

## A BPD BRIEF

Una introducción al tratamiento, curso, origen y diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad

por

John G. Gunderson, MD

## TABLA DE CONTENIDOS

Página 3.	Diagnóstico del trastorno límite de personalidad: Criterios diagnósticos del DSM-IV Descripción general del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad
Página 4.	Una explicación de los criterios DSM-IV-TR 1. Temores de abandono 2. Relaciones intensas inestables 3. Perturbación de identidad 4. Impulsividad
Página 5.	5. Comportamientos suicidas o autolesivos 6. Inestabilidad afectiva (emocional) 7. Vacío 8. Ira 9. Distorsiones perceptuales de tipo psicótico
Página 6.	Los orígenes del TLP A. Temperamentos biogenéticos innatos
Página 7.	B. Factores psicológicos C. Factores sociales y culturales
Página 8.	El curso del trastorno límite de la personalidad Suicidio y comportamiento de autolesión
Página 10.	Estado actual del tratamiento A. Hospitalización B. Psicoterapia
Página 11.	C. Farmacoterapia
Página 12.	D. Intervenciones familiares E. Terapias grupales
Conclusión	
Página 13.	Recursos, publicación y distribución

## **Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad**

### **\* Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR**

Un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos, como indican cinco (o más) de los siguientes criterios:

- (1) Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.
  - (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por alternar entre extremos de idealización y devaluación.
  - (3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo persistentemente inestable y marcado.
  - (4) Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente autodestructivas (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción imprudente, atracones).
- Nota: No incluya el comportamiento suicida o de automutilación cubierto en el Criterio 5.
- (5) Comportamiento suicida recurrente, gestos o amenazas, o comportamiento automutilante.
  - (6) Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días).
  - (7) Sentimientos crónicos de vacío.
  - (8) Ira inapropiada, intensa o dificultad para controlar la ira (por ejemplo, manifestaciones frecuentes de mal genio, ira constante, peleas físicas recurrentes).
  - (9) Idea paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos severos.

\* Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana

### **Descripción general del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad**

Cada persona tiene una personalidad: formas duraderas de percibir, relacionarse y pensar sobre el ambiente y uno mismo. Sin embargo, cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y causan deterioro funcional significativo o angustia subjetiva, constituyen un trastorno de la personalidad.

Hay 10 trastornos de personalidad clasificados y de ellos, el trastorno límite de la personalidad (TLP) es el más común, el más complejo, el más estudiado y, sin duda, uno de los más devastadores, pues hasta el 10% de los pacientes diagnosticados se suicidan. El TLP existe en aproximadamente el 2-4% de la población general; hasta el 20% de todos los pacientes psiquiátricos hospitalizados y el 15% de todos los pacientes ambulatorios. Predominan las mujeres (alrededor del 75%) dentro de entornos psiquiátricos, mientras que los hombres son más comunes en entornos de abuso de sustancias o forenses.

Como resultado de observaciones clínicas desde la década de 1930 y estudios científicos realizados en la década de 1970, los psiquiatras determinaron que las personas se caracterizan por emociones intensas, actos autodestructivos y tormentosas relaciones interpersonales constituían un tipo de trastorno de la personalidad. El término "límite" se usó porque

originalmente se pensaba que estos pacientes existían como variantes atípicas ("límite") de otros diagnósticos y también porque estos pacientes probaron las fronteras de los límites establecidos sobre ellos. El diagnóstico se hizo "oficial" en 1980. Si bien ha habido mucho progreso en los últimos 25 años en la comprensión y el tratamiento del TLP, el diagnóstico está infrutilizado. Esto se debe principalmente a el hecho de que los pacientes con TLP son difíciles de tratar y a menudo evocan sentimientos de ira y frustración en la gente que les intenta ayudar. Tales asociaciones negativas han provocado que muchos profesionales no estén dispuestos a hacer el diagnóstico. Muchos dan prioridad a condiciones concurrentes como la depresión, el trastorno bipolar, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y los trastornos alimentarios. Este problema ha sido agravado por la falta de cobertura de seguro adecuada para los tratamientos psicosociales extendidos que el TLP requiere generalmente.

### **Una explicación de los criterios DSM-IV TR**

Para que un paciente sea diagnosticado con trastorno límite de la personalidad, debe experimentar 5 de los 9 criterios (ver página 2) como se establece en el DSM-IV TR. Establecer el diagnóstico es complicado por el hecho de que la presencia de muchos de estos criterios fluctúa. Aquí hay una explicación más detallada de estos síntomas:

1. **Temores de abandono.** Estos temores deben distinguirse de fenómenos más comunes y menos severos como la ansiedad por separación. La percepción de una separación inminente o el rechazo, o la pérdida de la estructura externa, puede conducir a cambios profundos en la autoimagen, afecto, cognición y comportamiento de los pacientes con TLP. Las personas con TLP son hipersensibles a nivel interpersonal y pueden experimentar intensos temores de abandono e ira inapropiada incluso cuando se enfrentan a críticas o separaciones por tiempo limitado. Estos temores al abandono están relacionados con una intolerancia a estar solos y a la necesidad de tener a otras personas con ellos. Los esfuerzos frenéticos para evitar el abandono pueden incluir acciones impulsivas como autolesiones o comportamientos suicidas. Originalmente se postuló que el miedo al abandono se desarrolla como resultado de fallos en el desarrollo del niño durante la fase de acercamiento (desde un año y medio a los dos años y medio de edad). Sin embargo, la evidencia empírica no lo ha confirmado.
2. **Relaciones inestables e intensas.** Las personas con TLP con frecuencia no pueden ver a personas significativas para ellas (es decir, fuentes potenciales de cuidado o protección) como a alguien que idealizan (si son gratificantes) o devalúan (si no son gratificantes). Esto a menudo se conoce como "pensamiento blanco y negro", y en términos psicológicos, refleja el constructo de "splitting". Cuando la ira inicialmente destinada a un ser querido es experimentada como peligrosa, se "separa" para preservar la bondad del ser querido. Se cree que la inestabilidad de la relación es un síntoma de inseguridad temprana de apego caracterizado por una desconfianza temerosa y una necesidad de dependencia.
3. **Perturbación de identidad.** El trastorno del yo que es específico de los pacientes límite se caracteriza por una autoimagen distorsionada, inestable o débil. Los pacientes límite tienen valores, hábitos y actitudes que a menudo están dominados por quien sea que esté con ellos. El contexto interpersonal en el que estos problemas de identidad se magnifican empieza con la dificultad de aprender a identificar los estados emocionales y con las motivaciones que hay detrás de sus comportamientos.
4. **Impulsividad.** La impulsividad de las personas con TLP es con frecuencia autodestructiva en sus efectos y no en sus intenciones. Esto difiere de la impulsividad encontrada en otros trastornos como los trastornos maníacos / hipomaníacos o

antisociales. Algunas formas comunes de comportamiento impulsivo en los pacientes límite son el abuso de sustancias o alcohol, la bulimia, el sexo sin protección, la promiscuidad y la conducción temeraria.

5. **Comportamientos suicidas o autolesivos.** Los intentos suicidas recurrentes, gestos, amenazas o conductas autolesivas son el sello distintivo del paciente límite. Este criterio es tan característico de personas con TLP que el diagnóstico viene a la mente cuando se dan comportamientos autodestructivos recurrentes. Los actos autodestructivos a menudo comienzan en la adolescencia temprana y generalmente son precipitados por amenazas de separación o rechazo o por expectativas del paciente con TLP de asumir responsabilidades no deseadas. La presencia de este patrón ayuda al diagnóstico de un TLP concurrente en pacientes que presentan síntomas de depresión o ansiedad.
6. **Inestabilidad afectiva (emocional).** Los primeros observadores clínicos se percataron de la intensidad, volatilidad y rango de las emociones del paciente límite. Originalmente se propuso que en el TLP la inestabilidad emocional implica los mismos problemas de regulación emocional que se encuentran en las personas con trastornos del estado de ánimo, particularmente depresión y trastorno bipolar. Ahora se sabe que aunque las personas con TLP muestran una marcada inestabilidad afectiva (es decir, episodios intensos de depresión, inquietud, enfado, pánico o desesperación), estos cambios de humor generalmente duran solo unas pocas horas, y que el estado de ánimo disfórico subyacente rara vez se alivia con períodos de bienestar o satisfacción. Estos episodios pueden reflejar la extrema reactividad del individuo al estrés, particularmente interpersonal y una incapacidad para regular las emociones con base neurobiología.
7. **Vacío.** Las personas con TLP se sienten afectadas por un vacío crónico, descrito como una sensación visceral, que generalmente se siente en el abdomen o el tórax. No es aburrimiento, ni es un sentimiento de angustia existencial. Este sentimiento está asociado a la soledad y a la necesidad. A veces la experiencia se considera un estado emocional y, a veces, se considera un estado de privación.
8. **Ira.** La ira del paciente límite puede deberse a un exceso de temperamento (una vulnerabilidad genética) o una respuesta de larga duración a la frustración excesiva (una causa ambiental). Ya sea causa genética o ambiental, muchas personas con TLP informan que se sienten enfadadas la mayor parte del tiempo, incluso cuando la ira no se expresa abiertamente. La ira a menudo aparece cuando una persona íntima o el cuidador se ve como negligente, sienten que les retienen, les descuidan o abandonan. Las expresiones de ira a menudo van seguidas de vergüenza y contribuyen a la sensación de ser personas malvadas.
9. **Distorsiones perceptivas de tipo psicótico (fallos en las pruebas de realidad).** Los pacientes con TLP pueden experimentar síntomas disociativos: sentirse irreales o que el mundo es irreal. Estos síntomas están asociados con otros trastornos, como la esquizofrenia y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), pero en los pacientes con TLP los síntomas generalmente son de corta duración, a lo sumo, unos días, y a menudo ocurren durante situaciones de estrés extremo. Los pacientes con TLP también pueden creer que otros les están mirando críticamente o están hablando de ellos. Estos lapsos de realidad en el paciente con TLP también se distinguen de otras patologías en que generalmente en el TLP permanece intacta la capacidad de corregir sus distorsiones de la realidad con la retroalimentación.

Los rasgos del TLP se subdividen en cuatro factores, cada uno de los cuales representa un temperamento subyacente (también conocido como "fenotipo"):

1. Hipersensibilidad interpersonal (criterios 1, 2 y 7)
2. Desregulación (emocional) afectiva (criterios 6, 8 y 7)
3. Descontrol conductual (impulsividad) (criterios 4 y 5)
4. Auto perturbación (criterios 3 y 9)

### **Los orígenes del TLP**

Los orígenes del TLP, como todos los otros trastornos psiquiátricos importantes, son causados por una combinación compleja de factores genéticos, sociales y psicológicos. Todas las teorías modernas ahora están de acuerdo en que deben interactuar entre sí múltiples causas para que el trastorno se manifieste.

Sin embargo, existen factores de riesgo conocidos para el desarrollo del TLP. Los factores de riesgo incluyen aquellos presentes al nacer, llamados temperamentos; experiencias que ocurren en la infancia; e influencias ambientales sostenidas.

#### **A. Temperamentos biogenéticos innatos**

El grado en que el TLP es causado por factores innatos, lo que se llama "nivel de heredabilidad" se estima entre un 52-68%. Esto es casi igual para el trastorno bipolar. Lo que se cree que se hereda son las disposiciones biogenéticas, es decir, los temperamentos, (o, como se ha mencionado anteriormente, los fenotipos), para la desregulación afectiva, la impulsividad y la hipersensibilidad interpersonal. Para los niños con estas disposiciones innatas, los factores ambientales pueden delimitarlas o exacerbarlas significativamente en el TLP adulto.

Muchos estudios han demostrado que los trastornos de la regulación emocional, la hipersensibilidad interpersonal o la impulsividad son desproporcionadamente mayores en los familiares de pacientes con TLP.

El temperamento afecto / emoción predispone a las personas a sentirse fácilmente molestas, enfadadas, deprimidas y ansiosas. El temperamento impulsivo predispone a las personas a actuar sin pensar en las consecuencias, o incluso buscar actividades peligrosas a propósito. El temperamento de hipersensibilidad interpersonal probablemente comienza con una sensibilidad extrema a las separaciones o rechazos. Otra teoría ha propuesto que los pacientes con TLP nacen con agresión excesiva que está basada genéticamente (en lugar de ser de origen ambiental). Es improbable que un niño que nace con un temperamento alegre, cálido, plácido o pasivo desarrolle TLP.

La función neurológica normal es necesaria para tareas tan complejas como el control de impulsos, la regulación de las emociones y la percepción de las señales sociales. Los estudios de pacientes con TLP han identificado un aumento de la incidencia de disfunciones neurológicas, a menudo sutiles, que son discernibles en un examen minucioso. La porción más grande del cerebro es el cerebelo, donde se interpreta la información proveniente de los sentidos, y de donde emanan los pensamientos conscientes y el comportamiento planificado.

Los estudios preliminares han encontrado que las personas con TLP tienen una respuesta disminuida a la estimulación emocionalmente intensa en las áreas de planificación / organización del cerebelo y que los niveles más bajos de actividad cerebral pueden promover el comportamiento impulsivo. El sistema límbico, ubicado en el centro del cerebro, a veces se considera como "el cerebro emocional", y consiste en la amígdala, el hipocampo, el tálamo, el hipotálamo y partes del tronco encefálico. Existe evidencia de que, en respuesta a la excitación emocional, la amígdala está particularmente activa en personas con TLP.

## **B. Factores psicológicos**

Como la mayoría de las otras enfermedades mentales, el TLP no parece originarse durante una fase específica y discreta de desarrollo. Estudios recientes han sugerido que niños pre-TLP no son capaces de aprender formas precisas de identificar sentimientos o de atribuir con precisión motivaciones en sí mismos y en otros (a menudo llamados fallos en la "mentalización"). Tales niños no logran desarrollar capacidades mentales básicas que constituyen un sentido estable de uno mismo y hacen que ellos o los demás sean entendibles o predecibles. Una teoría importante ha enfatizado el papel crítico que desempeña un entorno invalidante.

Esto ocurre cuando a un niño se le hace creer que sus sentimientos, pensamientos y percepciones no son reales o no importan.

Alrededor del 70% de las personas con TLP informan de antecedentes de abuso físico y / o sexual. Los traumas infantiles pueden contribuir a síntomas como la alienación, la búsqueda desesperada de relaciones protectoras, y la aparición de sentimientos intensos que caracterizan al TLP. Aún así, dado que relativamente pocas personas que sufren abuso físico o sexual desarrollan el trastorno límite (o cualquier otro trastorno psiquiátrico) es esencial tener en cuenta la disposición temperamental. Dado que el TLP puede desarrollarse sin tales experiencias, estos traumas no son suficientes por sí mismos para explicar la enfermedad. Aún así, el abuso sexual o de cualquier otro tipo puede ser el entorno invalidante "definitivo". De hecho, cuando el abusador es un cuidador, el niño puede necesitar dividirse (negar sentimientos de odio y repulsión para preservar la idea de ser amado). Aproximadamente el 30% de las personas con TLP han experimentado una pérdida temprana de los padres o una separación prolongada de sus padres, experiencias que se cree que contribuyen a los temores que tienen al abandono. Las personas con TLP frecuentemente refieren sentirse descuidadas durante su infancia. A veces, las fuentes de este sentido de negligencia no son obvias y pueden deberse a una sensación de no ser lo suficientemente comprendidos. Los pacientes a menudo informan sentirse alienados o desconectados de sus familias. Además, atribuyen las dificultades de comunicación a sus padres. Sin embargo, la capacidad deteriorada de la persona con TLP para describir y comunicar sus sentimientos o necesidades, o la resistencia a la revelación personal puede ser una causa importante de los sentimientos de abandono y alienación.

## **C. Factores sociales y culturales**

La evidencia muestra que la personalidad límite se encuentra en aproximadamente el 2-4% de la población. Puede haber factores sociales y culturales que contribuyen a las variaciones en su prevalencia. Una sociedad de ritmo rápido; altamente móvil, y donde las situaciones familiares pueden ser inestables debido al divorcio, factores económicos u otras presiones sobre los cuidadores, pueden fomentar el desarrollo de este trastorno.

## **El curso del trastorno límite de la personalidad**

El TLP generalmente se manifiesta en la edad adulta temprana, pero los síntomas del mismo (por ejemplo, autolesiones) se pueden encontrar en la adolescencia temprana. A medida que las personas con TLP envejecen, sus síntomas y / o la gravedad de la enfermedad generalmente disminuye. De hecho, alrededor del 40-50% de los pacientes remiten en dos años y esta tasa aumenta al 85% en 10 años. A diferencia de la mayoría de los otros trastornos psiquiátricos importantes, los pacientes con TLP que remiten generalmente no recaen. Los estudios sobre el curso del TLP indican que los primeros cinco años de tratamiento suelen ser los más afectados por la crisis. Son características una serie de relaciones intensas e inestables que terminan con enfado y con los consecuentes comportamientos suicidas o autodestructivos. Aunque tales crisis pueden persistir durante años, una disminución en la frecuencia y gravedad de los comportamientos autodestructivos y las ideas y actos suicidas y una disminución tanto en el número de hospitalizaciones como en los días en el hospital son indicios tempranos de mejoría. Mientras que aproximadamente el 60% de los pacientes con TLP hospitalizados son readmitidos en los primeros seis meses, esta tasa disminuye a aproximadamente el 35% en el período de dieciocho meses a dos años después de una hospitalización inicial. En general, la utilización de la atención psiquiátrica disminuye gradualmente e implica intervenciones cada vez más breves y menos intensivas.

Las mejoras en el funcionamiento social suceden más lentamente y se dan de manera menos completa que las remisiones de los síntomas. Solo alrededor del 25% de los pacientes diagnosticados con TLP finalmente logran una estabilidad relativa de las relaciones cercanas o de trabajo exitoso. Son muchos más los que tienen vidas que se caracterizan por un éxito vocacional limitado y la evitación de relaciones cercanas. Si bien la estabilización es común, y la satisfacción con la vida generalmente mejora, el deterioro persistente del funcionamiento del rol social de los pacientes a menudo es decepcionante.

### **Suicidio y comportamiento de autolesión**

Las características más peligrosas e inductoras de miedo del TLP son el comportamiento de autolesión y el potencial para suicidio. Mientras que el 8-10% de las personas con personalidad límite se suicida, la ideación suicida (pensar y fantasear sobre el suicidio) caracteriza mucho al TLP. Los comportamientos deliberados de autolesión (a veces denominados actos parasuicidas) son una característica común, que ocurre en aproximadamente el 75% de los pacientes que tienen el diagnóstico y en un porcentaje aún mayor en aquellos que han sido hospitalizados. Estos comportamientos pueden resultar en cicatrices físicas e incluso discapacidades físicas.

El comportamiento de autolesión toma muchas formas. Los pacientes con TLP a menudo se autolesionan sin intención suicida. La mayoría de las veces, la autolesión implica cortar, pero puede implicar también quemaduras, golpes, aporrear la cabeza y tirones de cabello. Algunos actos autodestructivos no son intencionales, o al menos el paciente no los percibe como autodestructivos, como el sexo sin protección, conducir bajo la influencia de drogas o los atracones y las purgas.

Los tatuajes o la pornografía con vergüenza retrospectiva son nuevas variaciones de esto.

Las motivaciones para las conductas autolesivas son complejas, varían de un individuo a otro y pueden tener diferentes propósitos en diferentes momentos. Alrededor del 40% de los actos autolesivos realizados por los pacientes ocurren durante experiencias disociativas, momentos en que prevalecen el entumecimiento y el vacío. Para estos pacientes, la autolesión puede ser la única forma de experimentar sentimientos. Los pacientes informan que provocarse dolor



físico les genera alivio y les calma temporalmente un dolor psíquico que les resulta insoportable. A veces las personas con TLP hacen intentos de suicidio cuando se sienten solas y sin amor, o cuando sienten que la vida es tan terriblemente dolorosa que no la pueden soportar. Puede haber un plan vagamente concebido para ser rescatado, que representa un intento de aliviar los sentimientos insoportables de estar solo o de establecer alguna conexión con los demás. Incluso puede haber una base neuroquímica para algunos actos de autolesión: el acto físico puede provocar la liberación de ciertas sustancias químicas (endorfinas) que inhiben, al menos temporalmente, la agitación interna. Los comportamientos autodestructivos pueden volverse adictivos, y uno de los componentes iniciales y primarios del tratamiento es romper este ciclo.

Además del abuso de sustancias, la depresión mayor puede contribuir al riesgo de suicidio.

Aproximadamente el 50% de las personas con TLP están experimentando un episodio de depresión mayor cuando buscan tratamiento, y alrededor del 80% han tenido un episodio depresivo mayor en sus vidas. Cuando la depresión coexiste con la incapacidad de tolerar emociones intensas, la necesidad de actuar impulsivamente se exagera. Es imperativo que los terapeutas evalúen cuidadosamente el estado de ánimo del paciente, aprecien la gravedad de su infelicidad, pero también que reconozcan que los medicamentos antidepresivos generalmente solo tienen efectos modestos.

Los miembros de la familia están, comprensiblemente, atormentados por la amenaza y / o la realización de tales actos. Las reacciones, naturalmente, varían ampliamente, desde querer proteger al paciente hasta enfadarse por los aspectos de la conducta que demandan atención. El riesgo de suicidio incita al miedo, la ira y la impotencia. Sin embargo, es imprescindible que los miembros de la familia no asuman la carga principal para garantizar la seguridad del paciente. Siempre que se perciba una amenaza de daño, o el paciente ya se haya autolesionado, se debe contactar a un profesional.

El paciente puede alegar mantener en secreto las comunicaciones o los comportamientos, pero la seguridad debe ser la prioridad. El paciente, los terapeutas y la familia no pueden trabajar juntos de manera efectiva sin franqueza, y la amenaza o la ocurrencia de actos autodestructivos no pueden mantenerse en secreto. Esto es beneficioso para todos los interesados. Los familiares / amigos no tienen la capacidad de vivir con estos comportamientos en sus vidas, y los pacientes no progresarán en su tratamiento hasta que estos comportamientos se eliminen.

Una vez que se han abordado los problemas de seguridad, a través de la intervención de los profesionales, los familiares / amigos pueden desempeñar un papel importante en la disminución de la probabilidad de amenazas autodestructivas recurrentes simplemente estando presentes y escuchando a su ser querido, sin críticas, rechazo o desaprobación.

Las personas con TLP a menudo abusan del alcohol o drogas (tanto prescritas como ilegales). Esto puede disminuir la ansiedad social, alejarlos de las reflexiones dolorosas, o minimizar la intensidad de sus emociones negativas. A menudo, el alcohol o las drogas tienen efectos desinhibidores que fomentan las autolesiones y los intentos de suicidio, así como otros comportamientos auto-peligrosos.

## **Estado actual del tratamiento**

En las últimas décadas, el tratamiento para el TLP ha cambiado radicalmente y, a su vez, el pronóstico de mejora y / o recuperación ha mejorado significativamente.

Una de las preguntas preliminares que las familias / amigos enfrentan es cómo y cuándo depositar la confianza en los responsables del tratamiento del paciente. En términos generales, cuanto más experiencia clínica tienen los profesionales en el tratamiento de pacientes con TLP, mejor. En el caso de que varios profesionales estén involucrados en el cuidado de un paciente, será importante que sus enfoques sean compatibles y se comuniquen entre sí. El apoyo de los miembros de la familia al tratamiento es igualmente importante.

### **A. Hospitalización**

La hospitalización en la atención de pacientes con TLP generalmente se limita al manejo de crisis (incluidas, entre otras, situaciones en las que la seguridad del individuo es precaria. Los hospitales proporcionan un lugar seguro donde el paciente tiene la oportunidad de ganar distancia y perspectiva sobre una crisis particular y donde los profesionales pueden evaluar los problemas psicológicos y sociales del paciente y sus recursos. No es raro que los cambios de medicación tengan lugar en el contexto de una hospitalización, donde los profesionales pueden monitorear el impacto de los nuevos medicamentos en un entorno controlado.

Las hospitalizaciones suelen ser de corta duración.

### **B. Psicoterapia**

La psicoterapia es la piedra angular de la mayoría de los tratamientos de pacientes límite. Aunque el desarrollo de un apego seguro al terapeuta es generalmente esencial para que la psicoterapia tenga utilidad, esto no ocurre fácilmente con el paciente límite, dadas sus intensas necesidades y temores sobre las relaciones.

Además, muchos terapeutas están preocupados por trabajar con pacientes límite. La sintomatología del paciente límite puede ser tan difícil para los profesionales como para los miembros de la familia. El terapeuta puede asumir el papel de cuidador protector y luego experimentar sentimientos de ira y miedo cuando el paciente se involucra en comportamientos peligrosos y desadaptativos. Incluso terapeutas muy capaces y motivados a veces son interrumpidos abruptamente por pacientes límite. Sin embargo, a menudo, aunque experimentadas como un fracaso, estas breves terapias han tenido un papel valioso para ayudar al paciente a superar una situación insuperable y hacer que sea más susceptible a los terapeutas posteriores.

La recomendación estándar para la psicoterapia individual implica una o dos visitas a la semana con un profesional experimentado por un período de uno a seis años. Los buenos terapeutas deben ser activos y mantener expectativas consistentes de cambio y de participación del paciente. Algo esencial para una terapia exitosa para un paciente límite es el desarrollo de sentimientos de confianza y cercanía con el terapeuta (que puede no hayan estado presentes en la vida del paciente hasta ese momento) con la expectativa de que esto mejorará la capacidad del paciente para tener relaciones de esta naturaleza con los demás. La validación, incluyendo el ser escuchado, ayuda a las personas a desarrollar el reconocimiento y la aceptación de sí mismos como únicos y dignos.

La investigación ha demostrado que hay múltiples formas de psicoterapia que son efectivas. Todas ellas disminuyen las autolesiones, las tendencias suicidas y el uso de hospitales, salas de emergencias y medicamentos. La más conocida y la más ampliamente practicada de las

terapias validadas empíricamente es la terapia dialéctica comportamental (TDC). Combina modalidades de terapia individual y grupal y está dirigida a enseñar habilidades para regular estados emocionales intensos y disminuir comportamientos autodestructivos. La TDC incluye el concepto de *mindfulness*, que incluye la autoconciencia y el equilibrio de los estados cognitivos y emocionales, lo que resulta en una "mente sabia". También enfatiza la regulación de las emociones; habilidades de tolerancia a la angustia y habilidades interpersonales efectivas. El enfoque proactivo y de resolución de problemas de esta terapia involucra fácilmente a los pacientes límite que están motivados para cambiar.

Dos otras terapias efectivas para el TLP son las psicodinámicas (también conocidas como psicoanalíticas). Una de ellas es la psicoterapia centrada en la transferencia que consiste en una psicoterapia individual de dos veces por semana que enfatiza la interpretación del significado de los comportamientos del paciente dentro de las relaciones, especialmente en la relación con el terapeuta. También enfatiza la importancia de las experiencias de ira. La otra es la terapia basada en mentalización que combina terapia individual y grupal. Hace hincapié en aprender a reconocer los propios estados mentales (sentimientos / actitudes) y los de los demás como formas de explicar los comportamientos. Esta capacidad se llama mentalización y es una capacidad que todas las terapias efectivas intentan mejorar.

El Manejo Psiquiátrico General (MPG) es una terapia semanal que puede incluir la prescripción de medicamentos e intervenciones familiares según sea necesario. La terapia intenta crear un "ambiente que contenga" dentro del cual los pacientes puedan aprender a confiar y sentir. Esta terapia requiere experiencia clínica, pero es la menos ligada a la teoría y más fácil de aprender de las terapias validadas empíricamente.

### **C. Farmacoterapia**

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros antidepresivos se han recetado con frecuencia a pacientes con TLP, pero solo son moderadamente útiles. Los ensayos controlados aleatorios sugieren que los antipsicóticos atípicos o los estabilizadores del estado de ánimo pueden ser mejores opciones. Estos estudios también muestran que ningún tipo de medicamento es consistente o muy efectivo. Las benzodiacepinas son la única clase de medicamentos que empeoran a los pacientes, aunque incluso aquí, hay excepciones. Por lo tanto, los medicamentos deben iniciarse con la plena comprensión del paciente de que tienen un papel complementario de la psicoterapia en el tratamiento. En la práctica, la prescripción de medicamentos puede ayudar a facilitar una alianza positiva al demostrar concretamente el deseo del médico de ayudar al paciente a sentirse mejor; pero las expectativas poco realistas de los beneficios de la medicación pueden socavar el trabajo de superación personal.

Las preocupaciones comunes al recetar medicamentos a estos pacientes incluyen riesgos de sobredosis e incumplimiento, pero la experiencia sugiere que los medicamentos se pueden usar con un riesgo muy reducido siempre y cuando el paciente vea y se comunique regularmente con su proveedor. Otro problema común en la práctica es la polifarmacia, que puede ocurrir cuando los pacientes desean continuar o agregar medicamentos a pesar de la falta de beneficio demostrable; el ochenta por ciento de los pacientes límite están tomando tres o más medicamentos. Las consecuencias incluyen efectos secundarios como la obesidad (especialmente con agentes antipsicóticos) y problemas asociados como la hipertensión y la diabetes. Cuando el beneficio de un medicamento no está claro, se debe instar a los pacientes a suspenderlo antes de iniciar uno nuevo.

## **D. Intervenciones familiares**

Los padres y los cónyuges a menudo llevan una carga significativa. Por lo general, se sienten mal juzgados e injustamente criticados cuando la persona con TLP los culpan de su sufrimiento. Tanto para los pacientes límite y como para aquellos que los aman, vivir con este trastorno es un desafío. Los familiares suelen estar agradecidos de recibir información sobre el diagnóstico, el pronóstico probable, las expectativas razonables del tratamiento y cómo pueden contribuir. Tales intervenciones a menudo mejoran la comunicación, disminuyen la alienación y alivian las cargas familiares.

En las sesiones conjuntas con los padres y la descendencia del TLP tanto los pacientes como los padres deben estar motivados para participar, haber establecido la capacidad de comunicarse con palabras (en lugar de acciones) y estar dispuestos a escucharse mutuamente.

## **E. Terapias grupales**

Las terapias grupales incluyen aquellas dirigidas por profesionales, con miembros seleccionados, y grupos de autoayuda, compuestos por personas que se reúnen para discutir problemas comunes. Ambos son tratamientos efectivos.

Los grupos de habilidades de la TDC son a menudo como aulas con mucha dirección por parte de un líder del grupo y con tareas entre sesiones. Los grupos de mentalización ofrecen una forma de reconocer las atribuciones erróneas y cómo uno puede afectar a los demás. Los pacientes límite pueden ser resistentes a los grupos interpersonales o psicodinámicos que requieren la expresión de sentimientos fuertes o la necesidad de revelaciones personales. Sin embargo, tales foros pueden ser útiles por estas mismas razones. Además, estos grupos ofrecen la oportunidad para que los pacientes aprendan de personas con experiencias de vida similares que, junto con las otras modalidades discutidas aquí, pueden mejorar significativamente el curso del tratamiento.

Muchos pacientes límite encontrarán más aceptable unirse a grupos de autoayuda, y otros grupos que se dirigen a problemas como los trastornos alimentarios o que tienen funciones puramente de apoyo, como los supervivientes de incesto. Dichos grupos de autoayuda que proporcionan una red de pares de apoyo pueden ser útiles y complementarios al tratamiento, pero no deben considerarse como la única fuente de apoyo.

## **Conclusión**

A pesar de su prevalencia en entornos clínicos y sus enormes costes de salud pública, el TLP ha comenzado solo recientemente a atraer la atención que requiere. Esto es evidente en el surgimiento de grupos de defensa / educación / apoyo de los padres, en la identificación del TLP como una prioridad por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) y por la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI) en 2006. En 2009, el Congreso de los EE. UU. aprobó una resolución que llama a una mayor conciencia de este trastorno y a una mayor inversión en su investigación y tratamiento. Hasta la fecha esto no ha ocurrido.

Nuestra comprensión del trastorno en sí está en proceso de un cambio dramático. Anteriormente se pensaba que su etiología era exclusivamente ambiental y ahora sabemos que es muy genética. Anteriormente se creía que era un trastorno altamente crónico y resistente al cambio, ahora sabemos que tiene un pronóstico notablemente bueno. Anteriormente se pensaba que se requerían compromisos heroicos para emprender el tratamiento del TLP y ahora contamos con una variedad de intervenciones específicamente diseñadas para TLP, que pueden tener beneficios significativos y duraderos.

## Recursos

Behavioral Technology LLC DBT referral, training and resources 4556 University Way NE, Suite 200 Seattle, Washington 98105 (206) 675-8588 [www.behavioraltech.com](http://www.behavioraltech.com) E-mail: [information@behavioraltech.org](mailto:information@behavioraltech.org)

Borderline Personality Disorder Resource Center BPD referral to resources and treatment New York Presbyterian Hospital-Westchester Division 21 Bloomingdale Road White Plains, New York 10605 (888) 694-2273 [www.bpdresourcecenter.org](http://www.bpdresourcecenter.org) E-mail: [info@bpdresourcecenter.org](mailto:info@bpdresourcecenter.org)

National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD) BPD conferences, publications, videos and education Rye, New York 10580 (914) 835-9011 [www.borderlinepersonalitydisorder.com](http://www.borderlinepersonalitydisorder.com) E-mail: [neabpd@aol.com](mailto:neabpd@aol.com)

NEABPD ©Family Connections 12-week course for relatives that provide education, coping skill strategies, and support (914) 835-9011 [www.borderlinepersonalitydisorder.com](http://www.borderlinepersonalitydisorder.com) E-mail: [neabpd@aol.com](mailto:neabpd@aol.com)

New England Personality Disorder Association (NEPDA) BPD family workshops, regional conferences, education, advocacy, and support 115 Mill Street Belmont, Massachusetts 02478 (617) 855-2680 [www.nepda.org](http://www.nepda.org) E-mail: [info@nepda.org](mailto:info@nepda.org)

Publication and distribution of A BPD Brief is made possible by the support of the following organizations: New England Personality Disorder Association (NEPDA) McLean Hospital 115 Mill Street Belmont, Massachusetts 02478 (617) 855-2680 E-mail: [info@nepda.org](mailto:info@nepda.org) [www.nepda.org](http://www.nepda.org)

National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD) Rye, New York 10580 (914) 835-9011 E-mail: [neabpd@aol.com](mailto:neabpd@aol.com) [www.borderlinepersonalitydisorder.com](http://www.borderlinepersonalitydisorder.com)

Borderline Personality Disorder Resource Center New York-Presbyterian Hospital-Westchester Division 21 Bloomingdale Road White Plains, New York 10605 (888) 694-2273 E-mail: [info@bpdresourcecenter.org](mailto:info@bpdresourcecenter.org) [www.bpdresourcecenter.org](http://www.bpdresourcecenter.org)

For copies of A BPD Brief contact: The Borderline Personality Disorder Resource Center (888) 694-2273 E-mail: [info@bpdresourcecenter.org](mailto:info@bpdresourcecenter.org) [www.bpdresourcecenter.org](http://www.bpdresourcecenter.org)