

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS
CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL (CENDEISSS)
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO

**“ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA

AUTORA:

DRA. ISABEL ARIAS MARTÍNEZ

TUTOR:

DR. RODOLFO SALAZAR FONSECA

LECTORES:

DRA. IVANIA SALAS BOGANTES

DR. ERIC HIRSCH RODRÍGUEZ

AGOSTO 2012

**Programa de Posgrado en Especialidades Médicas
Posgrado en Psiquiatría**

APROBACIÓN

TRABAJO DE GRADUACIÓN

La dirección del Comité de Posgrado en Psiquiatría, y este tribunal, hacen constar que el Trabajo Final de Graduación: **“ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”**, elaborado por la Dra. Isabel Arias Martínez, fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma por lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psiquiatría.

**Dr. Rodolfo Salazar Fonseca
Presidente del Tribunal
Coordinador Nacional
Comité Director del Posgrado en Psiquiatría
Tutor de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría**

**Dra. Ivania Salas Bogantes
Lector de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría**

**Dr. Eric Hirsch Rodríguez
Lector de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría**

AGRADECIMIENTO

A todo el cuerpo docente del Posgrado en Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica por su trabajo constante y entrega para mi formación integral como psiquiatra.

A mis compañeros de graduación por su compañía en este largo camino.

Al Dr. Rodolfo Salazar Fonseca por su apoyo y confianza, así como por sus enseñanzas a lo largo del camino, y por su tiempo como lector y tutor de esta tesis.

A la Dra. Gloria Chacón Gordon, una maestra en el trabajo honesto, entregado y desinteresado en su práctica clínica, pero también en ese diario vivir al lado de los pacientes que es la psiquiatría.

DEDICATORIA

A todos esos pacientes que, sin darse cuenta, permitieron con su sufrimiento el paso por este lugar para mi formación como psiquiatra.

RESUMEN

Objetivo

Determinar a partir de la claridad diagnóstica del trastorno límite de la personalidad cuales son los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos existentes y recomendados para su manejo a fin de alcanzar la mejoría sintomática que posibilite una mejor adaptación social, funcional y laboral de esta población.

Fuentes de datos

Las principales fuentes bibliográficas que se utilizaron se localizaron en la base de datos "PubMed" así como mediante una búsqueda realizada por el Departamento de la Biblioteca del Hospital Nacional Psiquiátrico en las bases de datos disponibles en el Sistema BINASSS.

Selección de estudios

Se tomaron en cuenta todos aquellos estudios relacionados con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico del trastorno límite de la personalidad, sin límite en la temporalidad.

Se analizaron 3 guías internacionales de manejo para los pacientes con trastorno límite de la personalidad, se incluyó una revisión de tipo metanálisis, una revisión sistemática, y ensayos clínicos diversos en el uso de distintos fármacos para el manejo del trastorno límite de la personalidad, así como revisiones teóricas y estudios comparativos de los distintos tipos de abordajes psicoterapéuticos.

Resultados principales y conclusiones

El trastorno límite de la personalidad no cuenta con una guía de manejo uniforme y adecuadamente sustentada que permita el abordaje de estos pacientes a nivel mundial de forma homogénea pese a la importante prevalencia del trastorno.

Los estudios encontrados no son concluyentes y cuentan con limitaciones importantes para su reproducción, así como para tener un alto nivel de evidencia.

Actualmente, hay consenso para la utilización, sin embargo, de distintos psicofármacos para el manejo de determinados síntomas que componen las distintas manifestaciones clínicas del trastorno límite de la personalidad.

A la vez existen distintos abordajes psicoterapéuticos según diferentes perspectivas teóricas, pero que muestran cierto nivel de eficacia, pero sin que sean sustentados por medio de ensayos clínicos.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. Justificación, importancia y descripción del estudio realizado	4
ANTEDECENTES	4
Antecedentes internacionales	4
Antecedentes nacionales	6
Antecedentes locales	6
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	8
DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
Delimitación del Problema de investigación	11
Definición del Problema de investigación	12
Formulación del problema	12
OBJETIVOS	13
Objetivos principal	13
Objetivos específicos	13
METODOLOGÍA	14
Capítulo II. Trastorno límite de la personalidad	16
Reseña histórica	16

Definición _____	18
Epidemiología _____	22
Etiología _____	23
Manifestaciones clínicas _____	28
Diagnóstico _____	29
Diagnóstico diferencial _____	32
Curso y pronóstico _____	35
Cambios futuros _____	35

Capítulo III. Propuestas de manejo farmacológico para pacientes

con trastorno límite de la personalidad _____ 37

Dimensión inestabilidad emocional _____	39
Antidepresivos _____	39
Eutimizantes _____	42
Antipsicóticos _____	45
Otros tratamientos _____	47
Dimensión cognitivo perceptiva _____	47
Dimensión impulsividad agresividad _____	49
Antidepresivos _____	49
Eutimizantes _____	50
Antipsicóticos _____	51

Capítulo IV. Propuestas de manejo psicoterapéutico para el

tratamiento del trastorno límite de la personalidad _____ 52

Terapias cognitivo-conductuales _____	55
---------------------------------------	----

Terapia cognitiva _____	55
Terapia focalizada en esquemas _____	56
Terapia comportamental dialéctica _____	57
Terapias psicodinámicas _____	59
Terapia psicodinámica focalizada en la transferencia _____	59
Terapia psicodinámica focalizada en la mentalización _____	61
Intervenciones familiares _____	62
Capítulo V. Discusión y conclusiones _____	63
Discusión _____	63
CONCLUSIONES _____	71
BIBLIOGRAFÍA _____	74

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad constituyen un importante campo de estudio en el área de la salud mental, tanto en la psiquiatría como en la psicología. Dentro de ellos, el trastorno límite de la personalidad se considera como el más complejo así como uno de los más graves, y se señala incluso como uno de los más representativos de nuestro tiempo, al ser considerado producto de la sociedad instalada en la inmadurez, la banalidad, y la falta de cohesión. Igualmente se considera como un trastorno que provoca importante niveles de sufrimiento entre quienes lo padecen así como en su entorno sociofamiliar. (Escribano, 2006).

El trastorno límite de la personalidad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado, o DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés, tiene una prevalencia del 2% en la población general, y de hasta un 10% en aquellos pacientes que consultan en centros de salud mental y de un 20% en los pacientes hospitalizados a nivel psiquiátrico. Además se considera representa del 20 al 60% de toda la población con trastornos de personalidad. (López-Ibor J et al, 2002).

Se considera el trastorno de personalidad más común, y que usualmente puede ser mal diagnosticado o subdiagnosticado en la práctica clínica cotidiana, pese a que es un trastorno que para quienes lo padecen, conlleva a una dificultad importante para el proceso de adaptación social y ocupacional acompañándose de importantes conductas autodestructivas, las más comunes de estas, siendo los repetidos intentos de suicidio. (Oldham, J et al, 2010).

El diagnóstico equivocado o no realizado del trastorno límite de la personalidad, encuentra sus raíces en parte, en la inestabilidad diagnóstica propia de este trastorno que también se ha pretendido asociar al trastorno afectivo de tipo bipolar, y sobre lo cual versan numerosos estudios sin que la relación entre uno y otro padecimiento sea clara por ahora, y mucho menos definitiva. (Benazzi, F, 2008).

En ciernes está además la publicación anunciada para mayo del año 2013 de la nueva versión del manual diagnóstico DSM-V, que entre sus cambios más anunciados presenta la modificación de las categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad. En las nuevas categorías se mantiene el trastorno límite de la personalidad, pero se han modificado los criterios diagnósticos del mismo agrupándolos principalmente por categorías sintomáticas. Esto provoca la necesidad entonces de un replanteamiento en el manejo de estos pacientes el cual no está estandarizado aún. (www.dsm5.org).

Para el manejo del trastorno límite de la personalidad existen distintas guías, aunque escasas y, en nuestro medio, poco difundidas. La última guía de la Asociación Americana de Psiquiatría data de 2001, sin que a la fecha haya alguna actualización, por citar un ejemplo. (Oldham, J et al, 2010).

Estudios más recientes incluso revelan una prevalencia creciente, llegando hasta 5,9%, y muestran además una importante comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos, que acentúan un curso desfavorable así como el riesgo aumentado de suicidio. Existe una demanda importante de estos pacientes que tradicionalmente se han derivado a ser manejados desde el punto de vista psicoterapéutico, principalmente. Sin embargo esto no ha

dejado de lado una creciente práctica de medicar los síntomas presentados por estos pacientes, incurriendo en varios de los casos en una creciente polifarmacia. (Lieb,K et al, 2010).

En un medio como el nuestro, existe una limitación importante para el acceso a los programas psicoterapéuticos que benefician a esta población en particular, por características propias del sistema de seguridad social. De ahí, que la medicación de estos pacientes debe de pretenderse óptima con el fin de mejorar las oportunidades que se les brinda a los pacientes.

Igualmente, las propuestas psicoterapéuticas varían según su enfoque teórico y la metodología utilizada según cada modelo, siendo complejo la implementación de programas uniformes para el abordaje de esta patología compleja *per se*.

Es por todo lo anterior que el presente documento se pretende una investigación que facilite a los profesionales en psiquiatría el manejo farmacológico de los pacientes portadores del trastorno límite de la personalidad, y a su vez ofrecer una revisión en torno a los abordajes psicoterapéuticos propuestos para esta población. Todo esto con la finalidad de posibilitar en un futuro la creación de guías para el manejo de estos pacientes en nuestro medio.

Capítulo I:

Justificación, importancia y descripción del estudio realizado

ANTECEDENTES

Antecedentes internacionales

En cuanto a las guías de manejo para el trastorno límite de la personalidad, existen principalmente tres documentos. La primera de ellas es la Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) y que fue realizada en el 2001, sin actualizaciones por el momento. La segunda guía por relevancia es Desorden de Personalidad Borderline: Tratamiento y Manejo, del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE por sus siglas en inglés), publicada en el Reino Unido en 2009. Por último, existe una guía llamada Guía de Práctica Clínica, publicada en Cataluña, España en el año 2011, donde analiza los abordajes posibles para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad según su nivel de evidencia científico. (Oldham, J et al, 2001; Lieb K et al, 2009; Álvarez, I. et al, 2011). Estas guías abordan aspectos del manejo en general, desde el abordaje, diagnóstico y manejo no farmacológico, así como el manejo con psicofármacos.

En una revisión sistemática realizada por Cochrane, sobre estudios randomizados, se obtuvieron datos en torno a la farmacoterapia utilizada para el trastorno límite de la personalidad, fechado de 2010 (Lieb K et al, 2010) y en las Actas Españolas de Psiquiatría

se publicó bajo el apartado de Revisiones el artículo titulado Tratamiento biológico del trastorno límite de la personalidad (Díaz-Marsá M et al, 2008) como principales documentos relativos al estudio del abordaje farmacológico de esta patología.

En estas guías y en estos estudios, se analiza el manejo farmacológico desde familias de medicamentos, principalmente antidepresivos, reguladores del afecto, antipsicóticos y benzodiacepinas, pero siempre haciendo mención a particularidades sindrómicas que subyacen al diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, como una entidad compleja y que debe de abordarse según los síntomas predominantes en el paciente. Estas dimensiones sindrómicas son: Dimensión impulsividad-agresividad; dimensión inestabilidad emocional; dimensión cognitivo-preceptiva; dimensión ansiedad-inhibición. (Díaz-Marsá M et al, 2008).

Los abordajes psicoterapéuticos que se consideran en los principales estudios para esta población incluyen principalmente dos tipos. Estos surgen a partir de concepciones teóricas alrededor del trastorno y que básicamente se dividen en las psicoterapias de corte cognitivo conductual y por otro lado en la psicoterapia de corte psicodinámico. En cuanto a estos abordajes no hay postulados contundentes a favor de una y de otra, siendo complejo el estudio comparativo de los mismos, y por discrepancias a nivel teórico. (Binks, CA et al, 2005).

Ahora bien, si existen estudios que han propuesto comparar la respuesta a distintos enfoques terapéuticos para conductas específicas del trastorno, como lo son por ejemplo, las conductas autolesivas o los intentos de suicidio. Existe por ejemplo un estudio randomizado

publicado por Linehan et al (2006), en el que durante dos años se observaron los resultados obtenidos por la terapia dialéctico conductual de forma comparada con terapia por expertos en pacientes portadores del trastorno límite de la personalidad con conductas suicidas, siendo que al cabo, los resultados resultaron favorables para la terapia dialéctico conductual.

Antecedentes Nacionales:

No existen al momento de realizar esta investigación propuestas protocolizadas de manejo y tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, para los pacientes portadores de trastorno límite de la personalidad.

La demanda de estos pacientes al servicio de salud es palpable en la cotidianidad de la atención en salud mental, pese al faltante de los mismos. También, es usual el uso frecuente de psicofármacos para este grupo de pacientes, sin que el mismo esté sustentado en protocolos de manejo estandarizados a nivel de los centros de salud encargados de la atención mental de nuestro país. Por otra parte, suele delegarse el manejo de estos pacientes a procesos psicoterapéuticos, los cuales muchas veces quedan a criterio del profesional que recibe el paciente, o simplemente por las posibilidades que ofrezcan los distintos servicios sin distingos particulares que se sustenten en evidencia científica.

Antecedentes locales

El Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) no cuenta con protocolos aprobados a la fecha de esta investigación para el abordaje de los pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, sea a nivel ambulatorio o a nivel intrahospitalario.

En los demás centros de atención psiquiátrica a nivel nacional, dentro del sistema de seguridad social, no hay protocolos diseñados para el abordaje de este trastorno ni a nivel ambulatorio ni a nivel intrahospitalario.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

En nuestro país existen tres centros a nivel central que cuentan con camas de hospitalización para pacientes psiquiátricos, que son el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, el Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut y el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, así como a nivel periférico y regional algunos otros centros cuentan con camas de hospitalización para estos pacientes. Además, en el sistema de seguridad social, existen consultas externas de psiquiatría en estos tres hospitales, así como en otros centros hospitalarios de tercer nivel de atención como el Hospital México, y en centros especializados como en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva y en el Centro Nacional de Rehabilitación. Así mismo existe consulta de Psiquiatría en centros de segundo nivel de atención donde muchos pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad o sin él, son atendidos de forma cotidiana. Con frecuencia la atención termina con la prescripción de tratamientos psicofarmacológicos, sin que esté estipulado ningún protocolo que sirva de orientación a los profesionales a cargo de su atención.

El trastorno límite de la personalidad es una forma severa de psicopatología asociada con distress, suicidio, disfunción a distintos niveles, así como importantes costos al sistema de salud. Su presentación clínica, su tratamiento y la disfunción marcada de los pacientes con dicho trastorno son complicados por el grado de comorbilidad que presentan con otros trastornos, lo cual hace necesaria su comprensión y adecuada aproximación por el interés a

nivel de las políticas de salud pública, por mencionar una de las aristas más relevantes. (Eaton et al, 2011).

Lo complejo de su abordaje incluso provoca que haya quienes eviten hacer su diagnóstico por considerarlo estigmatizante, o bien por considerar que se trata de un trastorno incurable. Esto puede provocar un subdiagnóstico del trastorno límite de la personalidad, y en algunos otros casos un sobrediagnóstico de otras patologías psiquiátricas como los trastornos afectivos. Esto sin duda, impide que a los pacientes se les brinde el tratamiento adecuado, acorde a sus necesidades y con objetivos terapéuticos realistas y claros. A esto se suma además, el fenómeno de la comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con trastornos del espectro afectivo, que durante sus crisis, pueden comportarse con magnificación de los síntomas de una u otra patología, haciendo más complejo su diagnóstico y su manejo. (Paris, 2007; Pies et al, 2007)

Como muestra de los abordajes no apropiados para el trastorno límite de la personalidad, está el hecho que muchos de estos pacientes ni siquiera llegan a ser atendidos por profesionales en la salud mental. Muchos de ellos quedan a nivel de atención primaria donde son atendidos por médicos generales que no reconocen la presentación de este trastorno. (Lubman, 2011).

Desde el punto de vista histórico, hay también un llamado de atención por mejorar las posibilidades terapéuticas que se ofrecen a esta población. Esto por cuanto se considera que el trastorno de personalidad de tipo límite sufre un aumento importante en su prevalencia de

forma análoga a otros trastornos que en determinados momentos históricos mostraron este mismo comportamiento. (Serrani, 2011).

Pero más allá de estas elucubraciones de corte filosófico, lo cierto del caso es que entre la población portadora de trastorno límite de la personalidad, se ha visto que no hay consenso en las pautas terapéuticas a seguir por parte de los profesionales a cargo de su atención. Pese a ello, poco menos de la mitad de la población con este trastorno tienen tratamiento psicofarmacológico llegando a utilizar de 3 a 4 fármacos combinados sin que a la fecha haya estudios que sustenten dicha práctica. Vale la pena aclarar acá, que estos datos corresponden a estudios realizados en poblaciones portadoras de trastorno límite de la personalidad que no tienen una condición de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. (Díaz-Marsá et al, 2008).

En la atención cotidiana de nuestro país, es notable como estas variables se conjugan con esta población: diagnósticos inestables, manejos que varían según las posibilidades del centro y del profesional a cargo, sin que por ahora existan guías de tratamiento que permitan una óptima atención para esta población.

El propósito de realizar esta investigación busca en una primera instancia facilitar la información a los profesionales médicos psiquiatras y a la población médica general, el conocimiento en torno al diagnóstico, así como en torno al tratamiento farmacológico y no farmacológico del trastorno límite de la personalidad. En un segundo momento, busca ante todo procurar el bienestar de los pacientes que son portadores del trastorno límite de la

personalidad, así como a sus familias, que tan frecuentemente consultan a los servicios de salud mental en espera de calmar sus padecimientos.

DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Delimitación del Problema de Investigación

Siendo una constante la demanda a los servicios de salud mental de los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, la investigación surgió del interés por conocer acerca de las herramientas que existen desde la psiquiatría para el abordaje de esta patología compleja que permita lograr una mejoría sintomática en estos pacientes. Esto con el fin de que a su vez se refleje en una mayor adaptabilidad al medio, toda vez que la demanda proviene no solo del paciente, sino de sus familias, y el entorno social en el que se desenvuelve.

Es común observar distintos abordajes según el centro, el médico y el paciente, tanto desde lo farmacológico como desde lo psicoterapéutico sin que existan guías claras en nuestro medio respecto de lo que debería pretenderse como tratamiento para esta población. Esto sin duda conlleva consideraciones médicas, farmacológicas y éticas toda vez que existe documentación respecto a lo que debería ofrecerse a estos pacientes, cuya complejidad es inherente a su diagnóstico.

Aspectos relativos a su aplicación, beneficio y pronóstico son de sumo interés para el tratamiento de esta patología, dada la demanda creciente y las limitantes económicas y logísticas que nuestro sistema ofrece, en tiempos que, por el contrario, los sistemas deberían de pretenderse de acceso universal y de calidad, sin distingo de ningún tipo, y mucho menos

sin distinción por el diagnóstico. En particular, históricamente la atención de los pacientes con trastornos psiquiátricos ha estado estigmatizada y relegada, sin que se posibilite un adecuado tratamiento, y dentro de esta población, sin duda existe un desconocimiento acerca del abordaje idóneo que se podría brindar.

Definición del Problema de Investigación

Determinar las posibilidades de manejo farmacológico y psicoterapéutico existentes y recomendadas para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, desde un análisis diagnóstico, con el fin de optimizar el manejo por parte de los médicos tratantes y para procurar una mejoría de los síntomas de dicha patología. Con esto se pretende una disminución en la práctica de la polifarmacia así como de los riesgos inherentes a esta, e igualmente plantear las necesidades psicoterapéuticas que permitan, en conjunto, mejorar la calidad de vida de estos pacientes que representan una importante demanda en los servicios de salud mental.

Formulación del problema

¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos indicados para el tratamiento de un paciente adulto portador de trastorno límite de la personalidad con los cuales se presente una mejoría sintomática que permita un mejor nivel de adaptación social y laboral?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar a partir de la claridad diagnóstica del trastorno límite de la personalidad cuales son los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos existentes y recomendados para su manejo a fin de alcanzar la mejoría sintomática que posibilite una mejor adaptación social, funcional y laboral de esta población.

Objetivos específicos

- Caracterizar el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad de acuerdo con los planteamientos actuales ante el advenimiento del DSM-V, para uniformar los puntos diana del tratamiento.
- Describir el tratamiento psicofarmacológico existente para los pacientes con trastorno límite de la personalidad.
- Analizar las diferentes opciones psicoterapéuticas que han mostrado beneficio para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

METODOLOGÍA

La presente investigación tiene como característica que por la amplitud que comprende será de tipo monográfico al abordar un tema en concreto. Dada la poca cantidad de estudios en relación al tema, no hubo límite temporal en cuanto a los estudios tomados en cuenta, sin embargo se pretende como una revisión actualizada, al encontrar estudios que se ubican a partir del año 2000.

Es una investigación de naturaleza teórica, al formular sus ideas y debatir a partir de opiniones y hallazgos de otros autores, a la vez que se clasifica dentro de las ciencias aplicadas, al pretender que sus resultados sirvan para fines prácticos.

Es además de carácter descriptivo, al limitarse a describir resultados de investigaciones ya publicadas, a la vez que se considera por sus fuentes como secundaria, dado que los datos y hechos recogidos por otras personas tenían otros fines distintos a los del presente documento.

La metodología se aboca a recabar suficiente información que permita dar una respuesta al cuestionamiento a través del cumplimiento de los objetivos tanto general como específicos, toda vez que se realice el análisis de la información obtenida de las distintas fuentes consultadas.

La investigación contó con referencias bibliográficas que incluyen guías de manejo, ensayos clínicos y revisiones, así como otras que sirven como referencia teoría para el tema.

Los artículos seleccionados se basaron para su estudio en los siguientes criterios:

1. Estudios de poblaciones adultas con edades mayores a los 18 años y menores a los 65 años.
2. Se incluyeron artículos publicados entre los años 2000 y 2012.
3. Los artículos son referentes al manejo farmacológico y no farmacológico del trastorno límite de la personalidad, su diagnóstico y abordaje en general.
4. Se valoraron todos los artículos publicados en español, inglés o francés sin importar el país de origen de los mismos.
5. Se utilizarán como límites de búsqueda en bases de datos: A) Tipo de artículo: estudios clínicos, meta-análisis, guías prácticas, estudios controlados aleatorizados, revisiones, bibliografía, estudios comparativos, estudios clínicos controlados, guías, artículos de revistas, revisiones integradas científicas. B) Lenguajes: inglés, francés y español. C) Especies: humanos. D) Género: femenino y masculino. E) Edad: 18 años a más.
6. La última búsqueda de los artículos se hizo al día 10 de agosto del 2012.

Capítulo II:

Trastorno límite de la personalidad

Reseña histórica

El término es institucionalizado dentro de la práctica de la psiquiatría en el año de 1980 con la inclusión del apartado de los trastornos de personalidad en el DSM -III, en el que se adoptó el término trastorno límite de la personalidad para referirse a la patología que hoy es objeto de estudio de la presente investigación. Ciertamente hay debates en torno a la pertinencia de utilizar el término límite, y otros nombres para referirse a la misma patología han sido “fronterizo”, “borderline” o como en los manuales de clasificación de la Organización Mundial de la Salud, “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con las subdivisiones de tipo impulsivo y de tipo límite. (Rubio, V et al, 2003).

No cabe duda que las manifestaciones que hoy se caracterizan como propias del trastorno límite de la personalidad, bajo cualquiera de las denominaciones oficiales supracitadas, se remontan mucho tiempo atrás en la historia. Encontrar su primera descripción es aventurado, ergo esto invita a repasar momentos determinantes en la historia de la enfermedad mental, tal cual se la concibe en nuestros días.

Primeramente, podría pensarse más allá del término enfermedad mental, lo cual ya remite a una visión medicalizada de las manifestaciones del comportamiento humano. Según Claude Quérel (2009), la locura lleva consigo la historia que invita a definir a partir de qué momento

la locura existe como concepto a nivel popular. El momento de inicio de la medicina, y posteriormente de la psiquiatría pueden ser engañosos, en el tanto, las manifestaciones humanas tal cual las entiende hoy la psiquiatría o la psicología probablemente se remonten mucho más atrás en la historia de la humanidad.

Desde la Grecia antigua, se pueden considerar los primeros gestos terapéuticos para aquellos considerados locos, al igual que en la civilización babilónica y egipcia antiguas, se mezclaban los abordajes religiosos, ayunos, purificaciones, unciones, e ingresos a templos, para recibir tratamientos por el “clero-médico”, quienes a partir de mandatos divinos eran los encargados para tales tratamientos. (ibid).

Nos podemos remontar a la época clásica, por otra parte, momento en que Hipócrates y sus contemporáneos clasificaban los humores como causantes de las enfermedades: la bilis negra, la bilis amarilla, la sangre y la flema, en correspondencia con ciertos temperamentos, a saber: colérico, melancólico, sanguíneo y flemático. Si la persona presentaba en adecuado equilibrio todos sus humores se le consideraba normal. (Rubio, V et al, 2003).

Ya para el año 180 a. C. se establece la primera diferenciación entre neurosis y psicosis por parte de Areteo de Capadocia, seguido posteriormente de Platón y Aristóteles que se dedican a explicar el comportamiento humano. Más adelante en el Renacimiento se dan también ciertas exploraciones en torno a la explicación de la forma de ser, los temperamentos y caracteres. En especial en 1621, destaca la obra *Anatomía de la melancolía* del autor inglés Robert, y un poco más tarde en la obra del francés Bonet, en 1684 se acuña el término *folie*

*maniaco-mélancolique*¹ siendo, al parecer, la primera teorización que une los conceptos de impulsividad e inestabilidad emocional. (Ibid)

Más adelante continúan teorizaciones de Pinel, a inicios del siglo XIX, seguido por otros autores franceses, Baillarger y Falret, que en 1854 mostraron su trabajo tras 30 años con pacientes depresivos y suicidas, donde describían que había pacientes que presentaban un estado de ánimo depresivo interrumpido por episodios de irritabilidad, euforia y de normalidad inclusive. Lo llamaron *folie circulaire* y *folie à double forme*². Ya para 1921, Kraepelin, describe como mezcla de los estados fundamentales que correspondería con lo que llama la personalidad excitable lo que podría corresponder con la límite. En 1925, Reich describe los caracteres impulsivos de personas con agresiones infantiles. (Ibid).

La que se considera como obra de suma importancia para la clasificación de los trastornos de personalidad es la obra de Schneider de 1934 llamada Personalidades psicopáticas, y por último en 1938, Stern, describe los estados limítrofes o fronterizos entre las neurosis y las psicosis de ciertas personas refractarios a la psicoterapia. (Ibid).

Definición

Para empezar a hablar de los trastornos de personalidad se debe definir que es personalidad. La palabra persona deriva del griego *prosopon* (cara, rostro, aspecto) que luego en etrusco pasó a ser *phersu* siendo que entonces, la primera definición de persona es

¹ Locura maniaco melancólica. Traducción libre de Isabel Arias. 2012

² Locura circular y locura de forma doble. Traducción libre Isabel Arias, 2012.

la de la máscara de teatro con que los actores representan al imitar la fisionomía de los personajes. Ya el término personalidad aparece con el cristianismo al concebir la imagen de Dios como 3 personas, y así se toma que la personalidad es la esencia que se encuentra en la apariencia, y según la Real Academia de la Lengua Española es lo que define la diferencia individual que distingue a cada persona de la otra. (García et al, 2010).

La personalidad es entonces el resultado de un constructo multifactorial dinámico que tiene un componente biológico y otro ambiental interrelacionados entre sí. Se unen en la personalidad, temperamento y carácter, considerando al primero como lo heredado o genético y lo segundo como el componente ambiental o social. Es a la vez idiosincrática y social, estable durante la existencia del individuo, pero a la vez facilitadora de su adaptación al entorno. (ibid).

La alteración de cualquiera de los componentes anteriormente expuestos puede dar paso a un trastorno de personalidad, y tal es el caso del trastorno límite de la personalidad donde se conjugan la vulnerabilidad biológica, las experiencias psicológicas traumáticas y un contexto social inadecuado. Aun así, no son condiciones determinantes pues existen posibilidades de no presentar este u otros trastornos de acuerdo a los factores protectores con que cuente la persona en su desarrollo. (ibid).

Según López-Ibor (2002) el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, todo esto acompañado de una notable impulsividad que por lo general se inicia con la edad adulta y que puede presentarse en distintas circunstancias.

Existe también la caracterización del trastorno límite como aquel que se encuentra en el borde de la neurosis y la psicosis, de donde justamente adquiere el adjetivo de limítrofe o fronterizo, pues no llega a constituirse como un estado neurótico del todo, y presenta pequeños episodios en los que el paciente reporta sintomatología psicótica (también llamado episodios micropsicóticos), los cuales usualmente se dan de forma limitada. (Sadock B. 2005).

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, o CIE-10 por sus siglas, de la Organización Mundial de la Salud, en el trastorno límite de la personalidad existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo que no contempla las consecuencias, junto a un estado de ánimo inestable y caprichoso, siendo a su vez, subclasificado como de tipo impulsivo si los síntomas que predominan son la inestabilidad emocional junto con la incapacidad de controlar los impulsos expresados en explosiones violentas o conductas amenazantes, o de tipo límite si lo que predominan distorsiones de la imagen de sí mismo, de los objetivos y preferencias internas, lo que a su vez se acompaña de amenazas suicidas o actos autoagresivos.

Ahora bien, hasta aquí la definición que se presenta del trastorno límite de la personalidad en la mayoría de los manuales de psiquiatría corresponden a una posición descriptiva-fenomenológica de los mismos. Es válido por lo tanto plantear desde un enfoque psicoanalítico como se define el trastorno.

Respecto del tema, desde una perspectiva psicoanalítica, existe autores como Ogden (1979) que refieren que la estructura de personalidad límite encuentra su origen en una fase pre-edípica. Se produce principalmente por el no reconocimiento de la alteridad del objeto, y su posterior indiscriminación.

En este sentido, podríamos también referirnos a aspectos de labilidad yoica, que se produce como ejemplo de los mecanismos de defensa primitivos en las estructuras de personalidad fronteriza, toda vez que en etapas pre-edípicas quedan fijados. Esto hace que en sus relaciones interpersonales los portadores del trastorno límite de la personalidad, no logren establecer una distinción a nivel de lo que es “bueno” o “malo”, siendo que la ambivalencia con respecto al objeto no logró resolverse en el momento de incursionar en el edipo. Esto hace, que por su conducta primitiva, y su estado de indiferenciación del objeto, sus manifestaciones transferenciales sean sumamente intensas e inconexas entre lo positivo o negativo, funcionando en un estado de escisión. Todas estas consideraciones serán esenciales en el proceso psicoterapéutico si este se considera de corte psicoanalítico, teniendo sus variables en torno a como utilizar la contratransferencia, tema que se abordará más adelante. (Kernberg, O. 1979)

Desde un enfoque dialéctico conductual, por otra parte, el trastorno límite de la personalidad se define como una disfunción del sistema encargado de la regulación emocional, lo cual a su vez es producto de la interacción entre factores biológicos y un ambiente invalidante. Por un lado, la disfunción en la regulación emocional constituye un componente determinado biológicamente, lo que se traduce en una alta vulnerabilidad emocional, es decir que el individuo tiene una alta sensibilidad ante estímulos emocionales, que lo lleva a experimentar

emociones de forma muy intensa teniendo dificultad para regresar a su línea de base emocional. Esto se conjuga entonces, con un ambiente invalidante, que es el factor psicosocial de este planteamiento teórico, que en síntesis se refiere a un patrón de crianza donde recibe respuestas inapropiadas o no contingentes a lo que el individuo comunica. (García, A. 2011).

Epidemiología

No hay un acuerdo definitivo acerca de las tasas de prevalencia para este trastorno, y la misma varía según la fuente consultada. (Cuevas et al, 2012).

Según el DSM-IV-TR la prevalencia en la población general es de un 2%, y la misma aumenta a un 10% si se considera la población vista en los centros de salud mental. En cuanto a los pacientes hospitalizados se estima que representa un 20% y que de todos los pacientes con trastornos de la personalidad, solo el trastorno límite representa entre un 30 y un 60%. (López-Ibor J, et al 2002).

De acuerdo a una revisión realizada de forma sistemática en Cochrane, para Estados Unidos la prevalencia llegó a ser estimada en un 5,9%, donde hasta un 80% de esta población llega a tener tratamiento psicoterapéutico individual hasta por 6 años, y en una proporción similar se encuentran tomando tratamiento farmacológico. (Lieb, K et al. 2010).

La mayoría de los estudios concuerdan con el DSM-IV en que es predominante su presentación en la población femenina llegando hasta un 75% de los casos según el manual diagnóstico. (López-Ibor J, et al 2002).

A nivel de los distintos grupos étnicos no hay claras conclusiones por el tipo de estudios realizados, y porque no siempre toman en cuenta los mismos grupos étnicos ni está estandarizado el abordaje diagnóstico realizado. Esto también dificulta el abordaje según la población étnica de la que provenga el paciente, pero la etiología no está demostrada que tenga relación con algún grupo étnico en particular. (McGilloway, A et al, 2010).

Según Fossa (2010) citando a Guala (2004), otros datos estadísticos muestran además que 1 de cada 100 pacientes psiquiátricos tienen un diagnóstico de fronterizo, y que al igual que lo consideran otros autores, las tres cuartas partes de estos pacientes son mujeres. También señala que el riesgo de suicidio es 50 veces mayor que para la población general, así como el abuso de sustancias tóxicas es 9 veces mayor que en el resto de los sujetos que consultan. Por último, los trastornos alimenticios y los trastornos del ánimo tienen una presentación mayor que en el resto de la población psiquiátrica.

Etiología

Las consideraciones en torno al origen de este trastorno varían de acuerdo a posicionamientos teóricos con respecto del mismo. Justamente por esta particularidad, podemos decir que no hay una única interpretación satisfactoria para explicar el origen de

éste o de otros trastornos de personalidad. Se pueden analizar distintos componentes en cuanto a su origen desde lo genético, lo biológico, lo psicológico y lo socio-ambiental.

De acuerdo a Stepp (2011), existe importante evidencia para afirmar que el trastorno límite de la personalidad tiene una transmisión transgeneracional, siendo que en familias estudiadas, se ha visto que en parientes de primer grado existe de 4 a 21 veces un riesgo mayor de desarrollar el trastorno si se le compara con la población general. De hecho, se ha descrito en este sentido, una agregación familiar importante en lo relativo a características de inestabilidad emocional e impulsividad, lo que sugiere según la autora, que las distintas dimensiones sintomáticas se heredan de forma separada. Igualmente se ha visto el desarrollo de otras comorbilidades psiquiátricas como el trastorno depresivo mayor, el consumo de sustancias y el trastorno de personalidad antisocial, asociado a nivel familiar.

Existen estudios que manifiestan que desde lo genético, hay mayor posibilidad de desarrollar el trastorno en los hijos de padres diagnosticados con el trastorno de personalidad. Ahora bien esto podría discutirse toda vez que los factores socioambientales pueden incluir los patrones de crianza a nivel familiar. Pero por otra parte también se ha visto que en gemelos monocigotos la incidencia del trastorno es mayor que en gemelos dicigotos. (Rubio, V. et al, 2003).

Se estima que la heredabilidad del trastorno límite de la personalidad es de un 42% según el estudio de Distel (2007), o de hasta un 69% según Torgersen (2000), en un reporte hecho con una muestra de gemelos adultos. Ambos estudios citados por Stepp (2011) señalan que la diferencia entre los datos pueden deberse al tamaño de la muestra estudiada, pero que sin

duda, hay datos que sugieren una importante influencia de tanto los aspectos genéticos como ambientales para el desarrollo de este trastorno.

Esto merece sin embargo señalar que tradicionalmente se le ha dado preponderancia a los factores psicológicos que intervienen en la estructuración de esta patología. Visto desde lo cognitivo conductual se trata de un desarrollo que se produce por un modelado sobre el niño que conllevan a la presentación de estos procesos interpersonales, así como los esquemas de funcionamiento propio de este trastorno de personalidad.

Desde la teoría psicoanalítica, se trata de un conflicto de tipo pre-edípico que establece mecanismos de defensa primitivos para el funcionamiento abigarrado del Yo, como estructura psíquica. (Rubio, V. et al, 2003).

Para Kernberg (1979) citado por Fossa (2010) la agresión pregenital, sobretodo la oral, es un componente decisivo en la constelación psicopatológica. Por lo general en la historia de estos pacientes se suceden eventos que conllevan experiencias de frustración extrema e intensa agresión en los primeros años de vida, lo que tiende a ser proyectado, provocando una distorsión paranoide de las imágenes parentales tempranas, en especial de la madre.

Es por lo anterior que en las primeras fases de desarrollo psicosexual, la figura materna se experimenta como dos formas reales pero contradictorias, y es esta concepción ambivalente la que provoca angustia debido a que ambas experiencias opuesta provienen de la misma persona de la que se depende intensamente. Así se despliega el mecanismo defensivo de la escisión, manteniendo separadas ambas representaciones. Entonces, la internalización

patológica de la relación objetal, es mantenida por el individuo a través del uso de mecanismos primitivos de defensa, y por ello en la vida adulta se distorsionan las relaciones vinculares reales, las cuales se efectúan con las personas idealizadas o devaluadas. (ibid).

Siempre dentro de la línea psicodinámica, Fossa (2010) cita a Adler (1985) y a Malher (1975) como autores de otros modelos a considerar. El primero en relación al modelo de déficit, toda vez que el paciente limítrofe tiene un maternaje inconsciente y no confiable que provoca la internalización de un objeto poco sostenedor. Esto genera a su vez sentimientos de vacío y tendencias depresivas, lo cual es responsable de la dependencia aferradora observada en estos pacientes, y al mismo tiempo produce una rabia oral crónica por una figura materna que no estuvo emocionalmente disponible durante la infancia. Ahora, en relación a Mahler (1975), Fossa (2010) explica que la etiopatogenia de la organización limítrofe radica en una fijación durante la fase de separación-individuación en especial en la subfase de reaceramiento, que es la que sucede cuando el niño sigue y huye de la madre con la fantasía de ser seguido por ella, lo que indica el deseo de reencuentro con el objeto de amor, así como el temor de ser absorbido por dicho objeto. Según este modelo, la fijación en este punto es la responsable de que los individuos revivan una y otra vez esta crisis infantil.

Ahora bien, si nos abocamos a los factores biológicos, estos siempre han estado en un segundo plano con respecto a los modelos teóricos que se basan en los factores psicológicos, sin embargo es importante retomar aspectos de los componentes biológicos toda vez que se pretenda un manejo farmacológico de esta patología.

Según Díaz-Marsá (2008), en su análisis sobre las guías de manejo de la APA, las dimensiones sindrómicas que componen al trastorno límite de la personalidad, consideradas como nucleares en forma separada, se basan en que cada una de ellas depende de una disfunción biológica.

En una primera instancia la dimensión impulsiva parece estar ligada a la disfunción de la neurotransmisión serotoninérgica, sumada a una hipofunción a nivel frontal, provocando que haya una función disminuida de las áreas corticales encargadas del control inhibitorio. Se sugiere que esto además se asocia a una implicación de agentes noradrenérgicos, dopaminérgicos así como glutamatérgicos. (ibid).

Por otra parte se considera la inestabilidad afectiva como ligada a un funcionamiento anómalo a nivel límbico, por exceso de acetilcolina y exceso de noradrenalina que serían los responsables de una hiperreactividad a nivel emocional. (ibid).

Los aspectos cognitivos y los llamados fenómenos micropsicóticos de los pacientes tendrían relación con disfunción a nivel de áreas prefrontales y conexiones corticosubcorticales, asociado a niveles deficitarios de dopamina a nivel cortical. (ibid).

Por último, disfunción a nivel de la amígdala, del septo-hipocampal, junto con hipersensibilidad serotoninérgica, hipersecreción de la CRH y déficit gabaérgico, serían los implicados en las manifestaciones de la dimensión ansiedad-inhibición. (ibid).

Manifestaciones clínicas

Se trata de un trastorno con una característica inestabilidad en el patrón de interacción a nivel interpersonal, acompañado de una predisposición para actuar de modo impulsivo, sin tener en cuenta las consecuencias de sus acciones. Presenta además una notable alteración identitaria con grandes incógnitas en torno a temas vitales. Tienen además una marcada impulsividad, y una muy baja tolerancia a la frustración. En asociación, se presenta además una muy baja capacidad de controlar los impulsos lo que hace que se manifieste conducta agresiva contra otros o contra sí mismos. (López-Ibor, et al 2002; Rubio, V. et al, 2003).

Distintos autores coinciden en que los pacientes portadores del trastorno límite de la personalidad pueden ser muy disímiles entre ellos, y que a nivel clínico esto hace que haya manifestaciones de mayor o menor gravedad, o mucho más floridas que en otros casos. (Díaz-Marsá et al, 2008).

Por este motivo, se proponen dimensiones sintomáticas, siendo que cada una de ellas se asocia con ciertas características biológicas subyacentes. Todo esto según Siever y Davis (1991) citado por Díaz-Marsa (2008). Estas dimensiones corresponden a:

- La dimensión impulsiva: responsable de las conductas autolesivas y predisponente de conductas de consumo de sustancias psicótropas así como de conductas bulímicas.
- La dimensión de inestabilidad afectiva: caracterizada por la labilidad emocional, y los cambios abruptos a nivel afectivo.

- La dimensión cognitivo-perceptiva de la que dependen los síntomas como la suspicacia, las distorsiones interpretativas, la falta de relativización y la existencia de estados micropsicóticos.
- La dimensión ansiedad-inhibición que está en relación con la falta de modulación de la respuesta ante el peligro y los sentimientos de vacío, por ejemplo.

Diagnóstico

El diagnóstico no es sencillo y en muchos de los casos hasta clínicos experimentados pueden errarlo, dada la facilidad con que sus síntomas pueden confundirse con las manifestaciones de otras patologías al momento de la entrevista.

El diagnóstico además es de tipo categorial, es decir que deben cumplirse un número determinado de ítems en un tiempo determinado. Esto plantea como otro inconveniente que no tiene en cuenta el grado de severidad de la sintomatología ni la gravedad del trastorno, a la vez que no toma en cuenta la posibilidad de comorbilidad con otras patologías tanto del eje I como del eje II, y en muchos de los casos las categorías se superponen. (García et al, 2010).

Para su diagnóstico, el mismo se realiza con las guías nosológicas descriptivas disponibles en la actualidad como lo son el DSM-IV-TR y el CIE-10, las cuales son muy similares, salvo por la subclasificación del CIE-10 tal como se detalla a continuación. La primera es la que se

utiliza más en el continente americano, mientras que la segunda es la más utilizada en Europa, y esto sin duda no deja de presentar a su vez un inconveniente para un diagnóstico complejo de base. (ibid).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN DSM-IV-TR

Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad

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

- (1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- (3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. Ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de mutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

(6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. Ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

(7) Sentimientos crónicos de vacío.

(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. Ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN CIE-10

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; estas son fácilmente provocadas al recibir críticas o ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

F 60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes la explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye: personalidad explosiva y agresiva, trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye: trastorno disocial de la personalidad. (F60.2)

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o actos autoagresivos (aunque estos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye: personalidad “borderline”, trastorno “borderline” de la personalidad.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del trastorno límite de la personalidad es un tema controversial toda vez que existe no solo debate en torno a su etiología, si no también en torno a su comorbilidad con patologías del eje I, según lo establece el DSM-IV-TR. De hecho se considera que el trastorno límite de la personalidad es paradigmático en el tanto es el trastorno que presenta más trastornos comórbidos. Existe incluso quienes afirman que en el caso de los pacientes con trastorno límite de la personalidad de un 80-90% de los pacientes

con trastorno límite de la personalidad tienen otro diagnóstico, y un 40% tiene dos o más diagnósticos. (Pailhez, G et al 2007).

Esta particular comorbilidad para este trastorno llega al punto que se considere que 75% de quienes cumplen criterios para el trastorno límite de la personalidad cumplen criterios para un trastorno afectivo en la vida, y hasta en un 73% para desórdenes relacionados con el abuso de alguna sustancia. Todas estas relaciones comórbidas tienen importancia en las políticas de salud públicas, y sin duda, a nivel del manejo de estos pacientes. (Eaton, N et al. 2011).

Dentro de las patologías que se asocian a este trastorno de personalidad, destacan los cuadros orgánicos que siempre deben descartarse como lo son masas a nivel cerebral, infecciones del sistema nervioso central, delirium o demencia por citar algunos. En cuanto a procesos psicopatológicos, también deben de tenerse en consideración los trastornos de la alimentación, en especial en mujeres, el trastorno por déficit atencional, el cual si no se maneja de forma adecuada se asocia con un pronóstico más desfavorable, así como la comorbilidad con otros trastornos de personalidad, por lo que debe afinarse el diagnóstico. (Álvarez, I et al, 2011).

Sin duda, se considera también una importante comorbilidad con los trastornos afectivos, tanto de tipo depresivo unipolar como de tipo bipolar. De hecho existe una importante corriente teórica que apunta por un espectro diagnóstico entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno afectivo bipolar. En este sentido se señala que el trastorno límite de la personalidad y el trastorno afectivo bipolar, comparten genes involucrados en la psicopatología, razón que explicaría las manifestaciones de uno y otro padecimiento que

eventualmente se sobreponen, como los cambios a nivel afectivo, por citar el ejemplo más concreto. En torno a esta posición, existen divergencia de criterios y entre los más críticos, se señala que por una lado, el pensar al trastorno límite de la personalidad como parte de un trastorno mayor como lo es el trastorno afectivo bipolar, traería calma a la población médica por cuanto implicaría la posibilidad de un tratamiento adecuado y promisorio para estos pacientes. (Gunderson, et al, 2006).

De forma subyacente se podría señalar que el interés por diagnosticar otras patologías, o considerarlo como parte de un trastorno afectivo mayor, yace en el rechazo a nivel de la clínica por diagnosticar un trastorno que es menos familiar para los clínicos que los trastornos del primer eje, segundo, por ser una patología considerada de cierto modo, como incurable y en tercera instancia por considerarse una estigmatización del paciente. (Paris, 2007).

Finalmente, están quienes postulan que considerar este espectro diagnóstico, contribuye a un sobrediagnóstico del trastorno afectivo bipolar, que a su vez podría estar ligado al exceso en la oferta de la medicación para el trastorno afectivo bipolar. Ahora bien, incluso el tratamiento utilizado para el trastorno bipolar, es el que en muchos casos se utiliza para el trastorno límite de la personalidad, sin embargo, solo logra tratar y disminuir algunas manifestaciones sintomáticas, y en algunos de los casos, sin la respuesta habitualmente encontrada en el trastorno afectivo bipolar. (Zimmerman, 2010).

Curso y pronóstico

El curso de esta patología en particular inicia con un diagnóstico que por lo general se hace al inicio de la adultez joven, y suele ser esta época, la más florida en cuanto a las manifestaciones clínicas. Por lo general la sintomatología comienza a atenuarse con el paso de los años, y de hecho se afirma que luego de diez años de hecho el diagnóstico, muchos de los pacientes no cumplen con los criterios diagnósticos enlistados para el trastorno de personalidad. Esto, sin embargo, no elimina que se mantengan patrones relacionales disfuncionales a lo largo de la vida. (López-Ibor et al, 2002).

Existen datos que revelan que el abordaje psicoterapéutico promueve una importante disminución en las tasas de suicidio con el uso de la terapia dialéctico conductual, y en el caso de la terapia de orientación psicoanalítica, se evidencia una mejoría significativa en el funcionamiento de estos pacientes, reduciendo el periodo por el cual los síntomas aquejan a estos pacientes. (Fonagy, P. Et al, 2005).

Cambios futuros

En cuanto al advenimiento del DSM en su quinta versión, se postula que entre los cambios más importantes están los relativos a los trastornos de personalidad. Varios de los diagnósticos ahora vigentes en esta categoría se plantea que desaparecerán, y uno de los que se mantendrá será el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad pero planteado bajo categorías subsindrómicas, hechas a partir de los síntomas que predominen en la presentación clínica (www.dsm5.org).

Estas modificaciones no han estado exentas de críticas, y en particular sobresale que al modificarse el diagnóstico, mucho del trabajo realizado hasta ahora en cuanto al abordaje terapéutico, y al manejo en general de estos pacientes, tendría que modificarse sustancialmente. En este sentido, Gunderson, J. (2010), argumenta que el principal yerro se presentaría toda vez que no ha habido mayores cambios en este diagnóstico en los 30 años que tiene de existir el manual nosológico de descripción en el que se incluye este trastorno. Sería según sus palabras la pérdida de un conocimiento el que se daría de concretarse este cambio diagnóstico.

Por otra parte, el algoritmo que se seguiría para plantear el diagnóstico con la nueva categorización de los criterios permitiría que una población mucho más heterogénea que la actual sea diagnosticada como portadora del trastorno límite de la personalidad, lo que agudizaría los problemas que actualmente se presentan. (ibid).

Capítulo III:

Propuestas de manejo farmacológico para pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Los trastornos de personalidad se consideran todavía como originados en los resabios de un pasado teórico psicoanalítico, o al menos psicodinámico. Sin embargo, los expertos en el tema, manifiestan que pese a las limitantes propias de un fenómeno tan complejo como el trastorno límite de la personalidad, existen en las últimas dos décadas, importantes investigaciones que han demostrado a través de sus hallazgos el fundamento para afirmar que existen alteraciones fisiopatológicas subyacentes en este trastorno. Dentro de los resultados más consistentes se citan la anomalía en la actividad serotoninérgica a nivel cerebral, así como a nivel de otros neurotransmisores como la noradrenalina, o la acetilcolina por ejemplo. (Carrasco, J.L. 2003).

El estudio del manejo farmacológico para los pacientes con el trastorno límite de la personalidad, se topa con la dificultad de que por características propias de esta población, algunos estudios no incluyen a los pacientes que presentan sintomatología de mayor gravedad, produciendo con ello un sesgo, hacia pacientes que se encuentran clínicamente mejor y en capacidad de participar en los estudios. A esto se suma además la dificultad propia de esta población por seguir las pautas terapéuticas. Tal dificultad es marcada en estos pacientes por su inestabilidad afectiva e impulsividad conductual que los hace tomar el tratamiento de forma intermitente, y en ocasiones críticas, de forma abusiva. Ciertamente, para la mayoría de los pacientes con trastornos mentales, esta adherencia irregular al

tratamiento es una también constante, pero en el caso de los pacientes portadores del trastorno límite de la personalidad, sus características, y el eventual riesgo suicida en el que incurren hace que sea aún más complejo el estudio clínico. Ahora bien, se dice que el uso de psicofármacos en pacientes portadores del trastorno límite de la personalidad llega a ser de hasta un 40% con un promedio de tres o más fármacos asociados, que se administran procurando actuar en la remisión de síntomas nucleares que están a la base del mayor grado de disfunción de estos pacientes. (Díaz-Marsá et al, 2008).

Es importante señalar que el tratamiento está orientado a disminuir y paliar en cierta forma la sintomatología de estos pacientes, pero que el objetivo de curar se presenta como poco realista, por cuanto los psicofármacos no van a modificar el carácter de una persona, y por otro lado porque la complejidad dimensional del trastorno hace que los fármacos vayan dirigidos hacia dimensiones sintomáticas diana, y no a la totalidad del trastorno como tal. En este sentido es fundamental tomar en cuenta a la hora de medicar, el comportamiento suicida y autodestructivo inherente al trastorno, de modo tal que se minimice el riesgo teniendo especial cuidado con el tratamiento a administrar. Es preciso aclarar que la oficina estadounidense Food and Drug Administration, FDA, no ha aprobado a la fecha ningún tratamiento de forma específica para este padecimiento, así como ningún otro órgano oficial a nivel mundial. (Oldham, et al 2001).

Según las guías de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicadas en 2001, y revisadas en 2005 y 2010, las disfunciones conductuales diana en el manejo farmacoterapéutico del trastorno límite de la personalidad son la dimensión de la inestabilidad afectiva, la dimensión del descontrol impulsivo y conductual, y la dimensión cognitivo-perceptiva. La revisión

hecha por Sever y Davis, citado por Díaz-Marsá (2008) agrega una cuarta categoría que denomina dimensión ansiedad inhibición. Se tomarán de base estas dimensiones diagnósticas propuestas para analizar los diferentes grupos de medicamentos destinados para cada una de ellas.

Es importante señalar sin embargo, que la mayoría de estudios se avocan a estudiar el tratamiento farmacológico para el trastorno límite en su totalidad, y no para el tratamiento de cada una de las subcategorías sindrómicas. (Tyrer et al, 2009).

Dimensión inestabilidad emocional

Los síntomas predominantes en esta dimensión son los relativos a la labilidad afectiva, y la sintomatología clínica depresiva, si bien la inestabilidad afectiva es una característica temperamental de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, más allá de un trastorno agudo. Sin embargo el no tratar estos síntomas puede llevar a la cristalización de un trastorno de tipo depresivo. (Díaz-Marsá et al 2008; Oldham et al, 2001).

Antidepresivos

Según la publicación de las guías NICE, los medicamentos más frecuentemente prescritos para esta población son los antidepresivos. Hasta un 31% de los pacientes tomaba de este tipo de medicamentos. (Tyrer et al, 2009).

Los antidepresivos se utilizan por su efecto sobre los síntomas depresivos, pero debe de recordarse que también su uso está aprobado para desórdenes de ansiedad, para el trastorno obsesivo compulsivo y para el trastorno por estrés post-traumático. (Ibid).

Según las guías de la APA para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, como primera línea se utilizan los antidepresivos, y en este sentido los medicamentos conocidos como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ISRS han demostrado una clara mejoría en el estado de ánimo, con mejoría incluso de la autoimagen y en el desarrollo de roles interpersonales. (Díaz-Marsá, 2008).

El uso de este tipo de medicamentos está basada en la hipótesis de una disfunción serotoninérgica sustentada en un hallazgo de un inhibición de la respuesta de prolactina a diferentes agonistas serotoninérgicos en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Carrasco, J. L. Et al, 2001).

Por lo general, el rango de fluoxetina, como principal representante de este grupo de fármacos, osciló entre los 20 y 40 mg por día, siendo una dosis bien tolerada, y con una respuestas sostenida a los seis meses, si bien por lo mencionado anteriormente, los datos arrojados por estudios con esta población son dudosos por sus características de apego al tratamiento. (Ibid).

Por otra parte, Norden et al, citado por Díaz-Marsá (2008), demostraron que con fluoxetina hubo mejoría en la hipersensibilidad al rechazo, la ira, el humor depresivo, la labilidad

emocional, la irritabilidad, los síntomas obsesivo-compulsivos, y la ansiedad, todo esto siempre manteniendo la fluoxetina en el rango de los 20-40 mg.

Se ha visto un efecto favorable también con la sertralina, la paroxetina, y la fluvoxamina, en pacientes con clínica depresiva asociada a estados de ansiedad y labilidad afectiva, mientras que a lo que antidepresivos duales respecta la eficacia no está bien demostrada, aunque la regulación noradrenérgica sumada a la regulación serotoninérgica, parece tener muy buenos efectos en cuanto al manejo de los síntomas disfóricos, apáticos y depresivos breves de estos pacientes. (Ibid).

En cuanto al uso de antidepresivos tricíclicos parece haber consenso en que por su potencial riesgo en caso de sobremedicación, así como por efectos paradójicos con el uso de imipramina y amitriptilina, los ubican en una tercera línea de tratamiento. Por su parte los IMAO, tienen también una utilización limitada a pesar de los buenos efectos observados en algunos casos. (Díaz-Marsá, et al, 2008).

Sin embargo estos resultados no fueron consistentes en el estudio realizado por Cochrane, que por el contrario indica que hay poca evidencia de los antidepresivos, y que fue la amitriptilina la que mostró una reducción en la patología depresiva, mientras que los efectos no fueron significativos para la fluoxetina, la fluvoxamina y los IMAO. Esto en estudios clínicos randomizados. (Lieb, K et al, 2010).

Ergo, nuevamente en contraste, las guías de práctica clínicas Catalanas, indican al igual que en Cochrane que no hay evidencia científica suficiente que apoye el uso de antidepresivos

para la inestabilidad afectiva de estos pacientes, pero por otra parte, y en congruencia ahora sí con las guías de la APA, desaconsejan el uso de la amitriptilina por el riesgo de intoxicación en caso de sobreingesta. (Álvarez, I et al, 2011).

De forma análoga, según las guías de NICE, en los tres estudios controlados con placebo que se tomaron en consideración para esta publicación, cada uno de ellos con un tipo distinto de antidepresivo (tricíclicos, ISRS e IMAO), hubo eficacia en la reducción de síntomas como la depresión. Ahora bien, igualmente, se analizó un estudio en el que se comparó el uso de fluoxetina con el uso de olanzapina y con el uso de ambos fármacos en forma combinada. Para este último estudio no se demostró un aumento en la eficacia del uso del antidepresivo sobre el antipsicótico o del antidepresivo sobre la combinación de los dos. (Tyrer et al, 2009).

Al respecto, el comité de NICE concluye que no hay evidencia suficiente que sustente el uso de antidepresivos en el trastorno límite de la personalidad, y que los efectos en reducir la sintomatología depresiva pueden deberse a que en realidad se están tratando condiciones depresivas comórbidas, si bien hacen la salvedad de no disecar el efecto de los medicamentos de acuerdo al diagnóstico. (ibid).

Eutimizantes

Al igual que para otras patologías, la finalidad de su uso en pacientes con trastorno límite de la personalidad, es la de permitir, una cierta estabilidad afectiva. Todo esto más que todo porque con irritabilidad, o agresividad como en el trastorno bipolar, y otros padecimientos psiquiátricos y neurológicos se ha beneficiado con el uso de los eutimizantes.

Ahora bien según las guías catalanas, no hay evidencia a nivel científico que sustente la recomendación del uso de anticonvulsivantes, para el manejo de la labilidad afectiva, en pacientes con trastorno límite de la personalidad. (Álvarez, I et al, 2011).

Según las guías de la APA, los eutimizantes se sitúan como tratamiento de segunda línea o adyuvantes, para estos síntomas, si bien reconoce que no hay pruebas suficientes que justifiquen su uso. Entre los que al parecer tienen un mayor sustento empírico, está el carbonato de litio. (Oldham, et al, 2001). Pero como ya se ha mencionado antes, y en particular con el uso de carbonato de litio, debe sopesarse el riesgo de intoxicación con este tratamiento en caso de un consumo con fines autolesivos por parte de los pacientes con trastorno límite de la personalidad. (Díaz-Marsá, et al, 2008).

Por su parte el estudio realizado en Cochrane no menciona el uso de litio como parte de los medicamentos estudiados. (Lieb, K et al, 2010).

En cuanto al uso de anticonvulsivantes siempre dentro de la gama de estabilizadores del afecto, según Lieb, K, et al (2010), se encontraron efectos benéficos para el uso de valproato de sodio, lamotrigina y topiramato, pero no así para la carbamazepina, aunque sus efectos fueron descritos a nivel de la dimensión del control de impulsos. Esta misma observación en cuanto a la limitada respuesta que se obtiene con la carbamazepina es compartida por las guías de la APA. (Oldham, J, et al, 2001). Tyrer et al (2009) coincide en que no hay sustento para recomendar el uso de Carbamazepina para el tratamiento del trastorno límite, en las guías de NICE.

Según la APA, la irritabilidad, la ansiedad y la ira tienen buena respuesta si se les trata con ácido valproico, y se presenta como un tratamiento seguro, y efectivo en el uso en especial si se presenta comorbilidad con el trastorno bipolar de tipo II. Ahora bien, si hay sintomatología depresiva, los efectos parecen ser no tan contundentes. (Díaz-Marsá et al, 2008).

Por su parte, Tyrer et al (2009) señala que no hay evidencia suficiente que soporte la recomendación para el uso del valproato en el manejo del trastorno límite de la personalidad, y que esto queda claro al no haber efectos positivos para los pacientes, y que no hay evidencia de calidad que sustenten su aceptación y su tolerabilidad.

En cuanto a la lamotrigina, al parecer mejora la sintomatología depresiva, y estabiliza los impulsos autolesivos, limitando su frecuencia. (Díaz-Marsá et al, 2008). Igualmente existen coincidencia en que otros estudios en que la lamotrigina disminuye la ira, pero no para justificar su uso como estabilizador del afecto, esto sin dejar de lado los efectos adversos que puede llegar a tener este tratamiento. (Tyrer et al, 2009).

El topiramato parece ser efectivo, en aquellos casos que presenten sintomatología atípica asociada como la hiperfagia, o en los casos en que se presente con la bulimia nerviosa como comorbilidad. En este caso, una revisión sistemática mostró que hay un efecto importante del topiramato en el control de la ira y de la hostilidad en estos pacientes, luego de analizar en las bases de datos MEDLINE, PubMed y Cochrane, estudios realizados desde 1966 a noviembre de 2008. (Varghese, B et al, 2010). NICE (2009) por su parte si señala que existe evidencia que sustenta el uso de topiramato en el tanto ha demostrado ser útil al reducir

síntomas de ira, ansiedad, depresión y hostilidad para los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Dentro del conjunto de los nuevos eutimizantes, como se les ha llamado a la oxcarbazepina, el topiramato, y la gabapentina, existe un estudio en el que una muestra de 73 pacientes completaron el tratamiento con gabapentina donde se mostró que el mismo era un tratamiento eficaz y seguro, con buena respuesta terapéutica en los pacientes con trastorno límite de la personalidad. (Pérez, A. Et al, 2005).

Antipsicóticos.

Según las guías catalanas no hay evidencia suficiente que sustente el uso de antipsicóticos para los síntomas relativos a la inestabilidad emocional de estos pacientes. (Álvarez, I et al, 2011). En cuanto a las guías de la APA, los medicamentos antipsicóticos ni siquiera están contemplados en el tratamiento de la inestabilidad emocional. (Oldham, J. Et al 2001).

Sin embargo en su revisión, Díaz Marsá, et al, (2008) proponen el uso de antipsicóticos especialmente los atípicos para esta sintomatología. Dentro de los típicos el que se recomendaba para el tratamiento de la disforia, y de los síntomas depresivos, ansiosos, el temor al rechazo y el índice de suicidio, al parecer mejoraba con el uso de la trifluoperazina. En cuanto a los atípicos, el más estudiado ha sido la Olanzapina, que al igual que la Clozapina, ha mostrado mejoría de los síntomas depresivos y de la labilidad emocional, lo cual es igualmente sugerido por estudios realizados con risperidona, quetiapina y ziprasidona.

Por su parte, en Cochrane, la revisión sistemática de estudios randomizados, realizada por Lieb, K et al (2010), muestra que hay efectos importantes logrados con el haloperidol para el manejo de la ira, y con el decanoato de flupentixol para la reducción del comportamiento suicida. En cuanto a los antipsicóticos de segunda generación, el aripiprazol tuvo importantes efectos en la reducción de síntomas del trastorno como lo son la ira, la impulsividad, los problemas interpersonales, y los síntomas psicóticos. También existen pruebas en un estudio de 631 pacientes que mostraron mejoría en la sintomatología afectiva con olanzapina, así como en las manifestaciones de ira, psicosis y de ansiedad. En cuanto a los resultados en torno a la conducta suicida los estudios no fueron consistentes.

En un estudio que se propuso con la administración de Olanzapina en conjunto con terapia grupal de tipo cognitivo conductual, en un Hospital en Barcelona, los hallazgos estuvieron lejos de ser contundentes, al probarse una vez más la alta tasa de deserción de estos pacientes, por lo que el estudio se limitó a tres pacientes. (Soler, J et al, 2001).

Por otra parte, el uso de risperidona intramuscular de acción prolongada también mostró mejorías importantes en pacientes con trastorno límite de la personalidad, refractarios a tratamientos previos, con la limitante nuevamente de haber sido un estudio realizado en una muestra pequeña de pacientes, doce en este caso. (Díaz-Marsá et al, 2008). Igualmente, existen estudios iniciales que se muestran promisorios por la mejoría sintomatológica con el uso de paliperidona de acción prolongada, en un estudio inicial realizado con 18 pacientes. (Bellino, S. Et al, 2011).

En cuanto a los estudios analizados por NICE (2009) se concluyó que los antipsicóticos que tienen efecto para la sintomatología afectiva inestable son el Haloperidol a dosis menor que para su uso como neuroléptico, y también se mostró un beneficioso aporte por el Aripiprazol. Como dato relevante, se demostró que no hay a la fecha análisis que muestre en estudios comparativos, mayores efectos de antipsicóticos si se les compara con medicamentos del mismo tipo.

Otros tratamientos

Se menciona consistentemente por los autores Díaz-Marsá et al (2008) y en la revisión de Klieb, L et al, (2010), el uso de ácidos grasos omega 3 con efectos en los síntomas depresivos, a dosis de un gramo por día.

Dimensión cognitivo perceptiva.

Según la APA, en su guía de tratamiento está indicado que el uso de los neurolépticos se utilicen a dosis bajas, observándose en los pacientes una muy buena respuesta a los mismos, siempre y cuando a los mismos se los utilice por un tiempo limitado de no más de 12 semanas, periodo tras el cual aumenta el índice de abandono de este tipo de medicación. (Oldham, J et al, 2001).

Igualmente NICE (2009), retoma que el tratamiento con antipsicóticos debe de caracterizarse según se contemplen los tratamientos de primera generación o también llamados típicos y los antipsicóticos de segunda generación o atípicos. Los segundos, en una importante

cantidad están aprobados para el tratamiento del trastorno afectivo bipolar, lo que debe ser tomado en consideración, mientras que los de primera generación tiene indicación para, además de la psicosis, el manejo de agitación psicomotriz, comportamientos e impulsos violentos, así como para el manejo breve de ansiedad severa.

Del mismo modo, las indicaciones tradicionales de los antipsicóticos, son similares a algunas de las presentaciones del trastorno límite de la personalidad como lo son los síntomas cognitivos o las alteraciones sensoperceptivas. No obstante, debe de recordarse que muchos de estos síntomas son pasajeros, y que suelen estar ligados a crisis y episodios de inestabilidad emocional. (ibid).

Por su parte, las guías catalanas son igualmente tajantes al afirmar que no hay evidencia suficiente para recomendar el uso de anticonvulsivantes sea para el tratamiento de los síntomas de inestabilidad emocional, impulsividad, inestabilidad en relaciones personales, conductas autolíticas, síntomas cognitivos o para el funcionamiento global de los pacientes con trastorno límite de la personalidad. (Álvarez, I et al, 2011).

En su revisión, Díaz-Marsá (2008) propone que justamente los síntomas cognitivo-perceptivos, de tipo suspicacia, ideación paranoide, referencia y episodios psicóticos breves, se asocian con alteraciones a nivel de la función dopaminérgica por lo que el uso de antipsicóticos está más que justificado. El uso de antipsicóticos típicos (haloperidol, tioridazina, flupentixol, loxapina, tiotixeno, clorpromazina) ha mostrado efectos beneficiosos, aunque al parecer se mejora la adherencia y tolerancia con fármacos atípicos. Entre estos últimos destaca el uso de la Clozapina, sobre la cual se hace la salvedad de su potencial

efecto agranulocítico por lo cual debe de considerarse de segunda línea. La risperidona, la olanzapina, la ziprasidona y la quetiapina muestran mejoría sintomática.

Estas afirmaciones en torno a la mejoría asociada al uso de antipsicóticos en los pacientes con trastorno límite de la personalidad fueron igualmente validadas por el estudio en Cochrane, realizado por Klieb, L et al (2010).

Dimensión impulsividad-agresividad.

Antidepresivos

Independientemente de sus efectos a nivel de la depresión y la ansiedad, los antidepresivos tipo ISRS han demostrado su acción sobre el comportamiento impulsivo, esto según se ha mostrado para tratamiento con Fluoxetina y Sertralina en particular. Al mismo tiempo se ha visto que de suspenderse el tratamiento con los ISRS, puede haber reaparición de la agresividad impulsiva en periodos breves de unos cuantos días. Por este motivo, se recomienda que el tratamiento se mantenga, individualizando el caso, de acuerdo a los factores estresantes en la vida del paciente, o de considerarse un rasgo predominante en el mismo. (Oldham, J. Et al 2001).

Por otra parte, estos fármacos muestran un nivel de tolerancia muy adecuado, así como un perfil de seguridad alto en el caso de sobreingesta, por lo que se consideran tratamientos de elección en el caso de la impulsividad. Los mayores beneficios en este campo se han observado con la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina, aunque igualmente, el efecto

benéfico pareciera estar limitado en el tiempo por cuanto algunos pacientes reinciden en la conducta agresiva al cabo de los meses. Nuevamente por su perfil de toxicidad los antidepresivos tricíclicos no están recomendados. (Díaz-Marsá, 2008).

Eutimizantes

Los impulsos agresivos son sin duda uno de los puntos claves en el tratamiento de este trastorno, y los anticonvulsivantes han sido históricamente utilizados para estas características conductas, basados en la teoría de el descontrol en la conducta es una manifestación de conducción neuronal anormal a nivel del sistema nervioso central, de forma análoga a las crisis convulsivas. Es por ello que las drogas anticonvulsivas actúan al procurar una estabilización de la conducción neuronal a través de los canales de sodio voltaje dependientes, así como acción agonista a nivel de GABA, siendo este último conocido por su efecto ansiolítico (Tyrrer et al, 2009).

El carbonato de litio pese a su aparente efecto benéfico, nuevamente vuelve verse en la limitación de ofrecer un perfil farmacológico que impide que se le considere como un fármaco de primera elección, dado el riesgo de intoxicación medicamentosa, mientras que, se ha visto efectos benéficos como ya mostrado antes con la carbamazepina, el valproato, el topiramato y la lamotrigina. (Díaz-Marsá, et al, 2008), sin que estos resultados sean compartidos por las guías catalanas para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. (Álvarez, I et al, 2011).

En el caso de las guías NICE de 2009, tan solo se menciona al litio en el apartado de las drogas anticonvulsivantes, como droga que se puede utilizar para el tratamiento de las conductas de automutilación y los impulsos agresivos que parecen estar asociados con niveles bajos de actividad serotoninérgica, la cual puede ser influenciada por el litio.

Antipsicóticos

A pesar de no tener una indicación claramente definida, los antipsicóticos usados a dosis bajas muestran tener un efecto positivo en la reducción de la impulsividad, y de las conductas autolesivas, pero a costas de elevados efectos adversos en el caso de los antipsicóticos típicos. (Díaz-Marsá et al, 2008).

Por su parte, los antipsicóticos atípicos, en especial aquellos utilizados por vía intramuscular pareciera tienen una muy buena respuesta, según se comentó anteriormente.

Capítulo IV:

Propuestas de manejo psicoterapéutico para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

El manejo de los pacientes con trastorno límite de la personalidad desde el punto de vista psicoterapéutico puede realizarse desde distintos enfoques teóricos como lo son la terapia cognitivo conductual y la terapia psicodinámica por ejemplo, esto si se les considera desde el punto de vista de su orientación teórica. Igualmente puede hacerse distingo de esto si su aplicación en la práctica es de tipo individual o grupal.

Según Álvarez (2011), todas las intervenciones psicoterapéuticas pretenden reforzar en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, su capacidad de adaptación ante situaciones de estrés, facilitar sus procesos de recuperación, así como el funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, al tiempo que pretende aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales y biográficas. Igualmente, la psicoterapia de estos pacientes puede favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa, para mejorar con ello las capacidades de afrontamiento de los momentos de crisis, así como prevenir recaídas, mejorar el funcionamiento social y laboral, y finalmente adquirir habilidades para afrontar el trastorno.

Es importante que estas intervenciones psicoterapéuticas, sean de tipo psicológico o psicosocial, se brinden en un marco asistencial de carácter general que organice y dirija las

medidas brindadas de modo tal que se fomente el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional del paciente, a fin de promover una mayor calidad de vida. Esto se logra si este marco asistencial asegura la continuidad del proceso, y la posibilidad de modificar el tipo de intervención a realizar en las distintas etapas evolutivas del trastorno. (ibid).

Según un estudio publicado en Cochrane, Binks et al, (2005), encontraron para esa fecha un total de 7 estudios que incluían a 262 personas y 5 comparaciones separadas, incluyendo para esta revisión todos los ensayos controlados aleatorios clínicos relevantes que incluyeran tratamientos psicológicos para las personas con trastorno límites de la personalidad, considerando como tales a los tratamientos psicológicos de tipo conductual, cognitivo conductual, psicodinámicos y psicoanalíticos.

Es importante acotar acá, que entre las guías de manejo internacionales disponibles en la actualidad, las guías de la APA dedican un breve apartado para referirse a las psicoterapias disponibles para este grupo, y en dicha referencia hacen cuestionamientos sobre los aspectos a los que deben enfocarse los futuros estudios concernientes a estos tratamientos, pero no establecen ningún lineamiento en torno a los abordajes psicoterapéuticos posibles o idóneos para este tipo de abordaje. (Oldham et al, 2005).

En el caso de las guías catalanas, las mismas hacen mención que como base han tomado la estructura y contenido del apartado de intervenciones psicológicas y psicosociales de las guías del NICE publicadas en 2009.

Como característica inicial debe señalarse que existen diversos enfoques teóricos, los cuales son reconocidos por la comunidad científica y profesional, siendo posible distinguir cuatro tipos principales de terapias psicológicas: las intervenciones psicológicas breves las cuales se administran en períodos inferiores a los 6 meses; las terapias individuales psicológicas individuales y grupales, de mayor duración que se ofrecen de una a dos veces por semana a nivel ambulatorio y que no se llevan a cabo dentro de un programa de tratamiento combinado; en tercer lugar los programas que combinan más de una modalidad de tratamiento como los que combinan la terapia individual y de grupo, por ejemplo; y por último las intervenciones familiares. Se suman además las intervenciones complementarias que incluyen el manejo psicofarmacológico, y los procesos de rehabilitación funcional y la integración laboral. (Álvarez et al, 2011).

Ahora bien, de forma análoga a lo que sucede en los ensayos clínicos para el estudio de la farmacoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, el estudio de las intervenciones psicológicas efectivas, encuentra con la dificultad de la deserción y abandono de estos programas por parte de estos pacientes, así como la falta de uniformidad en torno a cuál es el problema nuclear del trastorno a tratar, lo cual varía según el enfoque y según cada paciente, dada la heterogenicidad de la población. (ibid). Un punto importante acá, es que los estudios igualmente requieren la estandarización de la intervención terapéutica de forma tal que sea comparable, lo cual desde lo teórico solo sería posible en la propuesta cognitiva conductual. Esto sin duda, niega la existencia de la relación dialéctica que se establece entre terapeuta y paciente, que es única si se analiza caso por caso. Por otra parte, justamente esta singularidad es la que hace difícil a las terapias de corte

psicodinámico o psicoanalítico su estandarización para poder llevar a cabo dichos estudios clínicos.

A continuación se puntuarán los principales abordajes psicoterapéuticos que se utilizan y los cuales parten de dos orientaciones teóricas diferentes: La de orientación Cognitivo Conductual con la Terapia Cognitiva para los trastornos de personalidad de Beck y Freeman, la Terapia de Esquemas de Young y la Terapia dialéctico Conductual del Linehan y por otra parte, la de orientación Psicodinámica dentro de las que destaca La Terapia focalizada en la transferencia de Kernberg y la Mentalización de Bateman y Fonagy.

Terapias congnitivo-conductuales

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva es un forma de intervención que procura la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica de cooperación y métodos para el trabajo conductual y emocional. Se basa en la hipótesis de que los patrones de pensamiento o distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, por lo cual su objetivo es la modificación mediante la reestructuración de las mismas, lo cual posibilitaría una mejoría en el estado del paciente. (Torres, 2007).

Este término incluye diferentes tipos de intervenciones, y por tanto resulta complejo definir de forma única la misma. Según Binks et al (2005), la intervención debe demostrar: 1) la inclusión del establecimiento de vínculos por parte del paciente entre sus pensamientos,

sentimientos y acciones con respecto al síntoma objetivo; y 2) la corrección de las percepciones erróneas de la persona, las creencias irracionales y los sesgos de razonamiento relacionados con el síntoma objetivo. Debe incluirse además en este tipo de terapia uno de los siguientes puntos: i) una monitorización por parte del paciente de sus pensamientos, sentimientos y conductas con respecto al síntoma objetivo; y ii) la promoción de maneras alternativas de enfrentar el síntoma objetivo.

Los objetivos de esta terapia consistirían en la disminución de los pensamientos dicotómicos, la expresión de los sentimientos negativos de forma moderada, el control de impulsos con carácter autodestructivo y la construcción de un sentido de identidad definido. Todo esto partiendo de la teoría de la terapia cognitiva de Beck y Freeman, y la cual muchos autores proponen como la intervención de elección. (Escribano, 2006).

Terapia focalizada en esquemas

Esta terapia se considera una ampliación de la terapia cognitiva de Beck, y es propuesta por Young (1994), y en la cual se propone un mayor énfasis en la relación terapéutica, en el funcionamiento emocional e interpersonal, y en los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de la conducta adulta. En este sentido, se propone que se debe de actuar sobre los niveles más profundos de la cognición, sean estos los esquemas desadaptativos tempranos y precoces. Entre estos destacan el temor al abandono y a la pérdida, la falta de amor, dependencia, desconfianza, escasa autodisciplina, miedo a perder el control, culpa excesiva y privación emocional. Se da un proceso circular por un

mantenimiento de los esquemas provocado por las distorsiones cognitivas y las conductas desadaptativas. Esto es entonces el punto de enfoque de esta terapia. (Escribano, 2006).

Este tipo de terapia ha mostrado importantes efectos sobre la sintomatología de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, y en un estudio aleatorizado se mostró que hay mayor efectividad si se le compara con la terapia enfocada a la transferencia, es decir de tipo psicoanalítico, y a la cual se hará referencia posteriormente. Todo esto en un estudio a tres años plazo con 88 pacientes. (Giesen-Bloo et al, 2006).

Terapia conductual dialéctica

Dentro de las intervenciones derivadas del modelo cognitivo conductual, destaca la Terapia conductual dialéctica, una propuesta realizada por Marsha Linehan, que busca la disminución de los intentos suicidas y las acciones automutiladoras. Está basada en la consideración de que el núcleo de disfunción del trastorno límite de la personalidad, está en una disfunción de la regulación emocional de estos pacientes. (Torres, 2007).

La teoría o modelo de la terapia conductual-dialéctica parte de un modelo teórico, el cual supone una aproximación biosocial, partiendo de la filosofía dialéctica. Así, el trastorno límite de la personalidad se conceptualiza como una disfunción del sistema emocional lo cual se produce por una determinación biológica que se traduce en una alta vulnerabilidad emocional. Es por esta vulnerabilidad que el individuo presenta una alta sensibilidad a los estímulos emocionales, una tendencia a experimentar emociones muy intensas y dificultades respecto a volver a su línea de base emocional. Entre las manifestaciones de estas

dificultades están las conductas autolesivas por ejemplo. En contraparte, el otro factor, es el psicosocial denominado ambiente invalidante, el cual se refiere a patrones de crianza con respuestas inapropiadas o no contingentes, a la comunicación de experiencias íntimas, señalándole lo inapropiado de su comportamiento a nivel social, pero sin brindarle estrategias que le permitan un mejor desenvolvimiento. (García, A. 2011).

Esta terapia se plantea en distintos estadios, que permiten trabajar con pacientes de distintos niveles de gravedad, donde el primer estadio es el punto de partida para los pacientes de mayor gravedad. Se requiere antes de iniciar la terapia un compromiso de parte del paciente y del terapeuta, por lo que se hace un pretratamiento de tipo orientativo y planteando el trabajo en conjunto. (Torres, 2007).

Se considera que este modelo permite un abordaje flexible de acuerdo con las necesidades de cada paciente, y al mismo tiempo plantea un énfasis en la aceptación y la validación de las emociones del paciente para conseguir desde allí un cambio. Esto lo diferencia del abordaje cognitivo-conductual tradicional, en el cual los pacientes pueden interpretar la base lógica del tratamiento como el mensaje que siempre han escuchado de su ambiente. (García, 2011). Otra característica importante de este abordaje es que se realiza a partir de un equipo de terapeutas, en el cual el paciente va atravesando las distintas etapas, pero a la vez los terapeutas tienen sesiones de retroalimentación en torno a los casos que están siendo atendidos. (Ibid).

Terapias psicodinámicas

Terapia psicodinámica focalizada en la transferencia

Esta terapia es propuesta por Kernberg (1989), citado por Fossa (2010), la cual parte de su concepción de la organización estructural de la personalidad limítrofe. Según este planteamiento la terapia debe darse en dos fases fundamentales. La tarea de la primera fase consiste en ayudar a los pacientes en desarrollar imágenes de ellos mismos que sean profundas, cohesivas e integradas, para lo cual se procura que los pacientes dejen de lado el uso de los mecanismos defensivos primitivos. Para esto el terapeuta debe enfocarse en la identificación de las díadas parciales de sí mismo-objeto y procurar su integración en representaciones de sí mismo y de los objetos de forma más realista y equilibrada.

Una vez alcanzado este estado de más alto de funcionamiento defensivo a partir de una mejor integridad yoica, se procede a una fase avanzada del tratamiento. Se recurre a la interpretación para revertir la disociación primitiva y la escisión, y con ello se ayuda al paciente a tolerar los sentimientos ambivalentes hacia el objeto y hacia sí mismo. De tal modo, la autorreflexión aumenta y el lenguaje empieza a remplazar la conducta como forma de comunicar la experiencia subjetiva. Esto a su vez refleja la consolidación del yo, y la superación de las características psicoestructurales de la organización limítrofe de la personalidad. (ibid).

Para este tipo de abordaje se plantea desde la transferencia del paciente hacia su terapeuta, pero igualmente la contratransferencia que despierta en el terapeuta, es una herramienta que puede ser utilizada para el tratamiento.

Desde diferentes autores se considera que la contratransferencia puede ser utilizada en el tanto, como resultado de la intensa transferencia del paciente limítrofe, la misma se reconozca como la respuesta del terapeuta hacia éste fenómeno inconsciente. Según Freud, estas respuestas contratransferenciales son residuos de las neurosis del terapeuta que deben ser analizados en el ámbito personal, pero autores como Racker (1960) postulan que la objetividad del analista pasa por el reconocimiento de estos fenómenos hacia su paciente, y que la posición subjetiva contratransferencial y el control de la misma, posibilita, gracias a las estructuras desarrolladas del terapeuta, una internalización para el paciente de las formas de afrontamiento más acordes a un desarrollo yoico superior.

Por otra parte, existe también la postura de traer a la escena terapéutica las respuestas contratransferenciales del terapeuta, y comentarlas con el paciente, de modo tal que exista una especie de modelamiento que posibilite una mayor integración yoica, y el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento por parte del paciente. Todo esto a partir de la utilización del terapeuta como objeto transformacional, según los postulados de las teorías objetales. (Bollas, 1991).

Terapia psicodinámica focalizada en la mentalización

Consiste esencialmente en entrenar al paciente para lograr un mejor conocimiento respecto de sí mismo, y a los demás en un contexto seguro, lo cual a su vez se traduce en poder manejar los impulsos, las disregulaciones afectivas y las relaciones con los demás, toda vez que las mismas subyacen a las conductas autodestructivas de los pacientes. (Cuevas, 2012).

En este tipo de terapia se considera la hospitalización parcial, siendo que los pacientes participan en hospitales de día, e incluyen dentro de los elementos de trabajo, terapia individual semanalmente, terapia grupal de corte analítica tres veces por semana, terapia expresiva semanal con psicodrama, reuniones comunitaria semanales, todo en un máximo de 18 meses. (Tyrrer et al, 2009).

Según los autores Fonagy y Bateman (2009), este tipo de tratamiento basado en la mentalización tiene la ventaja de que desde el punto de vista de los terapeutas no requiere particular entrenamiento y que su implementación puede darse en los servicios de atención en salud mental, pueden dar tratamientos estructurados para estos pacientes, los cuales sin duda son los principales beneficiados. Señalan además que los beneficios de este tipo de abordaje terapéutico se mantiene por un periodo de hasta 5 años, si bien hacen la salvedad que posteriores estudios deben de diferenciar cuales son los aspectos tratados que se mantienen para determinar el porcentaje de pacientes que luego de terminado el programa aún cumplen con los criterios diagnósticos de este trastorno. (ibid).

Intervenciones familiares

Se considera que la terapia familiar, así como otro tipo de intervenciones familiares son una modalidad de tratamiento que ha ganado relevancia, por cuanto centran su atención no únicamente en la persona afectada por un trastorno psiquiátrico, sino en el contexto relacional en el que éste se manifiesta. En el caso del trastorno límite de la personalidad, tal abordaje es de suma importancia dada la naturaleza interpersonal como base de las principales manifestaciones clínicas. De un lado los familiares pueden estar seriamente afectados por las manifestaciones del paciente, así como en contraparte el paciente puede verse beneficiado por la influencia contributiva de la familia si se le involucra en el proceso. (Alvarez et al, 2011).

Dentro de este tipo de intervenciones se encuentra la psicoeducación, basada en información sobre el trastorno límite de la personalidad, habilidades de afrontamiento personales, habilidades para mejorar las relaciones en la familia y oportunidades para construir una red de apoyo para los familiares. (ibid).

Igualmente si se considera este trastorno como capaz de ser transmitido transgeneracionalmente, tal abordaje cobra aún más importancia, ya sea porque se considere que su transmisión es genética, o porque basado en la propuesta teórica de Linehan, el rol de invalidación parental está a la base de las construcciones cognitivas de los pacientes. Sin duda desde un enfoque psicodinámico, también la participación de los padres

desde el modelo de relaciones objetales, plantea como necesaria la intervención familiar. (Stepp, 2012).

Capítulo V:

Discusión y conclusiones

DISCUSIÓN

Es claro que la demanda a los centros de salud, y en particular de los centros especializados en salud mental por parte de los pacientes portadores de trastornos de personalidad, plantea a los profesionales en este campo un reto constante y cotidiano con el que debe lidiarse.

Entre los pacientes que más alto desgaste representan por su constante demanda de atención, se encuentran los pacientes portadores del trastorno límite de la personalidad. De base presentan la dificultad de tener un diagnóstico que no siempre es sencillo de realizar, si no que encierra consigo el estigma que provoca usualmente rechazo por parte de quienes están a cargo de su atención. Este rechazo mediado por la frustración que significa, y en especial en un medio como el nuestro, el manejo complejo, y no siempre exitoso de su padecimiento.

En muchos de los casos, existe incluso el temor de diagnosticar a estos pacientes como trastornos límite de la personalidad, no por desconocimiento del profesional, si no por las implicaciones que puede tener para el mismo, tal clasificación nosológica. No es por tanto de extrañar que exista un subdiagnóstico del mismo, al tiempo que se presenta en comorbilidad

con patologías psiquiátricas mayores, así como relacionados con el consumo de sustancias ilícitas por citar un ejemplo.

Otra arista de debate se refiere al cuestionamiento en torno a lo fidedigno del diagnóstico de parte de quienes consideran que debería de incluirse en otra categoría nosológica, de la mano con los trastornos afectivos, en particular con el trastorno bipolar.

Ante el advenimiento de un nuevo manual de diagnóstico con la llegada DSM-V, los retos se amplían. Esta nueva propuesta, deja de lado la mayoría de los trastornos de personalidad, incluidos desde los años ochenta en su predecesor el DSM-III, pero mantiene el trastorno límite de la personalidad, con ciertas modificaciones en sus criterios diagnósticos.

Varios son los autores que se quejan desde ahora en lo complejo de este nuevo planteamiento diagnóstico, toda vez que desde ya, el trastorno límite de la personalidad, conjunta a varias manifestaciones clínicas que hacen que la población que la compone, muestre una gran heterogenicidad.

Es así, que el manejo de estos pacientes, se vuelve todavía más complejo en el tanto, desde ya su manejo ha sido sujeto de innumerables discusiones, no habiendo a la fecha una práctica clínica uniforme en torno a estos pacientes. Tal situación tornándose aún más difícil si el diagnóstico se modifica.

En nuestro país, las condiciones para enfrentar las demandas de esta población no son diferentes, toda vez que plantean un reto para un sistema de salud, empobrecido y limitado en recursos para ofrecer a esta población.

No hay a la fecha guías de manejo estandarizadas para el abordaje de estos pacientes, y es fácil constatar la diversidad de abordajes que existen en el medio psiquiátrico costarricense, que va en detrimento de la calidad del servicio que se le ofrece a esta población tan importante en prevalencia. Más allá de la calidad, queda también la oportunidad de tratamiento que tienen considerando no solo la limitación económica del servicio, las instancias a las cuales recurrir, si no también al estigma del que muchas veces son víctimas estos pacientes, por su característica forma de interrelacionarse.

En cuanto a las posibilidades de manejo, la historia no es muy diferente a nivel mundial, y las limitaciones son claras, dada la complejidad del trastorno en su dimensión clínica, y por el riesgo inherente a los pacientes. Esto sumado a la falta de claridad y uniformidad de criterios en torno a los abordajes que son pertinentes realizar.

Existe la tendencia a considerar esta patología como el resultado de la conjunción de factores psicológicos y sociales, que hacen que hay quienes postulen que su manejo es ante todo responsabilidad del campo de la psicoterapia, y no así de la psicofarmacología.

Sin embargo, existen cada vez más estudios que asocian síntomas propios del trastorno límite de la personalidad con factores biológicos subyacentes que estarían a la base de la formulación sindrómica. Estos factores biológicos se pretenden en asociación con los

factores psicológicos y sociales para conformar el trastorno límite de la personalidad tal cual lo conocemos hoy en día.

El tratamiento psicofarmacológico tiene como finalidad tratar de aminorar la disfunción que provocan los distintos ejes sintomáticos de esta patología, sin que por otra parte se pretenda la cura definitiva del trastorno como un conjunto. Toda vez que se conoce que la historia natural de la enfermedad, es la atenuación de los síntomas con el paso de los años en la mayoría de los casos.

El manejo propiamente dicho se propone realizarlo, desde una visión pedagógica para facilitar su comprensión, desde una supuesta composición de la sintomatología en pequeñas subdivisiones sindrómicas, siendo estas las correspondientes a la inestabilidad afectiva, la de cognición-percepción y la de la impulsividad y la ira.

Desde allí, los estudios que existen a la fecha presentan la dificultad para su estudio que no todos analizan los resultados basados en esta categorización sintomática. De hecho en algunos estudios no se mencionan y en otros en cambio, se introducen otras categorizaciones como la llamada dimensión de ansiedad-inhibición.

Cada una de estas llamadas dimensiones se asocia con distintas disfunciones a nivel neurológico según lo que plantean los autores, por lo que algunos de los estudios plantean manejos diferenciados según el ámbito que se esté tratando.

En su mayoría, los artículos plantean el uso de antidepresivos, eutimizantes y antipsicóticos como las familias que se utilizan para el abordaje sintomático de estos pacientes.

La discordancia entre uno y otro autor, así como con las llamadas guías, no concuerdan en sus recomendaciones, siendo que incluso resultan hasta contradictorias en algunas de sus propuestas.

En términos generales, se recomienda el uso de antidepresivos tipo ISRS como tratamiento seguro y bien tolerado para el paciente permitiéndoles una mejoría a nivel de la sintomatología afectiva, así como a nivel de la impulsividad y manejo de la ira.

Igualmente los eutimizantes han mostrado beneficios para estos mismos campos, al igual que los antipsicóticos en particular los denominados atípicos, para el manejo también de los síntomas cognitivos y de los llamados episodios micropsicóticos.

Sin embargo, cabe señalar que una importante advertencia que se apunta en la mayoría de la literatura consultada es que el trastorno límite de la personalidad por el comportamiento típico de los pacientes, plantea un reto para su estudio formal, en cuanto a la respuesta farmacológica, por cuanto hay de base una muy mala adherencia y respeto de los lineamientos terapéuticos.

Esta misma falta de adherencia se presenta como obstáculo para el estudio riguroso de los abordajes psicoterapéuticos que muestren mejoría para estos pacientes, toda vez que el abandono de los programas se da como una constante entre estos pacientes.

Las propuestas psicoterapéuticas existentes se basan en distintos constructos teóricos en torno a los orígenes de dicha psicopatología, los cuales coinciden en que como factores subyacentes hay procesos tempranos en el ámbito de la vinculación que se sostienen en la adultez provocando tal disfunción.

Los distintos enfoques plantean consideraciones importantes en torno a su implementación, toda vez que la frecuencia de la atención y los periodos por los cuales se prolongue el tratamiento varían. Sin embargo son consistentes en el sentido de que tal abordaje debe de hacerse en el marco de un equipo y de un sistema que permita la contención necesaria para estos pacientes.

En nuestro medio, sería deseable poder instaurar estas herramientas de acuerdo a las posibilidades actuales, no solo en lo farmacológico si no también en lo terapéutico, planteando un abordaje conjunto de distintas disciplinas que se dirijan a esta patología tan demandante.

Inicialmente, podría señalarse que la mayoría de fármacos recomendados para estos pacientes, o que al menos han sido estudiados, son disponibles dentro del esquema de tratamientos que provee el sistema de seguridad social, y esto dentro de los antidepresivos, eutimizantes, y antipsicóticos. Del mismo modo, en el medio de la práctica privada, muchas más opciones terapéuticas desde lo farmacológico están disponibles en nuestro país.

Es claro, no obstante, que el manejo farmacológico, debe de procurarse en un ambiente donde también se le provea al paciente, la contención terapéutica indicada de acuerdo a las modalidades teóricas expuestas. Ciertamente, modelos de corte conductual, podrían pensarse como más accesibles en condiciones como las nuestras, aunque la distancia entre citas en las agendas de psicología no son muy promisorias. Esto invita a pensar en modalidades de terapia de grupo o bien, de programas de hospitalización diurna, con modelos estructurados para estos pacientes.

Sería conveniente formular planes que contemplen la posibilidad de manejos interdisciplinarios para esta población, y que de este modo, se destinen equipos que sean los encargados de tratar a esta población y a sus familias. Dada la complejidad de manejo inherente a esta población, tales equipos podrían estar ubicados en un tercer nivel de atención. Esto implicaría, la dotación de herramientas para un funcionamiento óptimo de estos programas.

La estigmatización de estos pacientes es un foco por tratar en este cambio de abordaje del trastorno límite de la personalidad, toda vez que se reconozca como un padecimiento que aqueja a una importante cantidad de pacientes, que consultan día con día a los sistemas de salud. El reconocimiento de sus necesidades, y de las posibilidades de mejoría en su padecimiento, posibilitaría adoptar las medidas necesarias y factibles para un medio como el nuestro. Entre nuestras posibilidades deberían de plantearse unidades de intervención en crisis, programas de hospitalización diurna e implementación de farmacoterapias controladas, por ejemplo, partiendo evidentemente de un diagnóstico claro tanto del trastorno límite de la personalidad, así como de sus comorbilidades.

Por último, debe de considerarse también la importancia de considerar a las familias de estos pacientes no solo como objetivos de los programas terapéuticos, si no como núcleos de trabajo importante, toda vez que se pretenda mejorar las tasas de prevalencia de esta patología en nuestro medio, y a nivel mundial.

CONCLUSIONES

- La prevalencia del trastorno límite de la personalidad destaca con respecto a otros trastornos de la personalidad planteando un reto para su manejo y abordaje en los servicios de salud mental.
- El diagnóstico es complejo y muchas veces se incurre en errores en su diagnóstico.
- El diagnóstico vigente en la actualidad reside en clasificaciones categoriales descriptivas a pesar de distintas formulaciones teóricas con respecto a su origen, desde posturas meramente biologicistas, hasta modelos psicoanalíticos, y modelos que integran desde lo biopsicosocial ambas teorizaciones.
- Existen distintas posturas en torno al diagnóstico en cuanto a su pertenencia al eje II, y los cambios propuestos para futuras clasificaciones nosológicas.
- No hay uniformidad de criterios para su abordaje a nivel mundial por cuanto existen dos manuales diagnósticos.
- En el país no existe una propuesta de manejo clínico para estos pacientes.
- A nivel mundial existen guías de manejo que no necesariamente son consistentes en sus recomendaciones, y que en nuestro medio no son conocidas a profundidad.

- Las guías internacionales coinciden en que por la complejidad del trastorno límite de la personalidad el abordaje del mismo debe de procurarse estructurado y contar con el apoyo de equipos especializados en su atención.
- Los pacientes con trastorno límite de la personalidad usualmente utilizan psicofármacos en combinaciones de los mismos.
- Las guías a nivel mundial en torno a los tratamientos farmacológicos a utilizar no son contundentes.
- Los fármacos propuestos para la utilización en el caso del trastorno límite de la personalidad son por lo general los antidepresivos tipo ISRS, los eutimizantes y los antipsicóticos, de preferencia de tipo atípicos.
- Los estudios no son fácilmente reproducibles dadas las características clínicas de los pacientes a nivel conductual, lo que podría repercutir en la veracidad de estos estudios.
- A nivel psicoterapéutico existen distintas propuestas de abordaje de acuerdo a los postulados teóricos del origen de dicho trastorno.
- Existe la imposibilidad de estudios comparativos amplios en torno a la efectividad de estos abordajes psicoterapéuticos dada la usual forma de funcionamiento de estos pacientes donde sobresale el abandono de sus tratamientos.

- Los autores coinciden en la imperatividad de utilizar abordajes psicoterapéuticos estructurados para estos pacientes en aras de obtener mejoría clínica.
- La combinación de psicoterapia y farmacoterapia muestra mayor beneficio para esta población.
- Es deseable que se incluya a las familias de estos pacientes en el abordaje psicoterapéutico dada la característica problemática a nivel interpersonal.

BIBLIOGRAFÍA

Abe, Y. Kernier, N. Partial disclosure of a co-diagnosis of bipolar disorder in a woman with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience* 2011; 8:5.

Acuñas, M. Bermúdez C. Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia dialectico-conductual. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2009; (29), 104: 523-532.

Álvarez, I. Andión, P. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2011, Barcelona.

Angst, J. The bipolar spectrum. *British Journal of Psychiatry* (2007), 190, 189-191.

Angst, J. Problems in the current definitions of bipolar disorders. *World Psychiatry* 2011, October, 10:3

Bateman, A. Fonagy, P. 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentlization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 631-638.

Bateman, A. Fonagy, P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1335-1364.

Benitez, E. Chávez-León, E. The levels of psychological functioning of personality and the mechanisms of defense. *Salud Mental* 2010; 33: 517-526.

Biagini, M. Torres, J. Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud Mental*, 2009; 32:241-249.

Bellino, S. Bozzatello, P. Paliperidone ER in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study of efficacy and tolerability. *Depression Research and Treatment*. Volume 2011, Article ID 680194.

Bellino, S. Zizza, M. Combined Treatment of Major Depression in Patients With Borderline Personality Disorder: A comparison With Pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2006;51: 453-460.

Benazzi F. A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder?. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2008.

Binks CA, Fenton, M. Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline. (Revisión Cochrane traducida). *La biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2.

Bollas, C. El objeto transformacional. *En La sombra del objeto: Psicoanálisis de lo sabido-no pensado*. 1991.

Chan, D. Sireling, L. "I want to be bipolar"... a new phenomenon. *The Psychiatrist Online* 2010, 34:103-105.

Carrasco, J.L. Díaz-Marsá, M. Hipersupresión de cortisol con dezametasona en el trastorno límite de la personalidad. Un estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31(3): 138-141.

Carrasco, J.L., Molina, R. Eficacia de fluoxetina en el tratamiento prolongado del trastorno límite de la personalidad. *Psiqu Biol*. 2001, may-jun; 8(3): 90-93.

Clarkin, J. Levy, K. Evaluating Three Treatments for borderline personality disorder: A multiwave Study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:922-928.

Cuevas, C. López. A. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2012, (12), 1:97-114

Díaz-Marsá M, González S. Tratamiento biológico del trastorno límite de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr*, 2008;36(1); 39-49

Díaz-Marsá M, Galian M. Risperidona intramuscular de acción prolongada en el trastorno límite de la personalidad resistente al tratamiento. Un estudio piloto. Actas Españolas de Psiquiatría, 2008; 36 (2); 70-74

Eaton, N. Krueger, R. Borderline Personality Disorder Comorbidity: Relationship to the Internalizing-Externalizing structure of Common Mental Disorders. Psychol Med 2011 May; 41 (5): 1041-1050

Escribano, T. Trastorno límite de la personalidad: Estudio y Tratamiento. Intelligo, 1(1), 2006. 4-20.

Fonagy, P. Bateman, A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. BPJ 2006, 188:1-3.

Fossa, P. Organización Limítrofe de Personalidad. Revista de Psicología GEPU, 2010, 1 (1), 32-52.

García, M. Martín M. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2010; 30 (106), 263-278.

García A., Un programa de tratamiento para el trastorno límite del personalidad: la terapia dialéctico comportamental. Universitat Jaume I. Castellón. España. 2011.

Gelabert, M. Bermúdez, C. Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia dialéctico-conductual. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009, 28 (104), 523-532.

Giesen-Bloo, J, van Dyck, R. Outpatient Psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen psychiatry. 2006; 63:649-658.

Grant, B. Chou, P. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2008 April; 69(4): 533-545.

Gray G. Psiquiatría basada en la evidencia: Guía breve. Ars Medica. Barcelona, España. 2004.

Gunderson, J. Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. J Pers Disord. 2010 December; 24(6): 694-708.

Gunderson, J. Stout, R. Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Arch Gen Psychiatry, 2011 August; 68(8): 827-837.

Gunderson, J. Weinberg, I. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. Am J Psychiatry, 2006, 163: 1173-1178.

Herold, E. Connors, E. DSM-5 Revisions for Personality Disorders Reflect Major Change. American Psychiatric Association. 2011, July, 11:36.

Jariani, M. Saaki, M. The effect of olanzapine and sertraline on personality disorder in patients with methadone maintenance therapy. *Psychiatria Danubia*, 2010; Vol. 22, No 4, pp 544-547.

Kendall, T. Burbeck, R. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. *BJP* 2010, 196: 158-159.

Kernberg, O. (1979) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Kumar, A. Treatment of severe borderline personality disorder with clozapine. *Indian J Psychiatry*. 2010 Jul-Sep; 52(3): 267-269.

Leichsenring, F. Leibing, E. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011; 377:74-84.

Lieb K. Völm, B. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *BPJ* 2010, 196:4-12.

Linehan MM, Comtois KA, Two-year randomized trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006, Jul, 63(7): 757-66.

López-Ibor J, Valdés M. DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado. Masson. Barcelona, España. 2002.

Lubman, D. Hall, Ka. Managing borderline personality disorder and substance use: An integrated approach. Australian Family Physician Vol. 40, No6, June 2011.

Marcinko, D. Vuksan-Cusa B. Borderline personality disorder and bipolar disorder comorbidity in suicidal patients: diagnostic and therapeutic challenges. Psychiatria Danubina, 2009; Vol. 21, No. 3, pp, 386-390.

Marín, J. L. Fernández, M.J. Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. Clínica y Salud, vol. 18, núm. 3, 2007, pp. 259-285.

Martínez, C. Tapia, P. Factores de cambio en un programa terapéutico de Hospitalización diurna para trastornos graves de personalidad: visión de los terapeutas. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2005, 14 (2), 93-110.

McGilloway A, Hall R. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. BMC Psychiatry 2010, 10:33.

Ogden, T. (1979) On projective identification. The international Journal of Psychoanalysis. Vol. 60. Pags. 357-373.

Oldham, J, Gabbard, G. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Association, 2010.

Oldham, J. Guideline Watch: Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. APA Practice Guidelines, 2005.

Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. CIE-10. 1999.

Ortiz-Tallo, M. Ferragut, M. Análisis Cualitativo de la Personalidad de una Actriz. Estudio de caso y Trastorno de Personalidad límite. Clínica y Salud. 2010, 21 (2): 167-182.

Pailhez, G. Palomo, A. Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de la personalidad. Psiquiatr. Biol. 2007; 14 (3): 92-7.

Paris, J. Why Psychiatrists are reluctant to diagnose borderline personality disorder. Psychiatry 2007, January, 35-40.

Pies, R. MacKinnon, D. Borderline Personality Disorder and the Bipolar Disorder Spectrum. Psychiatry (Edgmont). 2007 March; 4(3); 17.

Pérez, A. Rubio, V. Estudio sobre la eficacia y la seguridad de la gabapentina en el trastorno límite de la personalidad. Psiquiatría Biológica. 2005; 12(1):1-7.

Plante, D. Zanarini, M. Sedative-Hypnotic Use in Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects. *J Pers Disord.* 2009 December; 23(6): 563-571.

Quétel, C. *Histoire de la folie: de l'antiquité à nos jours.* Paris: Tallandier, 2009.

Quiroga, E. Errasti, J. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 2001, 13(3): 393-406.

Racker H. Los significados y usos de la contratransferencia. En *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica.* Buenos Aires. Paidós, 1960.

Rubio V, Pérez A. *Trastornos de la personalidad.* Elsevier, Madrid, 2003.

Sadock B, Sadock V. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8a edición Volumen I. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

Sarmiento, M. Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2008, 37 (1): 149-163.

Schulz, C. Zanarini, M. Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder in variable dose 12 week randomised double-blind placebo-controlled study. *BPJ* 2008, 193_485-492.

Serrani, D. Luces y sombras del trastorno Borderline de personalidad. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 2011, 16 (4), 370-386.

Silva, H. Iturra, P. Polimorfismos del transportador de serotonina y efecto de fluoxetina sobre la impulsividad y agresividad en el trastorno límite de personalidad. Actas Esp Psiquiatr, 2007; 35(6): 387-392.

Soler, J. Campins, M. Olanzapina y terapia grupal cognitivo-conductual en trastorno límite de la personalidad. Actas Esp Psiquiatr, 2001; 29 (2): 85-90.

Stepp, S. Whalen, D. Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential target of intervention. Personal Disord, 2011. January; 3(1): 76-91.

Subirà, S. Ramos, L. Tratamiento farmacológico en el Trastorno Límite de la Personalidad. Actualización, 2007. Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament.

Torres, T. Trastorno Límite de personalidad: tratamiento desde un enfoque Cognitivo Conductual. Cuadernos de Neuropsicología 2007; 1 (3): 174-371.

Tyrer P, Kendall T. Borderline personality disorder: The Nice Guideline on treatment and bmanagement. National Collaborating Centre for Mental Health. Gran Bretaña, 2009.

Varchese, B. Rajeev, A. Topiramate for anger control: A systematic review. Indian J Pharmacol. 2010 June, 42(3): 135-141.

Vora, A. Treatment of severe borderline personality disorder with clozapine. Indian J Psychiatry. 2010 Jul-Sep; 52(3): 267-269.

Zimmerman, M. Problems diagnosing bipolar disorder in clinical practice. Expert Rev. Neurother. 10(7), 1019-1021 (2010).

Zittel, C. Westen, D. El trastorno límite de la personalidad en la práctica clínica. Am J Psychiatry (Ed Esp) 8:8, septiembre 2005.

www.dsm5.org