambulatorio junto con otros recursos, como el Hospital de Día, pretende generar un modelo de asistencia en red que, con la implicación costosa de los profesionales, sea ejemplo para otras Comunidades Autónomas.

Es con esa pretensión que aparece ahora esta “Guía de Trastornos Límite de Personalidad”, dirigida a los profesionales de la Salud Mental y que viene a completar la que en el año 2005, con la colaboración de esta Consejería y tras la demanda de AMAI (Asociación Madrileña de Ayuda a la Investigación de los Trastornos de Personalidad) se publicó con el título “Recorriendo los límites” (Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno de personalidad). Si esta última pudo significar un alivio para la comprensión de este trastorno por parte de las familias, espero que la que ahora prologo sea un instrumento valioso para la mejor actuación profesional cara a las personas afectadas de este trastorno.

Dña. Ana Sánchez Fernández.
Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Prólogo

En el año que comienza, y que completa la primera década del siglo XXI, “Recorriendo los límites” (guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad) veía la luz en su segunda edición. En una confluencia ni azarosa ni contingente, pues era fruto de una meditada y secuenciada planificación, aparece ahora esta “Guía/Vía” para los profesionales sobre este aspecto de la Salud Mental.

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, comprometida con estos pacientes y sus familiares no sólo a nivel asistencial sino institucional a través de AMAI (Asociación Madrileña de Ayuda a la Investigación de los Trastornos de Personalidad) tenía que ir cerrando el círculo completando también un modelo de asistencia e intervención que, respetando el seguimiento de los pacientes por los diversos recursos, diera cuenta a la vez de las mejores formas de abordaje clínico por parte de los profesionales.

Como en otras ocasiones y siguiendo una metodología de intercambio grupal, ya conocida, que favorece la puesta en común de conocimientos, se reunieron bajo los auspicios de esta Oficina, experimentados profesionales que a su probada competencia unían una avezada práctica en este tipo de trastornos. Además, la mayoría de ellos había colaborado en la anterior “Guía” y las nuevas incorporaciones infundieron nuevo entusiasmo en el proyecto.

El resultado, como se verá, y ése fue el propósito, intenta no dejar fuera ningún aspecto que redunde en la mejor tarea con estos pacientes. Se aborda desde la clarificación del diagnóstico —no siempre fácil— hasta los aspectos legales desprendidos de la relación con este trastorno. Se detiene en las formas psicoterapéuticas (individuales, grupales y familiares) así como en los últimos avances en neurobiología, incluyendo los tratamientos psicofarmacológicos. Así mismo, no olvida los abordajes diferenciados en los distintos recursos de Salud Mental (Centro de Salud

Mental, Hospitalización Breve, Hospital de Día, Comunidad Terapéutica), dedicando también un capítulo al necesario y difícil trabajo en equipo.

Desde esta Oficina, queremos agradecer el esfuerzo de los autores de los distintos capítulos, representados por los coordinadores del proyecto, Dra. Carolina Cabrera y Dr. José Jaime Melendo, que con su empeño han hecho posible esta publicación.

D. Guillermo Petersen Guitarte.

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Dirección General
de Hospitales. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Prólogo

Las enfermedades mentales se están convirtiendo en una de las grandes epidemias del siglo XXI, con un número cada vez mayor de personas diagnosticadas. Identificar los síntomas precisos cuando no son físicos, como sucede muchas veces con las enfermedades mentales, para poder establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado, es una tarea muy difícil a la que se enfrentan los especialistas en su quehacer diario.

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una de estas entidades clínicas a las que tienen que enfrentarse, cada vez con más frecuencia, los sanitarios españoles y que, dada la diversidad de síntomas con los que se puede presentar, dificulta su correcto diagnóstico.

La “Guía del Trastorno Límite de la Personalidad” pretende constituirse en una herramienta clave en el manejo de esta patología, haciendo una revisión exhaustiva de la bibliografía científica internacional existente hasta el momento, desde un punto de vista pluridisciplinar.

En Pfizer, además de dedicar nuestros esfuerzos a la investigación de nuevos tratamientos, estamos convencidos de la necesidad de impulsar iniciativas a favor de la salud y apostamos por la formación continuada de los profesionales sanitarios de nuestro país.

Por eso creemos que apoyar este tipo de obras es fundamental para generar un debate fructífero entre la comunidad científica nacional que sirva para mejorar el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad que, como ya hemos apuntado con anterioridad, afecta a un número creciente de personas.

También sabemos el importante papel que juegan las distintas administraciones a la hora de facilitar la mejor atención posible a estos pacientes. Por eso, en Pfizer colaboramos activamente con varias consejerías de sanidad regionales en diversos

programas, enfocados a la prevención y promoción de la salud y la salud mental, como uno de los aspectos clave para el bienestar de la población.

Pensamos que la integración social y laboral del enfermo mental son fundamentales para la eliminación del estigma que les acompaña e igualmente creemos que es clave que las personas con trastornos mentales puedan acceder a redes asistenciales coordinadas y totalmente integradas en los sistemas sanitarios públicos, con los mejores recursos y dispositivos posibles y situadas lo más cerca posible del entorno familiar para facilitar la rehabilitación psicosocial y laboral de los pacientes. Fruto de este trabajo en equipo con las administraciones autonómicas es este libro, elaborado con la participación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a través de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Por otra parte, dedicamos una gran cantidad de nuestros recursos a la investigación de nuevos medicamentos que sirvan para cubrir las necesidades médicas no cubiertas actualmente. En el campo de las neurociencias y la Salud Mental, tenemos una de las mejores carteras de medicamentos en investigación, abarcando enfermedades tan discapacitantes como el Alzheimer, la epilepsia, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, entre otras.

Pensamos que esta obra puede constituir una gran aportación a los clínicos que tratan con los pacientes de Trastorno Límite de Personalidad, una patología que sigue siendo desconocida en algunos aspectos. Esperamos que así sea y que sirva para mejorar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

D. Juan José Francisco Polledo.

Director de Relaciones Institucionales de Pfizer.

Diagnóstico del TLP

Néstor Szerman Bolotner.

Psiquiatra. Hospital Virgen de la Torre (Madrid).

Uno de los problemas que afectan a la moderna psiquiatría es el diagnóstico, dificultad que probablemente alcance su máxima expresión cuando se trata del Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

De hecho, a diferencia de muchos diagnósticos médicos, basados en sólidas evidencias etiológicas, patofisiológicas y con correlatos terapéuticos, en psiquiatría solemos carecer de esa especificidad.

El Trastorno Límite de la Personalidad es una entidad diagnóstica muy nueva, tanto que su incorporación a la nosología y nosografía psiquiátrica se produce en 1980 con la aparición del DSM-III, por lo que se cuestiona el motivo de su falta de reconocimiento anterior y si en realidad se trata de una enfermedad de nuestro tiempo (sociogénesis) o una nueva representación de la psicopatología, como heredero de la neurosis del siglo XIX y mitad del XX.

El hecho es que el acercamiento sindrómico a las enfermedades es de origen reciente con las clasificaciones del RDC (Criterios Diagnósticos de Investigación) y el DSM-III después. Esto, sumado a la inexistencia de síntomas patognomónicos, ha provocado la confusión con otros cuadros clínicos.

El pensamiento psicoanalítico tradicional sólo permitía el diagnóstico de neurosis, psicosis y perversiones, impidiendo valorar trastornos como el TLP. Sin embargo, han sido los fenómenos psicopatológicos descritos por el pensamiento psicodinámico (Kernberg), retomados con procedimientos empíricos, los que facilitaron operacionalizar criterios que han permitido una distinción diagnóstica válida.

Plantear el estado actual de este criterio “categorial” y diagnóstico nos introduce en un tema confuso y objeto de enormes controversias, ya que al ser una entidad nosológica reciente, es objeto de multitud de críticas, tanto sean de formación fenomenológica, psicoanalítica como biológica.

Estos cuestionamientos se pueden resumir en algunos de los siguientes planteamientos críticos:

1. Diagnóstico de “cajón de sastre”: pacientes que no se adscriben a las categorías diagnósticas tradicionales.
2. Trastorno del “espectro bipolar”: como la distimia irritable.
3. Una formación de compromiso (un síntoma) entre el saber académico y el psicoanálisis (visión del “psicoanálisis Lacaniano”).
4. Un aparato heurístico, que compensaría la falta de un adecuado modelo psicológico comprensivo, que permanece como término usual para denostar un vasto y heterogéneo grupo de pacientes.
5. Una “organización borderline de la personalidad” que critica o precede al enfoque descriptivo y empírico del síndrome.
6. Desde la psiquiatría clásica se puede bucear en sus antecedentes en los siguientes conceptos rescatados por la “fenomenología”: psicosis subliminal (Kraepelin); psicópatas lábiles de estado de ánimo (K Schneider), el puente entre personalidad y enfermedad (Jaspers), un lugar intermedio en el *continuum* de enfermedad mental (Kretschmer).
7. Desde la psiquiatría francesa clásica de comienzos del siglo pasado se podría asimilar a la “neurosis grave del carácter” (L'évolution psychiatrique).
8. Desde la psiquiatría contemporánea se han hecho planteamientos controvertidos: La CIE-10 lo incluye como subcategoría del Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable, donde predominan las anormalidades afectivas y del pensamiento, diferenciado del subtipo Impulsivo. También autores escandinavos (Simonsen) hablan de “Condición Borderline” incluyendo al Límite (TLP) y al Trastorno Esquizotípico de la Personalidad en esta condición.
9. La separación esquemática que algunos sectores pretenden establecer entre la “psiquiatría europea” y la clasificación de la OMS por un lado, que hacen referencia al TLP como una condición (rasgo) que aparece en la adolescencia y persiste en la vida adulta separado del “estado” de enfermedad mental; y por otro, la “psiquiatría americana” que hace hincapié en la conducta actual y el funcionamiento de la personalidad, aunque este no sea persistente a lo largo de los años, como se comprobó en los estudios de seguimiento de Zanarini.

Nuestra visión clínica, aunque no homogénea, no suscribe la mayoría de estos puntos de vista críticos del TLP y, en cambio, si sostiene que un diagnóstico psiquiátrico puede ser válido si informa algo sobre la persona que lo recibe, es clínicamente útil en la medida que tiene un valor psicoeducativo y psicopedagógico y orienta una particular aproximación terapéutica al mismo, que predice el curso evolutivo y establece un pronóstico; datos todos ellos que cuentan ya en el TLP con una creciente y sólida investigación clínica y empírica.

Por tanto, defendemos y compartimos los puntos de vista de autores como Gunderson, acerca de que hay buenas razones para creer que el TLP representa un trastorno razonablemente bien delimitado, al menos tanto como muchos otros de los trastornos psiquiátricos menos cuestionados, y que el diagnóstico correcto adquiere una importancia capital.

Sin embargo el diagnóstico, sobre todo si no se le conoce o se piensa en él, no resulta fácil, tanto por las dificultades clínicas de realizar un diagnóstico longitudinal, como por la compleja comorbilidad y por la escasez de instrumentos existentes.

Entre los instrumentos diagnósticos existentes, el más ampliamente utilizado es el del DSM-IV-TR. Pese al “estrechamiento” de la definición que ha hecho la clasificación americana, el TLP como categoría se aplica a una relativamente heterogénea población. Esta clasificación llamada politética del DSM-IV implica que ningún criterio simple o ítem es en sí mismo suficiente o necesario y obliga a cumplir cinco de los nueve criterios diagnósticos enunciados, lo que posibilita 151 combinaciones diferentes de estos ítems, desde las cuales es posible alcanzar el estatus diagnóstico del TLP. Quizás también cabe recordar que el análisis factorial, que aporta un método empírico para identificar variables latentes implicadas en el diagnóstico, parece reflejar un constructo, el del TLP, estadísticamente coherente.

La gran profusión y diversidad de síntomas que afectan al TLP provoca que los clínicos puedan fácilmente confundirse al hacer una valoración transversal, es decir, evaluar sólo los síntomas o la crisis puntual. La carencia de una perspectiva longitudinal puede llevar a equivocarse el diagnóstico, a tratar las características asociadas al eje I, como depresión, bulimia, abuso o adicción a sustancias, etc., sin reconocer el subyacente y en alguna medida persistente Trastorno Límite de la Personalidad, que orientará el tratamiento adecuado.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con:

1. Trastornos relacionados con la esquizofrenia.
2. Trastornos afectivos: trastornos del espectro bipolar, depresión y distimia.

3. Trastornos por uso de sustancias.
4. Trastornos de alimentación.
5. Trastorno por ansiedad: pánico, TAG, TEPT, TOC.
6. Trastornos somatoformes.
7. TDAH del adulto.
8. Otros trastornos de personalidad: esquizotípico, antisocial, narcisista, histriónico, dependiente.

Esta expresión polisintomática produce confusión diagnóstica y en ocasiones olvido de que la comorbilidad también existe, sobre todo con trastornos del espectro afectivo, como es el caso del Trastorno Bipolar II, del que existe una abundante literatura. Sabemos también que la mayoría de los pacientes con TLP cumplen criterios diagnósticos para Depresión, pero un experto podrá reconocer que la cualidad de la experiencia depresiva es distinta: la rabia, la intolerancia a la soledad, el vacío, las culpas primitivas, la suicidabilidad para conseguir respuestas empáticas, las actitudes devaluativas, etc., marcan una tenue pero radical diferencia.

El solapamiento, pero también la confusión con el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TASP) es frecuente; entre otras, la definición esencialmente conductual y no psicopatológica del TASP puede inducir a un clínico a esta confusión, aunque cuando se aplican los criterios de psicopatía (R Hare) esta confusión tiende a desaparecer, como vienen a sugerir los estudios neurobiológicos y de neuroimagen que establecen diferencias entre ambos trastornos.

Otro campo objeto de interés diagnóstico es el de la comorbilidad con el abuso y dependencia de sustancias, pero este tema es tratado de forma diferencial en Patología Dual.

Existen otros instrumentos diagnósticos que son útiles a los clínicos, entre los cuales la entrevista semi-estructurada DIB-R de Gunderson es, pese a su “antigüedad”, un avance diagnóstico —e incluso nos atreveríamos a decir pedagógico— para muchos clínicos, que con su familiarización pueden tener en ocasiones una comprensión longitudinal, dimensional y polisintomática del trastorno, facilitada por la existencia desde años recientes de una versión disponible validada al español.

El TLP, esta convención diagnóstica, que no es sólo consenso, que supera las opiniones de diferentes nosologías y escuelas (psicodinámica, biológica, cognitivo conductual, etc.) y que trasciende las barreras idiomáticas sigue teniendo pese a todo una ubicación controvertida como hemos visto en las diferencias que mantienen las clasificaciones de la OMS (CIE-10) y la de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR).

Existe un gran interés en las clasificaciones dimensionales, aunque no sólo de los trastornos de personalidad. En ese sentido se han planteado argumentos para una clasificación basada en rasgos que sustituya al Eje II actual, aunque al parecer en el próximo DSM-V no habrá una ruptura con los criterios categóricos actuales y sí se incorporarán aspectos dimensionales.

Modelos psicológicos de comprensión

Enrique García Bernardo.

Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

El concepto y la descripción psicopatológica del TLP están muy lejos de ser homogéneos. Su génesis ha atravesado etapas diversas, no exentas de cuestionamiento, derivado de las diversas conceptualizaciones psicológicas (según el paradigma utilizado) y del intento de comprensión en el que se basaban. De esta manera, tanto la definición del trastorno como su comprensión y, asociado a ello, el modelo de técnica terapéutica que se propugnaba, han aparecido históricamente como un sesgo que distorsionaba la observación y descripción del fenómeno, su comprensión y su tratamiento.

Se han barajado algunos modelos psicológicos como más representativos de las corrientes actuales en este campo de los trastornos de la personalidad. Se exponen en el cuadro siguiente:

Teorías de la personalidad

Interpersonal	(D Kiesler, L Benjamin).
Psicobiológica	(D Cloninger, L Siever).
Estadística	(T Widiger, WJ Livesley).
Cognitiva	(A Beck, Young, M Linehan).
Psicoanalítica	(J Gunderson, O Kernberg, M Stone).

De la misma forma han sido múltiples los intentos que se han llevado a cabo para intentar delimitar cuáles serían los signos patognomónicos (presencia *versus* ausencia) para una clasificación categorial del TLP o, en su defecto, aquellas dimensiones (presencia relativa) más representativas del fenómeno a describir.

Las categoriales (DSM o CIE) presentan indudables ventajas de cara a manejar unos pocos criterios claros, representativos y que permiten manejar muchos pacientes en poco tiempo, con criterios definidos por la presencia o ausencia en el cuadro clínico del paciente. En su defecto, tienden a descripciones estáticas (transversales) y admiten múltiples combinaciones sintomáticas con perfiles de pacientes muy diferentes, que quedan no obstante clasificados bajo el mismo epígrafe.

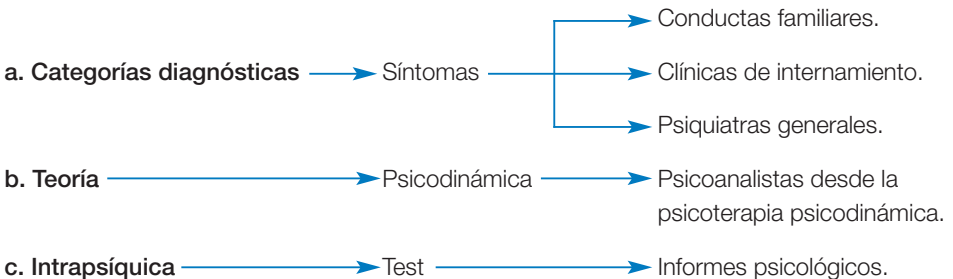
Las dimensionales son longitudinales, tendiendo a recopilar la mayor información posible respecto a la trayectoria vital del paciente, basando su análisis en la presencia relativa de determinadas dimensiones (entrevista estructural de O Kernberg o psicobiológicos como el de R Cloninger), más acordes con la lógica de la continuidad en psicopatología. En su contra hay que decir que son difíciles de evaluar, hay dificultad a la hora de delimitar cuántas dimensiones son relevantes y se hacen necesarios potentes métodos de análisis de los datos o inferencias muy notables por parte del clínico.

Fuentes de los datos

Quizás en ningún campo de la psicopatología es tan relevante el dónde y el por quién se realiza la observación del paciente, añadiendo información del tipo de interacción que ha tenido lugar. Así, según J Gunderson, esencialmente hay tres tipos de descripciones:

- a) Observaciones de cuadros sintomáticos y de comportamiento (DSM).
- b) Formulaciones psicodinámicas (entrevista estructural de O Kernberg).
- c) Datos provenientes de las exploraciones psicológicas, test o escalas (variabilidad según se trate de datos extraídos de test psicométricos y/o proyectivos).

Estos tres modos aparecen como fuentes paralelas pero con capacidad de combinarse.



Será precisamente la combinación de los datos, la que hará que con un énfasis mayor o menor en algunos de ellos se plantee la implementación de uno u otro modelo de tratamiento. Los tratamientos psicológicos serán revisados en el apartado correspondiente de psicoterapia de esta Guía.

Orientaciones teóricas en TLP

Aunque las orientaciones teóricas para conceptualizar el TLP son muy variadas se hace necesario simplificar al máximo las más relevantes. Sin ánimo de ser exhaustivos se ofrece a continuación un cuadro que incluye los tres modelos que podrían representar las más conocidas y usadas como referencia en la mayoría de los lugares que atienden pacientes con TLP.

Orientaciones teóricas en TLP

Dimensiones	Psicoanalítica	Ecléctica	Biopsocial
Autores	O Kernberg	J Gunderson	M Linehan
Concepto	Estructural, conflicto.	Trastorno específico.	Trastorno específico.
Fuente datos	Síntomas. Estructura intrapsíquica. Transferencia.	Combinación de síntomas psicodinámicos, comportamental y test.	Comportamiento, entrevistas estructuradas y test.
Tratamiento recomendado	Psicoterapia. Psicoanalítica modificada.	Psicoterapia más case-management.	DBT.

Neurobiología

José Manuel Montes Rodríguez.

Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital del Sureste (Madrid).

Javier Rodríguez Torresano.

Psiquiatra. S.S.M. de Villaverde (Madrid).

Una perspectiva integradora de la etiología del TLP obliga a considerarlo como consecuencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta complejidad dificulta la realización de una investigación fructífera.

Los intentos de asociación de los hallazgos neurobiológicos con elementos clínicos derivados de las clasificaciones nosológicas habituales han sido poco útiles, probablemente debido a que la categorización de donde surgen responde a criterios un tanto artificiales. Ello ha llevado al esfuerzo de identificar dimensiones clínicas que permitan un anclaje más sólido de los datos neurológicos.

La distinción entre carácter y temperamento tiene una especial importancia en este contexto. El segundo hace referencia a una tendencia innata de reacción al medio. Por tanto tendría una relación directa con factores genéticos. A diferencia de esto, cuando hablamos de carácter aludimos a un patrón de conducta aprendido de nuestras experiencias adquiridas. En el TLP determinados rasgos temperamentales son utilizados en un ambiente determinado por el sujeto de un modo rígido y desadaptativo.

A lo largo de las últimas décadas han sido publicados diversos modelos neurobiológicos de los trastornos de personalidad. Básicamente en ellos se propone que algunos aspectos o dimensiones del temperamento están estrechamente relacionados con factores neurobiológicos. Por ejemplo, en el modelo de Cloninger se sostiene que la evitación del daño está relacionada con el sistema serotoninérgico.

Estos modelos se consideran actualmente superados debido a que la relación que proponen resulta demasiado reduccionista.

El conocimiento sobre la neurobiología del TLP es menor del que se ha alcanzado en otras patologías psiquiátricas como la esquizofrenia y los trastornos afectivos. No obstante, en los últimos años no han cesado las publicaciones en torno a este tema e incluso existen propuestas concretas sobre líneas de investigación pendientes de desarrollar.

En este capítulo revisamos de forma panorámica, no exhaustiva, los aspectos más contrastados de los hallazgos neurobiológicos que se han ido conociendo en este trastorno.

Neuroimagen

El TLP se caracteriza clínicamente por la existencia de disregulación emocional, impulsividad, disfunciones cognitivo-perceptivas y dificultades en las relaciones interpersonales. Sabemos que el sistema límbico tiene un papel clave en el procesamiento y modulación de las emociones. Como es conocido, esta modulación se realiza en el seno de intensas conexiones entre amígdala, hipocampo, cíngulo anterior y corteza prefrontal (CPF) junto a la estimulación ejercida desde los núcleos mesencefálicos. La amígdala juega un papel especialmente relevante en el aprendizaje emocional así como en la capacidad para recordar emociones asociadas a los acontecimientos vitales. Precisamente en el TLP existe una tendencia clara a la valoración emocional errónea de los acontecimientos. La CPF desempeña otro papel fundamental en el control de las emociones. Por ejemplo evita una persistencia desadaptativa de emociones negativas originadas en la amígdala. Son estas estructuras, al menos, las que están implicadas en el deficiente procesamiento emocional característico de los sujetos con TLP.

La neuroimagen nos permite aproximarnos a las alteraciones cerebrales, tanto funcionales como estructurales, de estos individuos. Respecto al **volumen cerebral**, el TAC no ha podido demostrar diferencias respecto a controles. Sin embargo estas diferencias sí se aprecian con la RNM. Un número considerable de publicaciones coinciden en referir reducción en el volumen de hipocampo y amígdala, además de cambios menos replicados en otras localizaciones cerebrales. Es interesante destacar que en el TPET (Trastorno por Estrés Postraumático), frecuentemente estudiado de forma conjunta con el TLP por su componente traumático, no se ha encontrado disminución en el volumen de la amígdala, pero sí en hipocampo.

Con respecto a la **neuroimagen funcional**, los estudios muestran una coincidencia algo menor que en los hallazgos estructurales. Mediante PET se ha medido en condiciones de actividad basal el consumo cerebral de glucosa, mostrando disminución especialmente en CPF y cíngulo, aunque estos resultados no han sido replicados por otros autores. Hay que destacar que en los pacientes con mayor agresividad expresada se ha referido una menor actividad metabólica en estas áreas.

La medición de la actividad metabólica del sistema límbico tras estimulación ha permitido obtener información valiosa sobre la neurobiología del TLP. Para ello se han empleado diversos procedimientos que básicamente corresponden a estímulos aversivos. Los individuos con TLP tienden a presentar un mayor flujo sanguíneo respecto a controles en amígdala (hiperactivación) junto a un menor nivel de flujo en la CPF. Esta reducción de la activación en estos sujetos tiende a ser menor en mujeres respecto a varones. También es destacable que cuando se usan para la estimulación elementos especialmente traumáticos, el perfil de activación de los sujetos con TLP es similar al de los sujetos con TPET. En este caso se aprecia una reducción especialmente importante en el cíngulo anterior. Más adelante mencionaremos otros hallazgos que resultan congruentes con esta similitud.

Conclusiones

1. Los sujetos con diagnóstico de TLP muestran diferencias consistentes respecto a controles en neuroimagen estructural y funcional.
2. La RNM muestra menor volumen de amígdala e hipocampo en sujetos con TLP.
3. Los sujetos con TLP muestran menor actividad basal tras estimulación en CPF y cíngulo anterior respecto a controles y mayor actividad en amígdala.
4. Los sujetos con mayor agresividad clínica presentan mayor alteración en las pruebas de imagen.
5. Las mujeres tienden a presentar menores alteraciones en neurobiología funcional que los varones.

Receptores

La asociación del TLP con disfunción del sistema **serotoninérgico** es el hallazgo neurobiológico más consistente y replicado. Varios estudios desde hace años han encontrado niveles disminuidos de 5-HIAA (ácido 5-hidroxi indol acético, principal metabolito de la serotonina) asociados a historia de agresividad en pacientes con diagnóstico de diversos trastornos de personalidad, incluido el TLP. Aunque en el pasado se propuso que más que a conducta agresiva el déficit de serotonina se correspondía con impulsividad, actualmente se considera que existe una clara relación con la impulsividad agresiva característica de este trastorno. En esta línea, existen datos que sugieren que los pacientes con TLP presentan una correlación inversa entre el número de lugares de unión de la 3H-imipramina y 3H-paroxetina

(transportadores de la serotonina) y la historia previa de impulsividad agresiva. Globalmente parece que siguen siendo las concentraciones de 5-HIA las que explicarían el 80% de la varianza en las puntuaciones de agresividad.

De forma congruente con lo expuesto previamente sobre los hallazgos en neuroimagen, la estimulación serotoninérgica central con agonistas provoca un menor consumo de glucosa en CPF y cingulado en pacientes con TLP respecto a controles.

Por otra parte algunos estudios que han medido la síntesis de 5-HT a partir de triptófano marcado hallan una actividad menor en sujetos varones con TLP respecto a mujeres.

Otro modo de valorar la inadecuada modulación serotoninérgica en los sujetos con TLP es la determinación de la respuesta hormonal. Tras estimulación con agonistas serotoninérgicos se elevan de forma fisiológica los niveles de cortisol y prolactina, respuesta asociada a los receptores presinápticos 5-HT1. Esta respuesta está disminuida en un porcentaje significativo de los pacientes con TLP.

El comportamiento de los receptores serotoninérgicos en el TLP ha sido estudiado en mayor medida que el resto. Un déficit central serotoninérgico debería corresponderse con aumento de los receptores 5-HT2. Esto sólo se ha podido comprobar de forma clara en hipocampo aunque la tendencia incluye muchas otras zonas. Se ha sugerido que las conexiones entre hipocampo y CPF son disfuncionales y contribuyen a la impulsividad de estos sujetos.

Por otra parte se ha planteado el papel del sistema **dopaminérgico** en este trastorno. Aunque los estudios realizados son menos abundantes que con el serotoninérgico, es lógico pensar en una implicación importante basándonos en que:

1. En las áreas antes señaladas del sistema límbico, CPF, tálamo y estriado existe una importante modulación dopaminérgica.
2. La demostrada utilidad del tratamiento con antipsicóticos en TLP, tanto si existe clínica psicótica como si no (probablemente en este caso relacionada con su efecto sobre el sistema serotoninérgico).

Sin embargo, no existen indicios que sugieran una alteración global como ocurre con la serotonina. Por ejemplo, no se ha detectado aumento consistente de ácido homovanílico, principal metabolito de la dopamina, en LCR en pacientes con TLP. Probablemente nos encontramos ante alteraciones parciales más que globales, bien primarias, bien compensaciones a otras disfunciones.

La **noradrenalina** juega junto con el eje hipotálamo-hipofisario un papel clave en el sistema neurobiológico de regulación del estrés. Se ha propuesto que los aconte-

cimientos traumáticos infantiles frecuentes en estos pacientes podrían alterar la regulación noradrenérgica. Esta disfunción podría contribuir a la respuesta excesiva al estrés y la hipersensibilidad emocional en las relaciones interpersonales de los sujetos con TLP. De la escasa información publicada sobre este tema se deduce que estas personas tienen un aumento del tono noradrenérgico.

Por otra parte se ha propuesto que el elevado estrés crónico, característico de esta patología, provoca alteraciones en el funcionamiento del sistema neurobiológico que lo regula. Inicialmente se consideró que el TLP se comportaba de forma similar al TPET en cuanto a nivel basal disminuido de cortisol, hipersensibilidad de receptores centrales de glucocorticoides y supresión de cortisol en el test de dexametasona, lo cual supone una respuesta opuesta a la que se ha descrito para los episodios depresivos. Sin embargo, en sujetos con TLP estos resultados han sido sólo parcialmente replicados posteriormente y parecen asociarse más a experiencias traumáticas que al diagnóstico *per se*.

La inestabilidad afectiva es otra característica de los pacientes con TLP. Este rasgo podría estar relacionado con la existencia de una mayor sensibilidad a la **acetilcolina** en estos pacientes. Resulta interesante que pacientes con TLP a los que se les administró un agente colinomimético como la fisostigmina desarrollaron más síntomas de depresión que los sujetos control.

Finalmente, se ha estudiado el papel de **otros neurotransmisores** y neuromoduladores (gaba, ácidos grasos omega-3, testosterona...) en pacientes con TLP sin que los resultados hasta el momento hayan sido muy relevantes.

Conclusiones

1. Diversos estudios han referido desde hace años niveles disminuidos de metabolitos de la serotonina en pacientes con TLP y conducta impulsivo agresiva. Ello sugiere la existencia de una alteración global del funcionamiento de este neurotransmisor en individuos con TLP, lo cual no se ha podido demostrar en otros neurotransmisores.
2. Es probable que existan disfunciones parciales asociadas a funciones concretas más que déficits globales para neurotransmisores como dopamina y acetilcolina.
3. Resulta difícil diferenciar, en cuanto al comportamiento de los neurotransmisores, las disfunciones primarias de las adaptaciones compensatorias a los mismos.

Neurocognición

Sabemos que la corteza prefrontal (CPF) no sólo comparte con el sistema límbico tareas fundamentales en la modulación de las emociones, sino que junto al cíngulo anterior ejerce un papel fundamental en las tareas cognitivas, por ejemplo en el funcionamiento correcto de la memoria de trabajo y funciones ejecutivas. Como hemos comentado previamente, en los sujetos con TLP existen disfunciones que afectan a estas zonas, por lo que no resulta sorprendente que los déficits de rendimiento en estas funciones (por ejemplo peores resultados en el WCST, menor capacidad atencional, peores resultados en la ejecución del Stroop...) hayan sido muy referidas en la literatura. Hay que señalar que no se han encontrado diferencias significativas en lo relativo a función intelectual general ni inteligencia premórbida en pacientes con TLP.

En resumen, parece que en los pacientes con TLP existe una deficiente capacidad de ejecución de pruebas frontales, si bien hay que llamar la atención sobre la posible existencia de un sesgo asociado a la patología comórbida, la cual no siempre es controlado adecuadamente en los diferentes estudios.

Aspectos genéticos

Por último, existen datos biológicos que orientan a la existencia de un factor genético en el TLP. Por ejemplo, se ha referido que el alelo corto del gen asociado al transportador de serotonina se relaciona con TLP y otros trastornos caracterizados por impulsividad agresiva. También ha sido publicado que en familiares de pacientes con impulsividad agresiva, tanto en niños como adultos, la función serotoninérgica está disminuida.

Reflexiones éticas y legales

Antonio Muñoz de Morales.

Psiquiatra. Jefe del S.S.M. de Usera (Madrid).

En torno a la atención de personas con trastornos mentales, aparecen a lo largo del tiempo tres cuestiones fundamentales de contenido ético para los profesionales de salud mental:

- El papel del terapeuta.
- La naturaleza de la enfermedad mental.
- El contexto cultural en el que se encuentran el paciente y el terapeuta.

La ética y el papel del terapeuta

En los últimos 30 años, desde que en 1977 la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó la llamada Declaración de Hawai, la ética clínica o la ética de la relación asistencial, derivada de la bioética, forma parte de las reflexiones epistemológicas y prácticas de la psiquiatría.

Para la mayor parte de los psiquiatras la relación médico-enfermo sigue siendo el pilar básico para la construcción de la confianza y todas nuestras obligaciones éticas derivan de esa relación con los pacientes. La relación clínica tiene como objetivo la creación de una alianza terapéutica para lograr la finalidad de la asistencia, sea ésta la eliminación o la mejoría del estado de sufrimiento innecesario, sea la rehabilitación de las capacidades perdidas o sea la aceptación de nuestras limitaciones como seres humanos.

De los cuatro modelos de relación clínica descritos habitualmente, es decir, el paternalista, el informativo, el interpretativo y el deliberativo, este último modelo, que dota a la relación clínica de un importante componente de deliberación en común, resulta a juicio de varios autores el más adecuado. Sin embargo, se precisaría una formación deliberativa de los profesionales en mayor medida de la que poseemos en la actualidad.

Algunas de las características contempladas para realizar el diagnóstico del TLP (el patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, la impulsividad, los intentos y amenazas suicidas, entre otros) suponen una mayor complejidad en la relación clí-

nica y una amenaza para la alianza terapéutica, con el resultado de pérdida del paciente o de una sobreimplicación ineficaz del profesional con elevado riesgo de desgaste del mismo.

Desde una perspectiva ética sería necesario contemplar aspectos ligados al profesional tales como su formación, su estilo personal y sus valores.

Por otra parte sería así mismo preciso que la organización asegurara el apoyo suficiente al profesional, cuidando y definiendo la carga asistencial de estos casos y potenciando el trabajo en equipo.

Otras características del TLP (la ideación paranoide y la inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, entre otras) implican la necesidad de un especial cuidado en la información que de manera clara y congruente debe recibir el paciente por parte de los profesionales, con el objetivo de hacerle responsable del proceso terapéutico a través del consentimiento informado.

Desde esta perspectiva será vital asegurar la continuidad de cuidados, ya que con frecuencia será atendido por distintos dispositivos y por tanto por distintos profesionales. En este sentido la confidencialidad será probablemente un aspecto conflictivo a cuidar.

Finalmente, algunas otras características (la alteración de la identidad, los sentimientos crónicos de vacío, la ira inapropiada, entre otros) aconsejan que la relación clínica se fundamente, con mayor motivo, en un modelo deliberativo en el que cobran relevancia los valores del profesional, junto a los del paciente, que deben ser, a mi juicio, firmemente expresados.

La asistencia y el tratamiento de los pacientes con TLP requerirá por parte de los profesionales implicados:

- Un cuidado mayor en la relación con el paciente.
- Un papel más activo por parte de los profesionales.
- Límites claros en el encuadre asistencial y terapéutico.
- Actitud flexible por parte de los profesionales.
- Capacidad del terapeuta para crear una atmósfera empática.
- Control de la contratransferencia.

La naturaleza de la enfermedad

Ortega decía que “ciencia es aquello sobre lo cual cabe siempre discusión”.

En el TLP encontramos un importante consenso entre los profesionales: es el más controvertido. Existe una elevada comorbilidad con otros trastornos, etiología

poco clara, trastorno *versus* enfermedad, criterios diagnósticos discutibles, tratamiento difícil.

Sirva como muestra el debate abierto entre los profesionales sobre la ubicación del TLP, cuestionando algunos la pertenencia al llamado eje II, por otro lado, la proposición no de ley que nuestros diputados presentaron en el año 2002 sobre el TLP, que aunque fue desestimada, refleja la preocupación social acerca de este trastorno.

La ética y el contexto cultural

Contexto socio-cultural

Así como Durkheim afirmaba que la personalidad es el individuo socializado, algunos autores defienden que en la sociedad postmoderna algunos individuos descritos con características de personalidad límite y otras, manifestarían comportamientos relacionados con la angustia ante las demandas del medio social actual y el vacío ante un proyecto vital que no tiene pasado ni futuro, sino un presente que “aliviar”. Sería una forma de evitar el dolor al rechazo, al fracaso y aliviar la herida de ser alguien en el mundo.

Toda forma de organización social genera discursos que producen particulares maneras de subjetivación coherentes con la misma.

Algunos autores plantean que el estudio de la subjetividad en la era postmoderna ha seguido tres grandes líneas:

- Los efectos en la socialización.
- La era del vacío o la cultura del narcisismo.
- Los cambios en el *superyo* postmoderno.

Un cambio importante es la disminución en el papel de la figura paterna en cuanto autoridad única en la familia clásica, la debilitación de la familia patriarcal monogámica tradicional y una pérdida de lo privado en el espacio familiar, con un acceso directo de los medios de comunicación hacia el niño. La figura paterna tiene un papel menor en la articulación de la imagen, en la construcción del *yo* y del *superyo* del individuo, formándose éstos a partir de identificaciones más tempranas, teniendo como referencia elementos externos a la familia, derivados de la comunicación social y cultural.

Nos encontraríamos con un *yo* debilitado y saturado, imposibilitado de mediar entre lo pulsional y la realidad, a merced, de algún modo, de los mensajes sociales, volcado hacia el exterior, sin pretensión de individuación, con una ansiedad per-

manente de identificación externa, que habitaría en el vacío, sin padre, sin pasado, sin un futuro que perseguir y viviendo en el consumo de objetos para calmar su angustia.

El ideal moderno de subordinación de lo individual a las reglas racionales colectivas ha desaparecido. El individuo postmoderno ha abandonado todo interés por los asuntos públicos, centrándose en sus preocupaciones personales.

El yo es el centro de atención y al mismo tiempo hay un vaciamiento de éste. Como refiere Lipovetsky sería, el yo, un espejo vacío a fuerza de informaciones.

Algunos autores defienden que el “amaestramiento social” ya no se realiza por imposición, por disciplina, ni tan solo por sublimación, sino que se efectúa por autosedución. No hay orden simbólico aceptado para guiarnos en nuestro comportamiento social. Percibimos nuestros impulsos como algo sobre lo que decidimos.

En definitiva es una nueva realidad subjetiva que se adapta a la nueva realidad social postmoderna.

¿Podría ser que, más que ante un aumento de estas patologías estemos ante la emergencia de nuevas formas de subjetividad? Tal vez las nuevas condiciones sociales y, por tanto, estas nuevas formas de subjetividad, faciliten el desarrollo de ciertos rasgos de personalidad, y no así de otros, como los histéricos que están más orientados por la relación con los demás.

Algunos autores señalan varias características psicosociales:

- Búsqueda de lo inmediato, proceso de pérdida de la identidad individual, culto al cuerpo, pérdida de confianza en el poder público, desaparición de ideologías, vivir el presente, etc.

También se señalan algunas características histórico-sociales:

- Renuncia a la utopía y a la idea de progreso, los medios de masas y el marketing se convierten en centros de poder, la imagen sustituye a la ideología, se pasa de una economía de producción a una economía de consumo, pierde importancia el contenido del mensaje para revalorizar la forma en como es transmitido y el grado de convicción que puede producir, etc.

Ortega afirmaba que el hombre no tiene naturaleza sino historia y ésta sería la circunstancia a la que está sujeto. Una enajenación de la misma sería como una enajenación de sí mismo.

Esta falta de historicidad sería prototípico de la postmodernidad y conduciría a una pérdida de referentes y al consiguiente repliegue hacia sí mismo, siendo su paradigma el yo narcisista.

El yo narcisista se caracterizaría por el vacío interior, la hostilidad, el temor a la vejez, al fracaso, la autoreferencialidad, las relaciones efímeras, la insatisfacción general, etc.

Algunas de las características de la situación cultural actual se observan en:

- El repliegue hacia el interior, con el resultante psicologismo, ha sido bien recibido por la cultura de la autoestima y la psicofarmacología cosmética, que ayudan a mantener la búsqueda de un continuo estado psicológico ausente de malestar.
- El aumento de contacto entre sujetos gracias a las tecnologías de la comunicación puede dar lugar a un yo más contingente, y menos consistente, en sus múltiples relaciones.
- La conducta consumista, resultado del estado de bienestar, conformaría al yo, nutriéndose éste de los objetos que se consumen. No se consumen ropas, coches o cremas, se consume libertad, juventud o belleza. El yo “ya no es hijo de sus obras”, como afirmaba Cervantes en el Quijote, sino de lo que consume.
- El trabajo no se contempla como derecho y responsabilidad, sino como libertad para consumir, con la tutela de la publicidad.
- El subjetivismo que rompió con la antigua verdad modernista, ha convertido a la posición de cada cual como criterio de verdad.
- El estado terapéutico y el excesivo psicologismo ha restado a la familia protagonismo en su papel en el cuidado de los hijos.
- El producto final del trabajo es el resultado de diferentes empresas, a modo de subcontratas, distanciando al trabajador del producto, debilitando su identidad laboral.
- El efecto amortiguado de las consecuencias de los actos y las exigencias sin esfuerzo, el adulto imita al niño, apuntarían a un progresivo infantilismo que, junto a la victimización, llevaría al individuo a utilizar cualquier medio para obtener su fin.
- El miedo a la vejez y la medicalización de ésta como algo a curar. El intento de parecer joven.
- La imagen como principal estímulo de comunicación. La hipertrofia de la imagen sería uno de los factores que hacen que la vivencia del yo esté tan sustentada en la imagen del propio cuerpo.

El contexto legal: un acercamiento a los conceptos de responsabilidad e imputabilidad

Entre las principales situaciones de índole penal en las que tiene importancia para las personas que sus actos estén basados en la adecuada posesión de competencias está, entre otras, si la persona es responsable de sus actos, y en su caso la determinación de las alteraciones o los trastornos mentales que anulan o disminuyen esa responsabilidad. Determinarlo es una función privativa de los jueces, quienes gozan de plena discrecionalidad para tomar tales decisiones.

La ley exige que para que un acto sea legalmente punible debe ser directamente imputable al actor, es decir, que sea responsable directo del acto.

Desde la redacción del primer Código Penal español se admite la posibilidad de eximir de responsabilidad penal a los individuos que presentan ciertas alteraciones mentales en el momento de cometer el acto delictivo.

El concepto de imputabilidad, que tiene una base psicológica, comprende el conjunto de facultades psíquicas mínimas que debe poseer un sujeto autor de un delito para que pueda ser declarado culpable del mismo.

En los trastornos de personalidad, la imputabilidad de estos trastornos es muy debatida ya que en sentido estrictamente jurídico-psicológico estos sujetos tienen conocimiento de la ilicitud de sus acciones y voluntad clara de infringir la norma legal. Muchos autores abogan por la absoluta imputabilidad, criterio este que también predomina entre los jueces. Por otro lado están los autores que encuentran alterada la voluntad, abogando por la existencia de semiimputabilidad. Finalmente otros autores les consideran inimputables al equiparar los TLP con una enfermedad mental.

La jurisprudencia española ha reconocido que los requisitos para aplicar el eximente, contemplado en el artículo 20 del actual Código Penal, debe estar basado en una cuádruple comprobación:

1. La naturaleza de la perturbación (criterio cualitativo).
2. La intensidad y grado de la perturbación (criterio cuantitativo).
3. La duración del trastorno y permanencia del mismo (criterio cronológico).
4. Relación de causalidad o de sentido entre el trastorno psíquico y el hecho delictivo.

Los TLP por sí mismos no son causa necesaria de ninguna infracción penal, puesto que ésta puede ser cometida en ausencia de aquel. Tampoco son causa suficiente pues no todos los sujetos con TLP son autores de ella. Sin embargo, los TLP si pueden ser causa contribuyente ya que algunos pacientes pueden aumentar la pro-

bilidad de que se cometa un delito, siendo necesario entonces que junto a los mismos se den otras causas para producir la conducta antijurídica.

La conducta no sólo se explica en función de la persona, ni sólo en función de la situación, sino en función de la interacción entre ambos factores dentro de un contexto socio-cultural determinado.

Las causas de un delito cometido por un sujeto con TLP deben ser buscadas en la interacción de la estructura de la personalidad del sujeto con los múltiples factores ambientales que le rodean.

En este sentido, en la consistencia de ciertas conductas y la especificidad de determinados rasgos (primarios o centrales) que caracterizan a la personalidad, podremos establecer el nexo de causalidad entre una conducta antinormativa y el TLP del imputado, cuando tal conducta es la consecuencia de la interacción de uno o varios estímulos ambientales específicos con un rasgo central o primario de dicha personalidad. En caso contrario, es decir, cuando un estímulo situacional no específico afecta a una característica no central, se producirá una conducta inespecífica que podría presentarse en cualquier tipo de personalidad, impidiendo establecer el nexo causal entre la acción ilegal y el TLP.

Dentro de este contexto cultural, los aspectos legales se podrían sintetizar en:

- El actual Código Penal deja abierta la consideración de que todos los rasgos, anomalías, alteraciones o trastornos de la personalidad puedan ser considerados como posible causa de exención de la responsabilidad, pudiendo llegar a la inimputabilidad o a la imputabilidad disminuida, siempre que se de la no comprensión de la ilicitud del hecho en cuestión o la imposibilidad de actuar de acuerdo a esa comprensión.
- El criterio de la doctrina jurisprudencial en relación a los trastornos de personalidad es que en éstos, si no coexisten con otras patologías mentales, no suele haber alteraciones cognitivas o volitivas de suficiente intensidad como para anular la imputabilidad.

El Tribunal Supremo considera, en sus sentencias, a los trastornos de personalidad como:

- Eximente incompleta (generalmente asociada a otro factor).
- Como atenuante.
- Como circunstancia irrelevante.

En un estudio de casos del Tribunal Supremo desde 1992 a 1998 que contenían la expresión de trastorno de personalidad, seleccionando los que establecían como hecho probado la existencia del trastorno según criterios DSM-IV (o diagnóstico semejante) en el sujeto juzgado y su relación con el hecho delictivo, con una muestra

de 73 casos que se distribuían con similar porcentaje entre la psicopatía y los trastornos no especificados, antisocial y paranoide y en menor proporción los TLP esquizoide y límite, detectándose un caso de TLP dependiente y otro de TLP narcisista, se estudiaron cuatro indicadores cuantitativos con estos resultados:

1. Correspondencia de los conceptos que establece el juzgador, desde los diferentes informes periciales, con las categorías DSM-IV (consistencia de constructo); en la mayor parte de las sentencias revisadas apareció un conglomerado de términos que refleja una multitud de enfoques existentes en la clínica. Con frecuencia se entremezclan en un mismo caso conceptos teóricamente no asimilables o sin relación aparente con los criterios necesarios para llegar a ellos.
2. Relación del trastorno de la personalidad con el tipo delictivo; teniendo en cuenta el sesgo de la muestra, casos del Tribunal Supremo, el tipo de delito más frecuente está relacionado con la violencia contra las personas, siendo también más elevado el porcentaje de delitos sexuales.
3. Relación imputabilidad-trastorno de la personalidad; el mayor porcentaje de recursos eran en relación con la eximente incompleta, siendo desestimada más del 70%. No se encontró ninguna aplicación de eximente completa.
4. Adopción de medidas terapéuticas; salvo el ingreso hospitalario, no aparecen otras alternativas.

El TLP, dada su elevada comorbilidad con trastornos afectivos, ansiosos, abuso o dependencia a sustancias, trastornos psicóticos, con otros TLP, etc., plantea, en mayor medida si cabe que otros trastornos, la necesidad de una valoración muy cuidadosa de cada caso.

Características de los equipos y liderazgo

Juan Carlos Azcárate Benedit.

Psicólogo Clínico. Hospital de Día Psiquiátrico.
Hospital de la Princesa (Madrid).

El objetivo de este capítulo es doble. Por una parte está dedicado a exponer una serie de reflexiones sobre la importancia del liderazgo y el trabajo en equipo en el tratamiento de los trastornos de personalidad y al mismo tiempo se intenta estimular al lector a pensar y profundizar en estas cuestiones.

El tema del liderazgo y el trabajo en equipo no es novedoso, ya que utilizando los buscadores bibliográficos clásicos tanto en español como en inglés se hace referencia a ambos conceptos en más de 2.000 citas. Sin embargo, si acotamos la búsqueda y se incluye trastornos de la personalidad, y en concreto el tipo límite, solamente encontramos unas pocas citas, aisladas dentro de los manuales al uso y referidas a los aspectos más directamente relacionados con la práctica clínica directa.

Las características especiales que presentan estos pacientes, que conllevan enormes dificultades en su tratamiento y abordaje, son conocidas por todos los profesionales. En diversos capítulos de este libro se muestra dicha problemática y se habla de la necesidad de una coordinación eficaz en el esfuerzo terapéutico que sirva a dos propósitos, el beneficio del paciente y la rentabilidad o aprovechamiento de dicho esfuerzo. El concepto clave es entonces el de “coordinación”. Los profesionales que llevan a cabo un programa dirigido a la atención de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad requieren de una serie de habilidades especiales, tanto en la formación recibida como en sus características personales. Y aquí nos referimos a características que deben compartir tanto el personal como el jefe, director, o coordinador de dicho equipo. Esta reflexión suele suscitar polémica porque aparentemente en ningún otro ámbito de la Salud Mental o psiquiatría se requiere de características especiales para ser jefe o liderar y coordinar un equipo de tratamiento. Si recordamos el adagio que los acompaña: “de todos los pacientes son los que más guerra dan” es indudable que no todos los profesionales poseen y/o poseemos las capacidades emocionales, la habilidad técnica y la paciencia suficiente para tratarlos con eficacia.

Gunderson da algunas pistas sobre las cualidades de los terapeutas cuando habla de la personalidad de O Kernberg y M Linehan, señalando que ambos terapeutas son personas “carismáticas”, tienen autoridad, inspiran confianza, y hablan con claridad, fortaleza y certeza de los temas. En su forma de hacer terapia destacan tres elementos: son atentos, están dispuestos a afrontar los desafíos y dan respuestas adecuadas a los mismos. Estas son las cualidades necesarias para lograr un tratamiento adecuado. La pregunta que nos formulamos es: ¿es posible transferir dichas cualidades individuales a un equipo terapéutico? Nuestra visión es positiva y creemos que es posible lograrlo, pero requiere de un esfuerzo importante que deben realizar tanto las personas que trabajen de manera directa con esta población de pacientes como la organización, hospital o servicio, donde el programa esté inserto.

El modelo desarrollado en el Delnor Hospital de Illinois que se presenta en el libro “Best Practices in Leaderships Development and Organization Changes” pudiera ser un modelo que permite ser implementado en los programas de tratamiento de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. En este hospital se modificaron los modos de hacer, las rutinas y la cultura de una institución que funcionaba bien, para hacerlo de manera excelente, y éste puede ser un reto en nuestro sistema. El sufrir un trastorno mental es algo complejo que afecta a la vida propia, a la familia y al entorno y por lo tanto se requiere lo mejor que el sistema de salud pueda ofrecer. Si pensamos en excelencia tendremos que pensar en incrementar la satisfacción de nuestros pacientes y sus familias.

Cuando se trata de Trastornos Límites de la Personalidad ésta es una labor difícil. Es necesario dedicar un cúmulo importante de nuestras energías por un periodo lo suficientemente largo de tiempo para poder ver resultados satisfactorios. Es probable que no esté implicado un solo dispositivo de los servicios de Salud Mental, sino varios, y esto pondrá a prueba nuestra capacidad de análisis, comprensión, dedicación y paciencia. Se deben emplear estas capacidades para formar y educar, no sólo a nuestro personal, sino a todos aquellos que de alguna manera en el ámbito hospitalario o comunitario estén relacionados con el tratamiento del paciente. Si esperamos que el sistema funcione o que algo cambie, se deben implicar tanto los servicios centrales, dirección o gerencia como la última persona de la red de cuidados que tenga relación con la atención al paciente. Como Livermore advierte, tendremos que conseguir el “apasionamiento”, un firme compromiso de la administración o lo que más coloquialmente solemos llamar una “decisión política”. Cuando esta decisión es firme tiene un efecto catalizador y penetra hacia abajo en los diferentes estratos que se encuentran relacionados con los tratamientos de estos pacientes.

Es importante mencionar que los nueve principios descritos en Delnor Hospital se han generalizado en muchos países en el sector de la gestión, con el objetivo de medir la calidad de los servicios sanitarios (sistema EFQM). Por último señalar que la expresión o el lenguaje que se usa para describir estos conceptos puede resultar extraño si no se está familiarizado con el mismo, pero es un lenguaje ampliamente admitido y reconocido en el sector de la gestión (p. ej. el concepto de excelencia).

Nuestro propósito es estudiar algunas características de este modelo y ver qué aspectos pueden ser relevantes en la formación de los equipos para el tratamiento de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. No será el único punto de referencia, sino que también nos basaremos en otros enfoques así como en nuestra propia experiencia en los servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y en diversos hospitales en los que los autores han trabajado.

No existe una fórmula para ser el mejor de los mejores. Cualquier modelo que intente evolucionar hacia una mejora tendrá en cuenta las características propias de la cultura en la que se inserta. Por lo tanto la tarea primera será la de definir la cultura existente. Esto incluye un estudio de las características profesionales y únicas del personal así como de la población atendida.

Hay que ser flexible, ya que la implementación de cualquier cambio es un proceso imperfecto y hay que estar preparado para modificar los planes según los obstáculos o las condiciones cambiantes que se presentarán.

El compromiso con la excelencia comprende una serie de factores que se establecen mediante la participación activa de todos los estamentos clínicos y administrativos.

El flujo de comunicación horizontal y vertical es siempre importante durante el periodo de cambio y sobre todo cuando se trata de modificar la cultura de trabajo. Éstas se llevarán a cabo con reuniones con administradores, jefes y personal de forma conjunta y separada según la necesidad, cartas de propuestas del personal médico, clínicos, administrativos, presentaciones en reuniones clínicas y administrativas.

Con toda la información reunida, la administración o la organización desarrolla una serie de normativas de comportamiento que enfatizan los valores de la Institución y se dirige a las comunicaciones interpersonales, al compromiso con los compañeros, al aspecto personal y a la privacidad del paciente. Estas normas indican claramente al personal lo que se espera de ellos y cómo queremos que los pacientes, sus familiares, los visitantes y finalmente sus propios compañeros sean tratados.

Los responsables asistenciales tienen, en general, diferentes actitudes hacia los objetivos que los responsables de la gestión. Los gestores, gerentes y administradores tienden a la racionalidad y el control, son los que resuelven los problemas en función de los recursos y las estructuras de organización y crean objetivos según las necesidades. Los responsables asistenciales tienden a ser activos, intentan desarrollar enfoques para problemas a largo plazo, suelen involucrar a la gente para compartir ideales y elevar las expectativas del equipo.

Lo deseable para la organización de un programa para los trastornos de personalidad sería fusionar ambos modelos, uniendo la creatividad, la innovación, el desarrollo y la implicación, junto con una gestión racional de los recursos y de la organización.

En nuestros servicios a menudo los criterios de promoción se basan en el conocimiento, las habilidades técnicas y los años de trabajo. En realidad, en nuestro medio se ha dedicado poco tiempo al desarrollo del liderazgo en el ámbito de la Salud Mental y la psiquiatría. Y creemos que la formación de líderes es un catalizador para cualquier proceso de cambio.

Es importante tener un sistema que permita la evaluación y seguimiento de los resultados de diferentes actuaciones clínicas y el cumplimiento de los objetivos establecidos. Tener que dar cuenta de las intervenciones, no sólo sirve a los propósitos del control de gestión, sino que de esa forma, somos responsables y damos cuenta de nuestro quehacer, porque hay alguien frente a quien respondemos.

Hay que desarrollar metodologías para lograr la medición de los objetivos clínicos, así como de la calidad de los mismos. Ponerse de acuerdo sobre datos es relativamente fácil, ya que en general nos llegan desde las gerencias u otras instancias organizativas, pero medir lo cualitativo, sobre todo la calidad de las interacciones entre los pacientes y el personal, y el grado de satisfacción imbricado, es un indicador a desarrollar. El diseño de programas de evaluación nos permite descubrir las interrupciones, desplazamientos y otros avatares en la continuidad de cuidados, indicándonos donde se ha estancado el flujo y cuánto nos hemos desviado de los objetivos propuestos. Un equipo suficientemente cohesionado encuentra en la valoración una oportunidad para reorganizar su actividad y lograr los objetivos propuestos, y todo esto redundará en una mejor calidad de la atención.

Las compensaciones monetarias son muy importantes, pero no son el único aliado. Hay que fomentar el agradecimiento, la promoción y la asistencia a cursos y congresos. En síntesis, ofreceremos una mejora personal y de esta forma el dispositivo se convierte en un lugar valioso en sí mismo, un lugar en el que dan ganas de trabajar y dar lo mejor de cada uno.

Proveer entrenamiento y apoyo para el manejo del estrés laboral y el equilibrio entre la vida y el trabajo, es de vital importancia en el trabajo con este tipo de pacientes. Para ello, pondremos en marcha programas de formación continuada, sesiones clínicas, supervisión de actividades, manteniendo una comunicación fluida entre los profesionales responsables de los pacientes, de manera tal que cualquier incidencia sea comunicada y compartida por el resto del equipo. Cuidar al equipo es la mejor forma de contribuir al cuidado de los pacientes.

Tratamiento biológico

Marina Díaz Marsá.

Psiquiatra. Unidad de Trastornos de la Personalidad. Hospital Clínico Universitario de San Carlos (Madrid).

Introducción y asunciones básicas del tratamiento

Hasta hace unos años, el abordaje de este trastorno era fundamentalmente psicoterapéutico, pero actualmente la utilización de psicofármacos para tratar algunas de las dimensiones nucleares es una práctica habitual.

En el TLP no existe un síntoma fundamental a tratar sino que hay múltiples combinaciones sindrómicas posibles, entre las que destacan alteraciones en la esfera impulsiva, afectiva, cognitiva, en los sistemas de apego, sentimientos de vacío y trastornos de identidad. Cada uno de ellos parece depender de diferentes disfunciones biológicas, tales como alteraciones límbicas y frontales y alteraciones en la transmisión serotoninérgica asociadas al descontrol impulsivo; disregulación del humor asociada a la inestabilidad afectiva; alteraciones prefrontales asociadas a las distorsiones cognitivas-paranoides; alteraciones de los sistemas de arousal y motivacionales asociadas a los síntomas de identidad; disregulación de los sistemas de apego implicada en los rasgos dependientes y, por último, alteraciones de los sistemas ligados a la extroversión y la búsqueda de las emociones. Es, por tanto, un cuadro complejo, que presenta gran variedad de síntomas que clínicamente se traducen en intentos autolíticos repetidos, autoagresiones, inestabilidad en relaciones interpersonales, oscilaciones recurrentes del estado de ánimo, ira intensa, abuso de tóxicos, inestabilidad emocional, alteraciones de la identidad, sentimientos de vacío, pánico al abandono, cuadros disociativos y/o ideación paranoide.

La utilización de psicofármacos en el TLP (hasta un 40% de los pacientes toman en la actualidad una media de tres o más fármacos asociados) se basa en el beneficio contrastado de los fármacos sobre la remisión de los síntomas más frecuentes: la impulsividad, la agresividad, las distorsiones cognitivas, la ansiedad y/o la inestabilidad emocional.

Neurofisiológicamente se pretende actuar sobre la disfunción de aquellos neurotransmisores que median en las respuestas conductuales y en los rasgos temperamentales de vulnerabilidad, en los síntomas agudos de descompensación y en la patología comórbida. El tratamiento es básicamente sintomático como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, no se aborda el cuadro en su totalidad, sino que está centrado en aquellos aspectos clínicos como la impulsividad, la inestabilidad afectiva y la distorsión cognitivo-perceptiva que pueden responder favorablemente a los fármacos. Se requiere un tratamiento a largo plazo y, aunque ningún fármaco tiene la indicación aprobada para el TLP, muchos resultan útiles y ayudan a realizar un trabajo psicoterapéutico con resultados más ventajosos. No obstante, es preciso puntualizar que existe una elevada variabilidad en la respuesta terapéutica de estos pacientes y que el potencial de colaboración varía también de unos pacientes a otros.

En el año 1991 Siever y Davis proponen cuatro dimensiones temperamentales basadas en estructuras patológicas y en las que se basa principalmente el tratamiento biológico del TLP:

- Dimensión impulsividad-agresividad.
- Dimensión inestabilidad emocional.
- Dimensión cognitiva-perceptiva.
- Dimensión ansiedad-inhibición.

De estas dimensiones, tanto la disregulación afectiva como la elevada impulsividad se consideran dimensiones nucleares de la psicopatología subyacente del TLP. El abordaje terapéutico de cada una de ellas se basa en que cada una dependería de una disfunción biológica.

Tratamiento farmacológico del TLP

Antidepresivos

Los **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)** son los antidepresivos más estudiados, siendo el tratamiento de elección, junto con los estabilizadores, del ánimo de la inestabilidad afectiva y de la ira típica de los pacientes con TLP. También, han demostrado eficacia en la mejora del procesamiento de la información y en la reducción de la disforia causante, muchas veces, de conductas impulsivas. En este sentido, se podría decir que los ISRS producen un beneficio terapéutico en la dimensión impulsiva-agresiva, si bien, su eficacia sobre la impulsividad es discutida por algunos autores.

Estos fármacos presentan escasos efectos secundarios y tienen un perfil muy seguro en caso de sobreingesta. La mejoría sintomática aparece, en muchos casos, desde la primera semana y es independiente del beneficio terapéutico sobre la depresión. La no eficacia de un ISRS no predice la falta de eficacia de otro y la duración del tratamiento depende de la comorbilidad, de la exposición a acontecimientos vitales estresantes, del tratamiento de rasgos de vulnerabilidad y de la adquisición de habilidades en psicoterapia. Hay que recordar también que las dosis utilizadas son en general mayores que las dosis utilizadas en el tratamiento de cuadros depresivos.

De los ISRS, la fluoxetina ha sido el fármaco más estudiado aunque también se han encontrado efectos beneficiosos con sertralina, paroxetina, citalopram y fluvoxamina. Con el tratamiento se logra mejorar la inestabilidad emocional, el humor depresivo, la irritabilidad, la agresividad verbal y contra objetos, la percepción de la autoimagen, las conductas impulsivas-agresivas así como las conductas autolesivas y la sensación de rechazo. Además, se ha relacionado con una mayor adherencia al tratamiento y con una mejoría del funcionamiento global.

Sin embargo, los ISRS parecen tener una cierta tolerancia en su eficacia farmacológica ya que, desde un punto de vista clínico, se observa que algunos pacientes empeoran de sus síntomas al cabo de unos meses de tratamiento. Teniendo en cuenta este aspecto, podrían resultar interesantes los **inhibidores duales** (venlafaxina, duloxetina) aunque, hasta el momento, existen pocos estudios que avalen la eficacia de estos fármacos en el tratamiento de la inestabilidad afectiva del TLP. Sin embargo, la regulación noradrenérgica y serotoninérgica que consiguen estos fármacos pudiera dar excelentes resultados en el manejo de la disforia, de la apatía y de los síntomas depresivos breves típicos de estos pacientes. En este sentido, algunos datos sugieren la eficacia de venlafaxina bien como intervención inicial o como alternativa a los ISRS si han fallado previamente.

La utilización de **Antidepresivos Tricíclicos** (ADT) es controvertida por sus efectos adversos y por el riesgo de letalidad en caso de sobreingesta. Ello, unido a la comunicación de respuestas paradójicas, hacen que estos fármacos sean considerados de tercera línea en el tratamiento del TLP. Los datos más relevantes del uso de los ADT están relacionados con la amitriptilina, que parece disminuir los síntomas depresivos y la hostilidad, y en consecuencia, intervendría en la mejora del autocontrol.

En cuanto a los **inhibidores de la monoamino oxidasa** (fenelzina, tranilcipromina) su utilización también es limitada a pesar de que tienen una buena evidencia de efi-

cacia en la estabilización anímica, en la mejora de la capacidad hedónica y en la reducción de la ansiedad. Entre sus indicaciones estarían la depresión atípica o cronificada, la disforia histeroide así como la hipersensibilidad al rechazo cuando han fracasado otros antidepresivos.

Estabilizadores del ánimo

Al igual que en otras patologías afectivas, los estabilizadores del ánimo y anticomiciales (litio, valproato, carbamacepina, oxcarbamacepina, topiramato, gabapentina, lamotrigina, pregabalina) son efectivos en la inestabilidad afectiva del TLP. Además han demostrado cierta mejoría en la impulsividad, disforia, agresividad y en las conductas autodestructivas. Convendría recalcar que la no eficacia con un estabilizador del ánimo no predice la falta de eficacia de otro y que las dosis eficaces son elevadas, al igual que ocurre con los ISRS.

En general, estos fármacos pueden mejorar las oscilaciones anímicas, la irritabilidad, la ansiedad y la ira, y potencian el efecto antidepresivo de los fármacos antidepresivos a dosis habituales. A su vez, han demostrado una mejoría de los síntomas de impulsividad y conductas autodestructivas así como una mejoría del comportamiento reflexivo.

Actualmente se prefieren los anticomiciales más modernos, especialmente topiramato, lamotrigina, gabapentina y oxcarbamacepina por su adecuado perfil de tolerancia y por la mayor comodidad en la posología (no se requiere la determinación de sus niveles plasmáticos). Otro de los anticomiciales más estudiados es el ácido valproico que también ha demostrado ser útil en este grupo de pacientes y se asocia a mejoría de la irritabilidad, la ansiedad, la ira, la impulsividad y en la hipersensibilidad al rechazo.

La disminución de peso asociada al tratamiento con topiramato puede ser útil en casos de síntomas atípicos, como la hiperfagia, o en aquellos casos de TLP que presenten comorbilidad con patología bulímica. Además, su eficacia en todo el espectro de conductas impulsivas (atracones, agresividad, hostilidad, adicciones) unido a su excelente tolerancia propicia que sea uno de los fármacos más utilizados en el tratamiento de los TLP.

Por otra parte, en nuestra experiencia, antiepilépticos como lamotrigina o gabapentina pueden ser útiles en el tratamiento de la disforia y en la mejora de los sentimientos de vacío de los pacientes con patología límite.

Finalmente, el litio sería considerado un fármaco de segunda línea debido a su riesgo letal en caso de sobreingestas. Su utilización en la disregulación afectiva y en la inestabilidad emocional se basa en sus acciones sobre el sistema serotoninérgico.

Antipsicóticos

Los antipsicóticos son un grupo de fármacos ampliamente usados en el TLP por su beneficio sobre la impulsividad y la agresividad, así como por su eficacia en las alteraciones cognitivo-perceptivas de la patología límite. Su utilización a dosis bajas permite reducir y controlar los episodios micropsicóticos, la ideación paranoide y referencial, las regresiones psicóticas y la desorganización conceptual leve. Ello da lugar a una estabilización de las relaciones interpersonales, a un descenso de la suicidalidad y a un mejor funcionamiento global del TLP.

La introducción de los **antipsicóticos atípicos** con un mejor perfil de efectos secundarios ha hecho que se prefiera la utilización de estos fármacos frente a los típicos. Como se ha mencionado, se utilizan dosis menores que las utilizadas para los trastornos psicóticos, excepto en casos de descompensación psicótica franca que pueden requerir incrementos de dosis. Junto a ello, los antipsicóticos atípicos pueden ser útiles en el manejo de los síntomas afectivos dada su acción sobre los receptores serotoninérgicos.

En esta línea, diferentes investigaciones avalan la utilización de estos fármacos en las distorsiones cognitivas y en el control de los síntomas impulsivo-agresivos de los pacientes con TLP. Tanto risperidona, olanzapina, ziprasidona, quetiapina o aripiprazol han demostrado su eficacia con reducido riesgo de efectos extrapiramidales. Todos ellos mejoran la ideación paranoide, la desorganización conceptual, la hostilidad e ira y las regresiones psicóticas. La eficacia aparece en el transcurso de días o semanas, siendo recomendable mantener el tratamiento por periodos prolongados para lograr el efecto terapéutico deseado. En este sentido, se ha realizado un estudio de seguimiento a largo plazo (18 meses) con aripiprazol con resultados positivos.

De entre los antipsicóticos atípicos, olanzapina es el fármaco con más estudios en la literatura, demostrándose que su utilización consigue un beneficio terapéutico con un buen perfil de tolerancia. En nuestra experiencia, es prometedora la forma depot de risperidona que logra una estabilización global, una mejor adherencia terapéutica y un decremento de las conductas impulsivas.

Finalmente, para el control de la impulsividad aguda en situaciones de urgencia se han comunicado resultados positivos con la forma intramuscular de ziprasidona (dosis de 100 mg intramuscular).

A pesar de que clozapina también podría ser un antipsicótico atípico eficaz, se considera un fármaco de segunda línea por el riesgo de agranulocitosis y otros efectos secundarios.

La elevada incidencia de efectos extrapiramidales con los **antipsicóticos típicos** hace que su indicación se limite, como segunda opción, al manejo de crisis graves, principalmente en sus formas intramusculares.

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas que actúan reduciendo la ansiedad serían útiles en situación de crisis y en casos de ansiedad elevada, recomendándose usar benzodiacepinas de vida media larga a dosis habituales. No obstante, hay que recordar que los pacientes con TLP tienen mayor riesgo de abuso y, en algunos casos, su utilización se ha asociado a un efecto paradójico de desinhibición conductual (principalmente con alprazolam). Actualmente se prefiere la utilización de anticomiciales del tipo de gabapentina o pregabalina que rebajarían la ansiedad y tendrían una acción específica sobre la disforia.

Ácidos grasos omega-3

El tratamiento con **ácidos grasos omega-3** es una terapia novedosa que parece ser exitosa en el TLP. Su beneficio se basa en que la administración de ácido eicosapentaenoico (EPA), componente estructural de las membranas neuronales y de ácido docosahexaenoico (DHA), que interviene en la actividad neuronal, mejorarían el funcionamiento cerebral de los pacientes con TLP. De hecho, recientes estudios avalan que un gramo/día de ácido eicosapentaenoico (EPA) disminuiría la agresividad así como la severidad de los síntomas depresivos. En algunas unidades especializadas en TLP, se administran dietas enriquecidas con ácidos grasos omega-3 con buenos resultados.

Red de Salud Mental y tratamiento de los pacientes con TLP

(basado en un documento de trabajo del área 9 de Madrid, ver bibliografía)

Carmen Bayón Pérez.

Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Carolina Cabrera Ortega.

Psiquiatra. Coordinadora del Programa de Trastornos de la Personalidad del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid).

Josefina Mas Hesse.

Psiquiatra. Coordinadora del Hospital de Día Príncipe de Asturias (Madrid).

Cristina Rodríguez Cahill.

Psicóloga Clínica. Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

En los últimos años se ha producido un aumento en el número de pacientes diagnosticados de TLP atendidos en los Servicios de Salud Mental, así como un aumento de la complejidad del tratamiento. Esta complejidad ha puesto de manifiesto la dificultad para abordar los TLP en los dispositivos actuales. Las personas con TLP son tratadas en todos los niveles de la red de Salud Mental.

Sin embargo, existe amplio consenso sobre el hecho de que no se adaptan bien a los recursos existentes, con resultados frustrantes, estrés de profesionales, y consumo de recursos.

La experiencia de los últimos años ha puesto en evidencia la necesidad de marcos estructurados de atención, con programas específicos para el adecuado tratamiento de estos pacientes, algo en lo que insiste la literatura psiquiátrica reciente.

Situación actual de la asistencia a pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad. Análisis DAFO

El análisis DAFO (siglas de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) nos ayuda a clarificar de forma sintética la situación actual de la asistencia de estos pacientes.

Debilidades

- Falta de definición de objetivos generales de tratamiento.
- Variabilidad en función del profesional que atienda el caso.
- Falta de dispositivos y programas específicos para TLP. Evidencia de que los dispositivos diseñados para pacientes psicóticos no funcionan en pacientes con TLP.
- Presión asistencial que dificulta el abordaje psicoterapéutico.
- En algunos casos, pacientes muy “actua-dores”, que llevan a respuestas precipitadas y poco reflexivas.
- Falta de formación específica de los profesionales en este campo.

Amenazas

- Falta de desarrollo de tratamientos individualizados y específicos.
- Presión social y estigmatizadora de pacientes con Trastorno de Personalidad.

Fortalezas

- Estructura en red.
- Profesionales interesados en estos pacientes dentro de la red.
- Experiencia de abordaje de patología compleja.
- Experiencia en continuidad de cuidados.

Oportunidades

- Interés de la Oficina Regional de SM por el diseño de programas de atención a pacientes diagnosticados de TLP.
- Posibilidad de inversión para la apertura de nuevas unidades si se precisan.
- Evidencia empírica de técnicas terapéuticas disponibles que mejoran el pronóstico de estos pacientes.

Es importante destacar algunos puntos esenciales que comparten los tratamientos psicoterapéuticos que son efectivos y que señala la literatura reciente:

- Están bien estructurados.
- Enfatizan el cumplimiento.
- Están claramente focalizados.
- Son coherentes desde el punto de vista teórico tanto para el paciente como para el terapeuta.
- Larga duración.
- Promueven un fuerte vínculo entre paciente y terapeuta.
- Están bien integrados con otros servicios de salud disponibles para el paciente.

Bateman y Fonagy

La naturaleza fluctuante de los síntomas y de la implicación en el tratamiento en estos pacientes hace necesario que los programas que se planifiquen se caractericen sobre todo por la “flexibilidad”.

El tratamiento debe de ser a largo plazo. La secuencia esperable de cambios es oscilante pero de forma aproximada puede decirse que los síntomas subjetivos de malestar suelen mejorar más rápidamente que la conducta, y ésta que las relaciones interpersonales; la organización intrapsíquica es lo que más tarda en modificarse, habitualmente varios años.

Se han hecho intentos para diferenciar subtipos de pacientes para los que serían adecuados determinados tratamientos. Por ejemplo, P Tyrer subdivide a los pacientes en función de su motivación al tratamiento. Sin embargo, no se han identificado subgrupos de pacientes que permitiría la protocolización del tratamiento en diferentes dispositivos (ambulatorios, hospital de día y hospitalización completa), por lo que no se han podido desarrollar programas terapéuticos específicos en función del perfil sintomático. En el caso de pacientes con escasa motivación para el tratamiento, es necesario diseñar un “programa de preparación para el cambio” en el que se debe incluir a las familias.

Algunos autores (Kernberg y cols) prefieren utilizar el concepto de “organización límite de personalidad”, en lugar de trastorno de personalidad. En función de este concepto describen dos categorías dependiendo del nivel funcional, que hace referencia tanto a la intensidad de la clínica como a la calidad de las relaciones. Así, las personas con un **alto nivel funcional** serían capaces de desarrollar alguna actividad laboral o académica y de mantener algunas relaciones de cierta estabilidad. Para estos autores el marco de tratamiento habitual en pacientes con alto nivel funcional es el ambulatorio y las hospitalizaciones son esporádicas y cortas, relacionadas con crisis puntuales. En las personas de **bajo nivel funcional** tanto las relaciones afectivas como las tareas están muy alteradas, los ingresos son frecuentes y, en ocasiones, largos.

Gunderson ha descrito varios niveles de tratamiento, donde se tiene en cuenta el número de horas de tratamiento o intensidad y el dispositivo adecuado para llevar a cabo este tratamiento:

- Nivel IV: hospitalización completa: 24 h/día.
- Nivel III: hospitalización parcial: 8-12 h/día.
- Nivel II: tratamiento ambulatorio intensivo: 3-6 h/sem.
- Nivel I: tratamiento ambulatorio: 1-3 h/sem.

Programa específico para el abordaje terapéutico del TLP

En este punto es importante señalar que pueden existir pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad, no necesariamente el de TLP, que por las conductas o el nivel de deterioro a nivel de relaciones interpersonales o funcionamiento personal, pueden ser incluidos en el programa descrito a continuación.

Definición funcional

Se trata de un conjunto de actividades encaminadas a la atención del paciente con TLP que incluyen:

- Prevención, detección, identificación y diagnóstico de las personas con TLP.
- Evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno más cercano.
- Elaboración consensuada de un plan individualizado de tratamiento.
- Aplicación de distintas intervenciones basadas en la evidencia, así como su seguimiento periódico.
- Garantizar en todo momento la continuidad asistencial, mediante la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.

Descripción general del proceso (ver esquema básico del proceso)

El programa precisa de una serie de condiciones básicas que pueden resumirse así:

1. La condición indispensable para entrar en el programa es el que el paciente haya sido valorado en el CSM en el programa ambulatorio de adultos.
2. Tener un facultativo asignado del CSM como **“responsable del caso”** en todos los recursos de la red.

Este facultativo presentará al paciente en una **reunión de coordinación** del área.

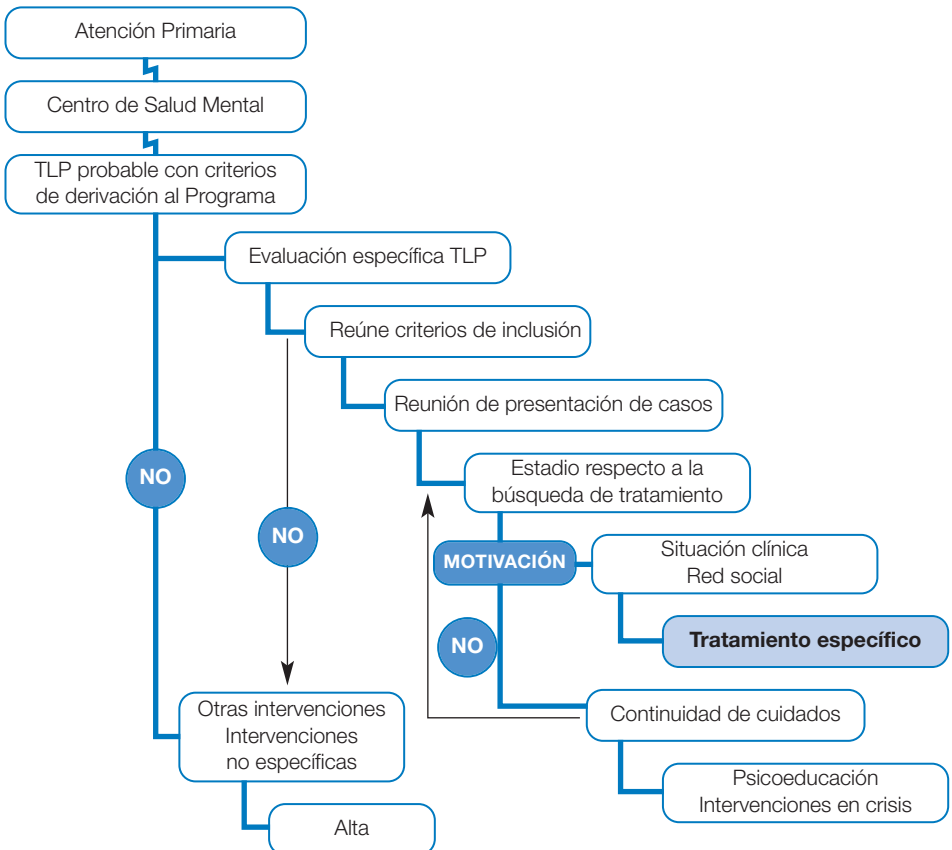
Se requerirá para la presentación aquellos documentos que se determinen (informe, ficha que recoja datos de interés, etc.). Con la información recibida se realizará una propuesta de Plan Individualizado de Tratamiento que el facultativo del CSM negociará y confirmará con el paciente.

El facultativo asignado del CSM se mantendrá como **“responsable del caso”** sea cual sea el dispositivo que el paciente esté utilizando en un momento concreto. Este punto, junto con las coordinaciones entre los distintos dispositivos garantiza tanto la continuidad y coherencia en el tratamiento como la vinculación del paciente.

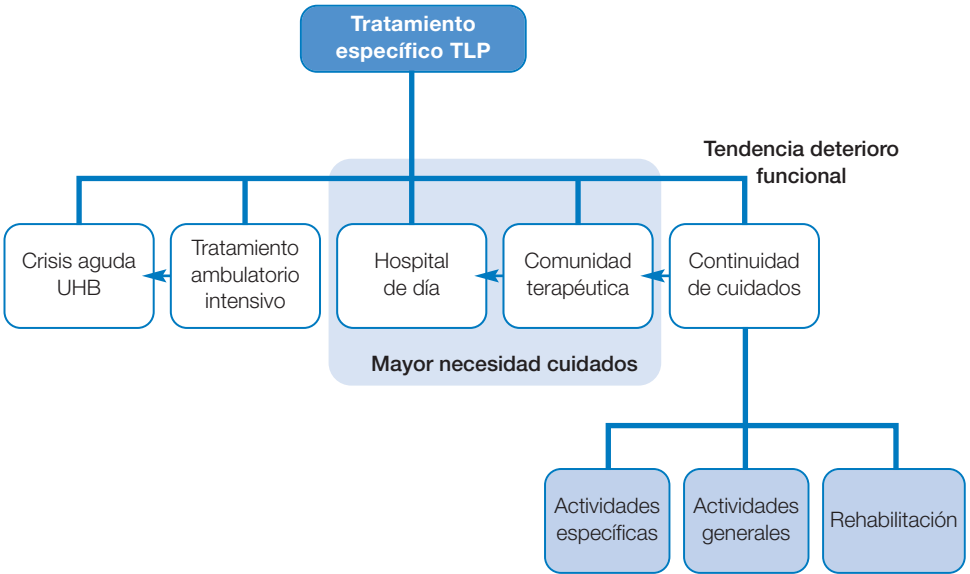
Las funciones del “responsable del caso” serán (recogidas de Gunderson):

- Establecer un marco terapéutico.
- Identificar las necesidades y desarrollar un plan de tratamiento (comorbilidad, nivel de atención, modalidades de tratamiento).
- Control de la seguridad.
- Control de la evolución.
- Coordinar las terapias.
- Mantener la comunicación y la colaboración.
- Proporcionar psicoeducación.

Esquema básico de proceso de atención a TLP



Esquema básico de proceso de atención a TLP (continuación)



Componentes del proceso

Prevención

Atención a las necesidades de los hijos de pacientes con trastorno mental grave. Se pueden considerar otros campos de intervención, como la intervención temprana en niños y adolescentes.

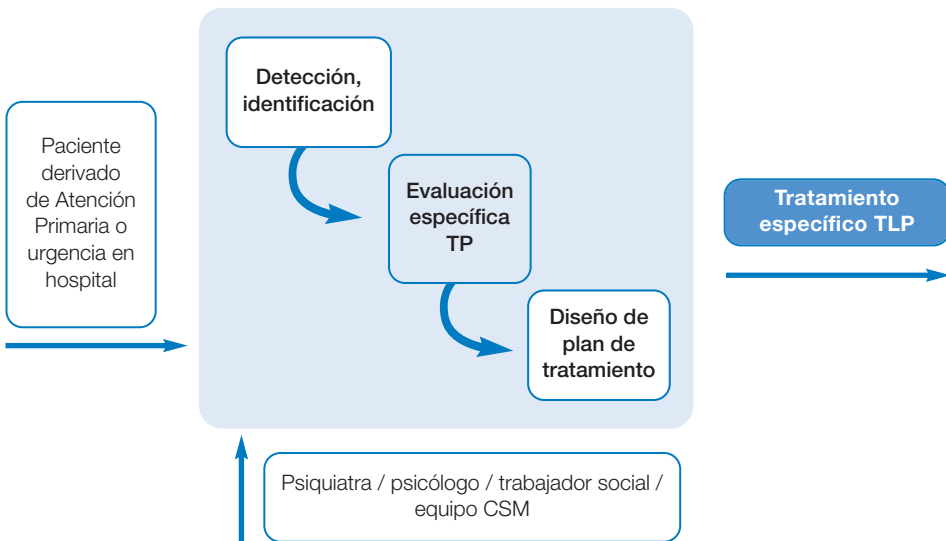
Detección e identificación

La rápida detección e identificación de la persona con TLP que interfiere con la posibilidad de una vida adaptada a la comunidad es básico dada su importancia como factor pronóstico de la evolución.

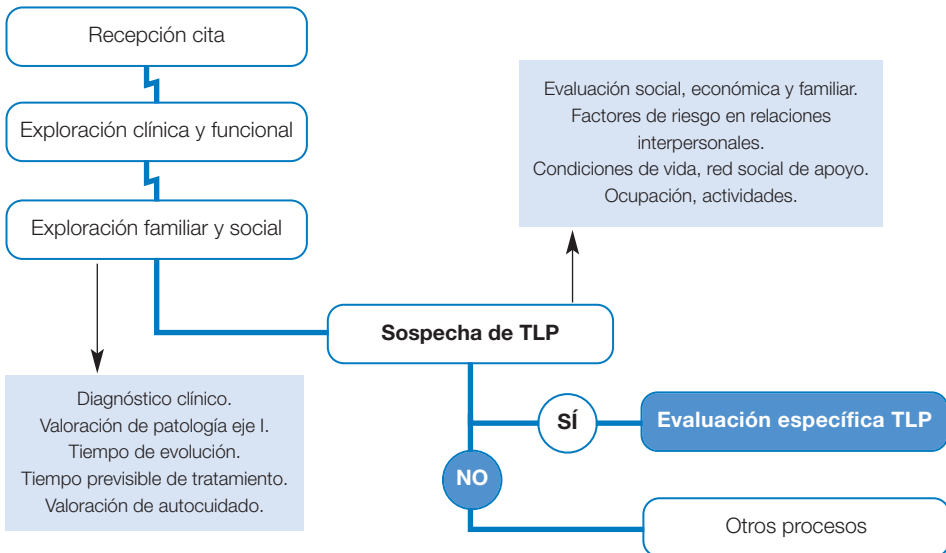
La identificación podrá realizarse en:

- Consultas de Atención Primaria.
- Centro de Salud Mental (CSM), Unidad de Hospitalización Breve (UHB).
- Otros agentes comunitarios como servicios educativos, servicios sociales, etc.

Proceso general de atención a los pacientes con TLP



Identificación y detección de los pacientes con TLP



Evaluación específica del Trastorno de Personalidad

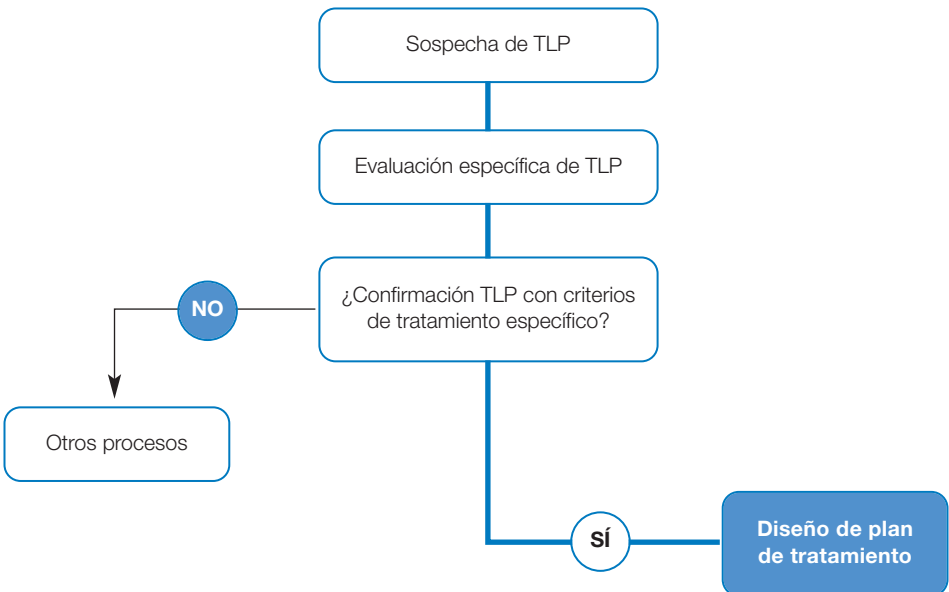
Los objetivos principales de esta fase son:

1. Detectar aquellas personas afectadas de TLP que van a requerir, en función de la clínica y el deterioro asociado de sus capacidades y/o relaciones, intervenciones por parte de los Servicios de Salud Mental durante un tiempo estimado de al menos dos años.
2. Conocer la situación clínica, relacional y funcional que permita elaborar el plan de tratamiento individualizado.

Esta información será aportada por el “responsable del caso”.

La “**evaluación específica**” debería contemplarse como un proceso esencial. Según las diversas posibilidades de cada área de Salud Mental, ésta podría realizarse bien en alguno de los dispositivos a los que se derive el paciente, bien el propio responsable del caso. Podría incluir: una entrevista estructurada o semiestructurada, validada en España (p. ej. DIB-R) y algunas pruebas para la valoración objetiva de ansiedad, depresión, suicidabilidad e impulsividad, así como alguna escala de calidad de vida (p. ej. EEAG).

Evaluación específica de los pacientes con TLP



Elección de las intervenciones a realizar y nivel de tratamiento

El objetivo fundamental de esta fase es decidir, en base a la información recogida:

- La secuencia de intervenciones necesarias (biológicas, psicoterapéuticas, rehabilitadoras, psicosociales).
- El dispositivo, o nivel de tratamiento, en el que estas intervenciones se realizarán.

El plan individualizado de tratamiento se revisará periódicamente y servirá como guión operativo del conjunto de intervenciones necesarias para la atención continuada del paciente.

Tanto el proceso de elaboración como su desarrollo posterior implica la puesta en funcionamiento de una estructura de coordinación (**reunión de coordinación de TLP**) a nivel de área:

Los integrantes de la **reunión** pueden ser los representantes de los distintos dispositivos y programas que van a participar en el tratamiento de estos pacientes:

- Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI).
- Continuidad de Cuidados (CC).
- Hospital de Día (HD).
- Comunidad Terapéutica Hospitalaria (CTH).
- Unidad de Hospitalización Breve (UHB).
- Dispositivos de Rehabilitación (DR).

A la **reunión** acudirán los terapeutas responsables de pacientes con TLP que vayan a ser derivados a intervenciones específicas y/o aquellos clínicos que deseen asesoramiento respecto a los casos propios.

Objetivos de la reunión de coordinación de área serían:

- Evaluación, seguimiento y alta de los pacientes incluidos en el programa.
- Decidir de forma conjunta sobre el nivel de intervención más conveniente para cada paciente (TAI, HD, CC, CTH).
- Coordinación interna CC-TAI-HD-CTH para evaluación de la situación global del programa o la necesidad de traspaso de pacientes de uno a otro equipo de intervención (con la presencia puntual del “responsable del caso”).

En todos los niveles de tratamiento se contempla, como característica común de calidad, una actitud empática y de apoyo.

Con el paciente y su familia o cuidadores debe mantenerse una relación psicoterapéutica básica que al mismo tiempo que favorece una evolución del proceso de atención, sirva para facilitar el establecimiento o mantenimiento de una alianza terapéutica a largo plazo.

Todas las intervenciones incluyen además tres actividades de carácter general:

- Información a pacientes y familiares o persona cuidadora.
- Coordinación con los distintos dispositivos y profesionales implicados.
- Registro de la actividad.

Algunos de los dispositivos y programas donde el paciente será derivado son **generales** (atienden a diferentes patologías). Requerirán especial atención aquellos pacientes con patología dual, que serán descritos en el siguiente capítulo.

Dispositivos generales

Hospital de Día.

Continuidad de Cuidados:

Programa general ambulatorio: contempla dos aspectos, los cuidados y el apoyo para el acceso a los servicios comunitarios, con tres tipos de actuaciones:

- Actividades centradas en el paciente.
- Actividades centradas en el entorno.
- Actividades centradas simultáneamente en el paciente y en el entorno.

Estrategias específicas de rehabilitación (UR, CRPS, CRL...).

Otros dispositivos y programas son **específicos**.

Dispositivos específicos

Comunidad Terapéutica Hospitalaria.

Tratamiento Ambulatorio Intensivo.

Continuidad de Cuidados:

Programa específico para TP:

- Intervención en crisis.
- Psicoeducación: tanto para pacientes como para familias.
“Programa de preparación para el cambio”.

A continuación se describen los dispositivos y programas mencionados.

Nivel asistencial: tratamiento ambulatorio intensivo

Conjunto de intervenciones a nivel ambulatorio, psicoterapéuticas y psicoeducativas específicas de tipo individual y grupal.

Requisitos

- Pacientes mayores de 18 años.
- Indicación programada desde la reunión de evaluación del programa de TLP.
- El paciente acepta las condiciones del tratamiento y se compromete al mismo.
- Suficiente soporte personal, familiar y social.

Indicaciones

- Pacientes que reconozcan sus dificultades y estén dispuestos a trabajar en ellas, con autocontrol suficiente (sobre todo en impulsos suicidas), capaces de establecer y mantener vínculos y con relativo buen nivel funcional.
- Pueden ser pacientes que pasan de un nivel a otro de tratamiento, p. ej. pacientes de alta en el Hospital de Día y que continúan su tratamiento en el CSM.

Contraindicaciones

- Pacientes con rasgos antisociales muy marcados.
- Abuso de sustancias que interfieran en el tratamiento.
- Pacientes en crisis que requieran contención.
- Limitaciones intelectuales que dificulten el tratamiento.

Objetivos

- Objetivos a corto plazo:
 - Función de contención, apoyo e implicación.
 - Disminuir las conductas impulsivas.
 - Aprendizaje interpersonal. Forma diferente de relacionarse con menor intensidad emocional, más adaptada y satisfactoria.
 - Reconocer y expresar hostilidades que permitan el cambio.
 - Favorecer la regulación emocional.
- Objetivos a largo plazo:
 - Prevención y reducción de recaídas.

- Tolerancia a la soledad.
- Desarrollo de relaciones personales íntimas y duraderas.
- Satisfacción y estabilidad profesional.

Modalidades de intervención

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Grupo relacional.
- DBT.
- Grupo psicoeducativo multifamiliar.
- Grupo psicoeducativo de pacientes.

Nivel asistencial: continuidad de cuidados

Conjunto de intervenciones destinadas a garantizar, mediante la coordinación con todos los agentes implicados y la provisión directa de servicios, la cobertura de las necesidades de las personas con trastornos mentales graves.

Requisitos

- Mayores de 18 años.
- Derivación desde la reunión de evaluación del programa de TLP.

Indicaciones

- Pacientes con TP grave, entendiéndose como tal aquellas personas que:
 - Necesitan un abordaje completo, incluyendo además de la atención sanitaria, intervenciones psicosociales y de rehabilitación, intervención sobre el medio social y de apoyo a la familia y atención: social, laboral, educativa y judicial.
 - Presentan una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.
 - Tienen riesgo de evolución hacia la cronicidad, presentan discapacidad y necesitan abordaje completo de atención.

Objetivos

- Psicoeducación familiar.
- Trabajar la conciencia de enfermedad y la motivación al tratamiento.
- Intervención en crisis.

Modalidades de tratamiento

- Programas psicoeducativos de preparación para el cambio:
 - Grupo psicoeducativo para pacientes.
 - Grupo psicoeducativo multifamiliar.
 - Sesiones de psicoeducación con familias y pacientes.
- Tutorías, acciones específicas del programa y puerta de entrada a los dispositivos específicos de rehabilitación, en tanto que los pacientes con TLP reúnen criterios de trastorno mental grave y pueden necesitar el diseño e implementación de estrategias de rehabilitación. En este sentido, el diseño de planes de tratamiento y actuaciones individualizadas centradas en el paciente, la familia y el entorno, son las propias de este programa.

Nivel asistencial: dispositivos específicos de rehabilitación

Los dispositivos de rehabilitación son recursos asistenciales que tienen como objetivo la rehabilitación de pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad con graves discapacidades en el funcionamiento psicosocial.

Requisitos

La derivación se realizará desde el **Programa de Continuidad de Cuidados**. Se presentará el caso a uno de los siguientes dispositivos:

- Centros ambulatorios de rehabilitación: cuando los déficits en habilidades psicosociales son graves pero no requiere ingreso hospitalario.
- Unidad de rehabilitación:
 - Déficit de soportes en general.
 - Déficit de soporte familiar.
 - Severa limitación de autocuidados.
 - Disfunción familiar que agrava la situación clínica.

Indicaciones

- Importante deterioro psicosocial (estudios, trabajo, red social y familiar).
- Importantes déficits en las capacidades (habilidades sociales, autocuidados).
- Baja impulsividad.

Contraindicaciones

- Pacientes poco motivados.
- Retraso moderado o grave, o deterioro cognitivo grave que imposibilite el trabajo activo en rehabilitación.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
- Pacientes que supongan un elevado riesgo para el resto de las personas ingresadas de modo que impida el trabajo en los dispositivos de rehabilitación.
- Abuso de sustancias que interfieran en el tratamiento.

Objetivos

- Entrenamiento en habilidades psicosociales y otras áreas de funcionamiento deficitarias.
- Búsqueda de apoyo y soporte familiar y comunitario.
- Normalización de la utilización de recursos comunitarios.
- Preparación para la integración laboral: para poder incluirlos en los CRL.

Modalidades de intervención

- Intervenciones en común con pacientes de otras patologías: trabajo de tutorías, tratamiento farmacológico, grupo de habilidades sociales, grupo de rehabilitación cognitiva, grupo de autocontrol, grupo de relajación, talleres de rehabilitación prelaboral, actividades sociales y culturales, habilidades de ajuste laboral, habilidades de búsqueda de empleo, apoyo a las familias, ocio y tiempo libre.
- Intervenciones específicas para TLP: terapia dialéctica cognitivo-conductual, grupo de habilidades psicosociales, tratamiento individual, tratamiento familiar.

Nivel asistencial: UHB

Dispositivo con estructura clara y sencilla donde la contención es el elemento terapéutico más importante en una situación crítica del paciente. Se recomienda que los ingresos no se prolonguen en exceso para evitar la regresión, imitación y refuerzo de conductas así como distorsión del tratamiento de los demás pacientes.

Es recomendable establecer un contrato con explicitación de los objetivos, una fecha de alta, y acordar cómo proceder con el seguimiento ambulatorio.

Indicaciones

- Ingreso urgente:
 - Tentativa suicida grave.
 - Trastorno del eje I que requiere ingreso (p. ej. episodio psicótico, depresivo...).
- Ingreso programado: el terapeuta indica el ingreso para proporcionar estabilización suficiente para continuar el plan terapéutico. El facultativo asignado del CSM estará siempre informado.
- Otras situaciones: posibles circunstancias en la urgencia cuya decisión pueda posponerse hasta poder hablar con el terapeuta. Mientras, el paciente puede requerir permanecer en observación unas horas hasta que el contacto sea posible.

Objetivos

- Intervención en crisis.
- Evaluaciones psicológicas.
- Desarrollo de un plan de tratamiento.
- Cambios en terapias previas.

Para conseguir estos objetivos de forma eficaz, es útil que exista claridad y simplicidad en las estructuras de las unidades de hospitalización: jerarquía clara, funciones fijas y abordajes coherentes.

Cada paciente debería tener un psiquiatra asignado que evalúa al paciente, dirige el plan de tratamiento hospitalario coherente con el tratamiento global, y prescribe el tratamiento farmacológico.

Los objetivos deben establecerse desde el principio de forma clara aunque pueden ser revisables. Un elemento importante es el mantener un flujo de información continuo sobre el paciente entre todo el equipo.

En este estadio son más valiosos los grupos orientados a aprender técnicas de afrontamiento, manejo de crisis y psicoeducación. Se pueden realizar entrevistas familiares dedicadas al conocimiento del trastorno en algunos casos y/o para mejorar la comunicación.

Nivel asistencial: Hospital de Día

Es un dispositivo asistencial de tratamiento intensivo, activo y estructurado en régimen de día. En esta modalidad de tratamiento predominan los principios que rigen un

ambiente terapéutico, es decir, se focaliza en las interrelaciones que se producen entre los pacientes y entre éstos y el personal con fines terapéuticos. Proporcionan una doble dimensión de tratamiento, ya que a la terapia intensiva se une la posibilidad de contención directa durante una parte del día.

Requisitos

- Pacientes mayores de 18 años.
- Derivaciones programadas desde la reunión de evaluación del Programa de TLP.
- El paciente está de acuerdo con realizar un tratamiento intensivo en régimen de día y acepta sus normas de convivencia.
- Suficiente soporte personal, familiar y social que permite contención fuera del horario del HD.

Indicaciones

- Pacientes difíciles de tratar ambulatoriamente, que con frecuencia tienen una historia previa de ingresos repetidos, o por el contrario aislamiento social. Con suficiente motivación para el cambio, con capacidad para implicarse y participar activamente en un tratamiento de las características del HD.

Contraindicaciones

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en la CTH.
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico de la personalidad.
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución. Se establecerá un límite en el número de pacientes con importantes problemas con la agresividad.
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.

Objetivos

- Los objetivos en una fase inicial son:
 - Contención.
 - Controlar los síntomas.
 - Disminuir conductas de riesgo (impulsividad, auto/heteroagresividad...).
 - Desarrollar alianzas que permitan aceptar el tratamiento y mejorar la conciencia de enfermedad.

- Los objetivos en una fase intermedia de tratamiento son:
 - Propiciar una forma de relacionarse más adaptada y satisfactoria.
 - Aumentar la capacidad de regulación emocional.
 - Aumentar la capacidad de mentalización.
- Los objetivos a largo plazo son:
 - Prevención y reducción de recaídas.

Modalidades de intervención

- Tratamiento individual (psicoterapéutico y farmacológico), terapias grupales, intervenciones y/o tratamiento familiar, consulta de enfermería y actividades encaminadas a organizar la vida cotidiana en los casos en que sea necesario y, en general, a facilitar metas laborales y/u ocupacionales.

Finalización del tratamiento en HD

El alta de un paciente, en cualquiera de los dispositivos, es un elemento importante de su plan de tratamiento, por lo que debe de ser planificado cuidadosamente. En el caso concreto del HD se trata de un tratamiento con objetivos determinados y está limitado en el tiempo. Terminará cuando estos objetivos se hayan alcanzado o, si no es posible, cuando se llegue al límite de las posibilidades terapéuticas. Los criterios de alta son:

- Consecución de los objetivos previstos en el programa terapéutico.
- Fracaso de las expectativas de consecución de dichos objetivos.
- Cuando se considere que en ese momento el paciente puede beneficiarse más de un tratamiento en otro dispositivo asistencial.

Antes del alta ha de hacerse una coordinación con el facultativo del paciente en el CSM, para asegurar la continuidad del tratamiento. En muchos casos es interesante establecer un alta paulatina o mantener un tratamiento parcial tras el alta del programa completo.

Nivel de hospitalización total (CTH)

Es una modalidad de tratamiento intensivo, activo y estructurado donde la convivencia tiene un importante potencial terapéutico. Predominan los principios que rigen un ambiente terapéutico. Régimen de hospitalización completa, con pacientes con los cuales no es posible realizar este tratamiento de forma ambulatoria o en Hospital de Día.

Requisitos

- Pacientes mayores de 18 años.
- Ingresos programados desde la reunión de evaluación del Programa de TLP.
- El paciente acepta la valoración, el ingreso y sus condiciones firmando el contrato de tratamiento.

Indicaciones

- Pacientes difíciles de tratar ambulatoriamente, que con frecuencia tienen una historia previa de ingresos repetidos, o por el contrario aislamiento social. Con suficiente motivación para el cambio, con capacidad para implicarse y participar activamente en un tratamiento de las características de la CTH.
- Los pacientes no tienen suficiente soporte personal, familiar y social y es necesaria la contención durante las 24 horas.

Contraindicaciones

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en la CTH.
- Deterioro cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico de la personalidad.
- Patrón de dependencia de drogas que precise un abordaje prioritario en recursos específicos de drogadicción y no permita el tratamiento en este recurso.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución. Se establecerá un límite en el número de pacientes con importantes problemas con la agresividad que a su vez también dependerá del momento de la CTH.

Objetivos

- Similares a los del HD.

Modalidades de tratamiento

- Similares al HD.

Tratamiento en Patología Dual

Néstor Szerman Bolotner.

Psiquiatra. Hospital Virgen de la Torre (Madrid).

La asociación del TLP con un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) entra dentro del campo de lo que se viene conociendo como Patología Dual y es una de sus entidades más significativas, tanto por su frecuencia como por sus complejidades clínicas.

Es un hecho conocido que incluso los líderes más importantes en la historia del TLP no han dado importancia a esta situación clínica, dejando de esta forma a un vasto grupo de pacientes dentro del “limbo” de las “dependencias o toxicomanías”, privándolos de la posibilidad de un diagnóstico que puede modificar el curso clínico de estos sujetos.

Los estudios epidemiológicos no dejan lugar a dudas, y tener un trastorno límite de personalidad es un predictor de uso de sustancias a lo largo de la vida, incluyendo tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína o poli-abuso de diferentes drogas. Esta predicción se mantiene incluso cuando los efectos de otros trastornos de personalidad fueron controlados estadísticamente.

A modo de ejemplo, en pacientes con TLP, Zanarini encuentra hasta un 72,4% de pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias (1993). Por otro lado, y también a modo de ejemplo, el estudio epidemiológico australiano ATOS (2004) señala que después de ajustes metodológicos muy rigurosos, un 46% de los pacientes heroínómanos cumplían criterios diagnósticos de TLP.

Es evidente, como señalan todos los estudios, que el uso y abuso de múltiples drogas por parte de estos pacientes se debe a muchos factores. Sin embargo, cuando se ajusta la población que demanda tratamiento por adicción a drogas, los adictos a cocaína muestran bajos porcentajes de rasgos de TLP, lo que resalta la importancia de la epidemiología para trasladar estos datos a la clínica diaria.

Estas cifras tan determinantes no nos pueden permitir seguir ignorando esta situación clínica tan relevante.

La relación entre el Trastorno Límite de Personalidad y los Trastornos por Uso de Sustancias ha sido compleja discutida y controvertida, lo que se ha convertido en una dificultad añadida para entender su relación. De hecho, aun hoy nos encontramos con una corriente del campo de la psiquiatría de las adicciones y también en el campo de los trastornos de personalidad, que niega la consideración de Patología Dual a esta relación. Las razones de estas dificultades son complejas y se pueden resumir en:

1. El concepto de personalidad preadictiva: este concepto, de amplio uso previo al DSM-III (1980) valoraba a los trastornos por uso de sustancias como epifenómenos de un núcleo psicopatológico que se expresaba en otras conductas y sobre todo se relacionaba con los trastornos de personalidad (DSM-I y II). La batalla ideológica de la emergente psiquiatría biológica sobre las corrientes psicoanalíticas produjo la desaparición del concepto de personalidad preadictiva, para dar paso a una concepción del trastorno por uso de sustancias como una entidad categorial, con fuertes fundamentos biomédicos (abuso-dependencia) en la que no había lugar para los trastornos de personalidad.
2. Considerar a los Trastornos de Personalidad (TLP) como “artefactos” de la adicción. Este planteamiento sostiene que, o son síntomas secundarios a la adicción o producto del estilo de vida de los adictos. En caso de existir un verdadero TLP se le valora como un trastorno independiente de la conducta adictiva. Aunque los estudios longitudinales son muy escasos, los hallazgos recientes refutan la teoría del “artefacto” al igual que lo hacen los estudios epidemiológicos y de hecho los factores de personalidad constituyen probablemente un factor etiológico importante.
3. La consideración fundamental de la adicción como un trastorno que es consecuencia de la neurotoxicidad de las drogas sobre el SNC. En cambio y en la línea de lo que aquí presentamos, otros investigadores hacen más énfasis en el concepto de vulnerabilidad, que convierte a las sustancias en más placenteras para algunos individuos que para otros, vulnerabilidad genética y biológica (medioambiental). La neurotoxicidad indicaría que una persona que abusa de drogas se convertirá en adicto. El hecho es que sabemos que el abuso da lugar en porcentajes reducidos a dependencia, sólo en un 6-10% de los casos, que no todas las dependencias cumplen criterios de abuso y que en la clínica las adicciones se instauran rápidamente, sin el paso de años y de ciclos repetidos de intoxicación-abstinencia.

4. La existencia controvertida del TLP, pese a las evidencias de la fiabilidad y validez de esta categoría clínica, sigue siendo negado cuando no desconocido e infra-diagnosticado por algunas corrientes de la psiquiatría.
5. Las redes clínicas separadas para tratar a los pacientes que consultan por abuso-dependencia de sustancias, ha introducido otro factor importante de distorsión en el abordaje de la patología dual, ya que nos encontramos con “dos” enfermedades, dos dispositivos asistenciales y un solo enfermo.
6. Diagnósticos “transversales”, esto es diagnosticar el abuso o dependencia a sustancias, los trastornos afectivos, de la ingesta, etc., en lugar de “longitudinales” que permitan el diagnóstico de la patología dual.

La mayoría de los Trastornos de Personalidad de los tres grupos recogidos por el DSM-IV pueden presentar una asociación con trastornos por uso de sustancias, pero existen dos destacados por su prevalencia: el Trastorno Antisocial de Personalidad, que es el de mayor asociación con TUS y el TLP por su importancia clínica.

Si queremos conocer cuál es el estado actual de esta relación, vemos que en la clasificación de enfermedades mentales más aceptada en todo el mundo, el DSM-IV-TR, la relación TLP con TUS está recogida en el ítem o criterio 4: “síntoma relacionado con impulsividad y potencialidad autodestructiva”, criterio que hace referencia al abuso pero quizás no a la dependencia o adicción. Si revisamos la Guía Práctica APA sobre los Pacientes Límite (2001), nos indica que esta asociación dará lugar a influencia negativa en la evolución, resultados terapéuticos más pobres, mayor riesgo de suicidio y disminuye el umbral para conductas autodestructivas, autolesiones, promiscuidad sexual, conductas provocativas (riesgo de homicidio).

La impulsividad es un elemento dimensional importante en el TLP, aunque quizás no suficiente para explicar el complejo problema de la Patología Dual en estos pacientes.

Es un hecho que los sujetos con TLP presentan una variada modalidad de conductas impulsivas.

Pero la realidad es que la mayoría de estas conductas suelen ser temporales y puntuales, sin llegar a organizarse como una entidad diagnóstica, salvo, y no siempre, para la adicción a algunas sustancias.

Desde el punto de vista clínico y diagnóstico es importante identificar distintos tipos de relación del paciente límite con el uso, abuso y dependencia de sustancias, ya que permitirá una adecuada orientación del tratamiento y de los dispositivos más apropiados para su derivación coordinada.

1. Consumo impulsivo:

Este tipo de consumo impulsivo de alcohol y otras drogas, que puede catalogarse como uso y en ocasiones abuso (pero no dependencia) es egosintónico durante el episodio y egodistónico después, ya que le puede seguir la culpa, malestar y vergüenza. Es habitual el abuso de sustancias con finalidad autodestructiva, tanto como conducta persistente como en actos suicidas. Sabemos que en un ambiente de disponibilidad de drogas, existe la dificultad de los pacientes con TLP para decir no; consumo que es ocultado o puesto en primer plano según las circunstancias, lo que da lugar a errores diagnósticos. Otra circunstancia clínica frecuente es que los pacientes y sus familias aceptan mejor el diagnóstico de “problemas con las drogas” que el Trastorno Límite de Personalidad.

Las sustancias más frecuentes objeto de este tipo de consumo son alcohol y cocaína (o ambas) aunque también se debe prestar atención a otros tipos de sustancias.

2. Consumo compulsivo:

El objeto del consumo es reducir el malestar habitual, la disforia permanente y persistente de estos pacientes, por lo que el consumo de ciertas sustancias tiene aquí finalidad de automedicación (la sustancia actúa como un psicofármaco que el paciente descubre por ensayo y error).

Se consigue así, en ocasiones, un efecto desinhibidor: que les permite buscar relaciones que les den la ilusión de sentirse cuidados. El consumo compulsivo se acompaña de un fenómeno que desde la neurobiología se ha llamado “priming”: al llegar a ciertos niveles de ingesta de alcohol (en ocasiones cocaína), ya no pueden detener el consumo, situación definida por los pacientes como que “se les calienta la boca”, aunque pueden ser conductas abusivas episódicas y no adicción.

Pero es un hecho que este tipo de consumo puede organizarse como conductas adictivas en el caso del tabaco, alcohol, opiáceos, benzodiazepinas y cannabis. Como se comentó anteriormente, la cocaína no es objeto principal de adicción de estos pacientes.

La investigación clínica y también básica viene produciendo nuevos insight acerca de los motivos de esta patología dual, resultados que pueden interpretarse en el contexto de la teoría de la automedicación como la más vinculada a la clínica.

Las guías clínicas hacen referencia a la evolución de esta Patología Dual en sentido muy negativo, pero la experiencia clínica y algunos datos de la investigación nos hacen ser más optimistas. La conocida publicación de Zanarini (2003) sobre la evolución del TLP a los 6-10 años de seguimiento, encuentra que las tasas de

remisión son del 75-80%, es decir, que ya no cumplen criterios DSM-IV para el trastorno. En este estudio de seguimiento evolutivo los síntomas impulsivos y dentro de éstos el abuso de sustancias y la promiscuidad sexual, son los de mayor resolución.

Por tanto el pronóstico de esta Patología Dual no debe ser tan negativo, lo que es corroborado por nuestra experiencia clínica, siempre que la planificación terapéutica incluya esta situación clínica dándole la necesaria priorización y monitorización por personal experto en Patología Dual. Es un hecho que los sujetos con TLP que se recuperan del trastorno por uso de sustancias tienen mejor pronóstico.

Tratamiento de los pacientes con Patología Dual en el TLP

El primer problema a resolver debe ser el contexto terapéutico o setting donde deben tratarse nuestros pacientes con esta Patología Dual en el marco de un abordaje comunitario.

Para ello será necesario una adecuada evaluación clínica del uso de sustancias y dependiendo de ella se podrá orientar a los pacientes a:

- **Dispositivos de Salud Mental para TLP:** si el consumo es episódico-impulsivo o la adicción se limita a tabaco y benzodicepinas.
- **Dispositivos de la red de drogas:** si hay adicción a opiáceos, cannabis.
- **Grupos de autoayuda:** si hay abuso-dependencia del alcohol.

En la red comunitaria estas propuestas no sólo no son excluyentes, sino que se pueden integrar, siempre conociendo el diagnóstico, rodeando al paciente límite con Patología Dual, de un marco terapéutico y de contención adecuado.

Es interesante recordar que los Programas de Drogas, con los cuales se puede integrar funcionalmente el tratamiento, disponen de una estructura, apoyo e ideología que son en ocasiones esenciales e ideales para contener al paciente y controlar el uso de sustancias, siempre que se diagnostique y se trate el TLP, que asegura mejor éxito y previene recaídas, lo que incluye el tratar los problemas interpersonales y el manejo de la angustia, rabia y culpa, que se vincula con las “recaídas”. En aquellos pacientes con patología más grave, en coordinación con la red de drogas se puede plantear su derivación a la Unidad de Patología Dual de Media Estancia, coordinando su salida con la integración en la red comunitaria.

Los grupos de autoayuda son un recurso al cual debe prestarse especial atención, ya que son beneficiosos por su ubicuidad y accesibilidad, para pacientes con TLP,

que tienen abusos impulsivos y episódicos, o dependencia al alcohol y que siguen tratamiento en dispositivos terapéuticos de Salud Mental.

Es muy importante que los pacientes con trastornos por uso de sustancias puedan comprender la relación de la sustancia objeto de dependencia con sus trastornos psicopatológicos.

El tratamiento psicofarmacológico de esta Patología Dual debe atender a los síntomas nucleares del trastorno, como la disforia y malestar permanente que sufren los pacientes y que éstos automedican con sustancias. En este sentido se debe procurar tratarles con los psicofármacos más adecuados para el perfil sintomático del paciente, que incluye medicación agonista, agonistas parciales, y otros fármacos producto de la investigación más reciente.

Tratamiento psicoterapéutico

Carmen Bayón Pérez.

Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Carmen Costi Goyeneche. Psicóloga Clínica. Práctica Privada (Madrid).

Enrique García Bernardo.

Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

Cristina Rodríguez Cahill.

Psicóloga Clínica. Hospital Virgen de la Salud (Toledo).

En el tratamiento actual de los pacientes con **TLP**, en cualquier centro asistencial de Salud Mental, la práctica habitual es la realización de **alguna forma de psicoterapia**, que ocupará un lugar central del tratamiento, junto a otras medidas adicionales, que incluirán con toda probabilidad, un tratamiento psicofarmacológico, que variará según el momento clínico de los pacientes, diversas medidas terapéuticas tomadas de los modelos de continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial y el uso de diversos dispositivos terapéuticos (hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, miniresidencias, unidades específicas para TLP, etc.) para mejorar la adaptación a la realidad del paciente en el aspecto personal, familiar y social.

Hoy en día disponemos de varias técnicas psicoterapéuticas que han demostrado ser efectivas para el adecuado tratamiento de los pacientes con TLP, con resultados contrastados y verificables en la literatura especializada, con prácticas muy sistematizadas y en algún caso manualizadas, que han cambiado en un sentido muy positivo el pronóstico de estos pacientes.

Generalidades sobre psicoterapia en TLP

Introducción

Es muy difícil simplificar el **tratamiento psicoterapéutico** del TLP. Podemos citar algunas razones que lo explican:

- La complejidad de estos pacientes.
- Su variabilidad dependiendo del lugar y momento evolutivo en que son atendidos.
- Las dificultades de su abordaje psicoterapéutico derivadas de sus características clínicas y de las peculiaridades de su funcionamiento mental
- Los conflictos que plantean tanto a nivel institucional como en consultas convencionales, a nivel ambulatorio y hospitalario.

Más allá de dilucidar qué técnicas psicoterapéuticas son las más adecuadas en cada caso, es imprescindible que el abordaje elegido se haga dentro de una estricta **continuidad de cuidados** que exige una estrecha coordinación entre los diversos dispositivos asistenciales y los equipos de profesionales que intervienen en el tratamiento.

Es imprescindible un **plan individualizado de tratamiento** que tenga la capacidad de adaptarse a las necesidades del momento clínico de cada paciente.

Una condición esencial es la necesidad de disponer de **equipos multiprofesionales** para abordar el tratamiento. Cada profesional aportará su “granito de arena” al tratamiento. Si se hace de forma coherente y constructiva el tratamiento funcionará. Si ocurre al contrario habrá serios problemas y el riesgo de ruptura o abandono del tratamiento será alto.

A continuación (figs. 1 y 2) se mencionan algunas consideraciones acerca de la psicoterapia, sin pretender que sean exhaustivas, previas a la elección de un modelo de psicoterapia en particular.

Cuestiones previas a la elección de una psicoterapia en TLP

- ¿Cuál es la **eficacia relativa** de las diversas formas de psicoterapia?
- Qué **tipos de pacientes** responden a qué tipo de psicoterapia?
- ¿Qué **componentes** de las psicoterapias son responsables de su eficacia?
- ¿Cuáles serían sus elementos **comunes**?
- ¿Cuáles son las **indicaciones relativas** de cada forma de psicoterapia?
- ¿Cómo se afectan las indicaciones por la presencia o ausencia de determinados **síntomas o de la comorbilidad**?
- ¿Se pueden relacionar los resultados con algún **componente específico** de los diversos tratamientos?
- ¿Cuál es la **duración óptima** de una psicoterapia con estos pacientes?

Fig. 1

Variables en la elección de una psicoterapia

- Evidencia de efectividad clínica.
- Eficacia y eficiencia demostradas.
- Grado de mejoría alcanzado significativo.
- Efectos diferenciales por el diagnóstico.
- Proporción de pacientes que responden.
- Porcentaje de abandonos.

Fig. 2

En el estudio de Waldinger y Gunderson (1987) se describen los requisitos fundamentales de cualquier tipo de psicoterapia que pretenda ser eficaz y que minimice los riesgos de abandono precoz (antes de los tres meses de iniciado el tratamiento) y que citan la mayor parte de los autores:

- Importancia del uso de técnicas de apoyo al inicio del tratamiento.
- Grado de necesidad de un entorno contenedor desde el inicio del tratamiento.
- Necesidad de estructurar el encuadre de la psicoterapia e implementar los límites.

Variables del proceso psicoterapéutico

Clásicamente se han considerado dos tipos de variables en la psicoterapia de los pacientes con TLP:

- La alianza terapéutica.
- Los distintos tipos de intervenciones.

La alianza terapéutica

Como regla general todas aquellas medidas que favorezcan el fortalecimiento de la alianza terapéutica serán un requisito fundamental de cara a cualquier abordaje psicoterapéutico, favoreciendo la vinculación y responsabilidad del paciente de cara a su tratamiento y previendo los abandonos del mismo.

Las fases de la psicoterapia tienen unas características definidas y un desarrollo evolutivo que va en paralelo con la evolución del paciente en la psicoterapia, de tal manera que van siguiendo la lógica de una menor a mayor profundidad en la interacción entre paciente y psicoterapeuta, sustituyendo los contenidos de la psicoterapia desde un acuerdo comportamental sobre los roles y objetivos de la misma por un marco más profundo, donde la dimensión emocional va siendo progresivamente más importante y los componentes relacionales van permitiendo ir elaborando los conflictos del paciente.

Tipos de intervenciones

Es la segunda variable esencial en toda psicoterapia. Sería el equivalente al coloquial “de qué se habla” en la relación con el paciente, atendiendo por lo tanto a la herramienta fundamental de cualquier cambio. A través de lo que se dice, cómo, cuándo y con qué propósito, se va a poner en marcha la “maquinaria de

la psicoterapia". Así, las sucesivas intervenciones del terapeuta irán promoviendo cambios en el paciente hacia funcionamientos más maduros y estables. Se detallan a continuación una serie de modalidades de intervenciones en pacientes con TLP, atendiendo tanto a su nivel de profundidad como al objetivo pretendido con ellas (fig. 3).

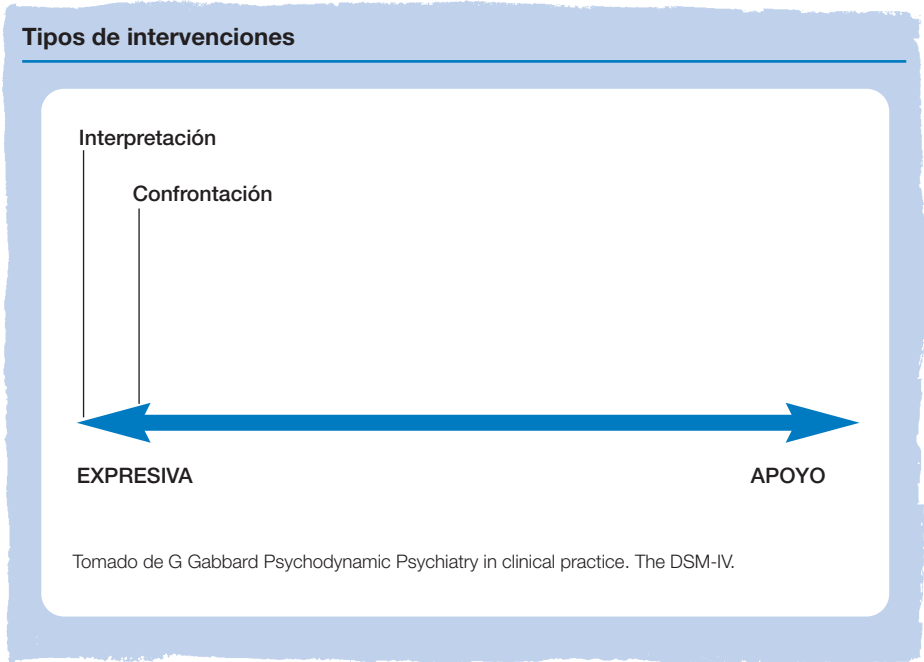


Fig. 3

Psicoterapia expresiva *versus* psicoterapia de apoyo

Una de las cuestiones que más polémica ha suscitado siempre a la hora de elegir una u otra forma de psicoterapia se ha derivado de la elección de la técnica psicoterapéutica a emplear en relación con las capacidades reales del paciente, derivadas tanto del origen de sus problemas, como de la capacidad y forma de su funcionamiento mental, así como del momento clínico de la intervención en el curso evolutivo del trastorno. Son variables a tener en cuenta de cara a que el paciente pueda beneficiarse de ella.

En otro sentido más clínico, su débil conciencia de enfermedad, sus dificultades para manejarse con pensamiento abstracto y fantasía, esenciales en toda psico-

terapia expresiva, así como aquellas dificultades derivadas del momento de la propia psicoterapia, hacen necesario evaluar cuidadosamente la **situación clínica real del paciente** previamente a la elección de una técnica u otra. En las dos figuras siguientes aparecen algunas de las características reseñadas para su valoración por el psicoterapeuta (figs. 4 y 5).

Diferencia de indicaciones

- Psic. expresiva:
 - Fuerte motivación.
 - Tolerancia a regresión.
 - Capacidad insight.
 - Test de realidad.
 - Buen control de impulsos.
 - Abstracción.
 - Exploración de sentimientos.
- Psic. apoyo:
 - Déficits yoicos.
 - Intolerancia a frustración.
 - Falso insight.
 - Pobre control de impulsos.
 - Concretismo.
 - No alianza terapéutica.
 - No autoobservación.

Fig. 4

Factores del paciente que limitan una Psicoterapia Expresiva

- Desarrollo:
 - Trauma precoz.
 - Abuso sexual y/o físico.
 - Deficiencias neurológicas.
- Yoicos:
 - Baja motivación y funcionamiento yoico.
 - Descontrol de impulsos y rabia excesiva.
 - Incapacidad de trabajo con fantasía.
- Relaciones:
 - Vulnerabilidad narcisista.
 - Excesiva dependencia y/o distancia. Simbiosis.

Fig. 5

Requisitos de paciente y psicoterapeuta

En el encuentro psicoterapéutico hay básicamente dos actores que deben representar sus papeles de acuerdo a la obra y siempre en función de sus características personales, si bien de forma ideal, como actores, deben de poseer una serie de características que resumimos a continuación (figs. 6 y 7).

Preparación de la psicoterapia

Paciente:

- Ve el problema en él.
- Busca y desea el cambio.
- Se asume (paciente y/o entorno) la reponsabilidad del paciente.

Psicoterapeuta:

- Entrenado y formado.
- Acuerdo con el paciente sobre objetivos.
- Capacidad de contención.

Fig. 6

Actitudes necesarias en el terapeuta

- Cree que el paciente tiene interés.
- Cree que puede mejorar.
- Acepta su papel esencial con el paciente.
- Percibe al paciente de forma empática.
- Cree que le puede ayudar.
- Preparado para duras contingencias.
- Preparado para trabajar con otros y supervisar o consultar.

Fig. 7

Dificultades del tratamiento

Tanto la elección de la modalidad de psicoterapia, el momento y lugar donde se realiza, como quién la realiza y las dificultades derivadas de la situación clínica de los pacientes, son factores que dan origen a dificultades de cara a generar una mínima estabilidad allí donde la inestabilidad es la norma. Se resumen a continuación algunas de las dificultades más comunes (fig. 8).

Dificultades de tratamiento

- Establecimiento de la alianza terapéutica.
- Intervenciones no adecuadas al momento evolutivo del paciente.
- Distorsiones del modelo terapéutico.
 - Falta de coherencia interna.
 - Escisión e identificación proyectiva (paciente e institución).
 - Atención sintomática *versus* estructural.
- Discontinuidad de cuidados.

Fig. 8

El apartado de las Distorsiones del Medio Terapéutico puede precisar una explicación adicional. Lo que se pretende expresar es la observación, tantas veces realizada, de cómo intervenciones no consensuadas, o realizadas de forma un tanto escindida, sobre un paciente por parte de un programa, o un equipo, adolecen de un nivel de integración suficiente en su puesta en práctica, dando lugar a una propuesta de tratamiento que transmite mensajes contradictorios, si no opuestos. Lamentablemente la colusión que se da así entre el funcionamiento patológico del paciente y la institución es alta, compartiendo formas de “funcionamiento mental” que actúan generando serios problemas en los tratamientos. Una forma particular se da cuando se toma “la parte por el todo” en atenciones que priman lo sintomático por lo estructural, perdiendo de vista el contexto global y la necesidad de abordajes más totalizadores.

Cambio terapéutico

Aunque pueda resultar un tanto peculiar a estas alturas, nunca está de más que limitemos el alcance de las intervenciones psicoterapéuticas de una forma realista. Si nos fijamos en los estudios disponibles en la literatura sobre el tema nos encontraremos con lo reseñado en la figura siguiente (fig. 9).

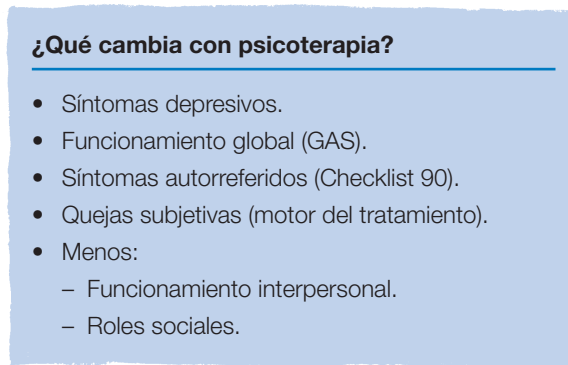


Fig. 9

Así constatamos que los problemas relacionados con la autoestima del paciente, en sentido amplio, y las quejas de malestar subjetivo, en estrecha relación con las crisis, cambian con la contención que brinda una alianza terapéutica en desarrollo. Secundariamente, pero en estrecha relación, mejora el funcionamiento global del paciente (medido por escalas como el GAS) o aquello que aparece referido por el paciente como problemas (Checklist 90). Significativamente, los problemas nucleares del paciente límite, derivados del elemento central sintomático, el trastorno de identidad, visibles a través

del funcionamiento interpersonal o la estabilidad y consistencia de los roles sociales, se afectan menos, necesitando mayor profundidad y tiempo para su tratamiento.

Tipos de psicoterapias

La psicoterapia, en cualquiera de sus modalidades, es el elemento central y nuclear del tratamiento. Es el espacio donde el paciente permanecerá la mayor parte de su tratamiento y donde se desarrollarán las medidas más importantes de cara a su evolución terapéutica.

Los modelos teóricos más frecuentes para el tratamiento del TLP vienen recogidos en las siguientes tablas.

Autor	Conceptos nucleares en el TLP
Kernberg	Agresividad innata y defensas primitivas.
Bateman	Dificultades de diferenciación y mentalización.
Ryle	Múltiples estados del self. Roles recíprocos.

	Modelos dinámicos	Modelo conductual dialéctico	Modelos cognitivos
Problema nuclear	Trastorno evolutivo del self.	Vulnerabilidad temperamental. Amb. invalidante.	Esquemas disfuncionales tempranos.
Foco	Transferencia. Relaciones objetales.	Conductas y emociones desadaptadas.	Distorsiones cognitivas.
Relación terapéutica	Objetivo en sí mismo.	Relación validante. Instructor, asesor.	Tutor. Experto.
Proceso terapéutico	Interpretación temprana de la transferencia.	Jerarquía de objetivos. Validación de emociones.	Cambio de esquemas cognitivos.

Psicoterapia basada en principios psicodinámicos

Se describen a continuación, sucintamente, una serie de marcos de referencia teórico-técnicos para la elaboración de un modelo psicoterapéutico coherente basado en principios psicodinámicos, utilizando como referencia el modelo de psicoterapia psicoanalítica desarrollado para estos pacientes por O Kernberg, la psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT), en la Universidad de Cornell en New York, com-

plementado con el esquema de J Gunderson, el programa ambulatorio intensivo para TLP-modelo de tratamiento escindido, desarrollado en el McLean Hospital de Boston y publicado en forma de “guía clínica” para el tratamiento de los pacientes con TLP, disponible además en español. Y por último la psicoterapia basada en la mentalización de Bateman y Fonagy en Londres.

Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT). Modelo Kernberg

Estrategia general del tratamiento

Siguiendo a O Kernberg, aunque matizando algunas de sus referencias técnicas, podemos resumir las características de la estrategia general del tratamiento psicoterapéutico del TLP. Esta estrategia se encuentra manualizada y por lo tanto disponible para su aprendizaje y replicación más allá de Cornell, estando basada en los siguientes puntos:

1. Marco estable con definición de los límites del encuadre.
2. Actividad del terapeuta centrada sobre problemas de juicio de realidad, mecanismos proyectivos y distorsiones del tratamiento.
3. La transferencia negativa debe ser tolerada.
4. Intervenciones del terapeuta que establezcan puentes entre sentimientos y acciones.
5. Elaboración de comportamientos autodestructivos mediante confrontación y clarificación.
6. Los acting-out deber ser bloqueados a través del establecimiento de límites sobre acciones potencialmente peligrosas para el paciente, para otros y para el tratamiento.
7. Intervenciones basadas en “el aquí y el ahora” (especialmente en las fases iniciales del tratamiento).
8. Atención a la contratransferencia como aspecto esencial del trabajo terapéutico.

Estrategia psicoterapéutica

Utilizando al mismo autor como referencia y con las reservas ya expresadas, pero teniendo en cuenta lo didáctico del planteamiento, nos vamos a ceñir a él para detallar la estrategia psicoterapéutica.

Describe un procedimiento en tres fases:

1. Diagnóstico de las emergentes relaciones primitivas de objeto parcial:
 - En la transferencia con el terapeuta.
 - Fantasía inconsciente dominante del paciente.

2. Identificación en la transferencia de estas representaciones del self y del objeto con la oscilante y alternante atribución a sí mismo y/o al terapeuta.
3. Unión de esta particular relación objetual, activada en la transferencia con su opuesta y la integración de las mismas, acompañada de sus afectos correspondientes.
4. Esto trae consigo la integración que permite el desarrollo de la empatía y la profundización que lleva a la maduración de las relaciones de objeto, y por tanto a la evolución psicológica del paciente.

Los objetivos básicos del tratamiento, en consonancia con la estrategia psicoterapéutica delimitada anteriormente, aparecen explicitados en el cuadro siguiente:

Objetivos básicos del tratamiento (O Kernberg)

- Resolución del síndrome de difusión de identidad.
- Resolución de mecanismos de defensa primitivos.
- Paso de relaciones de objeto parcial a total.

Encuadre técnico

Todos los enfoques psicoterapéuticos se llevan a cabo en unas condiciones técnicas objetivas que actúan como elementos protectores, proporcionando seguridad tanto al paciente como al terapeuta para el correcto desarrollo de la psicoterapia. Son las reglas del juego, que en el caso que nos ocupa, el del tratamiento psicoterapéutico del TLP, son particularmente importantes debido a las características clínicas ya reseñadas de estos pacientes, y que podemos resumir como:

- Trabajo **Cara a Cara**.
- Comportamiento **natural**, en ausencia de actitudes más neutrales o indiferentes.
- **Abstinencia estricta**, especialmente en lo que concierne a los intercambios emocionales con los pacientes. Debido a su potencial turbulencia emocional y su alta sensibilidad, pueden suponer un obstáculo insalvable si el terapeuta se deja llevar y trasgrede los límites de la relación psicoterapéutica.
- **No gratificación transferencial**. Cuidado con la idealización y la devaluación, tan frecuentes como forma de funcionamiento mental de estos pacientes (escisión). El terapeuta es visto alternativamente en una u otra posición siendo fundamental que se preserve su espacio neutral.

- **Análisis de la transferencia** en todo el rico despliegue que se produce desde la fantasía del paciente, ocupando para él todo tipo de significaciones en relación directa a sus personajes biográficos más significativos.
- Atención a la **contratransferencia**. Es sabido que estos pacientes consiguen con gran frecuencia, facilidad e intensidad, provocar intensas emociones en las personas que se relacionan con ellos y por supuesto en los terapeutas. Puede ser una herramienta muy útil si se educa pero puede ser un obstáculo importante si se actúa en la relación terapéutica.
- Análisis de las severas regresiones que se producen durante las sesiones con el paciente:
 - Intervenciones tácticas que restauren el juicio de realidad.
- **Al avanzar la psicoterapia:**
 - Variación del encuadre que se va convirtiendo de forma progresiva en el propio de una psicoterapia psicoanalítica en términos clásicos (PFT), de interpretación del conflicto en la transferencia, con elementos de significación en el aquí y ahora de la relación transferencial y su correspondencia en la fantasía inconsciente del paciente, con sus correspondientes elementos biográficos del pasado del paciente.

Establecimiento de prioridades

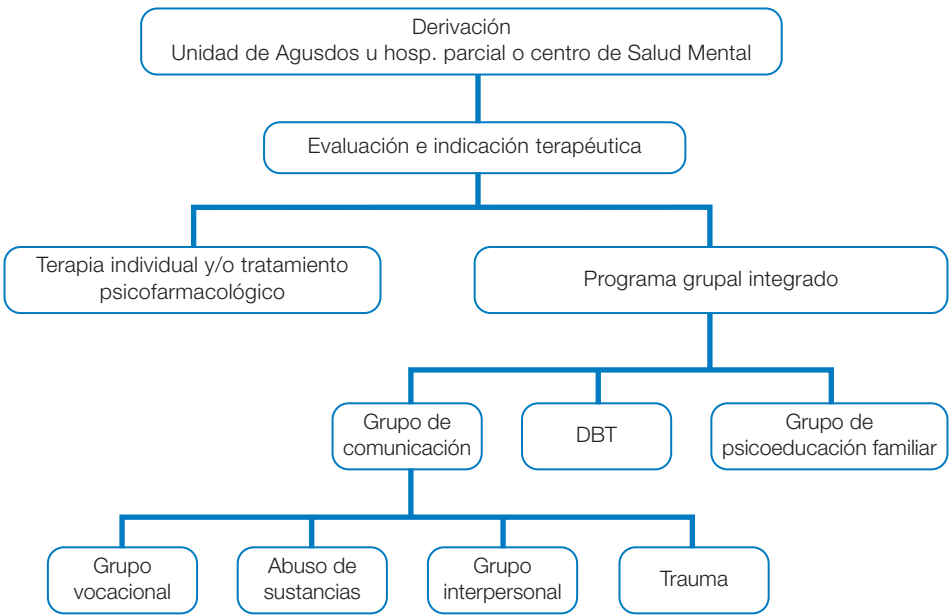
La psicoterapia de los pacientes con TLP, por sus características clínicas, debe manejarse en un rango de posibles intervenciones por parte del terapeuta que están sujetas a momentos clínicos muy variados, que pueden plantear dudas en cuanto a su jerarquización a la hora de tomar decisiones. Hay algunas situaciones, por lo demás bastante comunes, que precisan de una atención especial, comportándose como prioridades que deben tenerse en cuenta para evitar problemas. Las más importantes serían:

- Comportamiento **suicida u homicida** inminente.
- **Amenazas a la continuidad del tratamiento**. De enorme importancia, pues son responsables del alto índice de abandonos prematuros.
- Comunicación **deshonesta o mentirosa**, contrastada y confrontada con el paciente. Si se estructura como forma de conducta habitual constituye una auténtica transferencia psicopática.
- **Acting-out** dentro o fuera de sesión.

Programa ambulatorio intensivo para TLP - tratamiento escindido (split treatment). Modelo Gunderson

A continuación se desarrolla un resumen del modelo psicoterapéutico institucional desarrollado por J Gunderson en Boston, que une la psicoterapia individual en los términos generales expresados anteriormente, junto con otras modalidades de psicoterapia, y con actuaciones terapéuticas derivadas de los modelos de rehabilitación psicosocial con pacientes psicóticos, la psicoterapia de grupo y la de modelos psicoeducativos para las familias, así como del funcionamiento de las comunidades terapéuticas tradicionales.

Programa ambulatorio intensivo para pacientes límite



La esencia del modelo es lo que se denomina “**split treatment**” o tratamiento escindido, consistente en dos variables fundamentales: **psicoterapia psicodinámica** unida a **DBT (Dialectical Behavioural Therapy)** según el modelo de M Linehan que se expone en esta misma monografía.

- Medidas de **case management** (manejo de casos) derivadas de las actuaciones que se desarrollaron como medidas terapéuticas rehabilitadoras

dirigidas a pacientes psicóticos, en este caso adaptadas para su implementación con TLP. Serían básicamente las que permiten que se desarrolle la psicoterapia permitiendo una mayor estabilidad clínica y una mejor adaptación del paciente a su entorno. Aquí habría que incluir el tratamiento farmacológico, la atención a las familias, la atención al consumo de drogas, la psicoeducación tanto del paciente como de la familia, el entrenamiento en habilidades sociales y todas aquellas medidas que favorezcan la adherencia del paciente al tratamiento.

Delimitación de psicoterapia “split treatment” (J Gunderson)

- Psicoterapia psicodinámica en sentido amplio.
- “Case management”. Actuaciones complementarias y/o asociadas que hacen posible la psicoterapia:
 - Medicación.
 - Familia.
 - Grupos de habilidades sociales.
 - Etc.

Psicoterapia: objetivos

- Cambio estructural.
- Crecimiento personal.
- Resolución de conflictos.
- Identidad estable.
- Maduración.
- Desarrollo de nuevas capacidades.

Case management: objetivos

- Mejoría sintomática.
- Resolución de problemas.
- Manejo comportamental.
- Habilidades sociales.
- Manejo de impulsividad.

BUENAS COSAS

MALAS COSAS

Si analizamos las ventajas de este modelo de tratamiento aparecerían las que se detallan a continuación:

- Contención adecuada de las dificultades esperables.
- Disminución de los abandonos del tratamiento.
- Reducción de aquellas formas de funcionamiento mental del TLP que con más frecuencia provocan problemas en la relación terapéutica (escisión e identificación proyectiva).

Todas ellas favorecen la adherencia al tratamiento mejorando la alianza terapéutica y traen como resultado la mejoría en el pronóstico del paciente.

Psicoterapia basada en la mentalización (MBT)

Introducción

La MBT está basada en un programa de hospitalización parcial de orientación psicoanalítica. Este tipo de terapia ha sido manualizado como un tratamiento basado en la mentalización o MBT (Bateman y Fonagy, 2004). La alta evidencia que sostiene la eficacia de un enfoque psicodinámico se deriva de un estudio randomizado que estudia la efectividad de este tipo de tratamiento frente a un tratamiento psiquiátrico estándar. El tratamiento está organizado para facilitar la capacidad reflexiva o capacidad de “*mentalizar*” de los pacientes en el contexto de terapias individuales y de grupo.

Conceptualización

Bateman y Fonagy definen la **mentalización** como la capacidad implícita y explícita de interpretar las acciones propias y de los otros, en base a estados mentales (deseos, intenciones, sentimientos y pensamientos). Supone reconocer que lo que está en la mente de otro y en la propia es un estado mental, y supone un conocimiento a ese nivel. Los autores argumentan que los pacientes con TLP tienen una ausencia o deterioro de regulación emocional, del control atencional y de la capacidad de mentalizar que se ponen de manifiesto especialmente en un contexto de relación de apego. Por esta razón, la terapia, tanto individual como grupal, se focaliza de una manera especialmente activa en desarrollar la capacidad de entendimiento y reconocimiento de las emociones que evocan en otros y de las emociones evocadas en ellos por los demás. Fonagy y Bateman proponen la mentalización o función reflexiva como foco de tratamiento, es decir, se centran en la mente del paciente, no en su conducta. Las entrevistas priorizan, por lo tanto, los estados mentales.

El modelo de la mentalización se nutre de la teoría del apego, de desarrollos de teorías cognitivas y evolutivas, de aportaciones de las neurociencias y de autores psicodinámicos como Bion.

Características del tratamiento psicoterapéutico

- **Tratamiento en equipo:** es uno de los modelos recomendados para trastornos de personalidad graves, pues permite contener la escisión y minimiza el riesgo de conductas de actuación (“acting-out”). La responsabi-

alidad del paciente reside en el equipo. Este tipo de tratamiento resuelve las desventajas del tratamiento escindido de Gunderson (split treatment). Es función de todos los miembros del equipo combinar todos los aspectos del tratamiento en un todo coherente. Esto requiere:

- Un equipo multidisciplinar (enfermeros, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales).
- Toda la información de los pacientes es compartida por todos los miembros del equipo, lo que permite compensar la transferencia dividida. La contratransferencia es también contenida y comprendida, lo que previene la actuación de la misma por parte de los profesionales.
- **Consistencia, constancia y coherencia.**
- **Estructura** (la claridad del marco de trabajo para el mantenimiento de los límites y para reflexionar sobre la contratransferencia).
- **Foco en las relaciones:** durante las entrevistas se da importancia al contexto interpersonal, especialmente el actual. El foco está en el “aquí y ahora”.
- **Flexibilidad.**
- **Intensidad** (en frecuencia de sesiones e intensidad de las mismas).
- Tratamientos **individualizados.**
- **Cercanía mental** con el paciente para ayudarle a ser capaz de representar de manera acertada los sentimientos y las representaciones que lo acompañan.
- **Postura terapéutica mentalizadora, inquisitiva** (no experta) y **activa.**
- Los **sentimientos** tienen prioridad sobre las cogniciones, especialmente ligados a un contexto.

Técnica terapéutica

Objetivos terapéuticos

- Aumentar la capacidad de mentalizar.
- Fomentar visiones del mundo más complejas y flexibles.
- Aumentar la comprensión interpersonal.
- Aumentar el manejo y expresión emocional.
- Integrar la concepción de sí mismo en una narrativa más coherente.

Foco

- Relaciones interpersonales.
- Mente del paciente.

- No se focaliza en el conflicto ni la ambivalencia del paciente, sino en desarrollar la capacidad de mentalizar.

Herramientas terapéuticas

- Interpretaciones breves y específicas.
- Respuestas claras a las preguntas.
- Buscar significados que disminuyan la confusión.
- “Prestar la mente” del terapeuta como modelo de otra mente y para permitir entender la suya.

Las sesiones con estos pacientes pueden estimular conflictos en el terapeuta, y evocar intensos sentimientos que, si no son procesados, pueden llevar al terapeuta a actuarlos, con la consiguiente interferencia negativa con el tratamiento.

Terapia conductual dialéctica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (M Linehan)

La **terapia de conducta** ha estado centrada fundamentalmente en los trastornos del eje I. El progresivo acercamiento de la terapia de conducta a los trastornos de la personalidad parece explicarse por dos razones:

- La evidencia acumulada por los clínicos sobre la dificultad para producir y mantener cambios en estados emocionales cuando figuran de forma subyacente pautas de conducta desadaptativas relativamente estables, que no se pueden ni se deben ignorar.
- El mayor desarrollo explicativo de modelos sobre la organización cognitiva y su influencia sobre la conducta (Mahoney, Guidano y Liotti...).

De este modo, en el tratamiento de estos problemas han predominado enfoques más cognitivos en la terapia de conducta como los modelos de Young, Beck, Safran, Wessler... que incluyen procesos no conscientes, enfatizan las relaciones interpersonales, se interesan en los procesos emocionales y resaltan la importancia de la relación terapéutica.

Una segunda aproximación al fenómeno borderline dentro de la órbita conductista se basa en el **modelo biosocial**. Este modelo sitúa factores psicológicos, sociales y biológicos en la etiología del trastorno. Destacan el modelo de Millon y el de Marsha Linehan. Linehan postula la mutua influencia de variables biológicas y del aprendizaje social en la génesis del trastorno límite y propone una terapia específica y sistematizada. Su modelo surge de la necesidad de implementar una técnica psicoterapéutica que fuera efectiva frente a una población diana específica, a saber, mujeres jóvenes que

realizaban gestos suicidas repetidos, una buena parte de las cuales eran pacientes con el diagnóstico de TLP. Posteriormente el modelo se va puliendo, extendiéndose a varones y ya con el diagnóstico de TLP en su totalidad.

¿Cómo surge la terapia dialéctica?

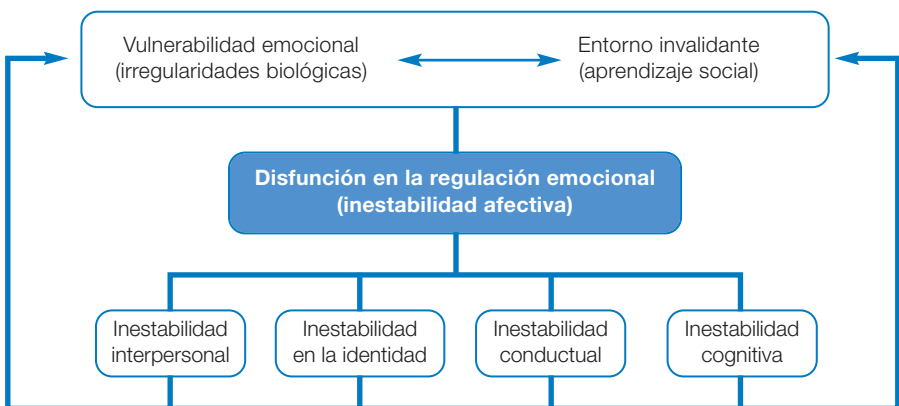
A partir de la observación de sus propias sesiones de terapia, Linehan trata de establecer qué técnicas y estrategias terapéuticas resultaban más eficaces para emplearlas de modo consistente en el futuro. Se da cuenta de que además de las técnicas cognitivo-conductuales estándares utilizaba otros procedimientos más próximos a la terapia paradójica.

Propone una terapia sistematizada con la ventaja de ser el enfoque conductual evaluado más rigurosamente hasta la fecha en el ámbito de los trastornos de la personalidad. Linehan encuentra que las pacientes funcionaban mejor al aumentar el control de su comportamiento desadaptativo pero no se sentían mejor ni más satisfechas que las pacientes que seguían otros tratamientos.

Formulación biosocial: teoría dialéctica del desarrollo del TLP

La terapia conductual dialéctica se basa en una **teoría biosocial** del TLP, según la cual este trastorno es básicamente una **disfunción de la regulación de las emociones**. Esta disfunción en la regulación emocional resulta de **irregularidades biológicas** combinadas con determinados **entornos disfuncionales**, así como de la interacción entre ambos.

Formulación biosocial: teoría dialéctica del desarrollo del trastorno borderline de la personalidad



Una persona vulnerable emocionalmente es aquella cuyo sistema nervioso reacciona excesivamente a niveles relativamente bajos de estrés. Reacciona emocionalmente de un modo más rápido e intenso y se recupera más lentamente. Esta vulnerabilidad procede esencialmente de irregularidades biológicas.

A su vez, los entornos invalidantes de las emociones se caracterizan porque tienden a castigar o trivializar la expresión de las emociones, presentan simultáneamente un alto nivel de emocionalidad, no reconocen necesidades emocionales y sólo responden a expresiones emocionales extremas (reforzamiento intermitente a tasas altas).

El individuo vulnerable emocionalmente sometido a experiencias de invalidación desarrolla una disfunción en la regulación de las emociones. Asume las características invalidantes del entorno: tiende a invalidar su propia respuesta emocional, desarrolla un condicionamiento fóbico emocional, pide a otros que le orienten y le guíen, simplifica la solución de problemas vitales y presenta un patrón oscilante entre la inhibición emocional y la expresión afectiva extrema.

Para Linehan las características sintomatológicas del TLP (comportamientos impulsivos, caos interpersonal, trastorno de identidad e inestabilidad en las valoraciones cognitivas) son secuelas y, por tanto, secundarias a la disfunción emocional.

Tratamiento: terapia conductual dialéctica

Características

1. Énfasis en la **aceptación y validación** de la conducta tal y como se produce en el momento actual.
2. Abordaje de las **conductas que interfieren en la terapia**.
3. La **relación terapéutica** como parte esencial en la terapia.
4. Proceso dialéctico: **aceptación y cambio**.

La terapia conductual dialéctica se organiza en torno a dos características: la solución conductual de problemas y el énfasis en los procesos dialécticos.

1. El **enfoque conductual** indica un tratamiento directivo y orientado a la intervención. Consiste en la aplicación de una amplia gama de estrategias cognitivo-conductuales a una jerarquía de objetivos.

2. El **término dialéctica** se refiere a las múltiples tensiones necesarias para que los pacientes se acepten en un contexto que simultáneamente les promueve que cambien.

Se enfatiza la flexibilidad del terapeuta para moverse entre el polo de la aceptación y el del cambio, siendo el interés genuino en la relación la consistencia que se requiere de su parte.

¿Cuál es la meta global del tratamiento?

La **dialéctica** subyace a la forma global de trabajar y, de hecho, la meta global del tratamiento consiste en aumentar los patrones de conducta dialéctica.

Parte de la terapia cognitiva se basa en adoptar una forma de razonamiento empírico basado en los hechos. Esta lógica empírica es muy útil en la solución de problemas pero es sólo una manera de pensar. La síntesis de dos formas de razonamiento es más útil para la comprensión.

Los pacientes límite piensan, sienten y actúan de un modo extremo o dicotómico. La meta global será llevarles hacia patrones de conducta dialéctica, lo que equivale a incorporar la idea de balance. Tienen que resolver tensiones entre solución del problema y aceptación del problema, entre regulación afectiva y tolerancia afectiva, dependencia e independencia, autoeficacia y petición de ayuda...

Fases y objetivos de tratamiento

La terapia conductual dialéctica consiste en un conjunto de estrategias aplicadas a una jerarquía de objetivos de tratamiento. El establecimiento de los mismos así como de un marco teórico coherente es especialmente relevante cuando trabajamos con pacientes gravemente disfuncionales. A menudo debemos ocuparnos de problemas imprevistos y los objetivos que se creían adquiridos pueden rápidamente volver a ponerse en duda. Para mantener la claridad es bueno tener presente la estructura jerárquica del tratamiento.

Estos objetivos se organizan en **fases**. Esta subdivisión supone que los objetivos no sólo están organizados en función de su prioridad sino que para pasar a la siguiente fase han de haberse cumplido previamente los objetivos de la fase anterior.

A su vez, dentro de cada fase la jerarquía también se respeta. Así, si en una sesión individual el paciente alude a una conducta autopunitiva, se priorizará siempre.

Dado que esta forma de terapia debe ser enteramente voluntaria y su éxito depende del grado de colaboración del paciente, desde el inicio han de negociarse las **condiciones de encuadre o marco terapéutico**.

Fases y objetivos del tratamiento

- Fase de **evaluación, acuerdo y compromiso** terapéutico, condiciones del encuadre o contrato terapéutico.
- Fase de **tratamiento** propiamente dicho:
 - **Primera fase**, focalizada en:
 - Disminuir conductas suicidas y autolesivas.
 - Disminuir conductas que interfieren en el tratamiento.
 - Disminuir conductas que interfieren en la calidad de vida.
 - Desarrollar habilidades para solucionar estos problemas, incluyendo un entrenamiento en las mismas.
 - **Segunda fase**, focalizada en:
 - Disminuir conductas relacionadas con el estrés post-traumático.
 - Exposición y “narración” de la experiencia traumática (precursores infantiles).
 - **Tercera fase**, focalizada en:
 - Abordar el respeto por uno mismo.
 - Luchar por metas individuales.
 - Añade una **cuarta fase**.

Estrategias de tratamiento

En la terapia conductual dialéctica se utilizan cuatro grupos de estrategias que ayudan a lograr los objetivos mencionados: **estrategias dialécticas, centrales o generales, de estilo y de control**. Es importante que su aplicación sea flexible y adecuada al momento terapéutico y a las características del paciente. Nos referiremos someramente a las dos primeras.

Estrategias dialécticas

Funcionan como elemento organizador de la terapia. El foco de la dialéctica incluye dos niveles: la propia relación terapéutica y el aprendizaje de patrones de conducta dialéctica.

Linehan señala, a su vez, técnicas y estrategias dialécticas específicas tales como la paradoja, la metáfora, el abogado del diablo, la literalidad...

Estrategias generales: la validación y la solución de problemas

La validación busca la aceptación mientras que la solución de problemas está orientada al cambio. Ambas se usan casi en cada interacción con el paciente y se supone que los impasses en terapia se deben frecuentemente a un énfasis exagerado en una u otra.

La **validación** implica la búsqueda de elementos tanto históricos como actuales que hacen que la respuesta del paciente sea comprensible y válida, aunque simultáneamente sea desadaptativa y necesite modificación.

Utiliza tres pasos: la observación activa, la técnica del reflejo y la validación directa. La **solución de problemas** busca facilitar y crear una posición activa en el paciente. Es un proceso que implica dos etapas: el entendimiento y aceptación de un determinado problema y la generación de soluciones alternativas.

Para poner en práctica las soluciones acordadas generalmente se necesitan una serie de **procedimientos** aislados o combinados. De este modo, del análisis funcional se deriva la puesta en marcha de estos procedimientos. Para ello conviene hacerse una serie de preguntas.

Procedimientos de cambio

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Están las conductas necesarias en el repertorio del paciente? 2. ¿Están siendo reforzadas sus conductas disfuncionales o viceversa? 3. ¿Presenta un funcionamiento fóbico ante las emociones? 4. ¿Inhibe sus conductas eficaces por creencias erróneas? ¿Ignora las contingencias que operan en su entorno? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Entrenamiento en habilidades (autoconocimiento, regulación emocional, tolerancia al estrés, efectividad interpersonal). 2. Manejo de contingencias. 3. Exposición. 4. Modificación cognitiva. |
|--|---|

1. Los **entrenamientos en habilidades** se realizan en formato grupal. Las **habilidades de autoconocimiento** incluyen habilidades para observar, describir y participar de las emociones. Se consideran un prerrequisito para las demás.

Las **habilidades de tolerancia** al estrés constituyen una progresión natural de las anteriores y se asocian con aceptar y sobrevivir a las crisis.

2. El **control y clarificación de contingencias** implica adecuar las respuestas del terapeuta de forma que refuercen comportamientos adaptativos y extingan los desadaptativos. Se utilizan todas las técnicas conductuales conocidas y se hace especial énfasis en el establecimiento de límites (horas de llamadas, funcionalidad de las llamadas, cumplimiento de tareas, respeto al encuadre...).
3. Los **procedimientos de exposición** tienen especial relevancia. Se enseñan en el contexto de la validación emocional. La idea teórica es que el distrés emocional es una respuesta condicionada (ansiedad, vergüenza, culpa...) a emociones primarias que sí son adaptativas o apropiadas al entorno. Como consecuencia de este condicionamiento se produce un distrés emocional que resulta invasivo e intolerable, adoptando el sujeto una estrategia de escape generalmente mediante conductas impulsivas. Para reducir el estrés y manejar la situación problemática con conductas apropiadas, se expone al sujeto a las emociones primarias en una atmósfera que no le juzgue, bloqueando las respuestas disfuncionales de escape y graduando la intensidad del estímulo.
4. En los **procedimientos de modificación cognitiva** hay que prestar especial atención a la clarificación de contingencias que focaliza la atención en los efectos de la conducta.

Formato terapéutico

La terapia se implementa a través de cuatro modalidades de tratamiento integradas:

- **La psicoterapia individual:** orientada a motivar la utilización de nuevas habilidades en las situaciones cotidianas y, en especial, en las crisis, y en analizar los conflictos motivacionales que interfieren en ese reemplazo.
- **La terapia de grupo:** altamente estructurada centrada en el aprendizaje de nuevas habilidades (autoconocimiento, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia al estrés).
- **Las llamadas telefónicas de apoyo.**
- **El grupo de supervisión y apoyo al terapeuta.**

La terapia de grupo se realiza de modo paralelo y complementario a la psicoterapia individual. Se reúne una vez por semana y se considera esencial la asistencia para la progresión terapéutica.

Habilidades del terapeuta

Debido al énfasis en la dialéctica, el terapeuta ha de saber moverse con comodidad en la ambigüedad y paradoja inherentes a la terapia conductual dialéctica. Esto supone moverse en el equilibrio dialéctico entre los polos de:

- Aceptación (técnicas centradas en el paciente) y cambio (técnicas cognitivo-conductuales).
- Apoyo y confrontación.
- Firmeza y flexibilidad.

Consideraciones finales

Como todos los modelos terapéuticos, y más en la órbita del tratamiento de los trastornos límite, cabría señalar algunas deficiencias. La propia Linehan hipotetiza un modelo focalizado en varias etapas, añadiendo posteriormente una cuarta cuyo enfoque iría dirigido a potenciar la autoconciencia y la experiencia de autorrealización. La autora considera las intervenciones psicodinámicas orientadas al insight y los tratamientos experienciales como los más beneficiosos para este último objetivo. %

Técnicas complementarias: fases del trastorno y variables en las que enfocar el tratamiento (Linehan)

Fases	Descripción	Meta y objetivos	Tratamientos más indicados
I	El individuo tiene muchos problemas, trastornos en el eje I.	Mantener al paciente con vida mediante mayor control de sí mismo: mejorar el control de la conducta, aceptar ayuda y desarrollar habilidades.	Tratamientos multicomponentes, multimodales y multisistémicos, desarrollados altamente controlados y estructurados, y desarrollados por las terapias de conducta y sistémicas.
II	El individuo está vinculado al tratamiento, la acción está bajo control pero no la experiencia emocional.	Desarrollar habilidades para experimentar emociones y mantener relaciones con el entorno: disminuir las secuelas del trauma, tanto los precursores como síntomas de estrés postraumático.	Terapia de conducta basada en procedimientos de exposición (Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995). Terapia psicoanalítica centrada en el descubrimiento (Herman, 1992). Terapias experienciales basadas en el trabajo del procesamiento emocional (Greenberg, Rice & Elliot, 1993).

/..

./..

Fases	Descripción	Meta y objetivos	Tratamientos más indicados
III	El funcionamiento está bajo control en la mayoría de las áreas vitales, las emociones pueden vivirse de modo traumático y experimentar sin actuarse. Problemas serios (depresión, problemas de pareja...) pero no complicados con otros trastornos.	Lograr vivir con un nivel de problemas aceptable y desarrollar un sentido estable de autorrespeto.	Protocolos de tratamiento de problemas interpersonales, terapia marital, terapia cognitiva de la depresión o tratamientos dirigidos al insight o reestructuración de la comprensión de uno mismo o del propio pasado.
IV	Algunos individuos estaría satisfechos funcionando en la fase III, otros tienen un sentimiento residual de falta de plenitud.	Solucionar el disconfort ampliando la autoconsciencia y autorrealización (Maslow).	Psicoterapia a largo plazo orientada al insight, psicoanálisis, otros tratamientos orientados experiencialmente.

Gabbard y Gunderson en su revisión de los estudios empíricos sobre psicoterapia en los trastornos de personalidad señalan que durante las primeras etapas de tratamiento, la modalidad de terapia directiva conductual dialéctica resulta muy eficaz. De hecho, los estudios de Linehan mostraron que las pacientes —generalmente mujeres— lograron una mejoría significativa en el comportamiento suicida, una menor tasa de abandono precoz del tratamiento, una mayor adaptación social, una reducción de días de hospitalización en unidades de agudos, una mayor reducción de la ira y una mayor sensación de control emocional y ajuste interpersonal. Sin embargo, no hubo efectos significativos sobre la ideación suicida, la depresión, la insatisfacción o la desesperanza. Es decir, funcionaban mejor pero no se sentían mejor que las pacientes que seguían otros tratamientos.

Terapia cognitivo analítica (CAT)

Introducción

La CAT está basada en un modelo de psicoterapia breve integradora propuesto por Ryle a finales de los años setenta. Es una psicoterapia focal y estructurada en la que terapeuta y paciente intentan clarificar uno o varios focos sobre los que poder trabajar. La psicoterapia cognitivo analítica es una terapia integradora que simultáneamente va dirigida al insight y a la acción.

Conceptualización

El modelo de comprensión del TLP desde la terapia cognitivo analítica se denomina **modelo de los múltiples estados del self**. Este modelo explica la etiología del TLP como pacientes con múltiples estados del self disociados, que influyen en la génesis de la formación sintomática. Éstos están en relación con el patrón interpersonal subyacente que está conformado por los **roles recíprocos** introyectados y por una emoción nuclear básica. Por roles recíprocos se entiende los diferentes roles complementarios incorporados a nuestros repertorios conductuales en el proceso de aprendizaje interpersonal. Los cambios de estado mental en los pacientes con TLP son bruscos, inesperados, sin capacidad para controlarlos, sin relación directa con una situación identificada y en general rígidos e inflexibles.

Técnica terapéutica

Objetivos terapéuticos

- Identificación de roles recíprocos internalizados.
- Señalamiento, descripción y modificación de los patrones disfuncionales interpersonales.
- Descripción y conexión de los múltiples estados del self del paciente.

Niveles de intervención

- Sintomático (nivel racional, focal y sobre conducta observable).
- Conflictos interpersonales (nivel emocional, simbólico y de modificación interpersonal).

Herramientas terapéuticas

- Relación terapéutica correctiva (no colusiva).
- La reformulación de las pautas problema:
 - Narrativa: carta de reformulación.
 - Diagramáticos: esquemas visuales.
- Cuestionarios de evaluación específicos:
 - **SDP**. State Description Procedure.
 - **PSQ**. Personality Structure Questionnaire.
- Otros (cualquier técnica que pueda ser útil para el objetivo que se pretende: tareas para casa, autorregistros, role playing, interpretaciones transferenciales...).

Terapia cognitiva en TLP. Terapia basada en esquemas

La terapia centrada en esquemas ha sido desarrollada para el tratamiento de pacientes con el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad.

El modelo de Young se plantea como una alternativa al modelo clásico de Beck de tratamiento cognitivo. Las diferencias con respecto a este último son:

1. Utiliza un menor nivel de descubrimiento guiado.
2. Utiliza más la confrontación.
3. Mayor número de sesiones.
4. Las sesiones tienen mayor carga afectiva.
5. Se centra en el esquema disfuncional temprano.

Conceptos básicos del modelo

Esquemas disfuncionales tempranos y dimensiones de esquemas

Se componen de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones, pero no conductas. La conducta formaría parte del estilo de afrontamiento, o dicho de otra forma, el esquema dispara la conducta.

Las principales características son:

- Reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo en relación con el ambiente.
- Se autoperpetúan.
- Son resistentes al cambio.
- Se activan por acontecimientos relevantes con un esquema concreto.
- Se asocian a niveles elevados de afecto.
- Son consecuencia de experiencias disfuncionales con el ambiente, sobre todo en los primeros años de vida.

Estilos de afrontamiento

Los pacientes desarrollan estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas al comienzo de sus vidas para poder adaptarse a los esquemas, de forma que no se experimenten las emociones intensas y arrolladoras que causan los esquemas.

Para Young existirían tres estilos de afrontamiento desadaptativo en relación al mantenimiento del esquema:

1. Tendencia a repetir el esquema, de manera que en la vida adulta continúa reviviendo las experiencias infantiles que crearon el esquema.

2. Evitación del esquema, evitando cogniciones, afectos o conductas para que no se active el esquema. Se intenta evitar el malestar que aparece con la activación.
3. Sobrecompensación: luchan contra el esquema pensando, sintiendo, comportándose y relacionándose con los demás de forma opuesta.

La terapia intenta modificar el esquema, y esto supone disminuir en alguna medida algunos de sus elementos, por ejemplo la intensidad de los recuerdos, la carga emocional, la fuerza de las sensaciones corporales y las cogniciones desadaptativas. En último término supone un cambio conductual, ya que los pacientes aprenden a reemplazar estilos de afrontamiento desadaptativos por otros más adaptativos.

Modos

Este concepto se refiere a las partes del sí mismo que no han sido integradas en un self estable y coherente. Están compuestas de pensamiento, emociones y conductas relacionadas.

Suelen ser temporales y se activan mediante algún tipo de factor estresante. Los individuos pueden cambiar de modo rápidamente o puede predominar uno de ellos. Se componen de esquemas y de respuestas de afrontamiento.

Proceso terapéutico

Primera fase de tratamiento: fase de evaluación y educación en la terapia centrada en esquemas.

Al final de esta fase se consigue una conceptualización del caso que incluye:

1. Identificación de los esquemas.
2. Disparadores de los esquemas: mediante técnicas en imaginación.
3. Gravedad y riesgo de descompensación.
4. Orígenes evolutivos.
5. Recuerdos infantiles que se asocian con la aparición de determinados esquemas.
6. Distorsiones cognitivas centrales.
7. Conductas de afrontamiento.
8. Modos principales de esquemas.
9. Atención a la relación terapéutica.

Segunda fase de tratamiento: fase de cambio.

Se mezclan las técnicas cognitivas, experienciales, conductuales e interpersonales, adaptándolas a cada caso concreto.

Tercera fase: fase de terminación.

Psicoterapia de grupo

Se exponen a continuación de forma somera algunas ideas con relación al uso de la psicoterapia de grupo, más allá de un marco teórico definido, en pacientes con TLP.

Puede ser una técnica psicoterapéutica muy útil, casi siempre como coadyuvante de la psicoterapia individual. Ofrece al paciente la oportunidad de entender el uso sistemático de sus mecanismos de defensa (escisión e identificación proyectiva), que ocurren de forma casi normal en cualquier grupo. Los grupos deben estar formados por pacientes límite de forma homogénea y con capacidad suficiente para tolerar mínimamente el encuadre básico de toda psicoterapia de grupo. Sobre si debe tratarse de grupos abiertos o cerrados hay opiniones para todos los gustos.

La **dilución de la transferencia** en el grupo aparece citada como uno de los elementos terapéuticos principales de este modelo de psicoterapia, al evitar la concentración problemática que en ocasiones sucede en la psicoterapia individual. Lo mismo ocurre con las reacciones contratransferenciales, de gran intensidad, que habitualmente suscitan, que en este caso son o menos intensas o aparecen diluidas al realizarse la psicoterapia en muchas ocasiones en coterapia.

El terapeuta debería ser, idealmente, diferente al de la psicoterapia individual.

Algunas intervenciones (señalizaciones) son mejor toleradas cuando provienen de otros miembros del grupo que del propio terapeuta. De la misma forma interpretaciones realizadas en el contexto grupal son más fácilmente toleradas por el paciente que aquellas que focalizan su objetivo en el paciente individual.

Hay que cuidar la extrema sensibilidad de estos pacientes a la privación y al abandono, que se puede intensificar en el grupo, así como a la fuerte competitividad por lograr un lugar imaginario de favor.

Por contra, la tendencia a los comportamientos (acting-out) que tienden a la ruptura de los límites del encuadre grupal, son un aspecto que habrá que cuidar de forma preferente al constituir una seria amenaza para el paciente y para la continuidad de su vínculo con el grupo.

Los factores clásicos que se han puesto en relación con la capacidad psicoterapéutica de los grupos (universalización, cohesión, altruismo, etc.) se pueden suscribir sin cambios en los grupos de pacientes con TLP.

La psicoterapia de grupo es de gran utilidad tanto en formatos inspirados en principios psicodinámicos como en la DBT (para su utilización en entrenamiento en habilidades sociales), evidentemente con las debidas consideraciones teórico-prácticas distintas en ambos formatos.

Terapia familiar en el TLP

La integración de la familia constituye una pieza clave para conseguir una evolución favorable en los pacientes diagnosticados de TLP. A pesar de que en muchas ocasiones la presión asistencial dificulta este abordaje, a la larga dedicar parte de nuestro tiempo a atender a las familias, así como a la coordinación con otros profesionales y dispositivos, redundará en una importante mejoría en el pronóstico y un menor consumo de recursos asistenciales.

Papel de la familia en el tratamiento

En un primer momento las intervenciones con los familiares se limitan a reuniones periódicas en un contexto psicoeducativo y de apoyo. Sirven para explorar y recabar información acerca del paciente y por otro lado para contener e informar a la familia.

Las primeras entrevistas son clave para realizar una buena alianza terapéutica y sentar las bases de la colaboración futura. Deben sentir un ambiente de apoyo y comprensión, con respeto de su propia idiosincrasia, y tener la posibilidad de plantear sus dudas y preocupaciones.

Toda intervención terapéutica familiar fuera de este contexto inicial, debe posponerse a una segunda fase, en la que exista la preparación suficiente tanto por parte del paciente como de la familia.

Características de familias con hijo con TLP

Sin pretender protocolizar los tipos de disfunciones relacionales en las familias del paciente con TLP, diferentes estudios han identificado algunos patrones específicos y características que se repiten con mayor frecuencia. Entre ellos encontramos estilos de crianza con excesivo control e insuficiente protección, inconsistencia en los cuidados, falta de apego y en ocasiones una maternidad no deseada o con fines ego-céntricos.

Es habitual también encontrar psicopatología en los padres y contextos de violencia, abusos o carencias materiales.

Las relaciones familiares son conflictivas y hostiles, con alta expresividad emocional y escasa capacidad de empatía. Todo ello puede derivar en una escasa cohesión familiar que se suma en ocasiones a límites intergeneracionales poco claros y ausencia de una estructura jerárquica adecuada, con escasa consistencia y durabilidad en los límites.

Aunque estas características se repiten con mayor frecuencia, de sobra es conocido por todos los profesionales que tratamos a estos pacientes, que pueden proceder de familias con un buen funcionamiento previo.

Requisitos para la terapia familiar

Como hemos señalado anteriormente, la terapia familiar como tal, queda pospuesta a un segundo momento en la que podamos encontrar las siguientes condiciones:

- Reconocimiento del diagnóstico y necesidad de ayuda.
- Una cierta “estabilidad” clínica en el paciente.
- Capacidad de escucha tanto del paciente como de sus familiares.
- Aceptación expresa de la terapia y sus condiciones (setting).
- Disponibilidad de tiempo y compromiso hacia la misma.
- Ambiente contenedor con capacidad para controlar los acting-out.

Objetivos terapéuticos

Resumimos los objetivos principales, que veremos más adelante, en el siguiente cuadro:

- Mejorar el pronóstico de la enfermedad.
- Modificar el estilo relacional.
- Estructurar las relaciones familiares.
- Disminuir el clima de “alta tensión”.
- Fomentar la empatía y la comunicación.
- Creación de un ambiente familiar contenedor.

Encuadre de la terapia familiar: adaptaciones del Setting

Setting más flexible: tanto para trabajar con aquellos familiares que estén dispuestos a acudir a la terapia, como para el manejo de las faltas de asistencia, frecuentes en esta patología, y las demandas y consultas entre las citas.

Trabajo en equipo y necesidad de supervisión: idealmente el equipo terapéutico contará al menos con dos terapeutas (terapeuta y coterapeuta), y si es posible con un equipo que supervise detrás de un espejo unidireccional ayudado por algún medio audiovisual.

Duración y frecuencia de las sesiones: en líneas generales, podemos convocar a la familia una vez al mes con una duración de la sesión de 90 minutos. Cada sesión finaliza con una conclusión y unas tareas prescritas a la familia.

Contexto: el clima emocional de cercanía y comprensión hacia la familia es fundamental para que vivan este espacio como un lugar de encuentro y ayuda y no despertar sentimientos de culpabilización.

Proceso terapéutico

Fases: podemos describir el proceso terapéutico en cuatro fases, que describiremos más adelante, cuyos objetivos son progresivamente más complejos. En un primer momento centraremos nuestros esfuerzos en mantener la alianza terapéutica, y asegurar la contención y estructuración en los límites básicos familiares. Una vez conseguido este primer objetivo podemos intervenir en niveles más profundos de las relaciones interpersonales, la historia familiar, los conflictos no resueltos, una mejor comprensión de las motivaciones individuales y colectivas así como de la propia historia de cada uno y dentro del ciclo vital familiar.

Técnicas: se pueden emplear cualquiera de las técnicas habituales de la psicoterapia familiar, pero teniendo en cuenta las características especiales descritas en estos pacientes. De forma general, independientemente de la técnica utilizada, resulta útil seguir los siguientes presupuestos:

- Alianza terapéutica basada en la empatía.
- No culpabilizar (pero asumir las responsabilidades).
- Principio de competencia del paciente.
- Clima de apoyo, comprensión y respeto de la idiosincrasia de cada familia.
- Orientada hacia el cambio: cambiar la epistemología familiar sobre el síntoma.
- Toda la entrevista debe guiarse por la elaboración de hipótesis relacionales, circularidad y neutralidad.

Las *tareas* que se prescriben al final de cada sesión van en consonancia con la hipótesis relacional y cumplen dos funciones: por un lado la terapéutica, estructurando y reforzando las dinámicas más adaptativas, y por otro aportan información independientemente de que se realicen o no.

Trabajamos con los datos que obtienen de sus experiencias fuera y dentro de la terapia para *señalar* y *metacomunicar* las dinámicas relacionales disfuncionales. Pueden utilizarse experiencias de *role-playing* para evidenciar las mismas dificultades.

Encontramos de gran utilidad el uso de *metáforas*, ya que evitan directamente la crítica de los terapeutas al funcionamiento del sistema familiar y eluden las defensas conscientes, manteniendo la complementariedad.

Una constante en la terapia es la *connotación positiva* al paciente y los familiares, dedicando el espacio que sea necesario a tratar los logros conseguidos, devolviéndoles la competencia en el rol que cada uno ocupa.

Otras técnicas útiles en función del momento pueden ser la prescripción de *rituales familiares*, que nos van a ayudar a proponer la construcción de mitos familiares diferentes a los que perpetúan los síntomas, la realización de *esculturas familiares* o *técnicas de visualización* o *fantasía guiada*.

Estructuración de la familia

Exploramos los límites existentes entre los diferentes subsistemas: parental, conyugal, fraterno. Con frecuencia detectamos bastantes disfunciones por falta de jerarquización en las relaciones, normas inexistentes o ambiguas, límites poco claros o inconsistentes, o conflictos de pareja que pueden jugar un papel importante en la dinámica familiar en cuanto a instrumentalizar a alguno de los hijos.

Una vez que analizamos la estructura y dinámica de esa familia, comenzamos a trabajar con ellos propuestas nuevas. Iremos introduciendo nuevas normas, mayor jerarquización, límites claros pero flexibles, enfocando las rutinas hacia realidades algo más atractivas (deseos, hobbies, amistades...) que les haga su vida más fácil.

La propia experiencia de la terapia sirve como modelo de patrones relacionales que pueden incorporar a su dinámica familiar. Debemos asegurarnos de que las normas sean claras y explícitas.

En todo momento la familia requiere de los profesionales un refuerzo positivo, así como la sensación de contención real de su angustia y de las crisis que puedan aparecer.

Cada sesión puede terminarse con unos minutos de charla distendida, comentando anécdotas o situaciones agradables de la vida cotidiana para dar un mensaje normalizador: “No todo son problemas”.

Interacciones relacionales

Inevitablemente en la fase anterior se han ido trabajando aspectos de ésta, porque en la práctica se solapan muchos puntos. Los terapeutas habrán observado el estilo comunicacional de esa familia (relaciones simétricas, complementarias, pseudocomplementarias), alianzas, coaliciones, roles, hijos parentificados, la congruencia o no entre el lenguaje verbal y no verbal (digital y analógico), los mitos familiares que guían sus relaciones... En esta fase intentamos descifrar las reglas internas e implícitas que rigen a esa familia, que todos conocen y participan de ellas, pero de las que no se habla abiertamente.

En este momento la familia debe estar preparada para afrontar y/o contener cierta angustia que le genere escuchar determinadas informaciones de otro miembro de la familia, y poder trabajar con ellos, no sólo la tolerancia de las críticas que pueden hacerse, sino cómo ayudarse entre ellos en vez de sentirse frustrados e incapaces de contener al otro. Durante la terapia, según vayan sucediendo reacciones, iremos confrontándoles con sus dificultades y mostrando alternativas más constructivas para todos.

Especialmente para el paciente, es muy gratificante sentir que en la terapia sus opiniones tienen igual valor que las del resto de familiares, lo que le aleja de la posición de “enfermo”, mejorando su autoestima y sensación de valía. Preguntar a todos los presentes la opinión que les suscita algo que haya expresado verbalmente otro miembro de la familia, ayuda a trabajar las distorsiones que tienen estos pacientes de algunos aspectos de la realidad, y de sí mismos.

A veces esta fase puede poner de manifiesto un conflicto de pareja oculto. Una norma a seguir es no abordar el conflicto de pareja en presencia de los hijos, ni hacerlo hasta que de alguna forma lo solicite la pareja. Si no es así debemos respetarlo, pero interviniendo para evitar que alguno de los hijos quede atrapado en el conflicto.

Conflictos no resueltos: “cuentas pendientes”

El paciente límite con frecuencia expresa vivencias de desigualdad respecto al trato que sus padres le han dado. Es ahora el momento de abordar esas emociones y vivencias e intentar que su propia familia le escuche desde el respeto y la compren-

sión, entendiendo, a veces por vez primera, cuánto sufrimiento hay detrás de los trastornos de conducta, de los reproches continuos y de los reiterados intentos autolíticos.

De igual modo se favorece que el propio paciente sea capaz de empatizar con sus padres y hermanos, percibir su preocupación y comprender las pérdidas y renunciaciones que para todos ha supuesto la enfermedad.

Llegado el momento de sacar a la luz “las cuentas pendientes”, los terapeutas evitaremos que la familia vuelva a interactuar en simetría, haciéndoles entender la circularidad de los hechos y que la finalidad es comprenderse y reparar. Resulta muy útil recurrir a los rituales para facilitar el proceso de reparación cuando sea posible.

Comprensión histórica

En este momento la familia debe llevar un largo camino psicoterapéutico, con adquisición de numerosas habilidades relacionales, con una estructura familiar saneada y teóricamente sin graves cuentas pendientes enquistadas. Es el momento de co-construir la propia historia familiar, entendiendo los mandatos implícitos transgeneracionales que nos abocan a funcionar en nuestras relaciones familiares de determinada manera.

Se consigue así que todos y cada uno de ellos se viva respecto al otro de manera diferente hasta entonces, más humana y cercana, asumiendo los defectos y las limitaciones de cada miembro de la familia, priorizando los aspectos positivos.

Finalización de la terapia

Llega el momento hacer balance, felicitarles por el éxito conseguido y animarles a continuar en esta línea para no caer en los errores del pasado. Anticipar posibles “recaídas” es muy útil y realista: saben que forman parte de la vida y además cuentan ahora con estrategias para solucionarlas sin que suponga una crisis insalvable.

Generalmente instamos a la familia a posteriores encuentros, que les sirven de refuerzo y recordatorio de los contenidos trabajados durante la terapia.

Conclusión

Las características de estos pacientes (graves alteraciones de conducta, dificultad de contención, inestabilidad emocional, intentos autolíticos, ingresos...) hacen que el manejo en familia sea muy difícil, e incluso como hemos visto, yatrogénico en determinados momentos. Pero en la mayoría de los casos debe existir algún tipo

de intervención que incluya a los familiares directos, para ofrecer el apoyo, contención y la información necesaria acerca del problema que les acontece. No obstante, para intervenciones familiares más complejas, puede necesitarse una mayor formación y experiencia en el manejo de familias.

Bibliografía

Bibliografía general

- Oldham J, Skodol A, Bender D. "Tratado de los Trastornos de la Personalidad". Barcelona: Edit. Masson, 2007.
- Varios autores. "Recorriendo los límites. Guía Práctica para familiares y pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad". Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo, 2005.
- Rubio V, Pérez A. "Trastornos de la Personalidad". Madrid: Elsevier España, S. A., 2003.
- Gunderson J. "Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica". Barcelona: Ars Médica, 2002.
- Linehan M. "Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite". Barcelona: Paidós, 2003.
- Szerman N, Peris MD, Ruiz A. "Trastorno Borderline de Personalidad". Madrid: Grupo E. Entheos, 2004.
- Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J. "Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica". Madrid: Médica Panamericana, 2005.
- Roca Bennasar M (coordinador). "Trastornos de la Personalidad". Barcelona: Psiquiatría editores, S. L., 2004.
- Ruocco A. "The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review". *Psychiatry Research*, 2005; 137:191-202.
- Coccaro EF, Siever LJ. "The neuropharmacology of personality disorders". En: Bloom FE, Kupfer DJ (eds). "Psychopharmacology: The fourth generation of progress". Nueva York: Raven Press, 1995; 1567-79.
- Millon T & Davis RD. "Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV". Primera edición, 1998. Reimpresiones 1999 (2), 2000, 2003, 2004. Barcelona: Editorial Masson.

American Psychiatric Association. "Practice guideline for the treatment of patient with borderline personality disorder". 2006. Traducción al castellano: "Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos". Edit. Ars Médica, 2006.

Neurobiología

Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. "The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course". *Biol Psychiatry. Review*. PMID: 12062878. 2002 Jun 15; 51(12):951-63.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. "Related Articles, Links A psychobiological model of temperament and character". *Arch Gen Psychiatry. Review*. PMID: 8250684 [PubMed - indexed for MEDLINE]. 1993 Dec; 50(12):975-90.

LeGris J, van Reekum R. "The Neuropsychological Correlates of Borderline Personality Disorder and Suicidal behaviour". *Canadian Journal of Psychiatry*. Mar 2006; 51:3; Health & Medical Complete, pág. 131.

Simeon DA. "Preliminary study of cortisol and norepinephrine reactivity to psychosocial stress in borderline personality disorder with high and low dissociation". *Psychiatry Research*, 2007; 149:177-84.

Soloff P. "5HT-2A Receptor Binding is Increased in Borderline Personality Disorder". *Biol Psychiatry*, 2007; 62:580-7.

Grosjean B, Tsai GE. "NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder". *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN. Health & Medical Complete*. Mar 2007; 32:2.

Lis E. "Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review". *Psychiatry Neuroscience*, 2007; 32(3):162-73.

Tratamiento biológico

Binks C, Fenton M, McCarthy L, *et al*. "Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder". *Cochrane Database Syst Rev*. 2006, Jan 25; (1):CD005653.

Nose M, Cipriano A, Biancosini B, Grassi L, Barbui C. "Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trial". *International Clinical Psychopharmacology*, 2006; 1(6):345-53.

- Díaz-Marsá M, González Bardanca S, Tajima K, García-Albea J, Navas M, Carrasco JL. "Actas Esp. Psiquiatr.", 2008; 36(1):39-49.
- Bernardo Arroyo M, Roca Bennasar, Benabarre Hernández. "Tratamientos Biológicos". Ed. Masson, S. A. Cap. 8, págs. 153-170.
- Coccaro EF, Siever LJ. "The neuropharmacology of personality disorders". En: Bloom FE, Kupfer DJ (eds). "Psychopharmacology: The fourth generation of progress". Nueva York: Raven Press, 1995; 1567-79.
- Pérez Urdaniz A, Rubio Larrosa V, y cols. "Tratamiento Psicofarmacológico de los Trastornos de la Personalidad". En: "Trastornos de la Personalidad". Masson, S. A., 2005; 345-58.

Reflexiones éticas y legales

- Bloch S, Chodoff P, Green S (editores). "La ética en psiquiatría". Editorial Triacastela, 2001.
- Baca E, Lázaro J (editores). "Hechos y valores en psiquiatría". Editorial Triacastela, 2003.
- Gracia D. "Como arqueros al blanco. Estudios de bioética". Editorial Triacastela, 2004.
- Couceiro A (ed). "Bioética para clínicos". Editorial Triacastela, 1999.
- Carrasco JJ, Maza Martín JM. "Manual de psiquiatría legal y forense". La Ley, 2005.
- Villarejo Ramos A. "Reflexión sobre la imputabilidad de los Trastornos de Personalidad". Cuadernos de medicina forense, 2001.
- Villarejo Ramos A. "El estado de causalidad en la valoración de la imputabilidad de los Trastornos de la Personalidad". Cuadernos de medicina forense, 2003.
- Retolaza A. "A propósito de Egoatría", entrevista a Guillermo Rendueles. Norte de Salud mental, nº 24, 2005.

Red de Salud Mental y tratamiento de los pacientes con TLP

- Documento de trabajo: "Proceso de atención a personas diagnosticadas de Trastorno de la Personalidad". Programa de los Servicios de Salud Mental del Área 9. Coordinadora del Programa: Carolina Cabrera; Coordinadora de Procesos Asistenciales del Área 9: Ana Moreno; Coordinador de Salud Mental del Área 9 de Madrid: Manuel Desviat y varios expertos, profesionales de Salud Mental del Área 9. Madrid 2006-07 (pendiente de publicación).

La guía de buenas prácticas realizada por el Servicio Nacional de Salud Inglés, “Policy implementation guidance for the development of services for people with personality disorder”, National Institute for Mental Health in England, 2003.

Lana Moliner F, González Torres MA, Mirapeix C. “Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los Trastornos de Personalidad”. Psiquiatria.com, 2006; 10(1).

<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26268/?++interactivo>

Rodríguez Cahill C, Murias Fernández E. “Situación actual de los tratamientos en el Trastorno Límite de Personalidad”. Psiquiatria.com, 2006; 10(1).

<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26233/?++interactivo>

“Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008”. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2002.

Tratamiento en **P**atología **D**ual

Arias F, Ramos JA. “Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis”. Capítulo “Trastornos de Personalidad y Cannabis”. Editado por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. 2008.

Características de los equipos y liderazgo

Brandt L, Giovacchini P, Lobel L, y otros (1989). “Adolescentes Borderline. Nueva Visión SAIC”. Cancrini L (2007). “Océano Borderline: viajes por una patología inexplorada”. Primera edición. Ediciones Paidós.

Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. “Trastornos de la Personalidad en la vida moderna”. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier. Primera edición 2001, segunda edición 2006.

Mosquera Barral MD. “Diamantes en bruto I. Un acercamiento al Trastorno Límite de la Personalidad”. Ediciones Pléyade, S. A. Primera edición 2004.

Ageitos L. “Más allá de lo aparente”. Madrid: Ediciones Pléyade, S. A., 2005.

Tratamiento psicoterapéutico

Linehan MM. “Skills trainings manual for treating borderline personality disorder”. Guilford Press, 1993.

- Linehan MM. "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder". Guilford Press, 1993.
- Beck AT, Freeman AQ, y cols. "Terapia cognitiva de los Trastornos de la Personalidad". Paidós, 1995.
- Linehan MM. "Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method". Bulletin of the Menninger Clinic, 1997; 51:261-76.
- Shearin EN, Linehan MM. "Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder". Behavior Therapy, 1992; 23:730-41.
- Aramburu B. "La terapia dialéctica conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad". Psicología conductual, 1996; vol. 4, nº 1, 123-40.
- Echeburúa E, Corral P. "Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad". Análisis y modificación de conducta, 1999; vol. 25, nº 102, 585-614.
- Kiehn B, Swales M. "An overview of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder". Psychiatry on-line. 1995.
- Beck AT, Freeman A, Davis DD, *et al.* "Cognitive therapy of personality disorders" (2nd ed). New York: Guilford Press, 2004.
- Layden MA, Newman CF, Freeman A, Morse SB. "Cognitive therapy of borderline personality disorder". Needham Heights: Allyn and Bacon, 1993.
- Young JE. "Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach". Rev ed. Sarasota, Fla: Professional resource Press, 1994.
- Nordahl HM, Nyrsarter TE. "Schema therapy for patient with borderline personality disorder: a single caseseries". J. Behav. Ther. Pxp. Psychiatry, 2005; 36:254-64.
- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, *et al.* "Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality disorder". Archives General Psychiatry, 2006; 63:649-58.
- Gabbard G. "Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: a basic text". Core competencies in psychotherapy. American Psychiatric Press, 2004.
- Gunderson J, Gabbard G. "Psychotherapy for Personality Disorders". Review of Psychiatry. Vol. 19. American Psychiatric Press, 2000.
- Gunderson J. "Trastorno Límite de Personalidad: Guía Clínica". Ars Médica, 2002.

- Horwitz L. "Tailoring the psychotherapy to the borderline patient". Journal of Psychotherapy practice and research. American Psychiatric Press, 1996; 287-306.
- Kernberg O. "The psychotherapeutic treatment of Borderline Personality Disorder. Borderline Personality Disorder. A multidimensional approach". Ed. J. Paris. American Psychiatric Press, 1994; 261-84.
- Koenisberg H, Kernberg O. "Extending the limits of treatability". Basic Books, 2000.
- Linehan MM. 1993. "Skills trainings manual for treating borderline personality disorder". Guilford Press. "Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite". Ed. Paidós, 2003.
- Paris J. "Borderline Personality Disorder: A multidimensional approach". American Psychiatric Press. 1994.
- Waldinger R, Gunderson J. "Effective psychotherapy with borderline patients". American Psychiatric Press, 1987.
- Yeomans F, *et al.* "Treating the Borderline Patient: a contract based approach". Basic Books, 1992.