

Guía Clínica en Trastorno de la Personalidad Limítrofe

	Responsable Elaboración	Revisó	Aprobación
Nombre	Dra. Mariana González González	Dra. Lilian Sus Román	Dra. Sonia Tardito Schiele
Cargo	Jefe del Programa T. de Personalidad Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	Jefe CAE Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	(S) Directora Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
Firma			

INDICE

- 1. Introducción.**
- 2. Alcances Del Protocolo.**
- 3. Objetivos Generales**
- 4. Objetivos Específicos**
- 5. Definiciones**
- 6. Aspectos clínicos y observaciones que facilitan el reconocimiento de un trastorno de personalidad**
 - Elementos clínicos de sospecha.
 - Antecedentes de la historia clínica.
 - Relación con los profesionales e Institución.
 - Definición del Trastorno de Personalidad.
 - Suicidio y conductas autolesivas.
- 7. Controversias en relación al concepto de Trastorno de Personalidad**
 - El Ejemplo del Trastorno de la Personalidad Cluster B.
- 8. Características y evolución del cuadro**
- 9. Recomendaciones Claves.**
- 9. Diagnóstico Diferencial**
 - Manifestaciones Conductuales que deben ser Diferenciadas.
 - Manifestaciones Neurológicas La epilepsia.
 - Manifestaciones del Espectro Afectivo.
 - Manifestaciones Cognitivo-Perceptuales.
 - El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)
- 10. Investigación empírica y etiología.**
- 11. Modelos Explicativos:**
 - Comprensivo de Apego y Alteración de la Función Reflexiva.
 - Etiopatogenia según modelo comprensivo de la Terapia Dialéctico Conductual desarrollada por Marsha Linehan.
 - Modelo Diagnóstico Estructural, Kernberg.
- 12. Comorbilidad**
- 13. Lo Social**
 - Variable Social en la Creación de un plan de tratamiento. Preguntas Necesarias.
 - Variable Social en la Creación de un Plan de Tratamiento. Sugerencia de Intervenciones sociales.
- 14. Flujo de manejo de personas con Diagnóstico T. de Personalidad.**
- 15. Descripción de criterios para la evaluación de casos.**
- 16. Tipos De Intervención.**
 - Etapa aguda.
 - Etapa Aguda APS.
 - Etapa Aguda en COSAM, CAE y Servicio de Urgencia
 - Etapa Aguda: Evaluación de la Severidad de la Suicidalidad
 - Evaluación del riesgo de conductas autolesivas
 - Abordaje Psicoeducativo en Conductas Autolesivas en todos los niveles.

- Etapa Compensación Parcial
 - Etapa en Compensación Parcial en APS.
 - Etapa en Compensación Parcial en COSAM.
 - Etapa en Compensación Parcial en CAE.

Derivaciones.

17. Tipo de Tratamiento

- Terapia Grupal.
- Tratamiento Farmacológico.

18. Criterios Clínicos para Identificación y Manejo de Pacientes con Características Narcisistas y Antisociales de Personalidad.

19. Grupo de Trabajo.

20. Bibliografía.

21. Anexos.

1. INTRODUCCION

Hoy en día es imperiosa la necesidad de inyectar recursos y formular modalidades de intervención más apropiadas y sostenibles para satisfacer la mayor demanda de salud mental de las personas. Es interesante destacar los resultados del estudio de Vicente y Rioseco (Chile, 2002) sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general, muestra que más de un tercio (36%) de la población había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que uno de cada cinco (22,6%) lo había sufrido en los últimos 6 meses.

Dentro de la patología psiquiátrica, los trastornos de la personalidad son cuadros complejos cuya frecuencia parece ir en aumento. Los estudios epidemiológicos muestran que entre el 10% y el 13% de la población general tiene algún desorden de la personalidad. En servicios clínicos esta cifra aumenta al 30% - 50% (Zimmerman 2006), haciendo de este trastorno uno de los más frecuentes en la práctica psiquiátrica.

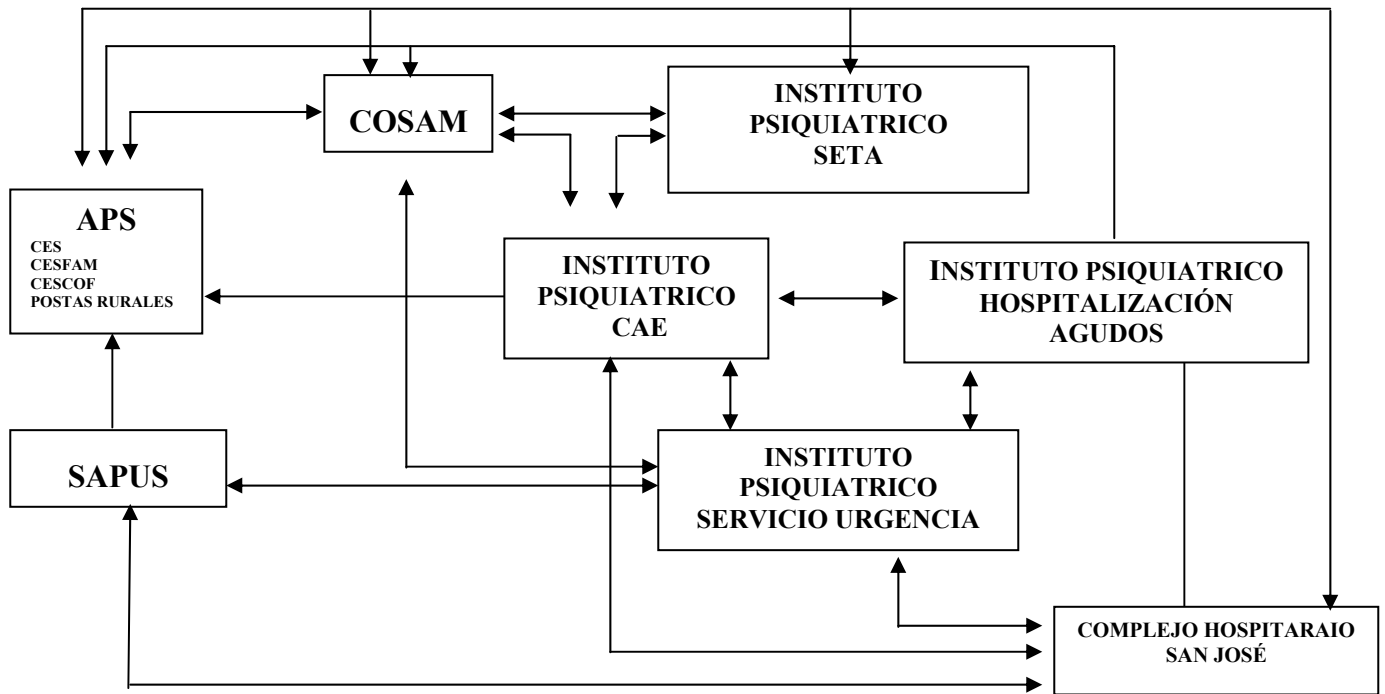
La problemática se constituye alrededor de dos ejes relevantes; por un lado el funcionamiento psíquico característico del Trastorno Límite o Borderline de la Personalidad, considerado uno de los más difíciles de tratar, de los más estresantes para el equipo médico, debido a que son estos pacientes quienes presentan con más frecuencia conductas suicidas y parasuicidas, manifestando inestabilidad y falta de regulación en todos los dominios de funcionamiento psíquico. (Pahissa 1995)

El otro vértice se relaciona con la baja resolutivez que se le da a este problema en los distintos niveles de atención, ya que en la atención primaria de salud, que es en donde estos pacientes consultan en forma directa o enmascarada por un cuadro psicossomático o funcional, solo el 15% son detectados como pacientes psiquiátricos y derivados a especialistas en salud mental. (Florenzano 1993).

En este mismo sentido, una vez que llegan a sistemas de atención especializada, no todos logran beneficiarse de los tratamientos, persisten muy sintomáticos producto de inasistencias, discontinuidad en la ingesta de medicamentos, falta de indicación o deserción de psicoterapias.

En el Consultorio Externo de Atención Especialidad (CAE) del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” se atienden pacientes ambulatorios derivados desde la red de Salud Mental del Área Norte. Dicha red la conforman Centros de Atención Primaria de Salud, compuestos por CES, CESFAM, CECOSF y Postas Rurales, 8 COSAMs (uno por cada Comuna) y derivaciones desde el interior del Instituto (Unidad de Hospitalizados, Servicio de Urgencia y Servicio de Atención de Alcohol y Drogas). Ver Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1: Flujo De La Red De Salud Mental Del Servicio De Salud Metropolitano Norte



APS: Atención Primaria de Salud, compuesta por Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (22 establecimientos) y Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) distribuidos en las comunas de Colina, Lampa, Til Til, Quilicura, Huechuraba, Conchalí, Recoleta, Independencia.

SAPUS: Servicio de Atención Primaria de Urgencia, uno en las 8 comunas.

COSAM: Centros Comunitarios de Salud Mental, 8 establecimientos, distribuidos en las comunas de Colina, Lampa, Til Til, Quilicura, Huechuraba, Conchalí, Recoleta, Independencia).

CAE: Consultorio Externo Adosado a Especialidades del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

SETA: Servicio de Estabilización de T. Adictivos y OH. del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

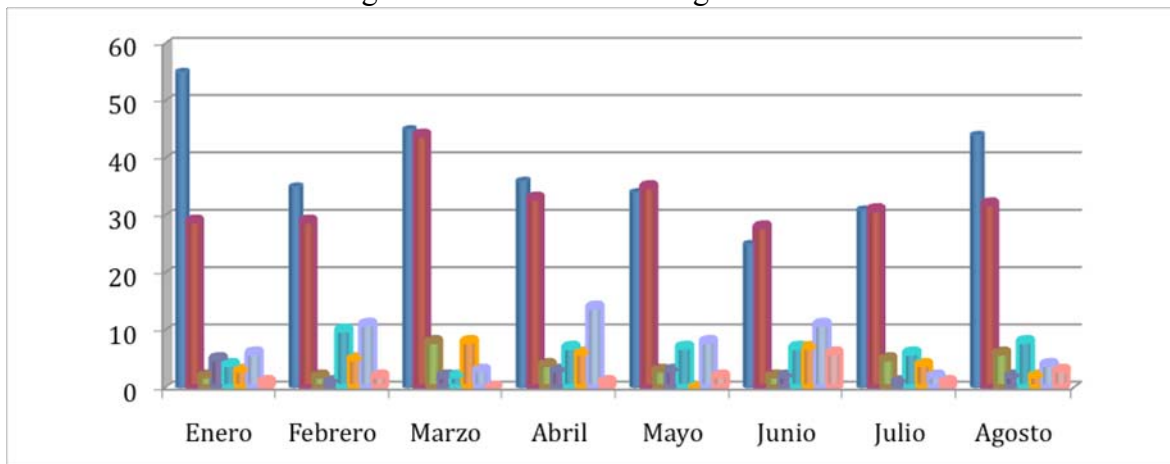
Actualmente existen 3.600 pacientes activos que pertenecen a los siguientes Programas de Atención del CAE:

- Programa de Enfermedades Afectivas
- Programa DAC (Depresión, Ansiedad, Trastornos de la conducta)
- Programa de Trastorno de Personalidad
- Programa de Patología Psicorgánica
- Programa de Antipsicóticos Orales
- Programa de Antipsicóticos de Depósito
- Programa de Antipsicóticos Atípicos.

En un interés por caracterizar y contextualizar a los pacientes con Trastorno de Personalidad tratados tanto en el área como en el Instituto, se ha identificado que en la actualidad el Programa de Trastorno de Personalidad atiende un promedio mensual de 630 pacientes, que representan el 15% de las atenciones ambulatorias del CAE aproximadamente. Esta cifra es concordante con la literatura referida al tema.

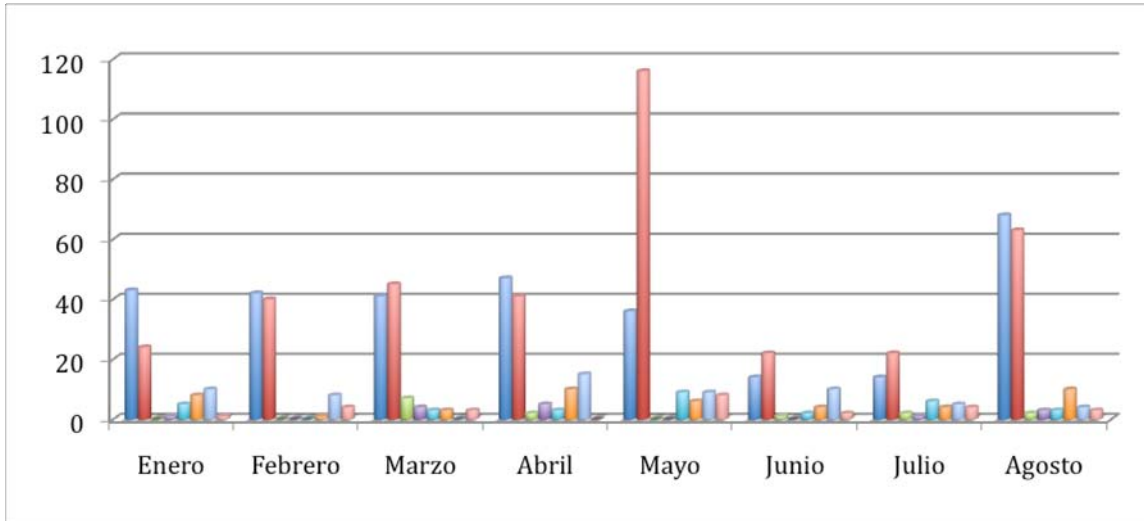
Otro aspecto observado es que el comportamiento de los pacientes de los Programas DAC y Trastorno de Personalidad difiere radicalmente de la de los otros Programas. El número de ingresos, egresos, abandonos e inasistencias es considerablemente mayor en estos dos Programas.

Gráfico N° 1: Número de Ingresos Mensuales Por Programa Año 2010



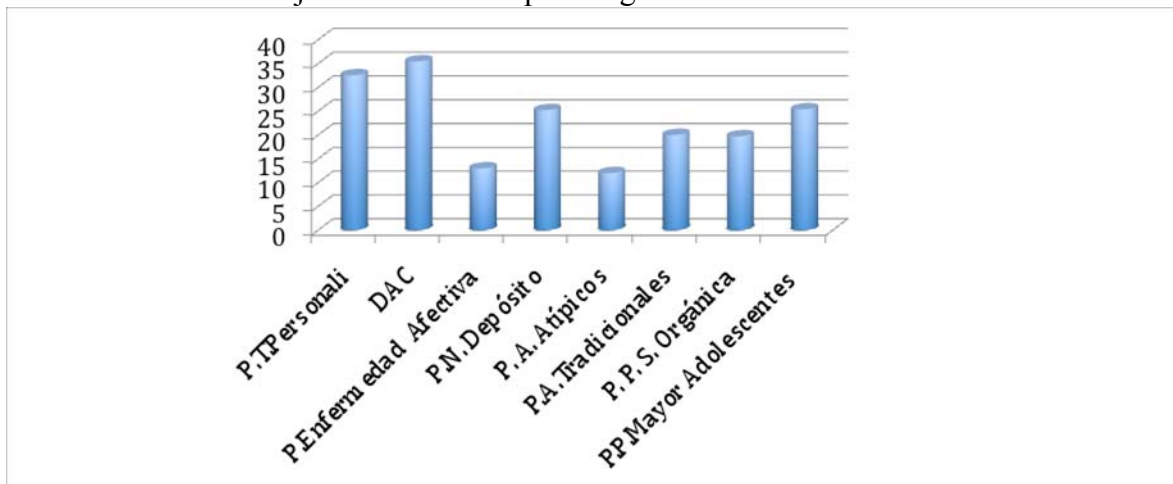
En el gráfico N° 1, las barras rojas y azules corresponden a los programas de Trastorno de Personalidad y DAC.

Gráfico N° 2: Número de egresos Mensuales por Programa Año 2010.



En el gráfico N° 2, las barras rojas y azules corresponden a los programas de Trastorno de Personalidad y DAC

Gráfico N° 3. Porcentaje de Inasistencia por Programa en 8 Meses del 2010



Al indagar en los motivos de ingreso de estos pacientes se realizó una revisión de las fichas clínicas de 90 pacientes que ingresaron el año 2007 al Programa de Trastornos de Personalidad. Ellos representan el 25% de los ingresos totales (muestra representativa). Los datos recogidos nos muestran ciertas características del modo en que los pacientes toman contacto con la Institución.

De los 90 pacientes 40 eran reingresos, es decir, casi la mitad de los pacientes ya tenían la experiencia de un tratamiento anterior que había sido interrumpido.

Los motivos de ingreso fueron:

Descontrol de impulsos	24%
Suicidalidad	24%
Depresión	24%
Dependencia de OH y Drogas	10%
Trastorno de Ansiedad.	4%
Trastorno Adaptativo.	3%

De los 90 pacientes, el 10% fue hospitalizado en el ingreso. El 34% tenía al menos una hospitalización, dos pacientes tenían hospitalizaciones el año 1999 y 1998. Ambos pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad de base orgánica y estructura psicótica de la personalidad. Las hospitalizaciones de los demás pacientes eran de 1, 2 y 3 años atrás.

Por otra parte, los resultados de una encuesta realizada a los Equipos de los Centros de Salud y COSAM del área norte nos permiten identificar algunas ideas respecto a las dificultades en el manejo y tratamiento de pacientes con este diagnóstico.

Según esta encuesta en los Centros de Atención Primaria la falta de un programa destinado a la atención de usuarios con Trastorno de Personalidad, conduce a una escasa identificación de casos. Esto no permite consolidar datos que faciliten visualizar en mayor profundidad esta problemática dentro de la salud pública. Tampoco efectuar una evaluación del costo que implica la ausencia de directivas técnicas para su tratamiento.

Además, el mal diagnóstico de los casos clínicos, no permite diferenciar con claridad el problema de la comorbilidad, que es un tópico central en este tipo de patología. La no definición clara de ésta, tiene consecuencias en la programación de un esquema de tratamiento apropiado, lo cual podría contribuir a la cronificación de los casos, escasa adherencia, reiterados abandonos prematuros de tratamiento, y por ende, a la habitual presencia de policonsultas por variados motivos de salud.

Resumiendo las dificultades descritas por los equipos de Salud mental a nivel de COSAM se mencionan dificultades relacionadas con la escasez de recursos humanos y nivel requerido de capacitación y formación continua para brindar una adecuada atención a este tipo de usuarios. (Supervisiones externas, revisión de casos).

Hay que agregar además otras dificultades relacionadas con este tipo de pacientes en que podemos decir que presentan cuadros de alta complejidad con importantes condicionantes psicosociales que interfieren fuertemente en el tratamiento, además de un comportamiento cíclico de los síntomas, es decir, aparición y desaparición en relación con crisis vitales, y de manera, importante con comportamientos suicidas o autoagresiones.

La intensidad de las crisis vitales en muchas oportunidades hace surgir demanda espontánea y de carácter urgente, generándose dinámicas relacionadas con presencia de reclamos airados, insultos, y descalificaciones mutuas, y con ello dificultades de abordaje institucional a corto plazo y futuro, generándose cierto grado de antipatía hacia los usuarios.

Asimismo, la adherencia parece establecerse mayoritariamente en relación con la mantención del tratamiento farmacológico más que por la continuidad de los procesos psicoterapéuticos. Las altas tasas de inasistencia generan problemas de oferta de servicios, y la existencia de un arsenal farmacológico priorizado para otras patologías como GES, no favorece las posibilidades de intervención o contención farmacológica en crisis.

Como se deduce de lo anterior nos enfrentamos con un desafío, en el cual es central crear nuevos dispositivos y formas de atención, ya que con las que contamos actualmente no estamos dando una respuesta satisfactoria en salud.

Hasta el momento el problema ha sido abordado fundamentalmente desde la dimensión "medica", vale decir, el énfasis está en el control médico individual y la prescripción de fármacos. Los datos de la literatura y los observados en nuestra experiencia clínica nos muestran la existencia de altas tasas de abandonos, mal uso de fármacos y constatación de que muchos síntomas cambian con el contexto ambiental.

2. ALCANCES DEL PROTOCOLO

Que sirva como material de apoyo, en lo que se refiere a información actualizada respecto al Trastorno límite de Personalidad y como guía para las derivaciones utilizando los criterios de gravedad con un lenguaje común.

Promover un cambio en la visión y abordaje del problema, desde lo médico-individual a lo grupal y psicosocial

3. OBJETIVO GENERALES

Proponer un protocolo de atención para pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad para su abordaje en la Red de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Seleccionar bibliografía o referencias actualizadas de la literatura mundial y la práctica clínica que ayuden a los Equipos de Salud Mental a mejorar la distinción diagnóstica y reconocer mejor la comorbilidad en el tratamiento de pacientes con Trastorno de personalidad.
- Indicar criterios para los distintos niveles de atención según momento y gravedad.
- Operacionalizar de forma sistemática en el tratamiento un abordaje psicosocial que comprenda una dimensión biológica, psicológica y social.
- Especificar pautas de tratamiento farmacológico.

- Justificar y promover el uso de dispositivos grupales como un elemento central en el tratamiento de pacientes con Trastorno de personalidad.
- Organizar criterios clínicos para identificación y manejo de pacientes con características narcisistas y antisociales de personalidad.

Actividades:

- Realización de reuniones sistemáticas con distintos profesionales representantes de la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).
- Recolección de los datos del Programa de Trastorno de Personalidad del CAE.
- Realización de encuesta para conocer las dificultades más frecuentes que tienen los Equipos de Salud Mental de la Red del SSM.Norte en el manejo con pacientes con Trastorno de personalidad.
- Revisión de Textos de autores reconocidos mundialmente por su colaboración en la comprensión de la patología borderline.
- Revisión de las investigaciones destacadas de Trastorno de Personalidad.
- Desarrollo de propuestas de manejo de casos según nivel de atención.
- Desarrollo de propuestas de manejo farmacológico.
- Desarrollo de propuestas de manejo psicosocial.
- Desarrollo de propuesta para manejo de suicidalidad

5. DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE 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 automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. Ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

6. ASPECTOS CLÍNICOS Y OBSERVACIONES QUE FACILITAN EL RECONOCIMIENTO DE UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Elementos clínicos de sospecha

Amenazas e intentos suicidas reiterados.

Conductas impulsivas que se dan en distintos ámbitos de la vida.

Sintomatología depresiva con predominio de rabia y heteroculpabilidad.

Violencia intrafamiliar.

Los problemas o síntomas por los cuales consultan pueden variar de una semana a otra.

Crisis de angustia con necesidad de recurrir a Servicio de Urgencia en forma reiterada.

Cuadros disociativos.

Psicosis breve con alucinaciones auditivas.

Sentimiento de vacío crónico, muchas veces descrito como “depresión de toda la vida”.

Antecedentes de la historia clínica

Relaciones interpersonales caóticas.

Dificultad para mantenerse en un trabajo.

Antecedente de abuso físico o sexual en la infancia.

Abandono o negligencia paterna/materna.

Rigidez en el estilo de afrontar los problemas que no se adapta a las necesidades del ambiente.

Relación con los profesionales e institución:

Petición directa de ayuda, muchas veces desesperada y con urgencia.

Frecuentemente quien lo recibe se siente exigido o molesto.

No cumple con las indicaciones que se le dan, no respeta horarios y se molesta fácilmente si no satisfacen sus peticiones.

Manifestaciones de intensa ira frente a la frustración.

Inicialmente puede establecer una relación idealizada con el profesional o la Institución y descalificar a tratantes anteriores.

La actitud cambiante, impredecible e impulsiva sin ser un paciente psicótico puede inducir una respuesta inadecuada del profesional. Dicha respuesta lo saca de su rol habitual, como retarlo, hacer juicio sobre su vida personal o tratarlo como un niño(a).

Un ejemplo de la complejidad del trastorno. Consideraciones sobre el intento suicida y las conductas autolesivas

Las conductas autolesivas son los síntomas más frecuentes que conducen a los pacientes límite a los especialistas.

- Entre el 5 % y 10 % de los pacientes límites se suicida.

- 75 % de los pacientes límites tienen conductas autolesivas.
 - o Cortarse 80 %,
 - o Quemarse 20 %,
 - o Golpearse la cabeza 15 %
 - o Morderse 7 %
- Aumenta a 90 % si se incluyen conductas autodestructivas (sexo sin protección, OH)
- Las conductas autolesivas se dan en pacientes con antecedentes de suicidio.”

Desde el punto de vista de la neurobiología se atribuye a la disfunción del sistema serotoninérgico central las conductas impulsivas. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son fármacos ampliamente utilizados en el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de personalidad. Por tal motivo han sido propuestos como medicamentos de primera línea para el control de la rabia, la ansiedad, la labilidad anímica, la agresividad impulsiva y las conductas de automutilación. La American Psychiatric Association, en su guía práctica para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, también adopta esta recomendación.

Para una mejor comprensión de la conducta suicida, es necesario recurrir a otras aproximaciones de conocimiento del individuo.

Algunos han llamado a estas conductas "la comunicación en acción", ya que en muchos casos la intención no es terminar con la vida. Las descripciones de los pacientes asociados a modelos psicológicos comprensivos nos permiten dar sentido a actos que muchas veces provocan un intenso rechazo o desaprobación.

En la práctica clínica y seguimiento de casos hemos observado que las conductas autolesivas tienen un destinatario, a esto nos referimos cuando decimos que "comunica", "desea decir algo a alguien". Por ejemplo, comunicar dolor psíquico, la necesidad de ser cuidado/, "castigar" a la persona con la cual se tiene el conflicto o mostrar que no se puede vivir sin un ser significativo, castigarse por sentimientos de culpa con otro significativo, etc.

Marsha Lineham, en su comprensión "biosocial" de esta patología plantea que la disregulación de las emociones es la disfunción central. Habiendo una disposición biológica se sobrepone un ambiente que no facilita la modulación de los afectos. Además de generar una vivencia de sí mismo inestable e ineficaz.

Esta disfunción se caracterizaría como:

- 1) Elevada reactividad/sensibilidad a los estímulos emocionales.
- 2) Intensa respuesta a los estímulos emocionales.
- 3) Lento retorno a la línea de base/calma.

Las conductas suicidas en la Terapia Dialéctico Conductual son vistas como intentos no adaptativos de resolución de problemas, resultantes de la incapacidad que tienen para tolerar el malestar emocional el suficiente tiempo como para conseguir soluciones más eficaces.

7. CONTROVERSIAS EN RELACION AL CONCEPTO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

El Ejemplo del Trastorno de la Personalidad Cluster B.

A pesar de la alta frecuencia del diagnóstico de trastorno de la personalidad en el ejercicio de la psiquiatría, como lo muestran muchos estudios internacionales, el efecto negativo sobre el individuo y su entorno, y el pronóstico especialmente negativo sobre la patología del eje I aún persisten.

Además existen controversias respecto a si constituyen o no problemas mentales. Para gran parte de los psiquiatras británicos las alteraciones de la personalidad serían variantes de la vida psíquica normal.

El DSM IV reúne a los trastornos de la personalidad en tres grupos según sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad, los sujetos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad, suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad, parecen ansiosos o temerosos. También señala que este sistema de agrupamiento sería útil para efectos de investigación y docencia, sin embargo tiene importantes limitaciones y no ha sido validado de forma consistente. Además, es frecuente que las personas presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

Dentro de los trastornos de la personalidad del grupo B, el trastorno borderline (límite) sirve como punto de referencia, y más aún, cuando se usa el término en el sentido amplio de un “espectro borderline” o como una organización de la personalidad, todos los trastornos del grupo B y los del grupo A pueden ser incluidos bajo la categoría general de condiciones borderline.

Algunas observaciones que hacen discutible el diagnóstico de trastorno límite de personalidad es la elevada comorbilidad con otros trastornos del Eje I, la posibilidad de identificar subgrupos dentro del trastorno límite de la personalidad y la heterogeneidad en la evolución del cuadro. Pero, la evidencias actuales que validan y hacen que el cuadro se mantenga como tal proviene de los siguientes avances:

Observaciones de una evolución clínica distinta de la de los trastornos psicóticos o depresivos

La observación de que pocos pacientes limítrofes derivan en trastornos psicóticos o afectivos

Estudios que tienden a establecer la hipótesis de una patogenia marcada por una baja heredabilidad (Torgersen y col), un ambiente familiar altamente conflictivo e impredecible (Gunderson y Zanarini, 1989) y un elevada frecuencia de abusos sexuales (Gunderson y Sabo,1993; Zanarini y cols., 1997).

Confirmación de que las modalidades y técnicas específicas para este trastorno poseen beneficios preferenciales.

Por lo tanto, aunque las fronteras aun no están claras el diagnóstico del trastorno límite se ha establecido como una configuración clínica específica que requiere de mayor precisión en relación a aspectos etiológicos, clínicos y gnoseológicos.

“Históricamente las manifestaciones observables de lo que hoy llamamos trastornos de personalidad se ha dado predominantemente en el campo de las relaciones humanas. Vaillant dice que un trastorno de personalidad podría no hacerse evidente en una isla desierta. Esto puede estar en relación con la proliferación de modelos, especialmente en el campo psicológico, que intentan explicar la conducta, sintomatología y estructura de estos trastornos con conceptos propios de una psicología relacional.

Por supuesto que muchas de estas teorizaciones entran frecuentemente en conflicto con explicaciones más solidarias con modelos biológicos de la mente. Durante un buen tiempo el conocimiento generado alrededor del concepto de Desórdenes de Personalidad ha descansado básicamente en el desarrollo de especulaciones teóricas basadas en observaciones, hechas en el curso y la intimidad de la práctica clínica y el tratamiento profundo de un número no tan amplio de pacientes. Sin embargo, en las últimas dos décadas el campo se ha transformado en un activo espacio de investigación empírica.

Como siempre, los diversos acercamientos teóricos y las múltiples disciplinas están contribuyendo a plantear perspectivas nuevas y desafiantes. Estos desarrollos están comenzando a forzar una nueva comprensión acerca de la naturaleza, origen y tratamiento de los desórdenes de personalidad. La investigación desafía las clasificaciones tradicionales y sugiere nuevas direcciones para un nuevo sistema gnoseológico” (Isla 2004).

8. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DEL CUADRO

Al menos tres cuartos de los pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad son mujeres (Gunderson y col, 1991), los pacientes varones con características de trastorno límite se diagnostican más como trastorno de la personalidad narcisista o antisocial. El diagnóstico del eje II que más se utiliza es el “trastorno límite” de la personalidad, con una prevalencia entre el 15 y el 25 % en poblaciones clínicas (Gunderson y Sanarini 1987). Su prevalencia en la población general probablemente oscila entre el 1.8 y el 4%.

Debido a que todos los estudios principales de seguimiento a largo plazo (McGlashan de 1986; Plakus y col., 1985; Stone y col., 1987; Werble, 1970) han considerado sujetos que habían tenido más bien experiencias terapéuticas extensas, el curso del Trastorno Borderline de Personalidad no tratado permanece de alguna manera como un misterio. De hecho, los estudios de seguimiento clave han sido realizados con pacientes que habían tenido tratamiento hospitalario de orientación analítica a largo plazo (uno a dos años) .

Estos estudios sugieren por lo habitual que el Trastorno Límite de Personalidad se evidencia en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana y mantiene un curso inestable durante la primera década de tratamiento, por lo que muchos clínicos se sienten desanimados por la falta de progreso del paciente. Sin embargo, luego de aproximadamente 5 o 6 años de tratamiento, los pacientes borderline suelen comenzar a mostrar una mejoría sustancial alcanzando el máximo en la segunda década luego de su primera hospitalización.

En una muestra de 251 pacientes borderline estudiados por Stone y col. (1987), alrededor de dos tercios se "recuperaron" o les fue razonablemente bien luego de una década o más, aunque muchos continuaron con tratamiento ambulatorio. En el estudio de Austen Riggs (Plakun y col.,1985), los pacientes borderline alcanzaron un promedio de 67 puntos en la Escala De Funcionamiento Global, lo que los ubico en un "buen" rango de funcionamiento, luego de un periodo de seguimiento de 15 años (comparado con el estudio de Stone). En el estudio de Montreal en el Jewish General Hospital (Paris y col. 1987), los pacientes borderline fueron también entrevistados en un promedio de 15 años luego de su hospitalización , y los investigadores encontraron que el 75% de los pacientes ya no reunía los criterios para Trastorno Limite de Personalidad como lo definió la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Borderline de Gunderson. En el estudio de seguimiento de 81 pacientes originariamente hospitalizados en Chestnut Lodge, de McGlashan (1986), la mayoría de los pacientes fue capaz de vivir en forma independiente y adaptarse satisfactoriamente al trabajo. Sin embargo, la muestra reveló una distribución bimodal cuando se evaluó el funcionamiento de las relaciones íntimas; mientras que un grupo consiguió mantener relaciones íntimas significativas a lo largo del tiempo, el otro grupo se adaptó a la vida evitando el contacto interpersonal cercano.

Todos estos estudios sugieren que los clínicos tienen razones para ser optimistas en el tratamiento de los pacientes límite. Todos los pacientes estudiados tuvieron mejores resultados que los pacientes Esquizofrénicos quienes fueron usados en grupos de comparación y eran muy similares a los pacientes con Trastornos Afectivos en la mayoría de las mediciones.

Este optimismo es suavizado, sin embargo, por el hallazgo de que entre el 3 y el 10% de los pacientes en estos estudios se suicidaron.

En la última década del siglo veinte, también comenzaron a emerger resultados alentadores de estudios de corto plazo. Mehlum y col.(1991) siguieron 29 pacientes con Trastorno Borderline de Personalidad en forma prospectiva por un promedio de 2,8 años. Cuando los pacientes fueron evaluados en el seguimiento, mostraron una mejoría moderada del Índice de Gravedad Global y la Escala de Evaluación Salud-Enfermedad. Además, el 56% de la muestra estaba empleado y el 38% se mantenía por si solo. Karterud y col.(1992) estudiaron 34 pacientes con Trastorno Límite de Personalidad por un promedio de 6 meses. Los pacientes mostraron una mejoría del Índice de Gravedad Global pero solo un cambio muy ligero en la Escala de Evaluación Salud- Enfermedad, luego de seis meses de tratamiento en Hospital de día.

Najavits y Gunderson (1995) siguieron prospectivamente a 37 mujeres con Trastorno Límite de Personalidad quienes estaban comenzando nuevos tratamientos psicoterapéuticos luego de su internación. Se utilizaron ocho medidas de evaluación en cuatro momentos: al comienzo, al año, a los dos años y a los tres años. Los resultados mostraron una mejoría significativa en varias áreas y sin deterioro significativo. La mayoría de los pacientes tuvo un curso de mejoría errática. Resultó de interés en este estudio acerca del curso clínico que leves síntomas obsesivos y fóbicos al comienzo parecieron ser los predictores de buena respuesta a los tres años. También, cada medida significativa de cambio se encontraba en la dirección de la mejoría. Aunque estos resultados son alentadores, es posible que aquellos que completaron el protocolo de investigación fueran una submuestra de pacientes con Trastorno de Personalidad Borderline más funcionales.

Aunque los pacientes Límites pueden parecer crónicos y difíciles en el corto plazo, hay razón para creer que con un tratamiento persistente se puede lograr una mejoría sustancial.

9. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para establecer un diagnóstico es necesario explorar el contexto en que se da el desajuste conductual (impulsividad o suicidabilidad), que es uno de los motivos más frecuentes de consulta.

Se debe explorar la causa de la consulta, circunstancias gatillantes, historia personal, antecedentes médicos, psiquiátricos y familiares, con información corroborada de un familiar. Además del examen mental.

Manifestaciones Conductuales que deben ser Diferenciadas

Es muy frecuente que eventos estresantes de la vida como separaciones conyugales, abandonos, crisis económicas o familiares, enfermedad o muerte de un ser significativo puedan provocar síntomas suicidas o cambios de la conducta caracterizados por impulsividad o manifestaciones de ira que requieren atención médica o psiquiátrica. Elementos de la historia personal y psiquiátrica pueden orientar a una patología de personalidad, como respuestas reiteradas frente al estrés, abandono de tratamientos, consumo de sustancias o un patrón crónico de inestabilidad en sus relaciones interpersonales. Muchas veces solo el seguimiento del caso otorga la respuesta.

Los arrebatos explosivos de violencia física, verbal, conductas suicidas y parasuicidas pueden manifestarse en personas con trastorno límite de personalidad y en personas con trastorno antisocial de la personalidad. El paciente antisocial habitualmente se recupera rápidamente luego de algún arrebato, incluso puede experimentar "alivio". En cambio, la respuesta del paciente limítrofe es más lenta, muchas veces debe tomar tranquilizantes o acudir a algún Servicio de Urgencia para calmarse.

La impulsividad y actos suicidas y parasuicidas en el paciente límite generalmente están en el contexto de una dificultad en la expresión de sus emociones, en cambio en el antisocial se dan como acciones manipulatorias y gananciales. Luego de una tentativa suicida en un paciente límite habitualmente se produce un mayor cuidado o acogida afectiva por parte de su familia. En el caso del antisocial la familia muchas veces siente temor al paciente y generalmente luego del intento el antisocial recupera alguna posición de poder en la relación, con beneficios que no solo involucra el aspecto emocional (responsabilidad legal, beneficios materiales, como donde vivir etc.).

En relación a la afectividad, el psicópata (antisocial grave) muestra una incapacidad de vinculación profunda. Sus vínculos son superficiales y de corta duración. En el caso del TPL la incapacidad de regulación emocional interferirá con sus relaciones y puede ser capaz de realizar conductas diversas, incluso bizarras para mantener el vínculo con el otro, de quien depende emocionalmente en múltiples ocasiones para llenar la sensación de vacío interno que constantemente lo acompaña. En el Trastorno antisocial de personalidad, la asociación con pares delictuales es frecuente y si bien hay puede variar de unos a otros a su propia conveniencia, se observa cierto grado de lealtad con las leyes que se establecen en las subculturas tanto carcelarias como del hampa. Pero, en el caso del psicópata, cualquier relación vincular es inexistente, a pesar de que puede fingir las emociones en forma manipulatoria mientras le convenga o desee lograr algún fin.

Pero, romperá con facilidad cualquier relación que haya establecido con total desprecio, incluso en el caso de relaciones con pares delictuales, no vacilará en acudir a la delación si eso le beneficia

Manifestaciones Neurológicas La epilepsia

La epilepsia del lóbulo temporal puede cursar con lucidez de conciencia y ser diagnosticada como trastorno límite de la personalidad por los cambios bruscos de humor, impulsividad, agresividad e intensa afectividad.

El deterioro intelectual aparece especialmente entre los epilépticos temporales. En la entrevista suele exteriorizarse por las incapacidades de distinguir lo esencial de lo accesorio, elaborar una visión de conjunto adecuada, formar juicios correctos y bien integrados, fijar las experiencias, etc. Las peculiaridades del síndrome psicórgánico se reflejan especialmente en el lenguaje, la perseveración y la dificultad de evocación. La perseveración se presenta también en los síndromes psicórgánicos producidos por otras enfermedades cerebrales y en los sujetos de edad avanzada. El déficit en la evocación de palabras se refiere al principio a las palabras de significación simbólica y abstracta.

Manifestaciones del Espectro Afectivo

El TLP se considera una de las fronteras más borrosas e imprecisas del trastorno bipolar. El solapamiento en la fenomenología labilidad emocional-impulsividad, se relaciona probablemente con un temperamento subyacente común, es decir, una disposición genéticamente determinada (Akiskal,1981; Gunderson y cols., 1999) Esto podría explicar que se usen eutimizantes en los pacientes límites.

Algunos elementos clínicos pueden ayudar con la distinción. En el trastorno límite de personalidad generalmente los cambios emocionales y la impulsividad, se dan en relación a una sensibilidad interpersonal. Los afectos tienden a movilizar al entorno o comunicar alguna necesidad emocional. (La necesidad de cuidado, de atención exclusiva).

El uso de inhibidores de la recaptura de serotonina en casos de bipolaridad puede empeorar la inestabilidad y favorecer episodios hipomaniacos o mixtos, por lo tanto al indicar un antidepresivo se debe monitorizar regularmente los síntomas anímicos.

Manifestaciones Cognitivo-Perceptuales

La ideación paranoide o la despersonalización suelen estar presentes en episodios de crisis en los pacientes con trastorno de personalidad, generalmente en situaciones en las cuales se han sentido perjudicados o tratados injustamente.

La presencia de estos síntomas puede alertarnos y pensar en una esquizofrenia. Es fundamental para establecer las diferencias conocer el contexto de la situación en la cual se dieron los síntomas. En el trastorno límite de personalidad es claro el desencadenante, que habitualmente es un estresor psicosocial (interpersonal). En la Esquizofrenia habitualmente hay poca reactividad frente al ambiente, además de una historia de quiebre vital con deterioro progresivo en todos los dominios del funcionamiento y generalmente una conducta de aislamiento social.

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

La pregunta sobre la frontera con el trastorno límite de personalidad suele formularse cuando un paciente deprimido, con conductas autolesivas y un alto grado de impulsividad, presenta también una biografía marcada por un trauma infantil significativo. En estos casos, el médico considera si la reacción observada a dicho trauma es suficiente para explicar los problemas emocionales y conductas en la edad adulta, o si aquél era representativo de problemas persistentes del desarrollo que terminaron conformando una personalidad alterada.

Los síntomas característicos que el clínico debe buscar activamente son los síntomas de experimentación del evento, la evitación y síntomas de hiperactivación (trastorno del sueño, irritabilidad, hipervigilancia, respuestas de sobresalto).

La relación entre estos dos diagnósticos es compleja (Gunderson y Sabo, 1993; Herman y cols., 1989).

Las experiencias de abuso predisponen a los niños a una amplia variedad de trastornos psiquiátricos graves, incluyendo el trastorno límite de personalidad.

La condición social necesaria para que se desarrolle un trastorno límite de personalidad es el distanciamiento de los padres. Este distanciamiento confiere a las experiencias de abuso durante la infancia un impacto mucho más traumático en el desarrollo del carácter que el que tienen sucesos similares en niños que cuentan con el apoyo de sus familias y pueden hablar sobre el suceso.

La visión psicodinámica moderna del TEPT ha sido ampliamente influida por el trabajo de Krystal (1968, 1984, 1988). A través de investigaciones extensas en sobrevivientes de la persecución nazi, Krystal ha conectado el deterioro en la expresión y tolerancia de los afectos al trauma psíquico. Notó una elevada prevalencia de enfermedades psicosomáticas tanto en sobrevivientes de campos de concentración como en veteranos de la guerra. Como la mayoría de los pacientes psicosomáticos, estos individuos también sufren de alexitimia: la incapacidad de identificar o verbalizar estados afectivos. Para Krystal, el trauma psíquico en la infancia determina una detención del desarrollo afectivo, mientras que en la adultez conduce a una regresión en el desarrollo afectivo. El resultado final en ambos casos es que los sobrevivientes del trauma no pueden utilizar los afectos como señales. Debido a que cualquier emoción poderosa es vista como una amenaza de que el trauma original retorne, estos pacientes somatizan afectos o se medican a través del abuso de drogas de prescripción. Krystal observó también que en los estados postraumáticos, estos individuos pueden sufrir alteraciones en la capacidad para desarrollar funciones de autocuidado y tranquilizarse a sí mismos. Ya no pueden relajarse y calmarse lo suficiente como para tener un sueño natural.

Herman Van der Kol postula el diagnóstico de trastorno por estrés Post traumático complejo. Se refiere a los casos en que la situación traumática se haya producido repetidamente en el tiempo de tal manera que la exposición prolongada al trauma condicionan el desarrollo de la personalidad del individuo.

La importancia de tener presente el diagnóstico de TEPT al evaluar cada caso radica en dos puntos uno, el modo de entender al paciente y su contexto y dos, el enfoque del tratamiento.

Cuando el factor traumático es lo que comanda el cuadro es fundamental, entre otras cosas el explicar (psicoeducación) al paciente el origen de su dolencia. Cuando el individuo muestra interés por abordar el tema del trauma lo aconsejable es manejar el caso en conjunto con psicólogo para evaluar la mejor modalidad de abordaje

Cuadro N° 2: Diagnóstico Diferencial

Patologías Médicas	Patologías Psiquiátricas
Epilepsia	Trastorno Adaptativo
Tumor cerebral (lóbulo frontal)	Trastorno Afectivo Bipolar
Enfermedades degenerativas	Psicosis
Trastornos endocrinos	Trastorno Antisocial de la Personalidad

10. INVESTIGACION EMPIRICA Y ETIOLOGIA

La etiología del trastorno límite de personalidad es probablemente multifactorial, pero un número importante de estudios avala la idea de que los malos tratos en la infancia desempeñan en muchos casos, un papel relevante (Zanarini MC 1997).

Las separaciones parentales de la primera infancia, ambientes familiares caóticos, la insensibilidad a los sentimientos y a las necesidades de los niños, los conflictos familiares y los acontecimientos traumáticos de diversa índole se han relacionado con la etiología del trastorno límite de personalidad. (Zanarini).

Un carácter determinado genéticamente también puede constituir un factor importante (Cloninger 1993) y ciertas predisposiciones caracteriales pueden aumentar la probabilidad de que se den determinadas circunstancias vitales desfavorables.

Jonhson J 1999 en un estudio prospectivo encontró que a los pacientes a los cuales se les había documentado maltrato infantil, se les diagnosticaba posteriormente cuatro veces más un trastorno de personalidad Cluster B. Estudios retrospectivos muestran que existiría una relación entre abuso sexual y trastorno límite de personalidad. Herman encontró que un 81% de los pacientes con personalidad límite, referían historia de trauma infantil y abuso sexual. Zanarini además de encontrar en 358 pacientes con trastorno límite de personalidad el antecedente de abuso sexual (92%) y abandono antes de los 18 años (91%), determinó que existiría una relación entre gravedad del abuso sexual y la gravedad de las manifestaciones patológicas de la vida adulta.

Es así como algunos han planteado que las manifestaciones de los pacientes limítrofes son secuela de exposiciones a situaciones de estrés crónico.

Se han diseñado estudios que investigan el efecto que ejerce sobre el desarrollo cerebral los acontecimientos traumáticos precoces.

Lee R et al. hicieron un estudio en el cual midieron niveles de CRF (factor liberador de corticotropina) en líquido céfalo raquídeo de pacientes con trastorno de personalidad cluster A, B y C . Además de realizar un cuestionario para trauma. Se encontraron mayores niveles de CRF en sujetos con trastorno de personalidad y alto puntaje en escala de trauma. Este hallazgo puede vincularse a los resultados de estudios que han señalado que los acontecimientos traumáticos en primera infancia conducen a una sensibilización persistente del Eje Hipotálamo-Hipófisis-suprarrenal (sistema neuroendocrino que controla la respuesta al estrés) . Las mujeres con antecedente de malos tratos durante la infancia y de Depresión Mayor mostraron una respuesta de ACTH seis veces mayor al estrés que los individuos del grupo control.

Sistema neuroendocrino
Estrés (dolor físico o psicológico)
Hipófisis
/

^Secreción CRF

/

^Secreción ACTH (hipófisis)

/

^Secreción glucocorticoides (glándulas suprarrenales)

El hipocampo parece ser vulnerable a los efectos del estrés debido en parte a la abundante presencia de receptores de glucocorticoides. Algunos estudios de imágenes han mostrado un menor volumen hipocampal en los pacientes adultos con trastorno límite de personalidad. El hipocampo se relaciona con el procesamiento y almacenamiento de información compleja, además es una estructura de convergencia de vía cerebrales.

Ruocco A. en un estudio de meta-análisis del 2005 refiere que los pacientes con trastorno límite de personalidad presentan alteraciones en ciertas funciones cognitivas como la atención, flexibilidad cognitiva, velocidad de procesamiento, planificación, aprendizaje y memoria. En pruebas de atención, se demoran más en responder en situación de conflictos (Posner MI.2002). Esto podría tener relación con la dificultad para aprender de la experiencia, cambiar estrategias de abordaje de conflictos y poca capacidad de anticipación. Lo que se reflejaría finalmente en alteraciones de socialización característico de estos pacientes. Otro elemento fundamental para la socialización es el reconocimiento e interpretación de las emociones de los otros. Se han utilizado la exposición a caras con diversas emociones (neutro, alegría, tristeza, miedo) y por estudio de imágenes se observa la respuesta que se produce a nivel de la amígdala (estructura cerebral relacionada al procesamiento y almacenamiento reacciones emocionales). Los pacientes con trastorno límite de personalidad evidencian una respuesta exagerada de la amígdala (hiperreactividad). Lo cual se ha vinculado a fenómenos como la hipervigilancia y disregulación emocional que muchas veces causa alteraciones en la conducta (síndrome suicida) y alteración en las relaciones interpersonales.

11. MODELOS EXPLICATIVOS

Modelo comprensivo de Apego y alteración de la función reflexiva

El apego es un enlace, basado biológicamente, entre el niño y el cuidador que tiene por propósito garantizar la seguridad y supervivencia del niño. En este modelo, el niño busca estar cerca de la cuidadora para lograr una respuesta tranquilizadora y de ayuda. Se desarrollaron modelos funcionales internos de relación y son almacenados como esquemas mentales basados en la integración de experiencias pasadas relacionadas con las expectativas del comportamiento de otros hacia el self.

Las estrategias de apego, que son ampliamente independientes de las influencias genéticas, son adoptadas en la infancia y se mantienen relativamente estables. Ainsworth y col (1978) estudiaron estas estrategias en el marco de un laboratorio conocido como la Situación Extrañas. Esta situación, que comprendía la separación del niño deambula de su cuidadora, tendía a producir una de cuatro estrategias conductuales:

Los infantes seguros simplemente buscaban proximidad con la cuidadora cuando ella retornaba y luego se sentían animados volvían a jugar. Seguro /Autónomo;

La conducta evitativa se observó en infantes que se presentaban menos ansiosos durante la separación y trataban con desaire a la cuidadora cuando ella retornaba. Estos infantes no mostraban preferencia por la madre o la cuidadora sobre un extraño. Inseguro /Rechazante

Los infantes mostraban mucha ansiedad frente a la separación y manifestaban enojo, tensión y apego cuando retornaba la cuidadora. Preocupado, ansioso-ambivalente o resistente.

No tenían ninguna estrategia coherente para tratar con la experiencia de separación . Irresuelto o Desorganizado

Todas estas categorías de apego están avaladas por la investigación empírica y también hay datos que indican que los modelos mentales de apego de los padres expectantes predicen subsecuentes patrones de apego entre el Infante y la madre y entre el Infante y el padre. La capacidad de la cuidadora para observar que le ocurre al Infante y su mundo interno parece influir en el desarrollo de un apego seguro en el niño. Un concepto clave en la teoría del apego es la mentalización, es decir, la capacidad de comprender que el pensamiento propio y el de los otros es de naturaleza representacional y que la propia conducta y la de los otros esta motivada por estados internos, tales como pensamientos y sentimientos (Fonagy1998). Los padres o cuidadores, quienes a su vez tienen la capacidad de metalizar, sintonizan con el estado mental subjetivo del Infante, y el Infante al final se encuentra a si mismo en la mente de la cuidadora e internaliza la representación de la cuidadora para formar un self nuclear o central psicológico. De esta manera, el apego seguro del niño a la cuidadora engendra la capacidad del niño para metalizar. En otras palabras, a través de la interacción con la cuidadora, el niño aprende que la conducta puede ser mejor comprendida asumiendo que las ideas y los sentimientos determinan las acciones de las personas.

Los pacientes con trastorno límite de personalidad tienden a clasificarse como irresueltos o preocupados. Como respuesta al abuso o abandono, los niños que crecen hasta desarrollar trastorno borderline de personalidad pueden, defensivamente, perturbar el proceso mental necesario para describir sus pensamientos y sentimientos y los de los otros. Esta "desactivación" de la mentalización impide que los niños desarrollen la función reflexiva con la cual podrían comprender estados internos .

Según Fonagy y su grupo de trabajo esta "desactivación" deriva de la forma en que algunos individuos afrontaron el mal trato. Al rechazar captar los pensamientos de sus figuras de apego, evitaron así tener que pensar sobre los deseos de sus cuidadores de hacerles daño (Fonagy et al., 1996). El continuar alterando defensivamente su capacidad para representarse estados mentales propios y de los otros les lleva a operar con impresiones esquemáticas e imprecisas sobre los pensamientos y los sentimientos lo cual los hace inmensamente vulnerables a las relaciones íntimas.

Modelo Comprensivo de la Terapia Dialéctica Conductual desarrollada por Marsha Linehan.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es una terapia específicamente pensada para pacientes con Trastorno de personalidad, está diseñada para individuos severamente disfuncionales, suicidas crónicos, y la orientación teórica de este tratamiento es una mezcla de tres posiciones: la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. Dentro de estas teorías tan distintas, la orientación conductual es contrarrestada por la aceptación del paciente extraída del Zen y la práctica contemplativa de Occidente, y la equilibración de esos dos polos se resuelve por lo que denominan el marco dialéctico, es decir, un tener en cuenta orientaciones que aparecen como contradictorias entre sí y la búsqueda de una síntesis entre ambas. Aunque los procedimientos y estrategias que usan están basados en la teoría conductual, los autores reconocen que superponen otras orientaciones muy diversas de terapia, como teorías psicodinámicas, centradas en el paciente, cognitivas, y las denominadas “estratégicas”.

Teoría biosocial la disregulación emocional: Para Linehan, la autora que ha desarrollado este enfoque terapéutico, el trastorno límite consiste principalmente en **una disfunción del sistema de regulación de la emoción**, y a partir de esto, lo cual considera el núcleo de la patología y no sólo lo más sintomático o manifiesto, se dan el resto de los síntomas conductuales típicos del cuadro.

Esta disfunción a la hora de regular las emociones tiene por un lado *causas biológicas* que tienen que ver con la vulnerabilidad inicial del sujeto, por la cual es muy sensible a los estímulos emocionales. Este déficit produce dificultades en la inhibición del estado de ánimo cuando se ha de organizar una conducta independientemente de aquél, déficit para incrementar o bajar la excitación fisiológica cuando se necesita, déficit para distraer la atención de estímulos que evocan emociones no deseadas, y para experimentar emociones sin poder inhibirlas inmediatamente, o bien produciendo una emoción secundaria negativa extrema.

Por otra parte, como el nombre “biosocial” indica, para Linehan no es suficiente que se dé en el sujeto esta vulnerabilidad inicial sino que, además, éste ha de estar expuesto a un “**entorno invalidante**”. Las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos. No se toman sus reacciones emocionales como válidas ante los

hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga. Estas familias tienden a valorar el control de la expresión emocional, transmiten que la solución de los problemas es más simple de lo que realmente corresponde, y no toleran la manifestación de afectos negativos. El resultado de todo esto es la exacerbación de la vulnerabilidad emocional del individuo, lo cual, a su vez, influye recíprocamente en el entorno invalidante. De ahí resulta la persona con TLP, que no sabe cómo etiquetar y cómo regular su excitación emocional, ni confía en sus respuestas emocionales para interpretar y juzgar los hechos. El sujeto desconfía de sus propios estados internos, lo que le lleva a una sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del self cohesionado. Estos tres factores, las relaciones con los demás, la capacidad para regular las propias emociones y el sentido del self estable y cohesionado, influyen recíprocamente entre sí y, por tanto quedan todos alterados. Por último, para Linehan las conductas autolesivas de los sujetos límite se interpretan como intentos de regular el afecto, y además tienen un importante papel comunicativo en tanto que provocan conductas de ayuda en un entorno que en sí no responde empáticamente hacia ellos.

Linehan describe los modelos conductuales de los pacientes como una serie de **dilemas dialécticos**. Un dilema dialéctico es una dimensión bipolar en la cual el terapeuta tiene la labor de encontrar una posición más equilibrada (síntesis) que supere las anteriores oposiciones (tesis y antítesis). Estos dilemas están representados por un lado por la dimensión “factores-biológicos”, y por otro por la dimensión “entorno-invalidante” (algo que tiene mucho que ver con las series complementarias freudianas). La autora propone tres dimensiones de conductas definidas por polos opuestos. En una primera dimensión, un paciente TLP puede oscilar entre invalidarse y culparse a sí mismo por su sufrimiento emocional, o bien culpar al resto del mundo por tratarlo injustamente. Así, la conducta suicida puede explicarse tanto como agresión a sí mismo como conducta de petición desesperada de ayuda. Una segunda dimensión consiste en uno de sus polos en la tendencia biológica a la “pasividad activa”, en la cual el paciente se acerca a los demás para que le den soluciones, y en el otro polo estaría la conducta del paciente que aparenta más competencia de la que realmente tiene, porque su entorno invalidante ha exigido de él en demasía. El propio terapeuta tiende, dependiendo de la posición en que se ubique el paciente, a subestimar o bien a sobreestimar sus capacidades. Como dijimos, el terapeuta trabaja en la dirección de buscar el equilibrio y la síntesis de los opuestos existentes en el sujeto.

Esta Teoría biosocial basada en el descontrol emocional se debería a :

Factores biológicos.

Un entorno invalidante.

La interacción entre ambos.

La comunicación de experiencia privada se topa con respuestas extremas inapropiadas, erráticas.

Para la TCD es fundamental la comprensión por parte de los clínicos de la filosofía del tratamiento y sus principios básicos ya que esto promueve una actitud, una posición terapéutica en la cual es esencial incluir elementos como:

La expresión de experiencias privadas no ha sido validada a menudo es castigada o trivializada, la invalidación le dice al individuo que está equivocado en su percepción y descripción de su experiencia.

Por lo tanto la noción relacional es fundamental. Considera que una de las disfunciones centrales en el trastorno de personalidad tiene que ver con la forma de comunicación de estados emocionales.

Modelo de Diagnóstico Estructural de Otto Kernberg:

Síntomas descriptivos de presunta evidencia.

Ansiedad crónica difusa, neurosis polisintomática, tendencias sexuales perverso polimorfos, descontrol de impulsos.

Entrevista estructural:

Integración identidad.
Mecanismos de defensa.
Prueba de realidad.

Síntomas descriptivos de presunta evidencia.

Ansiedad crónica difusa, neurosis polisintomática, tendencias sexuales perversa polimorfa, descontrol de impulsos.

El modelo de desarrollo de la personalidad de Kernberg está basado en las relaciones de objeto, para él el sujeto va internalizando relaciones sí mismo-objeto cargadas afectivamente con emociones negativas y positivas, en los primeros años de vida se internalizan relaciones de objeto parciales para después cuando el niño madura cognoscitivamente se internalicen relaciones totales, por ejemplo el bebé en un primer momento internaliza una sensación de sí mismo en placer máximo succionando el pezón (en esta etapa del desarrollo no es capaz de darse cuenta que él tiene otros aspectos que el de succionar y que el pezón está “adherido” a su madre, por eso es parcial) o un sí mismo con malestar extremo porque siente algo doloroso en su abdomen, que posteriormente la mamá le enseñará que es hambre y un pezón que no aparece, cuando el niño logra percibir relaciones totales la relación sí mismo-objeto podría ser él sintiéndose culpable por haber hecho sufrir a su mamá que él tanto quiere, todo esto con internalizaciones intermedias. Las miríadas de internalizaciones que se hacen durante el desarrollo se van estructurando en una “energía” negativa y otra positiva, que para Kernberg son las pulsiones (agresiva y libidinal), por lo tanto para él las pulsiones son estructuras de segundo orden.

En los pacientes limítrofes lo que anda mal es que la pulsión agresiva es “demasiado grande” (el que la agresión sea muy prominente se debe a un exceso de internalizaciones sí mismo-objeto negativas que se pueden deber a fallas en el sí-mismo y/o el objeto), entonces el yo primitivo lo maneja recurriendo a la escisión para “proteger” el aspecto libidinoso de la personalidad, para mantener lo “bueno” no contaminado de lo “malo”, pero con la consecuencia terriblemente invalidante de no permitir al yo del paciente funcionar en forma integrada, por lo tanto el paciente “percibe” la “realidad” teñida por aspectos o agresivos o libidinosos (o devaluación, ataque hacia el sí mismo o idealización) lo que no le permite sopesar adecuadamente las situaciones, en especial las situaciones interpersonales con cierto grado de intimidad (como lo son las relaciones terapeuta/médico-paciente).

Por las razones arriba expuestas los pacientes con organización limítrofe tienen un predominio de uso de mecanismos defensivos basados en la escisión, por esta razón presentan difusión de identidad (no

hay una visión integrada de aspectos centrales del sí mismo y de los objetos significativos), pero presentan una prueba de realidad intacta, salvo en situaciones emocionalmente intensas donde la pueden perder temporalmente.

12. COMORBILIDAD

Es sabido que los pacientes con desorden de la personalidad son más propensos a desarrollar otros trastornos mentales y que la coexistencia de ambos empeora el pronóstico. Los trastornos del eje I del DSM IV cursan con síntomas más graves y la respuesta terapéutica es menor en la medida que el trastorno de personalidad es más severo. Son frecuentes las asociaciones con abuso de alcohol y otras sustancias, conductas suicidas y parasuicidas, cuadros ansiosos, depresivos y trastornos de estrés postraumático.

Gunderson en la Guía Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad (2002) cita a los siguientes trabajos que permiten desarrollar estimaciones porcentuales de comorbilidad:

Trabajos de Fyer y cols, 1988; Gunderson y Sabo, 1993; Gundersons y cols, 1991, 1993, 1999; Stern y cols, 1993; Tyrer y cols, 1997; Zanarini y cols., 1998a, 1998b.

Distimia: 70%
Depresión: 50%
Trastorno por abuso de sustancias: 35%
Trastorno por estrés post traumático: 30%
Trastorno de la conducta alimentaria: 25%
Trastorno narcisista de la personalidad: 25%
Trastorno antisocial de la personalidad: 25%
Solo alcohol: 25%
Bulimia: 20%
Trastorno bipolar II: 10%
Trastorno bipolar I: 5%
Anorexia: 5%
Obesidad: 5%
Somatización: 5%

Dos Comorbilidades Frecuentes

Depresión y Trastorno Límite de Personalidad

Diferentes estudios han establecido que la cualidad de la experiencia depresiva de los pacientes límites es singular y bastante distinta de pacientes deprimidos sin trastorno de personalidad (Rogers y cols., 1995; Western y cols., 1992). Estos estudios han puesto de manifiesto la sensación de vacío, la culpa primitiva y las actitudes negativas y devaluadoras consigo mismo de los pacientes limítrofes ante la depresión. Algunos estudios sugieren que el diagnóstico de trastorno de personalidad establecido durante episodios depresivos son un reflejo válido de la patología de personalidad más que un artefacto del ánimo

depresivo. (Morey, L. y cols. 2010) En ese trabajo se encontró que solo un 8% de los pacientes deprimidos sin trastorno de personalidad se mantenían depresivos en un seguimiento a 6 años, por comparación a un 29% de los que presentaban también un trastorno de personalidad, quienes mantenían la depresión.

Trastorno por dependencia a Alcohol y/o Drogas.

Un paciente que presenta consumo de alcohol y/o drogas, puede desenvolverse de manera similar a un sujeto que presenta un trastorno de personalidad, e incluso puede tratarse de un paciente que presenta ambas patologías. Las conductas antisociales son usuales en pacientes dependientes, además de ser en general negadas por el paciente mismo. De la misma manera, comportamientos de descontrol, síntomas ansioso/depresivos y suicidalidad aparecen también de manera frecuente en estos casos, ya sea en abstinencia o en estado de intoxicación.

El diagnóstico diferencial es de suma relevancia, ya que cierto número de pacientes en consumo activo no declaran este hecho espontáneamente, puesto que no lo considera un problema. El consumo de alcohol y/o drogas es declarado espontáneamente cuando este se hace evidente, cuando las consecuencias sociales, laborales, económicas y familiares desbordan al sujeto; no así en los momentos en que el paciente puede sostener, aunque de manera precaria, su rutina y normalidad pese al consumo abusivo.

Se sugiere indagar de manera directa la presencia de consumo de alcohol/drogas. El paciente que presenta problemas de consumo de alcohol y/o drogas, en general se trata de alguien que mantiene un patrón de consumo activo, el cual puede no ser un consumo diario, pero revela inversión de tiempo, dinero y vínculos, asociados al abuso de alcohol/drogas. El paciente que presenta problemas de consumo, en general, presenta las conductas de descontrol de impulsos, suicidalidad, ánimo depresivo, actividad antisocial, etc. en relación a la presencia o ausencia de la sustancia que se consume. Es usual, por ejemplo, que un paciente hurte solo para consumir, o para disimular su consumo. La suicidalidad puede aparecer en sujetos cuyo patrón de consumo les desborda emocionalmente. Conductas de riesgo aparecen con frecuencia bajo efectos de la sustancia, o en el periodo en que desean ingerir ésta misma.

Se considera necesario, para realizar un diagnóstico diferencial, que el paciente se encuentre en abstinencia total, ya que el alcohol y/o drogas, tal como se ha mencionado, alteran la lucidez, el autocontrol, las manifestaciones conductuales y la afectividad. Si un paciente desea suspender su consumo y no puede detenerlo de manera ambulatoria, se determina que requiere de una hospitalización ya que ésta le brindará el espacio contenido para la desintoxicación y estabilización de su cuadro. Sin embargo, si se trata de un paciente que cursa un episodio agudo, ya sea de suicidalidad, descontrol de impulsos, psicosis, o riesgo médico, la hospitalización adquiere el carácter de urgente, ya que el consumo activo conlleva una situación de riesgo vital. En ese caso, se prioriza la compensación del paciente, ya sea por vía psiquiátrica o médica. La desintoxicación, en ese sentido, será concomitante a la hospitalización por la vía de urgencias.

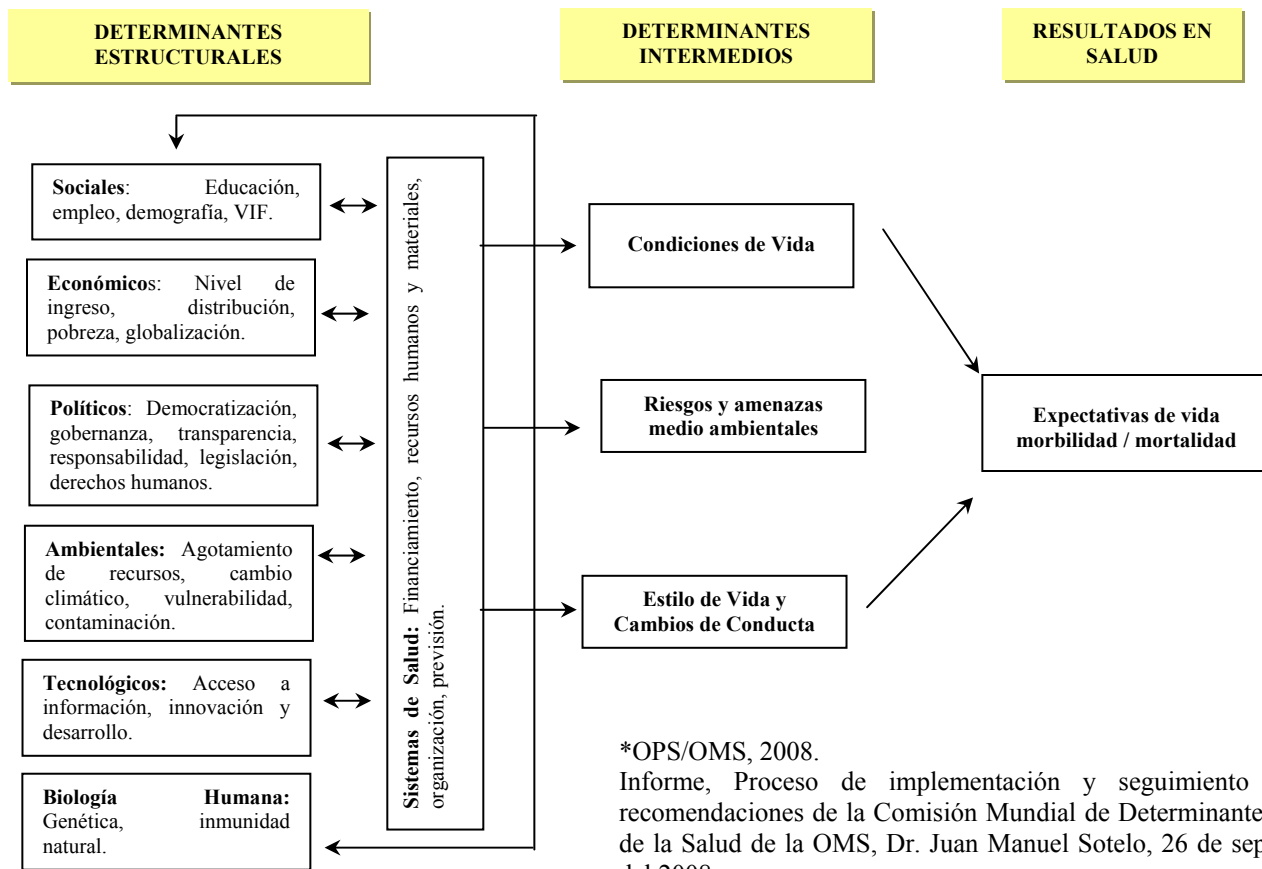
13. LO SOCIAL

En este capítulo presentamos un aspecto central para el abordaje de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que se atienden en la red de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

La dimensión de “lo social”, abre otro nivel de complejidad. Implica entender y dialogar con la historia y contexto de cada individuo. Desafía al Equipo de Salud a involucrarse con aspectos muchas veces ajenos a la práctica clínica habitual.

Desde el punto de vista teórico y práctico, lo social para la OPS / OMS (2008) se considera como un determinante estructural y se vincula con otros factores que afectan las condiciones de vida de las personas. En lo social es posible identificar, riesgos o amenazas del medio ambiente y estilos de vida, conductas de las personas, familias y las comunidades tienen consecuencias en las expectativas de vida de las personas, es decir, morbilidad o mortalidad de la población.

Lo Social para OPS / OMS, se compone de subdimensiones como: características demográficas, nivel educacional, el empleo y otros problemas asociados a estos, como la violencia. (Ver cuadro N° 3)



Variable social en la creación de un plan de tratamiento. Preguntas necesarias:

Las siguientes interrogantes pueden orientar al clínico en su valoración e intervención posterior

- ¿De qué manera están incidiendo las necesidades básicas (alimentación, vivienda, trabajo, educación) en la presencia del cuadro sintomático actual?
- ¿Cómo podría influir la respuesta del ambiente en la compensación de la crisis?
- ¿Cuáles son los recursos sociales que debemos utilizar a la hora de intervenir?

Para intentar responder estas interrogantes utilizaremos un caso

Juana, 38 años, diagnosticada con un trastorno de la personalidad, en su relaciones cotidianas se desempeña como jefa de hogar a cargo de 2 niños de 5 y 8 años, cuenta con un empleo por más de 2 años como operaria de fábrica de jabones, luego de estar más de un año cesante. "El empleo" se plantea como un factor protector frente a sus antiguas conductas de autoagresión.

Si Juana perdiera su empleo, por una política de empresa para hacer frente a la crisis mundial, ésta decide resolver la emergencia endeudándose, pero no logra reinsertarse laboralmente por un tiempo prolongado. La respuesta al estrés comienza a ser poco eficiente y aparecen síntomas como insomnio, desánimo, irritación, descontrol y agresión a sus hijos. Posteriormente, aparición de ideas suicidas y planificación parricida. Esta situación la lleva a consultar al médico de atención primaria por problemas de ánimo, insomnio, ingesta excesiva de alimentos y en posterior consulta con psicólogo señala presentar ideas suicidas y parricidas.

Lo que se busca en este ejemplo es puntualizar como la dimensión "empleo" puede afectar la respuesta de una persona al estrés. Transformándose en factor de protección o factor de riesgo para la aparición de síntomas.

Variable social en la creación de un plan de intervención: Intervenciones Sociales.

A continuación se enuncian algunos aspectos generales a considerar para el abordaje de un plan de tratamiento social¹

1. Tener siempre presente que el acceso del paciente a dispositivos psicosociales en forma oportuna y eficiente podría tener un fuerte impacto en el curso de la enfermedad.
2. La descripción diagnóstica social, debe contener a lo menos las siguientes áreas de información: individual, familiar y comunitario, el alcance de los datos se relacionan con:

¹ La Dimensión Social podrá ser revisada en el documento: Intervención Social en Paciente Psiquiatría, Servicio Social CAE.

- a. Los objetivos de la intervención integral y el contexto del trabajo en equipo.
- b. La identificación de factores protectores y de riesgos (personales, familiares y ambientales).
- c. La identificación de nuevos aspectos no considerados en la intervención integral.
- d. Aproximación de la relación dinámica de determinantes sociales y características personales y familiares.
- e. Reconocimiento de motivaciones de los usuarios en el sistema.

Para completar la descripción diagnóstica y proceder a implementar un plan de intervención social, el trabajador social hará uso de los siguientes recursos: consultas sociales, entrevistas sociales individuales, familiares, visitas domiciliarias, coordinación con la red social y comunitaria en que se encuentre inserto el usuario.

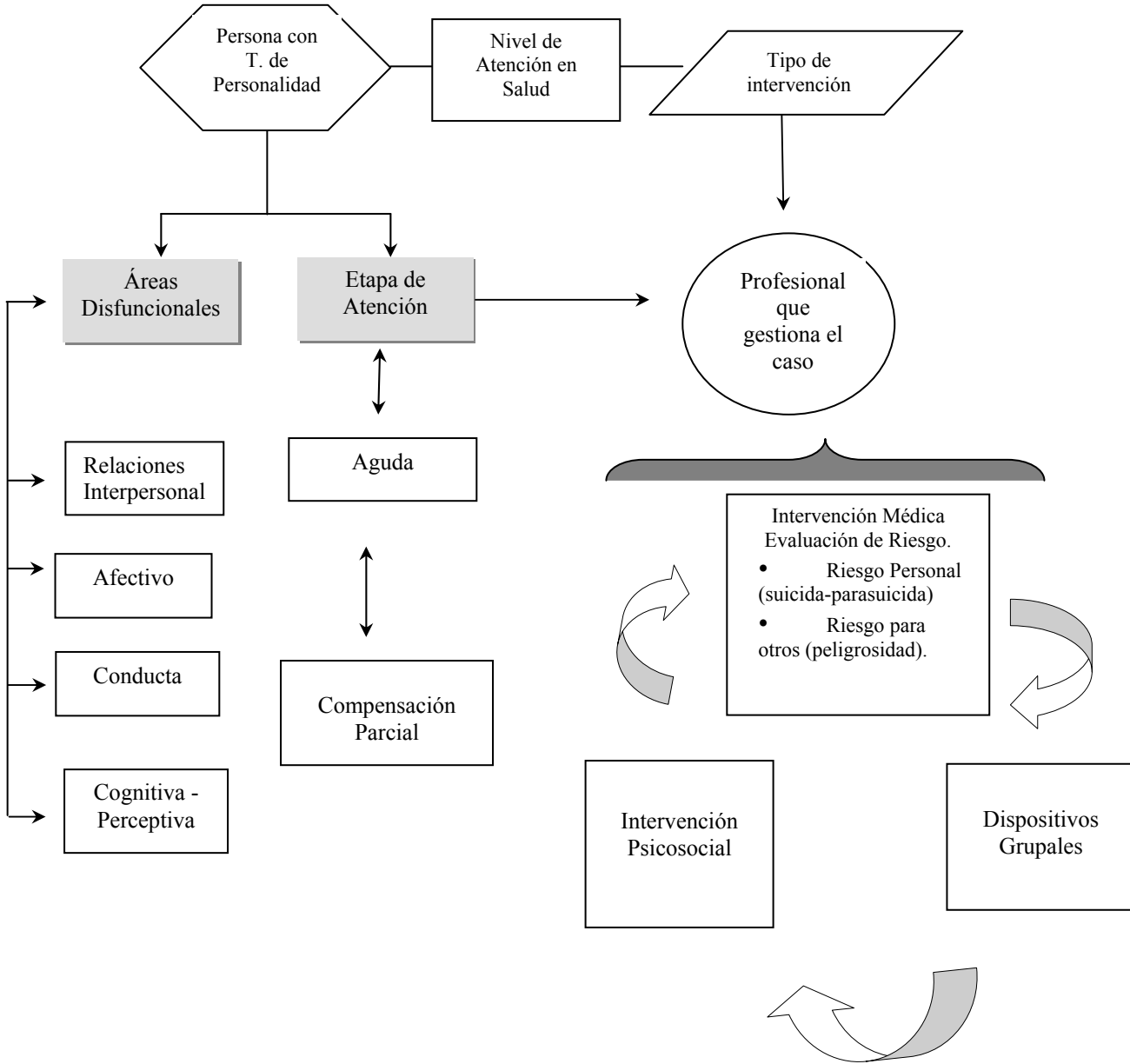
3. Generar redes de apoyo (familiar, terapéutico o comunitario es otra de las estrategias de intervención en usuarios en crisis.
4. El abordaje de la Etapa Aguda muchas veces requiere de la búsqueda de recursos más allá de la red de salud mental, sino que requiere del intersector como vivienda, justicia, educación, etc. El trabajador social, al facilitar el acceso a redes (taller de apego, taller de psicoeducación, jardín infantil, escuela, tribunal de familia, reinserción laboral).
5. El acceso a redes no sólo cumple una labor asistencial durante la Etapa Aguda o Compensación, sino que puede tener efectos en los procesos sociales tales como:
 - a. Creación de lazos de asociación e interdependencia más saludables.
 - b. Favorecer la autonomía.
 - c. Prevención de la transmisión transgeneracional de conductas violentas (auto-hetero agresión) como forma de relacionarse.
6. Las acciones asistenciales siempre deben tener un contenido promocional y preventivo, de modo facilitar el reconocimiento de recursos de las personas para hacerse cargo de sus propios problemas. Esto se consigue mediante la exploración de habilidades del usuario, facilitar el reconocimiento de recursos disponibles en su ambiente y mostrar nuevas formas de abordaje de los problemas.
7. El seguimiento de casos es una estrategia fundamental que permite el mantenimiento de conductas adaptativas y socialmente aceptables. Especialmente cuando se relacionan con menores en riesgo.
8. Facilitar la derivación asistida a otro profesional, distinto al equipo tratante contribuye a mantener el objetivo o los objetivos del plan de intervención integral, en el tiempo y que se puedan evaluar los resultados de la intervención.

9. La rapidez y la efectividad de las actividades programadas por un equipo en el tiempo no solo reduce las probabilidades de que se presenten nuevas conductas de autoagresión y agresión a terceros, sino que también facilita la ampliación de un nuevo repertorio de experiencia que se expresan en el aprendizaje de una forma de relacionarse.
10. La psicoeducación familiar, debe ser considerada como un recurso de gran impacto para el paciente y su entorno, especialmente en momentos de crisis. Revisar Anexo del Material de Apoyo a la Familia.
11. Las intervenciones deben estar orientadas a buscar un punto medio entre la aceptación del paciente y la necesidad de efectuar cambios en la conducta que motivan la solicitud de atención.

Considerando lo expuesto, señalamos de vital importancia contar con información actualizada respecto a los recursos sociales disponibles. Así como también de las estrategias internas orientadas a identificar dispositivos que favorezcan los planes de intervención integral.

Por último señalamos en este capítulo, que una de las tareas que se desprende de la guía clínica es la creación de catastros en las siguientes áreas: salud, educación, capacitación, trabajo, justicia, ONGs, Fundaciones, etc. Entendiendo que las redes son dinámicas y según sus objetivos varían su composición y su alcance, este documento sugiere que la información sea de conocimiento público, recopilada localmente (comunalmente) y posteriormente sea derivada a instancias de Red, para su difusión según pertinencia. En el caso de la Red de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Norte se sugiere que sean sistematizadas en la Unidad de Gestión en Red Local (UGRL). Desde donde los productos sean difundidos en las redes específicas: Red de Salud, infancia, justicia, trabajo, educación, entre otras.

14. FLUJO DE MANEJO DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE T. DE PERSONALIDAD



15. DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE CASOS

Áreas de Disfuncionales:

Dice relación con la forma en que se presenta la conducta de una persona con un diagnóstico de T. de Personalidad y que presenta dificultades en una o varias de las áreas señaladas.

Área Disfuncional	Descripción
Relaciones Interpersonales (Psicosociales)	<p>Disfunción expresada en la relación con los otros, pareja, familia y/o comunidad, y que se encuentra socialmente sancionada por la sociedad.</p> <p>Por ejemplo, hostilidad en la relación de pareja expresada en discusiones frecuentes, conducta amenazante, dificultad para mantenerse en un trabajo, acatando normas, anticiparse a conflictos, etc.</p>
Afectivo	<p>Representación de la conducta asociadas a desregulación afectiva, síntomas ansiosos, disociativos y depresivos. En su expresión más leve asociada a crisis vital y/o crisis normativa, ejemplo término de un relación de pareja, fallecimiento de un hijo.</p>
Conducta	<p>Forma de presentación de la conducta que se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad: autoagresión, heteroagresión, conductas adictivas. - Suicidabilidad: Expresada en ideación suicida, intento suicida, conducta parasuicida, ideación parricida, conducta parricida. - Abuso de drogas. - Trastornos de la conducta alimentaria. - Promiscuidad. - Conducta antisocial: relacionada con conductas o situaciones penadas por la ley y que los casos requieran precisar diagnóstico y/o definir plan de intervención. <p>El equipo de salud que tome conocimiento del caso, debe realizar las medidas necesarias de protección, en especial cuando se trata de menores en riesgo.</p> <p>Cada una de estas las manifestaciones del dominio de la conducta se relaciona con problemas psicosociales que deben ser abordados integralmente o bien priorizar según grupos de conductas presentadas, considerando el recurso humano disponible y competencia técnica del nivel de atención.</p>
Cognitiva-perceptiva	<p>Alteraciones en la percepción y/o interpretación de la realidad, ejemplo ideación paranoide, despersonalización, desrealización, episodios psicóticos.</p>

Definiciones necesarias a considerar:

T. De Personalidad Leve. Cumple criterio para Trastorno de la Personalidad. Presenta impulsividad Leve, que no pone en riesgo a terceros ni a sí mismo. No presenta comportamiento autolesivo ni riesgo suicida, sin síntomas psicóticos.

T. De Personalidad Moderado Cumple criterio para Trastorno de la Personalidad. Presenta impulsividad ocasional Moderada, que no pone a riesgo a terceros y muy infrecuentemente a sí mismo. No presenta comportamiento autolesivo ni riesgo suicida y síntomas psicóticos. Comorbilidad Depresión Mayor, Trastorno de Pánico, Dependencia alcohol y drogas.

T. De Personalidad Grave Cumple criterio para Trastorno de la Personalidad. Presenta impulsividad severa, con a riesgo a terceros y a sí mismo. Presenta frecuente comportamiento autolesivos, riesgo suicida y síntomas psicóticos y disociativos. Comorbilidad: Depresión Mayor resistente, Trastorno de Pánico resistente a tratamiento, Dependencia alcohol y drogas, Trastorno por Estrés Postraumático, Enfermedad Afectiva Bipolar, polifarmacia por enfermedad médica.

Revisar, adjunto Protocolo Trastorno de la Personalidad. Limítrofe, 2010.

16. TIPOS DE INTERVENCIÓN.

Etapa Aguda:

Se entenderá como Etapa Aguda, a la sintomatología asociada a crisis normativa o vital, requiere de intervención breve con énfasis en lo psicosocial la tarea del equipo será explorar, evaluar y/o orientar motivo de consulta, según área de disfunción, tiempo definido para la intervención es de 6 semanas en el nivel primario. Con sintomatología psicótica, suicida de riesgo y/o riesgos a terceros derivar al Servicio de Urgencia del IPS.

El usuario consulta por sintomatología asociada a crisis normativa o vital, se requiere de intervención breve con énfasis en lo psicosocial con el objeto de explorar, evaluar y/o orientar motivo de consulta, el tiempo definido para la intervención integral es de 6 semanas.

Etapa Aguda en APS. (Atención Primaria de Salud):

Si la estimación de riesgo es leve en una de las tres áreas a evaluar (relaciones interpersonales (Psicosociales), afectiva y conducta), se debe seguir su tratamiento en Atención Primaria de Salud, considerando las siguientes sugerencias:

1. Evaluación de salud mental realizado por médico general, médico familiar.
2. Derivación para intervención social y/o psicológica según pertinencia y recursos disponibles.
Intervención Social: Considera a lo menos los siguientes aspectos: evaluación del contexto en la crisis; factores de riesgo y protección: individual, familiar y comunitario; enlace asistencial; seguimiento, según lo observado.
Intervención Psicológica: psicoeducación individual y/o familiar, contención emocional, seguimiento, según lo observado.
3. Se sugiere concentración de atención de una consulta para orientación y 2 para intervención y seguimiento, ya sea para psicólogo o asistente social, rendimiento 2 por hora.
4. Se recomienda en esta etapa, que el tratamiento farmacológico se acompañe de psicoeducación, y que no dure más de 6 semanas.
5. Si al término de 6 semanas de intervención persisten los síntomas, reevaluar objetivos de tratamiento y verificar un motivo de consulta posible de abordar en este nivel de atención.
6. Si desde la evaluación por áreas disfuncionales se detecta:
 - a. Consumo de alcohol y drogas, seguir las orientaciones en el manejo de pacientes en alcohol y drogas, una vez detenido el consumo determinar si el o la paciente ingresa a la segunda etapa “En Tratamiento en Trastornos de Personalidad”.

- b. VIF: Seguir la orientaciones por VIF en Atención Primaria y evaluar a la semana 6 si el o la paciente acceden a la etapa “En Tratamiento en Trastornos de Personalidad.
- c. Respecto a sintomatología asociada a depresión, no realizar el diagnóstico precozmente sino realizarlo terminada la atención en etapa aguda APS. (Ojo punto de polémica ya que los establecimientos ingresan el caso a fin de recibir el pago de prestaciones pacientes GES, no obstante desde el punto de vista técnico la calificación de depresión debe realizarse considerando los criterios de T. depresivos según el CIE 10, Guía clínica 2009 Tratamiento de Personas con Depresión.

Etapa Aguda en COSAM, CAE y Servicio de Urgencia

1) Evaluación de riesgo respecto al suicidio:

Intención suicida: Planificación.

Método Utilizado: arma de fuego, ahorcamiento. Más de uno.

Seguidilla de intentos: En un período breve de tiempo.

Ideación suicida post intento y decepción de la sobrevivencia

2) Contexto (psicosocial):

Sexo masculino

Mayor de 45 años

Comorbilidad psiquiátrica

Abuso de sustancias

Falta de redes de apoyo

Violencia

Pérdida reciente de figura clave

Salud deteriorada

3) Patologías asociadas (Eje I) :

Episodio Psicótico.

Episodio Depresivo Mayor.

Dependencia o Abuso OH-Drogas.

Trastorno de Pánico.

Trastorno Disociativo.

Intervención en Etapa Aguda: Evaluación de la severidad de la suicidalidad.

El siguiente esquema puede orientar al clínico a la derivación correspondiente.

SEVERIDAD DE LA SUICIDALIDAD SIN COMORBILIDAD	
Inexistente	Sin ideación ni intención identificable.
Leve	Ideación de baja intensidad, frecuencia y duración, sin planes ni intención, síntomas leves, buen autocontrol, pocos factores de riesgo, factores protectores identificables.
Moderada	Ideación frecuente, de intensidad y duración limitada, algunos planes específicos, sin intención, buen autocontrol, sintomatología limitada, algunos factores de riesgo, factores protectores identificables.
Severa	Ideación suicida frecuente, intensa y persistente. Planes específicos, sin intención subjetiva, pero hay marcadores objetivos, método disponible/accesible, algunas conductas preparatorias, autocontrol disminuido, sintomatología severa, factores de riesgo presentes, pocos o nulos factores protectores.
Extrema	Ideación frecuente, intensa, persistente, planes específicos, intención definida, autocontrol deteriorado, sintomatología severa, muchos factores de riesgo, sin factores protectores.

Nivel en que se debe realizar la atención según evaluación del riesgo suicida.

Consultorio: Suicidabilidad Leve

COSAM: Suicidabilidad Moderada

CAE: Suicidabilidad Severa

Urgencia: Suicidabilidad Extrema, episodio psicótico sin respuesta a tratamiento ambulatorio, impulsividad con alto riesgo de hétero o autoagresión.

Intervención en Etapa Aguda: Evaluación del riesgo de conductas autolesivas.

Conducta autolesivas: entendidas estas como cortarse, golpearse, quemarse sin fin suicida.

1) Evaluación:

Diagnóstico (comorbilidad, severidad de la impulsividad).

Desencadenantes, redes de apoyo.

2) Identificar intención del acto autolesivo.

Estimar riesgo suicida (ver esquema anterior)

Posibilidades de tratamiento ambulatorio: paciente conocida, vínculo terapéutico

Intervención en Etapa Aguda: Abordaje Psicoeducativo en Conductas Autolesivas en todos los niveles.

Considerando que las conductas autolesivas son altamente frecuentes en estos pacientes en cualquier nivel de atención, es importante explicar a los pacientes:

Las conductas autolesivas se repiten frente al estrés (frente a la pérdida inminente de apoyo).

Las conductas autolesivas están reflejando una dificultad para lidiar con las emociones como la angustia, la rabia.

Que parte importante de su mejoría va a depender del compromiso que establezca con el deseo de aprender.

En un contexto psicoterapéutico es recomendable dar significado a las ideas, impulsos o conductas del paciente como actos comunicacionales con destinatario e intenciones Ej : respuestas a no recibir el cuidado suficiente, lesiones como vehículo para satisfacer necesidades emocionales.

Conductas que no han sido eficaces para conseguir vivir mejor, abriendo posibilidades de pensar otras alternativas.

Etapa de Compensación Parcial:

Etapa definida como una alteración del modo del ser, sin sintomatología aguda, con conciencia parcial del problema y que el paciente con equipo tratante deciden tratamiento.

Etapa de Compensación Parcial en Centros de Salud (APS):

Conductas de bajo riesgo

Comorbilidad Dependencia OH-D

Comorbilidad Depresión Leve

Pacientes con tratamiento exitoso en CAE o COSAM, sin riesgo suicida que requieran mantener un tratamiento farmacológico sencillo (sertralina, fluoxetina, diazepam, clorpromazina)

Etapa de Compensación Parcial en COSAM:

Conductas de moderado a alto riesgo

Fracaso tratamiento en Centros de Salud

Comorbilidad Depresión Moderada y Severa

Comorbilidad Trastorno Ansiedad

Comorbilidad OH-D

Antecedente hospitalización en el Instituto con mal resultado terapéutico

Fracaso tratamiento en CAE, acordando plan en conjunto con objetivos claros

Conductas bajo riesgo y alta ganancia secundaria.

Etapa de Compensación Parcial en el CAE:

Conductas recurrentes de alto riesgo.

Conductas alto riesgo comorbilidad TAB.

Conductas alto riesgo Comorbilidad Deterioro orgánico cerebral.

Conductas alto riesgo Comorbilidad TEPT.

Comorbilidad Médica, polifarmacia.

Comorbilidad Trastorno de la Conducta alimentaria.

Paciente alto riesgo con antecedente de Hospitalización en el Instituto con buen resultado terapéutico.

Fracaso tratamiento en COSAM con plan acordando objetivos.

Derivaciones.

Considerando que la atención es en red de salud y que las necesidades de los pacientes cambian en los distintos momentos de su evaluación y evolución se recomienda lo siguiente especificando:

- **Desde APS hacia COSAM:** Describir intervenciones realizadas y nombre del responsable.
- **Desde APS hacia Urgencia:** Describir motivo de la derivación. Tiempo de tratamiento.
- **Desde COSAM hacia Urgencia:** Describir motivo de la derivación y tiempo de tratamiento.
- **Desde COSAM hacia CAE:** Describir motivo de la derivación, tratamiento realizado, fármacos y efectos colaterales, tiempo de uso, dificultades que se presentaron en el abordaje del caso.
- **Desde CAE hacia COSAM:** Derivación acordada personalmente con objetivos claros, luego de fracaso de tratamiento y/o pacientes con menor riesgo que requiere continuar tratamiento
- **Desde CAE hacia APS:** Paciente compensado que requiere mantener tratamiento farmacológico de baja complejidad.
- **Desde Urgencia hacia APS:** Responder estimación de riesgos, diagnóstico y sugerir esquema terapéutico posible en APS
- **Desde Urgencia hacia COSAM:** Responder estimación de riesgos y diagnóstico y sugerencia terapéutica.
- **Desde Urgencia hacia CAE:** Estimación de riesgos, planteamientos diagnósticos y terapéuticos

17. TIPO DE TRATAMIENTO

Terapia Grupal.

La terapia Grupal ha sido pensada como el dispositivo fundamental de abordaje de los casos de Trastorno Límitrofe de Personalidad en Etapa en Compensación Parcial. La idea es generar un cambio de enfoque que sea extensivo a toda la Red de Atención del SSM.Norte y que tenga un impacto en la Salud Mental de los pacientes.

Esta idea se origina al observar que:

Uno de los problemas que se genera a raíz del alto recambio de profesionales en nuestras Instituciones son la evocación de respuestas intensas frente al abandono y por ende una vuelta atrás del tratamiento en este tipo de pacientes, que generalmente han tenido experiencias de abandono y negligencia por parte de sus cuidadores infantiles.

Otro problema habitual es la “cronificación del paciente”. Este puede ubicarse en forma inconsciente, pero facilitado por la ganancia secundaria que genera el hecho de recibir tratamiento médico, en una posición de “comodidad” en su condición, pese a sentirse mal. Esto dificulta el avance del tratamiento, el retiro de fármacos y el alta.

Frente a estas reconocibles situaciones que podrían ser pensadas como un efecto iatrogénico de un tratamiento puramente farmacológico, surge el abordaje Grupal.

Los dispositivos Grupales cumplen una función de apoyo, las personas que participan van generando un sentido de pertenencia que otorga continuidad, pese a los cambios de psiquiatra. Además, tiene la finalidad de otorgar información respecto a la patología y sus manifestaciones de manera tal que los participantes logren implicarse en su mejoría.

Las Terapias de Grupo han sido herramientas que se han usado desde hace más de 30 años en el Instituto psiquiátrico de forma irregular y que actualmente están siendo promovidas en el Proyecto de Reforma de Salud Mental.

En el CAE del Instituto Psiquiátrico en el 1997 se realiza por primera vez una experiencia grupal denominada ICE (apartado) pensada para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, que funciona hasta el año 2005.

El año 2003 se crea un nuevo dispositivo grupal que se denominó Psicoeducativo (apartado), a partir de éste, se evidencian los beneficios que este tipo de abordaje generan. Esto se tradujo el 2006 en capacitaciones a psicólogos del CAE y Red del SSM.Norte y además fue integrado como parte formativa de los becados de psiquiatría.

Actualmente contamos 6 Grupos Psicoeducativos en el CAE, a esto se suma el regreso del grupo ICE, con dos grupos que funcionan regularmente. El COSAM de Recoleta también cuenta con psicoterapia grupal para este tipo de pacientes, en número creciente. Estos tres tipos de Grupos que están siendo

exitosos en el SSM. Norte se describen brevemente, existiendo un apartado con más detalles en los Anexos.

Los Grupos de Psicoeducación al ser dirigidos por psiquiatra y psicólogo/a facilitan un trabajo integral, en el cual quedan claros los roles de los participantes. El trabajo en Equipo potencia la discusión de casos, se comparten pacientes complejos que muchas veces resultan agobiantes en la atención individual. Además al ser parte de la formación de becados de psiquiatría se promueve un trabajo docente. Todo el año se registra la experiencia realizada y al finalizar el período se realizan las presentaciones de los Grupos junto a todos los participantes del año y a los becados que realizarán el siguiente año la experiencia. Esto sirve como un proceso de aprendizaje continuo tanto para becados como para los demás profesionales participantes.

El abordaje Grupal desde el punto de vista psiquiátrico permite el control más regular del paciente (una vez por semana), evita la pérdida de horas, mejora la adherencia al tratamiento y facilita la observación de casos con duda diagnóstica al tener la oportunidad de verlos en otro contexto.

Desde el punto de vista psicológico es un lugar donde se fomenta fundamentalmente la reflexión, la autoobservación y el aprendizaje de habilidades que permitan mejorar el repertorio de respuestas frente a eventos estresantes.

Desde el punto de vista de la técnica es fundamental que este tipo de trabajo tenga una estructura clara. Es decir, que sean claros los límites, desde quienes ingresan al grupo (se excluyen pacientes con adicciones activas y antisociales), modalidad de trabajo, tipo de modelo teórico al cual adhieren los terapeutas y trabajo coordinado en caso de coterapias. En caso contrario dado el funcionamiento característico de estos pacientes el grupo puede volverse riesgoso y terminar por romperse (registro de experiencias del CAE 2004).

En el trabajo realizado en COSAM Recoleta se hace énfasis en el presente, esto gracias a las particularidades del grupo, el cual funcionaría como un microcosmos social, donde se esperaría que los paciente en el espacio grupal den cuenta de su funcionamiento y sus interacciones desadaptativas, razón por la cual se entenderá y trabajará la forma de vinculación entre los integrantes del grupo de manera análoga al funcionamiento de estos pacientes en su vida cotidiana. En resumen, se espera que expongan su psicopatología en las interacciones grupales y no a través de su discurso exclusivamente. Al ver "in situ" las relaciones sociales otorga la posibilidad de hacer ostensible las conductas que generan mal estar; instar a la reflexión, al cambio o aceptación, según sea el caso.

En los Grupos ICE, la sigla significa: Intermitente, continuo y ecléctico. Este concepto se refiere a que se hace explícito que el tratamiento puede ser interrumpido y retomado por el paciente en el momento que éste lo estime necesario, respetando condiciones mínimas de estadía y de pago cada vez que se reingresa a la terapia. Esto permite el manejo de un problema central en muchos de estos pacientes, que es la dificultad con la intimidad; permitiéndoles regularla de acuerdo a su comodidad, sin producir destrucción del vínculo. Porque el paciente se siente perteneciendo a una comunidad o agrupación, incluso cuando no está asistiendo a sesiones. Se realizan series de 10 sesiones, con posibilidad de repetirlas.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico frecuentemente es la primera intervención que este tipo de pacientes recibe, muchas veces sin mediar explicación, dada la forma en que consultan y en oportunidades a la aversión que tienen los clínicos para darle tiempo al caso.

Un aspecto central de la Guía Clínica se relaciona con generar un cambio del estilo de abordaje. Desde un modelo médico-individual a un modelo psicosocial con énfasis en los tratamientos grupales.

El lugar que tienen los fármacos debe ser claro para el tratante y el paciente. Generalmente son de gran utilidad y pueden ayudar a generar una buena alianza terapéutica si se toman consideraciones previas a su uso.

Recomendaciones que ayudan al tratamiento farmacológico

Considerando las altas tasas de mal cumplimiento, autoprescripción y abandonos de tratamiento farmacológico que presentan estos pacientes es fundamental enmarcar la indicación antes y durante su prescripción.

Por lo tanto se debería otorgar el medicamento en el siguiente contexto:

1. El paciente debe estar informado sobre su diagnóstico (psicoeducación).
2. Generar ambiente de respeto y cercanía en el cual sean claros los roles de cada participante.
3. Debe confeccionarse un Plan Terapéutico (poniendo énfasis en roles de los participantes, paciente, familiares, médico, psicólogo).
4. Escuchar sin juzgar, invitar a pensar acerca de sus actitudes y consecuencias (hostilidad, manipulación).
5. Implicarlo en el tratamiento, fomentando la auto observación y preguntando que cosas está haciendo para abordar sus problemas.
6. Hacer explícito, cada vez que se realiza alguna intervención (farmacológica, psicoterapéutica o social) el SENTIDO del tratamiento . Ej. Disminuir la impulsividad, mejorar la calidad de vida, disminuir la angustia, mejorar estilos de abordaje de problemas, aumentar la capacidad para tolerar el dolor, etc.
7. Fomentar desde el primer contacto la necesidad de abordar los aspectos psicosociales y que los fármacos constituyen solamente una parte del tratamiento.

Tener en cuenta en el tratamiento farmacológico

- A. Los medicamentos tienen un significado para todo el que los usa.
- B. Es importante investigar que ideas existen acerca de los fármacos.
- C. El tipo de relación que el paciente establece con los fármacos, temores de dependencia.
- D. Es frecuente observar que:
 - i. Los fármacos se pueden constituir en el equivalente al tratamiento en desmedro de otras intervenciones.

ii. Ganancia secundaria y riesgo de cronificar al paciente con el "excesivo bienestar" de los fármacos.

La ganancia secundaria es un término utilizado inicialmente en el lenguaje psicoanalítico que hace referencia a una concepción de "economía psíquica" en los procesos mentales. Esto significa que cualquier "síntoma" se puede ver reforzado si su existencia favorece ciertos logros imposibles de obtener por otras vías, así como también el acceso a un status que solo la calidad de "enfermo" entrega. Freud decía que la ganancia económica así obtenida por la enfermedad, refuerza el síntoma y opera como un obstáculo para su disolución.

Gabbard postula que las bases teóricas del tratamiento farmacológico serían:

1) Abordaje de rasgos biológicos:

Tiene como fundamento el manejo de la variable temperamental (disposición biológica) de la personalidad y actuaría de forma sinérgica con la psicoterapia- modificadora de las dimensiones caracterológicas (lo que se adquiere a lo largo de la vida) - en el tratamiento de los trastornos graves de la personalidad. Como ejemplo, sostiene que un inhibidor de la recaptura de serotonina regularía una disfunción de base biológica (temperamental), con lo cual se disminuiría la ira y agresividad, lo que le permitiría a un paciente límite ser más reflexivo y precavido respecto a lo que acontece entre él y su terapeuta (variable ambiental).

2) Soloff plantea un modelo de manejo de síntomas específicos, separándolos en tres síndromes o dimensiones (conductual, cognitivo-perceptual y afectivos). Este modelo otorga un orden al clínico, para quien puede verse abrumado por el despliegue sintomático de estos pacientes.

Tiene como fundamento el asumir que la fisiopatología de los trastornos leves del pensamiento en pacientes del eje II está relacionada con la misma disfunción que se observa en los trastornos más graves del pensamiento del eje I. Así mismo, la desinhibición de emociones e impulsos puede estar mediada por el mismo neurotransmisor en el TLP y en algunos trastornos bipolares. La gravedad y otros factores propios de la enfermedad diferencian claramente los trastornos clínicos; sin embargo, los elementos fisiopatológicos comunes sugieren la posibilidad de una sensibilidad compartida a la medicación. "Este principio sigue siendo la pauta más lógica para llevar a cabo ensayos farmacoterapéuticos en pacientes con TLP " (Soloff 1998)

No podemos hablar de "tratamiento de elección" ya que las diferentes manifestaciones de los trastornos de la personalidad requieren de diferentes estrategias farmacológicas, que pueden ir cambiando a lo largo del tratamiento. Se debería considerar " ¿que tipo de fármaco funciona mejor para qué paciente límite, con qué expresión sintomática?"

3) El tratamiento farmacológico, también es importante para tratar los trastornos comórbidos del Eje I . Pudiendo facilitar un estado anímico que hagan al paciente más receptivo a las estrategias terapéuticas, en el caso de un episodio Depresivo por ejemplo.

Elección farmacológica

Alteraciones en Área Cognitivo- Perceptivo

Ideas de referencia, suspicacia, despersonalización, distorsiones de la imagen corporal, creencias raras (clarividencia, telepatía).

Antipsicóticos

Además de la respuesta en los síntomas psicóticos, hay evidencia de mejoría en síntomas ansiosos, obsesivos, afectivos y en la conducta suicida en comparación al placebo.

Los antipsicóticos típicos son utilizados frecuentemente en episodios de crisis con buenos resultados. Las dosis recomendables son más bajas que dosis atípicas.

- Haldol : 1-5 mg.
- Clorpromazina : 25-150 mg.

Antipsicóticos Atípicos son de gran utilidad por el perfil de seguridad, estudios de efectividad apoyan el uso de Risperidona, Olanzapina. Dosis recomendadas APA

- Olanzapina 2,5 - 10 mg. día
- Risperidona 1 - 4 mg. día.
- Quetiapina : aunque no contamos con estudios controlados, puede ser una alternativa atractiva por su perfil de acción con efecto antidepresivo, estabilizador de ánimo, además presenta efecto sedante evitando así el uso de benzodiazepinas . Las dosis son entre 25-400 mg. En dos tomas.

Los antipsicóticos deben ser usados con precaución dados los efectos secundarios a corto y largo plazo. (Síntomas extrapiramidales y disquinesia tardía). La indicación tiene relación con la Fase Aguda, suspendiendo el fármaco luego de seis semanas.

Alteraciones de Área de la Conducta

Impulsividad: Conducta temeraria, promiscuidad, atracones alimentarios, automutilación, abuso de sustancias, agresividad, explosiones de ira, violencia, amenazas, peleas.

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina IRSS

- Fluoxetina: 20-80 mg.
- Sertralina : 50-200 mg.
- Citalopram : 20-80 mg.
- Escitalopram: 10-40 mg.
- Paroxetina : 20-80 mg.
- Antipsicóticos en dosis bajas
- Haldol: 0,5-5 mgr
- Clorpromazina 25-150 mg.
- Risperidona 0,5-3 mg.

Anticonvulsivantes En caso de no respuesta a los dos grupos de medicamentos antes mencionados o que exista sintomatología en la línea afectiva que no configura un cuadro afectivo como tal.

- Carbamazepina: Evidencia de menos descontrol conductual. Iniciar con dosis de 100 mg dividido en dos tomas y aumentar semanalmente hasta alcanzar niveles plasmáticos antiepiléptico (4-12 ug/ml) Dosis habituales 400-1200 mg.
- Acido Valproico : En algunos estudios, evidencia de mejoría en la irritabilidad-agresividad, mejoría en Descontrol de impulsos en adolescentes con Desorden Conductual. Iniciar con 250 mg. dividido en dos dosis hasta alcanzar niveles séricos entre 50-100 n/ml. No sobrepasar los 60 mg/kg./día.

Estabilizadores del ánimo

- Litio: En caso de predominio de agresividad e irritabilidad en que los otros grupos de fármacos no hayan funcionado en la rabia, agresividad, impulsividad y suicidalidad. Extremando los cuidados dado el alto potencial tóxico del fármaco. Dosis recomendada 600- 1200 mg. Dividido en dos dosis. Alcanzando litemias entre 0,6-1,0 mEq/L.

Alteraciones del Área Afectiva: Cambios bruscos de humor, hipersensibilidad, intensidad anímica, irritabilidad, depresión.

Inhibidores de la Recaptura de Serotonina: Son el punto de partida habitual, salvo en pacientes con síntomas en el área cognitivo- perceptivo. Tiene buena tolerancia y baja toxicidad, además de apoyo empírico. Las dosis son las habituales. La respuesta en la agresividad es independiente de la mejoría del ánimo. Un fracaso con un IRS no predice el fracaso a otro, a dosis altas por períodos de 24 semanas lo convierten a los no respondedores en respondedores. Estudio de Fluoxetina vs placebo, mejoría de la agresión a las 10 semanas (Coccaro). Dosis recomendadas APA :

- Fluoxetina 20 – 80 mg.
- Sertralina 100 – 200 mg.

Ansiolíticos: Ansiedad es el síntoma predominante en TPB. Se ha descrito como panansiedad o ansiedad flotante (crónica, difusa), ansiedad en crisis (rechazo, abandono), ansiedad somática relacionada al descontrol de impulsos u otras alteraciones en el control de la conducta), ansiedad psíquica (rumiación mental). Alprazolam : utilizado, pero se han reportado aumento en la incidencia de episodios de descontrol de impulsos (58% descontrol vs 8 % con placebo).

- Clonazepam :vida media larga, además tiene efecto antimaníaco, anticonvulsivante y efecto en serotonina (aumento leve). Se ha utilizado como coadyudante para ansiedad, rabia, impulsividad. Clonazepam : Dosis entre 0,5-6 mg.
- Diazepam : 5-20 mg.
- Lorazepam : 2-4 mg. Para episodios de crisis

Evitar instalar benzodiazepinas como primera aproximación al caso, ya que el riesgo de dependencia y mal uso es alto.

Suspensión de fármacos:

-Una vez iniciado el consumo y dada su significación transferencial positiva (se vincula a un cuidador poderoso) es difícil la interrupción, incluso cuando no es eficaz.

-Los pacientes que desarrollan nuevas estrategias de afrontamiento de sus problemas , que se adquieren en los tratamientos psicoterapéuticos, ganan fortaleza yoica, flexibilidad y madurez, pueden sustituir las funciones reforzadoras del yo, que hasta ese momento han desempeñado los fármaco.

Resumen Uso de Medicamentos por Áreas Sintomáticas Predominantes

Medicación	S. Cognitivos	S.Afectivos	Impulsividad Agresividad	Ansiedad
Antipsicótico	+	+	++	+
Antid. tricicl	+/-	+	+/-	+/-
Imao	?	+	++	+
IRSS	++	++	++	+
CBZ	+	+/-	++	?
BZ	?	+/-	-	+
Ac. Valp.	?	+/-	++	?

18. CRITERIOS CLINICOS PARA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES CON CARACTERISTICAS NARCISISTICAS Y ANTISOCIALES DE PERSONALIDAD

El trastorno de personalidad antisocial es un problema grave. La proporción por sexos es 2:1 (hombre: mujer). Algunas estimaciones han arrojado hasta 8:1. Está definido en el DSM-IV.

- A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:
1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros
- B. El sujeto tiene al menos 18 años.
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un **episodio maníaco**.

Estas siete rasgos y comportamientos que definen el trastorno (deben estar presentes al menos tres de ellos) se pueden combinar de múltiples formas para realizar el diagnóstico. El trastorno puede ser leve y modificable o, en el otro extremo, llegar a ser letal e incurable.

Evaluación De Daño a Terceros

Cuando la impulsividad y agresividad es lo que motiva la consulta a centros de salud es importante la evaluación de los posibles daños a terceros.

-Determinar grado de impulsividad-agresividad y comorbilidad Presencia de daño orgánico cerebral, consumo de sustancias, crisis vital o como parte un trastorno afectivo. El trastorno antisocial de la personalidad debe siempre ser considerado ya que el manejo y pronóstico es radicalmente distinto que el trastorno límite de personalidad.

-La Conducta antisocial puede estar presente en forma ocasional en un paciente con trastorno límite de personalidad, sin ser éste un antisocial. Estas conductas pueden darse en el contexto del consumo de OH, D , períodos de estrés o facilitado por un grupo de pertenencia.

Otto Kernberg, describe un continuo (de menor a mayor gravedad) entre el trastorno narcisista, narcisismo maligno y trastorno antisocial. Lo que diferencia a estos trastornos es el nivel de agresión e integración del súper yo. El Narcisismo Maligno sería consecuencia de la agregación de agresión egosintónica (crueldad, sadismo u odio) y un súper yo desintegrado que genera tendencias paranoides por la reprojeción de la agresión. El estado más grave es el trastorno antisocial donde no existe la capacidad de sentir culpa o preocupación por otros, ya no existe un súper yo ni tampoco una capacidad de proyectarse en un futuro personal

Michael H. Stone en el libro de Jonh Gunderson y Glen Gabbard " psicoterapia en los trastornos de la personalidad" Capitulo IV desarrolla el concepto de "los grados de antisociabilidad", otorgando algunos elementos para la evaluación de casos. En los cuales señala que las personas más peligrosas son aquellas con tendencias muy fuertes hacia la violencia y el sadismo. Un criterio que evidencia el polo más grave sería la " psicopatía con tortura prolongada seguida de asesinato".

Psicopatía, término que Hervey Cleckley (1941) describió para personas cuyas características principales eran encanto superficial, falsedad, egocentrismo, trivialización de su vida sexual, ausencia de remordimiento e incapacidad para aprender de la experiencia.

El concepto de trastorno antisocial de la personalidad se definía en el DSM III-R, mediante conductas: ausentismo escolar, destrucción de la propiedad privada y peleas físicas. No eran descripciones de la personalidad.

Robert Hare y cols., los últimos 20 años han tratado de rectificar el problema. Diseñaron una entrevista llamada Lista para la Psicopatía Revisada. PCL-R, está formada por 20 ítems, que dan un puntaje, el cual es indicador del grado de psicopatía lo cual tiene relación con el grado de peligrosidad y reincidencia en los delitos. (Anexo)

Si concluimos, luego del seguimiento o estudio del caso en generalmente el diagnóstico se hace retrospectivamente, que se trata de un caso de antisociabilidad es importante:

Informar del caso a todos los miembros del equipo correspondiente y hacer un plan que incluya

-Determinar el grado de peligrosidad : Entrevistar a familiares, visita domiciliaria si es necesario, conocer antecedentes delictuales.

-Hacer un plan con el Equipo considerando movilización de recursos correspondientes orientados a proteger a las personas vulnerables que lo rodean

-Realizar denuncia a carabineros si se producen conductas agresivas dentro de nuestras Instituciones

-Como no contamos con dispositivos para abordar este tipo de casos la idea es que sean vistos en el Servicio de Urgencia, donde habitualmente consultan

-Los casos deben identificarse en la ficha clínica y las atenciones debieran realizarla entre dos o más personas.

Mayor gravedad	Menor gravedad
Historia de arresto por delito. Historia de mentiras, estafas, y engaños. Historia de condena por delito. Hospitalización forzada como alternativa a la cárcel. Deterioro orgánico cerebral.	Presencia de Ansiedad. Diagnóstico de Depresión en el Eje I. Diagnóstico de psicosis en Eje I.

19. GRUPO DE TRABAJO

Dra. Mariana González González
Médico Psiquiatra
Jefe Programa T. de Personalidad
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Dra. Julia Esparza Crespo
Médico Psiquiatra
Servicio de Urgencia
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Patricio Labra
Psicólogo
Programa de Salud Mental Integral
Centro de Salud Familiar Alberto Bachelet

Isabel Morales Mery
Asistente Social, CAE
Coord. Intersectorial y con la Red
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Dra. Teresa Saez
Médico Psiquiatra
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Colaboradores:

Claudia Barrueto
Psicóloga, Unidad de Psicoterapia
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Maximiliano Becker
Psicólogo
Cosam Recoleta

Dr. Rogelio Isla
Psiquiatra
Unidad de Psicoterapia
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak



Ana Maria Hermosilla
Asistente Social, Unidad Forense
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Nicolas Jofre
Psicólogo
Cosam de Recoleta

Christian Queupil Epul
Asistente Social, Servicio de Urgencia y Sector N° 2.
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Dr. Antonio Menchaca
Médico Psiquiatra
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Carmen Luz Silva
Psicóloga
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

20. Bibliografía

1. OPS/OMS, 2008. Informe, Proceso de implementación y seguimiento de las recomendaciones de la Comisión Mundial de Determinantes Social de la Salud de la OMS, Dr. Juan Manuel Sotelo, 26 de septiembre del 2008.
2. Ainsworth M S, Blehar MC, Waters E, et al : Pattern of attachment : A Psychological Study of the Strange Situation.
3. Alexander PC, Anderson CL, Brand B, Schaffer CN, Grelling BV, Kretzl: Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Childhood Abuse Negl* 1998; 20:45-61
4. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994
Akiscal, 1981; Gunderson y cols., 1999; Silverman y cols., 1991 Op. Gabbard
5. Ander Egg, Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Ed. Humanitas. Buenos Aires. 1965. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. rev. Washington, D.C : Organización Panamericana de la Salud, 2003.
6. Baron M, Gruen R, Asnis L, et al: Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *Am. J Psychiatry* 142:927-934, 1985 Op. Gabbard
Baker L, Silk KR, Westen D, et al: Malevolence, splitting, and parental rating by borderline. *J Nerv Ment Dis* 180:258-264, 1992 Op Gabbard
7. Cloninger CR, Surakic DM, Prybeck TR: A psychobiological model of temperament and character . *Arch Gen Psychiatry* 1993;50: 975-990
8. Coccaro EF, Kavoussi Rj : fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality disorder subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54: 1081-1088
9. Dennett DC : Beliefs about beliefs *Behav Brain Sci* 1978;1:568-569
Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. Español . Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales . Texto Rev. Barcelona : Masson, 2002.
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III. Español. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales . Barcelona : Masson, 1988.
Donegan N et al. Amígdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotion dysregulation. *Biol Psychiatry* 2003
11. Driessen M, Hermann J, Stahl K: Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:1115-1122

12. Epidemiology of Personality Disorders, Mark F Lenzenweger, PhD, Psychiatric Clinics of North America 31 (2008), 395 – 403
13. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, López S, Aylwin W, Quinteros M, et al. Frecuencia, Características y Manejo de los Pacientes con Desórdenes Emocionales atendidos en el Nivel Primario. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1993.
14. Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, et al : Comorbidity of borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 45:348-352, 1988 Op. Gabbard
15. Fonagy P : Attachment theory and Psychoanalysis. New York, other Press, 2001
16. Fonagy P : An Attachment theory approach to treatment of the difficult patient . Bull Menninger Clin 62:147-169, 1998 Op. Gabbard
17. Gabbard, Glen O. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica . 3a. ed. Buenos Aires: Panamericana, 2002.
18. Gabbard, Glen O. A neurobiologically informed perspectiva on psychotherapy. BrJ Psychiatry 2000 ; 177: 117-122.
19. Gabbard, Glen O. Mente Cerebro y trastorno de la Personalidad Am J Psychiatry 2005; 162:648-655
20. Gabbard Glen O. John Gunderson Psicoterapia en los trastornos de personalidad. Editorial Ars Medica, Coleccion "revisiones en Psiquiatría"(Psiquiatria Editores, S.L. Barcelona, 2002).
21. Gómez, Alejandro. Apuntes para uso exclusivo de docencia Dpto de Psiquiatría y salud Mental Sur Universidad de Chile 2008.
22. González M, Morales I. ¿ Que es el Trastorno de Personalidad? recomendaciones para ti y tu familia. Material de apoyo. Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, 2009.
23. Gunderson, J.G. El trastorno Límite de Personalidad. Guía Clínica. Ars Médica, 2002; 35.
24. Gunderson, J. y Gabbard, G. Psychotherapy for Personality Disorders. Review of Psychiatry. Vol. 19. Washington, D. C: American Psychiatric Press, 2002.
25. Gunderson JG, Zanarini MC, Kisiel C L : Borderline personality disorder : a review of. Data on DSM-III-R description. J Personal Disord 5:340-352, 1991 (citado por Gabbard en "Psiquiatria Psicodinámica en la Práctica clínica" Tercera Edición, Septiembre 2006. Editorial Médica Panamericana S.A.
26. Gunderson JG, Zanarini MC : Current overview of the borderline diagnosis . J Clin Psychiatry 48 (suppl 8) :5-14,1987 Op. Gabbard

27. Gunderson JG, Sabo AN: The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 150:19-27, 1993. Op. Gabbard.
28. Gunderson JG, Phillips KA: A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 148: 967-975, 1991
29. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA: Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 146:490-495, 1989 Op. Gabbard . Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum 1978 Op. Gabbard
30. Heim C, Nemeroff CB: Neurobiology of early stress: clinical studies. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002 ; 7: 147-159.
31. Hermosilla, A, Morales I, Queupil C. Intervenciones Sociales en psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, 2009.
32. Isla, R. Trastornos de la Personalidad La Evidencia Científica y la Eficacia de la Psicoterapia.. En "Trastornos de Personalidad. Hacia una Mirada Integral". Ed. Sociedad Chilena de Salud Mental. Santiago. 2003, pp. 417-431
33. Jerez. S, Alvarado L, Fredes A, Montenegro A, Montes C, Venegas L. Programa de trastornos de personalidad de la Clínica Psiquiátrica Universitaria: un enfoque multidisciplinario. *Rev. Chilena Neuro-Psiquiatría* 2001; 39: 69.
34. Johnson JG, Cohen P, Brown J, et al : Childhood maltreatment increases risk for personality disorder during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 56:600-606,1999
35. Karterut S, Vaglum S, Friss S, et al : Day hospital therapeutic community treatment for patient with personality disorder : an empirical evaluation of the containment función. *J Nerv Ment Dis* 180:238-243, 1992 Op. Gabbard
36. Kernberg OF, Clarkin JF. 1993. The treatment of borderline character disorder in psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice. New York: Basic Books.
37. Krystal H (ed): Massive Psychic Trauma. New York, International Universities Press, 1968 Krystal H: Psychoanalytic views on human emotional damages, in Post-Traumatic Stress Disorder : Psychological and Biological Sequelae. Edited by van der Kolk BA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp 1-28
38. Krystal H: Integration and Self-Heraling: Affed Trauma, Alexitimia. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988 Op. Gabbard

39. Kruse, Hernán: “Servicio Social e Ideología. El Servicio Social en América Latina”. Ed. Alfa. Montevideo. 1967.
40. Linehan, M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford 1993.
41. Lee R et al. Childhood trauma and personality disorder: positive correlation with adult CSF corticotropin-releasing factor concentrations. *Am J Psych* 2005
42. Loranger AW, Oldham J M, Tulis EH: Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 39:795-799,1982 Op. Gabbard
43. Mark F Lenzenweger, PhD. Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 2008 ; 31: 395 – 403.
44. McGlashan TH: The Chestnut Lodge follow-up study, III : long-term outcome of borderline personalities . *Arch Gen Psychiatry* 43:20-30,1986 Op. Gabbard
45. Morey, L et al. State Effects of Major Depression on the Assessment of Personality and Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167:528-535
46. Mehlum L, Friis S, Irion T, et al: Personality disorder 2-5 years after treatment a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 84:72-77, 1991 Op. Gabbard
47. Minsal. Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud. División de programas de Salud Departamento de Atención Primaria. Unidad de Participación Social 1993; 19-20.
48. Morey, L. C. y cols. State Effects of Major Depression on the Assessment of Personality and Personality Disorder. *Am. Journal of Psychiatry*, 2010; 167:528-535.
49. Johnson J. , Cohen P. Childhood maltreatment increases risk for personality disorder during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999
50. Pahissa J, Musacchio A. Estudio Comparativo de Prevalencias Diagnósticas (1985-1995) Rev. Emergencias, N° 9 XI Jornada sobre emergencias Psiquiátricas 1997 .
51. Paris J , Brown R, Nowlis D: Long-term follow-up of borderline patients in general hospital. *Compr Psychiatry* 28:530-535, 1987 Op. Gabbard
- Posner MI. Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *PNAS* 2002
52. Rizo Marta. La intersubjetividad como eje conceptual para pensar la relación entre comunicación, subjetividad y ciudad, *Rev. Razón y Palabra*, N° 47, 2005.
53. Ruocco A. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psych Res* 2005

54. Sapolsky RN, McEwen BS, Rainbow TC : Quantitative autoradiography of [3H] corticosterone receptor in rat brain. *Brain Res* 1983; 271 : 331-334
55. Schmahl CG, Vermetten E, Elzniga BM, Bremner Dj : Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2003;122:193-198.
56. Sotelo, J. Informe Proceso de implementación y seguimiento de las recomendaciones de la Comisión Mundial de Determinantes Social de la Salud de la OMS. 2008.
57. Stone MH: Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. *Bull Menninger Clin* 51:231-247,1987 Op. Gabbard
58. Swartz M, Blazer D, George L, et al : Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Personal Disord* 4:257-272, 1990 Op. Gabbard
59. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Rev Psiquiatría* 1992.
60. Walsh F: The family of the borderline patient, in *The Borderline Patient*. Edited by Grinker RR, Werble B. New York, Jason Aronson, 1977, pp 158-177
61. Heim C, Nemeroff CB: Neurobiology of early stress : clinical studies. *Semen Clin Neuropsychiatry* 2002 ; 7: 147-159
62. Werble B: Second follow-up study of borderline patients . *Arch Gen Psychiatry* 23:37, 1970 Op. Gabbard
63. Zanarini MC, Frankenburg FR : Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1997; 11: 93-104
64. Zimmerman M y col : Prevalencia de los trastornos de la personalidad del DSM-IV en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Am J of psychiatry* 2006

21. ANEXOS

PROTOCOLO T. DE PERSONALIDAD LIMITROFE

- I. Grupos Psicoeducativos.**
- II. ICE.**
- III. Grupos de Desarrollo Personal, Cosam de Recoleta.**
- IV. Familia.**
- V. Escala de Psicopatía.**

ANEXO I:

GRUPOS PSICOEDUCATIVOS Capacitación 2009

Datos de la realidad para reflexionar y compartir en las primeras reuniones con los pacientes

Existen evidencias en la investigación psiquiátrica actual y en la práctica clínica que nos muestran que en el tratamiento para pacientes con Trastorno de Personalidad es necesario incluir otros elementos además del tratamiento farmacológico.

Pensamos que uno importante es la psicoeducación (otros son las terapias individuales, familiares, centros diurnos, etc.)

Los pacientes con Trastorno de Personalidad tienen la vivencia crónica de sentirse poco comprendidos y solos en su padecer (“el loco de la familia”).

Las familias a su vez se ven cansadas y no entienden que pasa con ellos, tienden a alejarse, enojarse o asustarse con sus reacciones.

En nuestra Institución hemos visto que se repiten los abandonos de tratamientos tanto psicoterapéuticos como farmacológicos en pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite.

Las causas pueden ser variadas:

No encontrar lo que se esperaba, desear una rápida mejoría, sentirse rechazado, poco escuchado, también está el desconocimiento del sentido que pueda tener asistir a algún tratamiento.

Es por este motivo que se vienen realizando desde el año 2003 talleres psicoeducativos grupales para este tipo de pacientes.

El objetivo fundamental de asistir a un tratamiento de este tipo es la posibilidad de mejorar la calidad de vida de un grupo de personas que por diferentes motivos no han tenido acceso o han fracasado en otras instancias terapéuticas.

Se trata de un espacio semanal educativo y de contención, un primer espacio terapéutico para aclarar dudas y acompañar a quienes tengan la voluntad de trabajar.

Aspectos formales

- Se inicia el trabajo la segunda semana de marzo y finaliza la segunda semana de diciembre con un periodo de vacaciones de enero y febrero.
- Las reuniones se realizan una vez por semana, siempre el mismo día y a la misma hora.
- La duración es de una hora y media.

- Se informa la modalidad de trabajo que consiste en asistir y participar con sus experiencias o escuchar solamente si así lo prefieren.
- El paciente está invitado a asistir y si no puede hacerlo por cualquier motivo puede volver la sesión siguiente sin pedir hora.
- Se explicita que el grupo tiene limitaciones. Por ejemplo, no es útil frente a situaciones de emergencia, para ello se deberá usar la urgencia del hospital.
- Se informa a los pacientes que podrían ingresar eventualmente al grupo otros pacientes, la asistente social u otros terapeutas.
- Se exige respeto y confidencialidad acerca de la información proporcionada por los pacientes.
- Para este tipo de grupos nos parece necesario que haya más de un terapeuta. --Por lo menos uno deberá ser psiquiatra. Ha sido necesaria la hospitalización de pacientes asistentes del grupo.
- Nuestra experiencia nos ha mostrado que dos o más terapeutas generan un espacio de contención mayor que es buena tanto para los pacientes como para los terapeutas.
- La cantidad de pacientes es variable, se pueden citar alrededor de 15 para que asistan un promedio de 8.

Trabajo terapéutico

El trabajo terapéutico comienza por acoger a los pacientes y explicarles en que consiste la terapia psicoeducativa. Una vez informados todos los aspectos formales y las presentaciones respectivas, se comienza planteando la siguiente pregunta:

¿Cómo entienden su enfermedad?

Generalmente este tipo de pregunta permite a los terapeutas hacerse una idea tanto de la información que manejan los pacientes en relación a su enfermedad, como del nivel de implicación que sienten en su padecer.

Esto instala un primer espacio de acogida, los pacientes comienzan a asentir y a reconocerse en los síntomas, quejas y descripciones que hacen los demás respecto de su enfermedad.

Los terapeutas van reconociendo en las descripciones de los pacientes las principales dificultades de este desorden.

Luego utilizando las mismas palabras, denominan, según corresponda: el descontrol de impulsos, la angustia flotante, los cambios de ánimo, las dificultades en las relaciones interpersonales, la dependencia, las vivencias de abandono, la rabia y la necesidad de descarga, los actos autodestructivos, las dificultades para la comunicación, etc.

Se pueden ir ligando de a poco breves explicaciones. Estas pueden ser psicológicas biológicas o sociales con respecto a las manifestaciones del síndrome.

Lo importante es trabajar desde la motivación expresada por el paciente.

Durante las primeras reuniones es importante limitar las intervenciones de los pacientes, interrumpiéndolos si es necesario. Esto es por dos motivos. Uno, que puedan aprender a expresarse dejando un tiempo y un espacio a los otros y otra es impedir desbordes hasta que el grupo tenga mayor capacidad de contención y los pacientes estén más estabilizados. Algunas de estas pacientes están acostumbradas a las actuaciones por ello este primer tiempo de aprender a esperar es muy importante.

Explicitar que el tiempo debe durar para todas y que es limitado. Explicitar que da rabia no tener todo el espacio que se necesitaría para si mismo, pero que la experiencia de aprender a escuchar sirve.

Se intenta dar un tiempo a todos los pacientes que quieran participar sin interrogarlos ni forzarlos.

A medida que progresan las sesiones, se van tratando diferentes temas, la mayor parte traídos por los pacientes y otros incluidos por los terapeutas.

En las primeras sesiones puede aparecer la idea del suicidio. Es importante abordarlo, puesto que si no se hace hay dentro de la terapia una permanente amenaza que impide un trabajo más cómodo.

Nuestra sugerencia es explicar que:

- Los actos autolesivos van en contra de los objetivos acordados sobre el tratamiento (mejorar calidad de vida).
- Los actos autolesivos son conductas que se repiten frente al estrés (frente a la pérdida inminente de apoyo).

Crear una instancia que permita:

- ❖ Dar significado a las ideas, impulsos o conductas del paciente como actos comunicacionales con destinatario e intenciones Ej: respuestas a no recibir el cuidado suficiente, lesiones como vehículo para satisfacer necesidades emocionales, etc.
- ❖ Validar de la “petición” “Nos estás diciendo que estás necesitando que otros se hagan cargo ahora”. “Aunque sabemos que esto en otras oportunidades no te ha conducido a lo que quieres”. Explicitando su intención y así poder pensar en necesidades y dificultades.
- ❖ Hacer explícita una comunicación que está implícita en los actos que se repiten, dando la posibilidad de ir simbolizando las experiencias.

Y finalmente demostrar que han sido conductas que no han sido eficaces para conseguir vivir mejor, abriendo posibilidades de pensar otras alternativa.

Con el tiempo, los pacientes comienzan a interactuar cada vez más y se comienzan a incluir nuevos elementos terapéuticos.

Luego de algunas sesiones, cuando todos se sienten más en confianza y cuando se empieza a ligar el trastorno de personalidad con una infancia difícil, pueden aparecer relatos de eventos traumáticos, maltrato, abusos sexuales, actos de gran crueldad sobre todo en la infancia.

Este momento puede cambiar el clima de las reuniones previas. Es importante darle espacio y respeto a estos relatos, escuchar, validar la rabia y el dolor.

Se han utilizado técnicas de respiración al comenzar y o al finalizar estas reuniones, mencionando la necesidad de un trabajo personal para ayudar a aliviarse de nuestros propios dolores.

Volviendo a la Personalidad:

Para trabajar durante las sesiones se trata de usar ejemplos sencillos que incluyan la idea de la universalidad y la individualidad del ser humano.

Todos necesitamos condiciones básicas para desarrollar nuestra personalidad y cada uno trae condiciones y sensibilidades particulares.

Conviene reiterar lo complejo que es entender la personalidad y las relaciones interpersonales, que existen muchos estudiosos de diversas ramas y las preguntas están abiertas, esto ayuda a no quedar en el lugar del que todo lo sabe, dejando espacio a respuestas que se construyan en el grupo.

Poder hablar de la personalidad como la manera de ser, y del Trastorno de Personalidad como una forma de ser que hace sufrir al que la padece y o a los que lo rodean. Se manifiesta principalmente en las relaciones interpersonales, con intensas dependencias y la rabia como el afecto predominante (merece reiteradamente ser mencionado).

Explicar el concepto del Desarrollo de la Personalidad, en el sentido de que ocurre dentro de una relación de cercanía confiable y en los pacientes con TLP ha habido dificultades en las relaciones tempranas.

En el presente, estas dificultades se traducen en que les cuesta reconocer lo que les pasa. Es así como frecuentemente sienten intensa angustia, desesperación que es difícil controlar y recurren a su ambiente de forma muy demandante, pero por la forma que lo hacen, producen muchas veces una reacción contraria de rechazo y cuestionamiento.

Por este motivo son de utilidad las psicoterapias y las nuevas relaciones, porque permiten, ahora que la persona es adulta (no somos “totalmente dependientes” como lo somos todos en la niñez) aprender más de sí mismo y así manejarse mejor pasarlo mejor y mejorar sintomáticamente. Esas son algunas de las finalidades de las psicoterapias.

Los mecanismos de defensa se van deduciendo del trabajo. Como es frecuente la escisión, ésta puede ser mostrada como estados de la persona, que cambian en forma brusca alternando estados emocionales extremos y contradictorios entre sí. A veces resulta incluso difícil para el paciente reconocerse en el “otro” estado. Aquí podemos contribuir si logramos, ir reconociendo, en el grupo, estados emocionales o vinculares que desencadenan estos estados extremos desregulados. Se puede poner ejemplos (peleas familiares, engaños, no reconocimiento del estado de la paciente por parte de un familiar significativo etc.).

Esto es importante porque la interpretación de los ataques y descontroles, o estados escindidos extremos no sirve porque no hay espacio mental para recibirlos y porque simplemente las interpretaciones parecen difíciles de entender en ese momento. Sin embargo el trabajo para conocer los desencadenantes y su mejor forma de prevención sí parece “enseñar” al paciente a contribuir a su autorregulación.

Dar espacio a la validación de los sentimientos y hacer énfasis en las formas de enfrentarlo parece muy importante, porque muchas veces los sentimientos intensos y desagradables pueden conducir a acciones peligrosas, y puede predominar la necesidad de descarga antes que un pensamiento.

Técnicas incorporadas a la terapia psicoeducativa

Parte de la terapia psicoeducativa es que el paciente aprenda nuevas maneras de manejar algunos de los síntomas que les generan mayor sufrimiento y problemas en las relaciones interpersonales.

Por ello desde un principio se incorpora al trabajo terapéutico la idea de que para la mejoría se requiere estar implicado en el tratamiento. Para esto, entre otras cosas, se requiere aprender a reconocer las propias dificultades y no estar esperando que toda la ayuda venga del exterior.

El paciente, el hospital, los médicos y los medicamentos requieren trabajar de una manera complementaria y bien coordinada para facilitar un trabajo sinérgico y no contradictorio.

Se pueden enseñar ejercicios de respiración, ocasionalmente de relajación y también de meditación activa. Estos ejercicios se realizan al principio o al final de la sesión. También se les pide que practiquen en sus casas, fortaleciendo la idea de la cooperación.

Este grupo de pacientes tiende a ser conductualmente muy inquieto y la concentración mental es habitualmente difícil. Por ello las primeras veces bastan sólo unos minutos y en la medida que se van acostumbrando se puede tomar más tiempo y complejizar los ejercicios.

Material que se sugiere trabajar

1. La importancia de la motivación y participación del paciente.
2. Duración del tratamiento.
3. Utilidad y uso de los medicamentos, efectos colaterales.

4. El Trastorno de Personalidad y cada uno de sus síntomas.
5. Dificultades en las relaciones interpersonales.
6. El descontrol de impulsos y técnicas para detectarlo anticiparse y aprender a manejarlo
7. La rabia y su manejo.
8. La angustia y su manejo.
9. Dificultad para tolerar los cambios.
10. Ideación suicida y actos autodestructivos.
11. La sexualidad y el abuso sexual.
12. Adicciones en el Trastorno de Personalidad.
13. El cuerpo, la somatización.
14. Dependencia codependencia y relaciones simbióticas.
15. La enfermedad como una “solución” (ganancia secundaria).
16. Las relaciones interpersonales.

Esquema de una sesión:

Se realiza un ejercicio de relajación que dura aproximadamente 10 minutos. Puede ser al principio o al final de la sesión. Estos ejercicios. En un principio deberán ser muy cortos y limitados y en la medida de que los pacientes lo toleren se pueden alargar y complejizar.

Ejercicios de respiración, luego de relajación y más adelante si es posible de imaginación o meditación activa.

Luego se ofrece la palabra. Si nadie toma la palabra se pregunta como han estado y se parte por los que llegaron primero.

A LOS TERAPEUTAS:

Poder estar atentos a la propia experiencia ¿Qué estoy experimentando?, ¿Cómo quedo después de la reunión?, ¿Cuáles imágenes tuve? ¿Qué me cuesta?, estos aspectos son de utilidad para compartir después, entre los terapeutas.

Estar atento al ambiente grupal, si siento que no hay oídos, poder explicitar de manera descriptiva... cuando dije tal cosa hubo un silencio, ¿tal vez no se entendió?, no tiene sentido para ustedes ¿A alguien se le ocurre algo?

Toda psicoterapia es un lugar de aprendizaje por lo tanto toda terapia es educativa. El terapeuta debe estar muy conciente de ello y explicitarlo permanentemente.

Estar atento a dar información clara y sencilla sobre los temas que se tratan, y volver una y otra vez sobre ello.

Hacer explícita la idea del sentido del grupo: El deseo de mejorar la calidad de vida, entendida ésta entre otras cosas, como la capacidad de vivir de manera satisfactoria las relaciones interpersonales. Que pongan la intención en eso.

Dentro de las características del terapeuta destacamos:

La empatía y aceptación hacia el paciente, un terapeuta interesado y comprometido pero no demasiado efusivo ni proteccionista, que evite enjuiciar y juzgar, que tenga la flexibilidad para adecuarse a situaciones concretas.

La autenticidad, un terapeuta franco para que el paciente tenga una idea clara y realista de lo que puede esperar del terapeuta y de la terapia.

También, el sentido del humor es un buen recurso para la excesiva seriedad que se le da algunas veces a la visión de los problemas y a la terapia.

Documento basado en la experiencia en Psicoeducación realizada por la Psicóloga Patricia Ferralis y la Dra Mariana González con pacientes del Programa de Trastorno de Personalidad del Policlínico de Atención Externa del Instituto Psiquiátrico desde el año 2003 hasta la fecha.

ANEXO II

PSICOTERAPIA ICE

Esta terapia intermitente, continua y ecléctica es un tratamiento grupal para pacientes con trastorno de personalidad límite, su objetivo es dar apoyo para que las personas con este problema se puedan mantener hasta que, con la edad, sus conductas maladaptativas remitan.

FUNDAMENTOS

La Asociación Psiquiátrica Americana publicó en el año 2001 las primeras guías clínicas para el tratamiento de la personalidad límite (1), en ellas se recomienda psicoterapia psicoanalítica o terapia cognitivo conductual como tratamiento de elección para este trastorno. Estas indicaciones han sido criticada por varios autores que consideran que hay muchos pacientes que caen dentro de la categoría de límites, pero que no se benefician de los tratamientos recién señalados. Estos autores recomiendan una aproximación terapéutica más flexible y pragmática que incluya intervenciones en crisis, manejo psicosocial, farmacoterapia y un grupo de referencia para apoyo y validación (2, 3, 4).

Desde otra perspectiva, los seguimientos a largo plazo, hasta de 20 años, de los pacientes con trastorno límite de personalidad dan luces de cómo se podría implementar un tratamiento más flexible, pragmático y de menor costo. Este trastorno es una condición muy invalidante y potencialmente fatal, pero su pronóstico a largo plazo es relativamente bueno, a los cinco años alrededor del 50% de los pacientes dejan de cumplir criterios para trastorno de personalidad límite y a los 10 años alrededor del 80% (5, 6) . El cuadro clínico se desarrolla en crisis con períodos intercríticos de relativa estabilidad funcional aunque habitualmente los síntomas permanecen. Los reportes de seguimiento a largo plazo, muestran que en general los pacientes al momento de la evaluación estaban relativamente bien, considerando aspectos básicos de su vida. La mayoría vivía autónomamente, algunos con pareja y algunos con hijos, lo que es muy distinto de los pacientes que sufren de esquizofrenia. La mayoría eran productivos laboralmente. En la esfera de las relaciones interpersonales el resultado fue bimodal: un grupo funcionaba bien y se las arregló para crear y mantener relaciones significativas con cierta estabilidad en el tiempo y otro aparecía como evitando relaciones sociales en profundidad para mantener su equilibrio psicológico. Sintomáticamente, los pacientes mostraron evidencia de psicopatología persistente. En general, desarrollaron estrategias para prevenir que sus síntomas perjudicaran sus capacidades, pero en el área social fueron menos exitosos para lograrlo. La naturaleza de los síntomas fue consistente con su diagnóstico de trastorno de personalidad límite. Signos y síntomas depresivos fueron comunes, también abuso de sustancias.

Un caso ejemplo que describe McGlashan (1993) es el siguiente (7):

Fred era un soltero de 21 años cuando ingresó al hospital. El comienzo de su enfermedad fue a los 12 años, con síntomas de aislamiento social y dificultades con compañeros de su edad. Un psiquiatra recomendó un internado, lo que hizo que funcionara mejor por unos años. La profesora favorita de Fred se suicidó, inmediatamente después Fred comenzó una serie de robos pequeños. A los 16 años, después

del nacimiento de una hermana, Fred comenzó con pataletas violentas o yacía en su cama todo el día mirando el techo. Terminó apenas enseñanza media. Se escapó de su casa. Tuvo un encuentro homosexual. La policía lo llevó de vuelta a su casa después de encontrarlo vagando. Entró a un internado para preparar el ingreso a la universidad y comenzó psicoterapia.

En la universidad repitió varios cursos hasta que abandonó. Entró a otra universidad, pero fue rechazado por la fraternidad a la que él quería entrar. Cuando sus padres rechazaron una llamada por cobrar que Fred les hizo, se enfureció, robó dinero de la fraternidad e irió de bala al dependiente de una farmacia, por lo que fue arrestado. Después de pasar 13 meses en la cárcel fue evaluado psiquiátricamente y derivado para hospitalización.

Al ingreso, reportó sentimientos de soledad y desesperación. Con frecuencia abusaba de alcohol y se quedaba en silencio en forma oposicionista y manipuladora. Fred fue dado de alta del hospital, en contra de la indicación médica, después de años de tratamiento dividido igualmente entre fases de internación y programas diurnos.

Después del alta, Fred se casó y divorció dos veces, tuvo dos niños de su primera esposa. Al seguimiento, 23 años después del alta, Fred reportó estar trabajando jornada completa en corretaje de propiedades después de haber estado en varios empleos previos. Él vivía solo en su propia casa. No estaba en tratamiento ni estaba tomando medicamentos. Sin embargo era socialmente activo, salía con mujeres regularmente y participaba en grupos políticos y en clubs. Sus amistades eran moderadamente cercanas y satisfactorias. No mantenía contacto con sus hijos.

Fred describió depresiones ocasionales que trató con alcohol hasta que desarrolló diabetes tipo II. Reemplazó el alcohol por libros de autoayuda y era devoto de un evangélico que predicaba por televisión. Había considerado ver un terapeuta para “solucionar problemas”, pero encontró que libros y cintas de caset de automotivación eran de igual ayuda. Cuando se le preguntó en que áreas él creía haber mejorado, dijo que tenía mucho mejor control de su carácter, que era capaz de tolerar la frustración sin perder el control. Fred describió pensar los problemas antes de actuar impulsivamente.

Tres variables emergieron más frecuente y consistentemente como indicadores pronóstico a largo plazo: Inteligencia, inestabilidad afectiva y el largo de hospitalizaciones previas. Otras características con valor pronóstico fueron el funcionamiento laboral, social, relaciones íntimas, sintomatología y funcionamiento global. McGlashan no encontró diferencia pronóstica en pacientes con rasgos narcisistas y antisociales, a diferencia de Stone que sí encontró que estos pacientes tienen peor pronóstico a largo plazo. Stone también encontró que pacientes con rasgos esquizotípicos, que fueron víctimas de brutalidad paterna o violación tuvieron peores resultados (7,8).

Los autores sugieren que de la historia natural del trastorno se puede inferir la actitud y algunas estrategias que los clínicos deben tener con este tipo de pacientes: 1) una actitud de optimismo y paciencia, 2) preocuparse que los pacientes reciban protección y favorecer el obtener una ocupación útil y 3) la aplicación pragmática de un rango ecléctico de intervenciones.

En las consideraciones arriba expuestas se basa la propuesta de una terapia ecléctica que esté disponible en forma continua, pero que sea usada intermitentemente (7).

CONCEPTOS BÁSICOS

Se han desarrollado dos conceptos básicos: a) Intermitente-continuo y b) Apoyo basado en intervenciones eclécticas y pragmáticas.

INTERMITENTE-CONTINUO

Este concepto se refiere a que se hace explícito que el tratamiento puede ser interrumpido y retomado por el paciente en el momento que éste lo estime necesario, respetando condiciones mínimas de estadía y de pago cada vez que se reingresa a la terapia. Esto permite el manejo de un problema central en muchos de estos pacientes, que es la dificultad con la intimidad; permitiéndoles regularla de acuerdo a su comodidad, sin producir destrucción del vínculo. Este concepto puede ser aplicado tanto en terapia individual como grupal, pero un grupo permite de una mejor forma lograr la intermitencia-continua, porque el paciente se siente perteneciendo a una comunidad o agrupación, incluso cuando no está asistiendo a sesiones.

Angélica, de 23 años, ingresó a ICE un año después de su última hospitalización por intento de suicidio, el quinto, por una sobredosis de medicamentos después de una pelea con su pareja. Un año atrás, durante su hospitalización previa, había recibido una evaluación exhaustiva y se le recomendó psicoterapia una vez por semana y farmacoterapia, ella aceptó de buena gana. Siguió este plan por tres meses, pero después abandonó sin dar una razón. Un año después, Angélica reportó que abandonó la terapia porque se había sentido bien, pero que además tuvo la impresión que su terapeuta encontraba que sus problemas eran banales y que ella debía poner más de su parte para mejorar, eso trató de hacer por un año. Últimamente había estado muy mal y pensando en el suicidio, antes de hacerlo pensó en llamar a su terapeuta, pero temió ser reprendida por haber abandonado la terapia sin aviso. La situación se volvió insoportable y tomó la sobredosis. Angélica es un caso típico que ha ido de terapeuta en terapeuta. A ICE estuvo asistiendo regularmente unos seis meses, hasta que avisó a través de otra paciente que había encontrado trabajo, por lo cual se le hacía difícil seguir asistiendo a sesiones. Se le envió un mensaje con esa misma paciente, que vivía cerca: No había problema, se la felicitaba por su logro y que en caso de cualquier dificultad ella podía volver a sesiones. Un año y medio después, Angélica se acercó a uno de los terapeutas en el pasillo, para preguntarle si era posible que ella volviera a sesiones, por que estaba comenzando a sentirse mal y quería consejos y medicamentos, a lo que la terapeuta accedió, recordándole lo que se le había explicitado a su ingreso a ICE. La paciente volvió por otros seis meses, no llevó a cabo ninguna autoagresión y nuevamente dejó de asistir en una forma muy similar a la primera. En el seguimiento, que hemos hecho, Angélica reportó que ha estado relativamente bien, que no ha sentido la necesidad de asistir al hospital, pero que recurriría al grupo si llegare a sentirse mal.

En este ejemplo se muestra como la terapia se adapta a la patología del paciente, permitiéndole buscar ayuda en periodos de crisis de una forma más económica y menos desgastadora para el paciente y el terapeuta.

APOYO BASADO EN INTERVENCIONES ECLÉCTICAS Y PRAGMÁTICAS

Está dado por el uso de variadas técnicas, extraídas de distintas orientaciones, que han mostrado utilidad en el tratamiento del trastorno de personalidad limítrofe. Básicamente se incluyen técnicas de apoyo psicoanalíticas, técnicas cognitivo conductuales, especialmente de la terapia dialéctica conductual, y psicoeducación (9). Además la estructura interna de las sesiones está diseñada para proveer apoyo a los pacientes. Las sesiones, como se describirá más adelante, tienen dos partes divididas por un recreo. La última parte está diseñada como una clase para lograr que los pacientes sientan un apoyo concreto que les sirva para llevar a su casa.

A pesar de la variedad de técnicas usadas en forma pragmática, la manera de entender a los pacientes es psicoanalítica, lo que sirve de guía general al tratamiento. Desde la perspectiva psicoanalítica, ICE fomenta el uso de la razón, lo que hace que muchas veces los pacientes hagan racionalizaciones respecto a sus dificultades, éstas la mayoría de las veces no se tocan, se respetan e incluso se apoyan, si es que son útiles para buscar soluciones.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Antes de comenzar con la técnica misma es importante considerar que es mejor hacer este tipo de terapia en equipo. El tratamiento mismo lo puede hacer uno o dos terapeutas, pero independiente de esto es bueno que haya un equipo que se reúna regularmente, por ejemplo: una vez por semana, para discutir los casos y hacer supervisión, también es recomendable que el fármaco terapeuta se reúna con los psicoterapeutas regularmente. También es bueno tener claro que se hará con las emergencias, por ejemplo si usar el servicio de urgencia del Instituto Psiquiátrico u otro para así dejárselo claro a los pacientes.

Al entrar al grupo el paciente pasa a ser miembro de éste, esté asistiendo o no, se le explica que cuando no está asistiendo sigue en tratamiento porque “está aplicando lo que aprendió y si necesita aprender o apoyo en algo más puede volver al grupo cuando lo estime necesario” en períodos o ciclos de 10 sesiones cada vez. Se pensó en 10 sesiones porque es lo que habitualmente se usa para intervenciones en crisis, además se ha descrito en otras modalidades terapéuticas que muchos pacientes abandonan tratamiento alrededor de las 7 u 8 sesiones porque se sienten mejor.

La sesión, de una hora y media, se divide en dos módulos con un recreo de diez minutos. La primera parte, de 55 minutos, no es estructurada, los pacientes pueden hablar de sus dificultades libremente. Se utilizan técnicas de apoyo como universalidad, ventilación, comprensión empática, consejo, clarificación y confrontación (mostrar aspectos contradictorios del si-mismo), para después usar una explicación racional (muchas veces una racionalización) que pueda ayudar al paciente a buscar una forma de solucionar su problema (10).

Describiré brevemente cada una de estas intervenciones:

Universalidad: El hecho de compartir experiencias y darse cuenta que no son los únicos con dificultades alivia la angustia de sentirse “loco” o “bicho raro”, el terapeuta puede ayudar diciendo cosas como: “Esto

le puede suceder a cualquiera en determinadas circunstancias”, “a muchas personas les sucede algo parecido”, etc.

Ventilación (abreacción): Poder decir lo que le sucede (descargarse) a un grupo y terapeuta que escucha sin criticar hace a muchos pacientes sentirse mejor.

Comprensión empática: Que el grupo y el terapeuta tomen lo que el paciente dice tal como viene, “creyéndole” que lo que siente es tal como el lo ve desde su punto de vista hace al paciente sentirse acogido y no criticado (habitualmente estos pacientes son muy criticados por todos y por ellos mismos).

Consejo: Consejo directo basado en el sentido común y en nuestro conocimiento teórico y práctico de la patología del paciente puede ser de mucha utilidad y el paciente lo puede sentir como un compromiso “real” del terapeuta con él.

Clarificación: Esta es una herramienta muy importante que puede ayudar al paciente más allá de la crisis actual que motiva la venida a tratamiento, muchas veces el paciente no tiene claro que es lo que siente o muchas veces identifica erróneamente una emoción, ayudar al paciente a identificar correctamente sus emociones es un gran paso adelante, por ejemplo: “lo que usted me describe como lata suena más bien como que se hubiera enojado, ¿qué le parece a usted?”, “(una madre relata como maltrató a su hijo de 16 años por llegar muy tarde) esa rabia que usted sintió el otro día a mi me impresionó como que quizás debajo de ella hay un temor a que a su hijo le hubiera pasado algo”. Reconocer las emociones correctamente permite que se pueda intervenir con la herramienta adecuada en la solución del problema.

Confrontación: En el sentido de mostrar al paciente aspectos contradictorios del sí mismo, ojalá primero mostrándole el aspecto negativo y finalizando con el positivo, para poder hacer la confrontación es necesario haber clarificado primero y que paciente y terapeuta estén de acuerdo en la denominación del afecto (muchas veces esto toma varias sesiones), si esto último no sucede, puede producirse un malentendido, con la sensación del paciente de sentirse atacado.

Ejemplo: Sofía relata al principio de la sesión que ella no quiere a su hijo, porque no se preocupa por él, después de una media hora de sesión, la misma paciente relata que no pudo dormir la noche anterior porque su hijo había llegado tarde de una fiesta y temía que le hubiera pasado algo. El terapeuta le muestra esta contradicción (confrontación). Posteriormente la invita a pensar que puede hacer cuando tiene ideación suicida y siente que no quiere a su hijo.

La dinámica grupal no se comenta, a no ser que interfiera evidentemente con el trabajo, por ejemplo: Muchos pacientes llegan tarde sistemáticamente a sesión, se les dice que el hecho de llegar tarde interfiere con los pacientes que han llegado a la hora y que ellos se han perdido de minutos valiosos de sesión. Se fomenta y utiliza la transferencia positiva, la negativa se maneja usando mecanismos racionales y conectando con la realidad de la situación terapéutica, pero no se interpreta, por ejemplo en el mismo caso anterior un miembro del grupo insinúa que la terapia no es muy útil, se les explica que algunas veces las personas no encuentran útiles algunas sesiones, eso podría ser así lamentablemente, pero que también muchas veces la utilidad se ve después. La interpretación (hipótesis de lo que podría estar en el inconsciente del paciente) se evita debido a que en sesiones grupales, una vez por semana, con este tipo de pacientes, podría provocar un efecto regresivo inmanejable.

El recreo de 10 minutos tiene por objeto disminuir aspectos regresivos que se pudieran haber producido en la primera parte de la sesión.

Ejemplo: La primera parte estuvo cargada con sentimientos de desesperanza, hacia el final varios pacientes lloraban desconsoladamente con la sensación que ellos no tenían mejoría. Si esto fuera el final de la sesión, sería muy difícil terminarla, considerando el historial de actuaciones graves. Los pacientes salen a recreo, fuman un cigarrillo, conversan entre ellos; si el terapeuta considera que alguien podría estar en riesgo, puede acercarse y evaluar si es necesario que él/la paciente vaya a un servicio de urgencia, habitualmente “las cosas se enfrían”. Se puede comenzar con la segunda parte.

Muchas veces existe la tendencia a eliminar el “recreo” porque se está hablando de cosas muy importantes, hay que resistir esa tentación y mantener el encuadre, si alguien a los terapeutas les parece que está en peligro, se habla aparte con él y se decide conducta a seguir.

La segunda parte de 25 minutos de duración está estructurada como una clase, en la cual se enseñan técnicas y habilidades para el manejo de la agresión, ansiedad y relaciones interpersonales. La mayoría de las técnicas son extraídas del entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual (9), además se agregaron técnicas de relajación y de psicoeducación en fármacos y en “problemas de personalidad”. Se trata en lo posible de hacer una clase que esté relacionada con la temática principal que emergió en la primera parte, si no es así cualquier tema que los terapeutas consideren útiles para los pacientes.

Ejemplo: La terapeuta explica como se puede aprender a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, ella dice: “en una relación con otra persona siempre hay al menos tres variables a considerar: el objetivo, ¿qué necesito de esa persona?; la relación misma, ¿cómo quiero que la otra persona se sienta en relación a mi? y el autorespeto, ¿cómo se quiere sentir respecto a usted ?...etc. La terapeuta ahonda en este tema, da y pide ejemplos a los pacientes, usa contenidos de la primera parte, pero siempre se mantiene el carácter didáctico. Si un paciente pretende cambiar la estructura de esta parte de la sesión, se le invita a participar amablemente en la clase, recalcando lo importante de aprender estas habilidades.

La estructura que brinda la segunda parte ayuda a controlar los efectos regresivos que pudiera haber tenido la primera, a disminuir la intensidad de los afectos transferenciales negativos en el grupo o en determinado individuo y a manejar cualquier otra dificultad que pudiera amenazar al paciente o su tratamiento. El manejo se hace a través del sentido común, sin entrar en causas más profundas de las dificultades del paciente.

La mayoría de estos pacientes necesitan terapia medicamentosa coadyuvante. Si el grupo es hecho por un psiquiatra, se podrían manejar los medicamentos en el grupo, lo que tiene una función educativa. Excepciones son la primera sesión evaluativa de prescripción de medicamentos y evaluaciones individuales esporádicas a criterio del médico. Si el terapeuta es un psicólogo, el psiquiatra que prescribe debe hacerlo en controles aislados de corta duración, para no fomentar la escisión y que se convierta en una psicoterapia paralela donde se hablan temas que en el grupo no se tratan. Como regla general si un paciente necesita un cambio en su régimen medicamentoso es indicación para que vuelva a las sesiones grupales. No se debe hacer cambios farmacológicos con fines de mitigar síntomas sin que el paciente esté asistiendo a grupo concomitantemente. La excepción sería alguien que se sienta bien y quiera disminuir dosis de medicamentos.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

En febrero de 1998 se comenzó un protocolo de investigación en el cual se asignó al azar 25 pacientes que reunieron criterios DSM-III-R para trastorno de personalidad límite (Entrevista Internacional para trastornos de personalidad, versión española, IPDE) a terapia ICE, tal cual la hemos descrito en este capítulo, y 17 a terapia habitual del consultorio ambulatorio (control farmacológico con psiquiatra). Se recolectaron datos, pretratamiento y se evaluaron periódicamente cada 6 meses por un año, con una serie de instrumentos que miden sintomatología psiquiátrica (De Rogatis Symptom Checklist, SCL-90, Hamilton de Depresión, Hamilton de Ansiedad), nivel de funcionamiento social (Escala de incapacidad social de Gröningen, GSDS), agresividad (Entrevista de rasgos y estados de agresividad, STAXI) y autoagresión (Entrevista de Historia Parasuicida, PHI) para compararlos estadísticamente al final del protocolo.

Al término del año continuaban en tratamiento 15 (60%) pacientes de terapia ICE y 4 (23,5%) de terapia habitual del consultorio. Dado el bajo número de pacientes que continuó en la terapia habitual no se pudo hacer un análisis mayor de esta parte de los datos.

Los pacientes en terapia ICE mejoraron significativamente su nivel de funcionamiento social (GSDS, $p < 0.03$), algunos lograron seguir estudiando y otros consiguieron trabajar, también sus relaciones interpersonales mejoraron. Interesante es la observación que los pacientes que se mantuvieron en el tratamiento habitual del policlínico eran de mejor funcionamiento social inicial que los que se mantuvieron en terapia ICE.

Las conductas autoagresivas disminuyeron significativamente (PHI, $p < 0.01$).

La agresividad disminuyó significativamente (STAXI, $p < 0.05$) así como los síntomas psiquiátricos (SCL-90, $p < 0.02$) (13).

Los resultados son promisorios, pero debido a las limitaciones de nuestro estudio, es necesario continuar con protocolos que consideren muestras mayores.

REFERENCIAS

- McGlashan TH. The borderline personality disorder practice guidelines: The good, the bad, and the realistic. *J Person Disorders* 2002; 16(2): 119-121.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR: The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160:274–283.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, Mc-Sweeney LB: The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:929–935.
- McGlashan T. The Chesnut Lodge follow-up study III, long term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 20-30.
- Stone M, Hurt S, Stone D. The PI 500: Long term follow-up of borderline inpatients meeting DSM III criteria I: Global outcome. *J Personal Disord* 1987; 1: 291-298.

- Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: The Guilford Press, 1993.
- Rockland L. Supportive therapy for borderline patients: A psychodynamic approach. New York: The Guilford Press, 1992.

ANEXO III.

Modelo Grupal de Intervención en Trastornos Graves de la Personalidad Grupos de Desarrollo Personal Cosam de Recoleta.

Ps. Maximiliano Becker
Ps. Nicolás Jofré

INTRODUCCIÓN

Esta patología da cuenta de un funcionamiento interno que tiende a rigidizarse y a ser desadaptativo. Los diferentes trastornos de personalidad, tienen su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta y suelen ser estables a lo largo del tiempo e implican malestar o perjuicios para el sujeto.

Uno de los aspectos que más complica a las personas con este diagnóstico, es el estigma que acarrear y las relaciones interpersonales, siendo estas últimas la instancia en que se expresa en mayor medida su dinámica disfuncional. En este sentido los grupos surgen como una posibilidad de abordar directamente estas complicaciones in situ, considerando que a poco andar las personas hacen despliegue de aquellos patrones generadores de malestar. En estos espacios se genera un microcosmos social, que aparece como una real oportunidad de ampliar potencialidades y recursos, y de esta manera fortalecer aquellos rasgos más desadaptativos, ya que las habilidades que se logran desarrollar de forma consciente, pueden ser extrapoladas a otros espacios vinculares.

Por otra parte, es permanente en los centros de salud mental público la problemática demanda v/s recursos humanos y los grupos aparecen como una alternativa efectiva (incluso más que la psicoterapia individual en TDP) en el abordaje de esta patología y la optimización de los recursos.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Psicoterapia Individual: Como forma de abordar aquellas temáticas que “no pueden” ser trabajadas en grupo. No obstante, desde nuestra experiencia esto corresponde a un mito, ya que vivencias como abuso, VIF, consumos, entre otros, al manejarlo cuidadosamente, respetando los tiempos de la persona para profundizar, son factores que contribuyen a la cohesión grupal (en cuanto a la sinceridad alcanzada) y a la aceptación personal, al percibir que el grupo no los rechaza por ese tipo de vivencias.

Psicoterapia Grupal: Microcosmos social que posibilita el despliegue de las distintas maneras de ser, el desarrollo de potencialidades y la estimulación de la función reflexiva.

Farmacoterapia: Herramienta de apoyo en los periodos iniciales o medios, que ayuda a despejar sintomatología para abordar variables que participan en la aparición de ésta.

FUNCIÓN DEL TERAPEUTA

En base a las características de esta patología, la participación del terapeuta dentro del proceso terapéutico debería atender a:

- Considerarlos como responsables de su conducta al iniciar su terapia facilitando el auto soporte, bloqueando la posibilidad de desarrollar de una ganancia secundaria (dependencia).
- Dar énfasis a la estabilidad del contrato terapéutico, por las constantes ausencias que puedan presentar, acting out, suicidabilidad, entre otras.
- Aumento de la participación de la persona en cuanto a potenciar su función reflexiva (sentir-pensar) como agente activo de su proceso terapéutico.
- Desestimular los comportamientos autoagresivos, iatrogénicos y egosintónicos, a través la clarificación, confrontación e interpretación de estos (asociar aspectos escindidos) para potenciar conductas benéficas o alternativas de acción.
- Tolerancia a la negatividad del paciente, como efecto de la resistencia al cambio (monitoreo de los sentimientos transferenciales y contratransferenciales).
- Ayudar a la persona a establecer conexiones entre sus acciones, emociones y pensamientos.
- Enfocar el tratamiento terapéutico en el aquí y ahora, integrando experiencias biográficas.

CONTRATO TERAPÉUTICO

Responsabilidades de la persona:

- Asistiendo y participando del tratamiento.
- Pagando los honorarios.
- Hacer un esfuerzo de aportar pensamientos y sentimientos libremente sin censurarse.
- Esforzarse por reflejar lo que él o ella está aportando, sobre los comentarios del terapeuta y sobre la interacción.

Responsabilidades del Terapeuta:

- Asistiendo al horario.
- Hacer el esfuerzo de ayudar a la persona a tener comprensión de sí mismo, acerca de los aspectos de su personalidad y dificultades.
- Clarificar los límites de su involucramiento en la relación terapéutica.

PSICOTERAPIA GRUPAL

- Clarificación, confrontación e interpretación de los afectos y conductas de los integrantes.
- Psicoeducación.
- Técnicas artístico-terapéuticas.
 - Arteterapia
 - Musicoterapia
 - Psicodrama
- Técnicas corporales.
 - Relajación
 - Gimnasia Consciente
- Charlas psiquiátricas.

PSICOEDUCACIÓN

Temas a desarrollar

1. ¿Qué es la personalidad?
2. Autoestima y Autocuidado
3. Autocuidado 1: Vida Sana
4. Autocuidado 2: Vida Activa
5. Autocuidado 3: Comunicación Saludable
6. Autocontrol
7. Manejo conflictos
8. Fármacos
9. ¿Qué es la angustia?
10. Relaciones Interpersonales

OBJETIVOS PSICOTERAPIA GRUPAL

Objetivo General:

Generar un espacio que permita a las personas darse cuenta de su sentir global frente a su desenvolvimiento cotidiano, con la finalidad de descubrir modos alternativos y beneficiosos de vincularse con ellos mismos y con su entorno, potenciando sus propios recursos, a través de actividades que faciliten esta conexión de manera no invasiva.

Objetivos Específicos:

- Proporcionar a los participantes del grupo información referente a sus formas de funcionamiento particular (Dg.), con el fin de poder reconocer y hacerse cargo de sus conductas identificadas como desadaptativas.

- Proporcionar herramientas para mejorar conductas como el descontrol de impulsos o pensamientos recurrentes que generen problemas en la vida cotidiana del sujeto y su entorno social (trastornos afectivos).
- Ampliar redes de apoyo (soporte ambiental), y desarrollar habilidades vinculares.
- Tomar conciencia de enfermedad, para potenciar la conciencia de bienestar (desestigmatización).
- Propiciar el autocontrol y el autocuidado.
- Disminuir el estigma autogenerado a través del fortalecimiento de la autoestima.

CONFORMACIÓN GRUPOS

- Compuesto por 2 o más profesionales.
- Mixto.
- Edades distribuidas entre los 15 y 19 años de edad (Jóvenes).
- Edades distribuidas entre los 20 y 65 años de edad (Adultos).
- Cumplir con los criterios diagnósticos propios de un trastorno de personalidad.
- Cupo mínimo de 4 personas y un máximo de 12, para facilitar la consecución de los objetivos previamente nombrados.
- Cada encuentro tendrá una duración de 90 minutos.

DE LA EXPERIENCIA GRUPAL

- Encuadre: Importancia en definir un lugar, día, horario, asistencia, duración de las sesiones, de la terapia, ausencia de uno de los terapeutas.
- Debido a las características de los personas, la constitución de un grupo requiere de tiempo.
- Cada grupo define cuándo limitar el ingreso de integrantes.

En el trabajo grupal es posible reconocer tres momentos importantes:

Apertura/Inclusión

- Existe una tensión inicial multideterminada por factores como: exponerse frente a otras personas, impacto emocional frente al grupo, temáticas personales, fantasías de rechazo, posición que se establece respecto del grupo.
- Importante es explicar de qué se trata el grupo, su funcionamiento (encuadre), definir el objetivo-tarea. Ayuda a disminuir la tensión inicial.
- Ofrecer la palabra (que se presenten, mitos y expectativas sobre el tratamiento), respetando tiempos personales.

- Es inevitable que nos equivoquemos, puede ser una oportunidad si las reconocemos y reparamos, diferir sobre diferentes visiones terapéuticas, resolución de conflictos.
- Fundamental es el espacio de reflexión de los terapeutas cuando finaliza cada encuentro para trabajar elementos diagnósticos, terapéuticos (emergentes grupales) y contratransferenciales.

El Transcurso/Control

- Se instala dinámica de grupo: las personas “van” a participar al grupo y tienen un lugar más definido en la configuración grupal (líder, aislado, contenedor, etc.).
- Actitud menos directriz de los terapeutas; (atención flotante, cambio de roles activo-pasivo).
- Toma de decisiones constantemente (ej: hospitalizaciones, intervenciones individuales, citar familiares, exclusiones).
- Tener presente el elemento psicoeducativo dando explicaciones simples y aclaratorias a las dudas, preguntas o mitos de las personas.

Término/Afecto

- Hacia esta etapa, el grupo es mucho más sólido, sincero y son comunes las demostraciones de afecto y la nostalgia de aquellos que se dan de alta.
- Podemos abrir o cerrar el encuentro con una actividad artístico/corporal en función del trabajo elaborado.
- Anunciar el término con anticipación (definido en encuadre inicial).
- Posibilidad de continuar (función de continuidad con el grupo y la institución).
- Ansiedades, temores, angustias y frustraciones ante el término (participantes y terapeutas).
- Alivio y descanso para los terapeutas.
- El registro de cada reunión debe constar de asistencia detallada con nombres, número de ficha o Rut para seguimiento e investigación.
- La reflexión posterior es un lugar de contención emocional para los terapeutas.
- Necesidad de compartir experiencia con los otros grupos como proceso de elaboración, evaluación y mejoramiento para futuras intervenciones.

Anexo IV. FAMILIA

Material de apoyo dirigido a familiares de pacientes con Trastorno de Personalidad Limítrofe

Elaborado por: Dra. Mariana González, A. Soc. Isabel Morales, Colabora Familiares de Pacientes 2008.

Introducción

Para madres, padres, hermanos y amigos de personas que tienen un trastorno de personalidad puede resultar muy difícil entender que:

- La persona cambie bruscamente de humor, pase rápidamente de la alegría a la irritación y se descontrola con facilidad
- Pueden tener crisis de angustia, llorar todo un día, recurrir al alcohol o a las drogas para sentirse bien
- Pueden tener ideas de morir o hacerse daño en relación a sentirse abandonados o no entendidos.
- Frecuentemente pueden establecer relaciones de pareja que provocan mucho sufrimiento

Por todo esto es habitual que la familia se canse, no entienda, se molesten, estén sobrepassados y tiendan a alejarse de la persona con problemas o decirle que “está loca”.

¿Qué es el trastorno de personalidad?

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición que empieza en la niñez temprana, pero a menudo no se despliega completamente hasta la adultez joven (de los veinte a los veinticinco). Afecta aproximadamente al 2% de la población general.

La causa del TLP no se comprende en su totalidad, pero algunos entendidos creen que depende de influencias genéticas y ambientales. Este trastorno de salud mental es más común entre la gente cuyos miembros de la familia también tienen TLP. También se ha notado que la gente que ha desarrollado este desorden, ha sufrido un trauma importante en la niñez temprana. El trauma puede ser físico, sexual, abuso emocional, o tal vez una agobiante o perturbadora separación de uno de los padres.

Trastorno límite de la personalidad ¿cuáles son los síntomas?

Quienes sufren del Trastorno Límite de la Personalidad, tienen síntomas de emociones inestables, impulsividad, gran inseguridad, dificultad para controlar la ira, sentimientos intensos de rechazo—abandono; y a menudo, se automutilan. También batallan con emociones de depresión, desórdenes alimenticios o abuso de sustancias. Las víctimas del TLP, frecuentemente se cortan o queman a sí mismas.

Puede ayudarnos a entender esta compleja situación pensar que:

Las personas con trastorno de personalidad limítrofe han crecido con la sensación de ser tratadas injustamente y de no recibir la atención o el cuidado que necesitan y por eso están muy enojadas. Frecuentemente esto tiene relación, como se mencionó anteriormente, con el antecedente de abuso sexual, físico, separaciones tempranas o abandono.

Cuando son adultas, van buscando a alguien que pueda proporcionarles aquello que nunca recibieron. Cuando piensan que encontraron a esa persona, establecen un relación intensa y exclusiva (se aferran mucho, aunque con mucha desconfianza)

Tras el fracaso, se sienten rechazadas o abandonadas y se reaviva la rabia y la desconfianza o bien se sienten malas. En ese caso pueden volverse autodestructiva o corren el riesgo de suicidarse.

“Padecer TLP se siente como un infierno eterno. Nada menos. Dolor, ira, confusión, heridas, no saber nunca cómo me voy a sentir de un momento a otro. Hiriente, porque lastimo a aquellos que amo. Sintiendo incomprendido” Analizando todo. Nada me da placer. En ocasiones, podría estar demasiado feliz y luego ansioso por ello. Luego, me automedico con alcohol. Entonces, me lastimo físicamente. Luego, me siento culpable por eso, avergonzado, queriéndome morir, pero incapaz de matarme a mí mismo porque sentiría demasiada culpa por quienes podría lastimar. Luego, sintiéndome furioso por ello, me corto, e intento hacer que los sentimientos desaparezcan. ¡Estrés!”

Por un lado estas conductas en la familia asustan, generan rabia, culpa, frustración, nos mueven a hacer cosas sin pensar, como sobreproteger o rechazar.

Es importante saber cómo colaborar con el tratamiento, para que la persona pueda ir encontrando, con ayuda de sus terapeutas las herramientas para aprender a manejar mejor sus impulsos y emociones.

Recomendaciones generales

Es importante saber que las dificultades de la personalidad vienen arraigadas por muchos años. El cambio es difícil y está lleno de temores. Por esto resulta mejor fijarse pequeñas metas y valorar los pasos dados

Intente por sobre todo guardar la calma:

La desesperación y la falta de información, son los peores consejeros

- Los actos o amenazas autodestructivas requieren atención, no los ignore
- Anticípese : piense, hable con su familiar y pregúntele al psiquiatra lo que podrían hacer antes de que la crisis ocurra
- Escuche, es positivo utilizar palabras para expresar miedo, soledad, rabia o cualquier necesidad. Es mejor expresar sentimientos con palabras que llevarlos a los actos.

- No utilice ni acepte: ofensas, amenazas, agresiones física ni verbales. Márchese y vuelva para discutir el problema.
- No permita que el paciente haga mal uso de los fármacos, que los acumule, los regale o los tome irregularmente.
- Infórmese acerca del tratamiento de su familiar, el tratamiento psicológico (grupal o individual) es tanto o más importante que los remedios.
- No descuide al resto de personas de la familia ni a si mismo, usted no puede mejorar en lugar de ella/él.
- Los miembros de la familia necesitan ponerse de acuerdo con estrategias que todos puedan seguir
- No concentre su energía en una sola persona, pida a los amigos y familiares que se le unan para proporcionar apoyo y mantenga su rutina normal hasta donde le sea posible.
- Ponga atención a sus propios sentimientos y busque ayuda si la necesita
-
- Cuando el paciente logra involucrarse con su cambio y asiste regularmente a sus terapias, la familia comienza a ver los resultados y la calidad de vida mejora para todos.

Anexo V. EVALUACIÓN DE PSICOPATÍA²

“1. Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R)

Esta escala consiste básicamente en la operacionalización conjunta de los rasgos conductuales y caracterológicos de la psicopatía propuestos por Cleckley, que juntamente con la información complementaria penal, personal y biográfica, permite evaluar con alta confiabilidad diagnóstica y pronóstica la psicopatía (Cuquerella et al., s.f.).

1.1. HISTORIA

La Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) corresponde a la revisión de la escala inicial de 22 ítems (Hare, 1980; Hare y Frazelle, 1980 citados en Hare, 1985) que fue diseñada para reemplazar las evaluaciones clínicas globales previamente utilizadas en la investigación de la psicopatía en poblaciones criminales (Hare y Cox, 1978 citados en Hare, 1985). Con las evaluaciones globales, se podía ordenar a los internos encarcelados a lo largo de una escala de 7 niveles cuando su conducta y personalidad, en un largo período de tiempo, eran consistentes con la concepción de psicopatía tipificada por Cleckley.

Aunque este método de escalamiento era seguro y válido, empezaron a surgir dificultades debido a que las proporciones tenían que ser experimentadas en trabajos con poblaciones carcelarias, que se ajustaran a la concepción de psicopatía de Cleckley, y capaces de integrar largas cifras de entrevistas y datos histórico-biográficos en puntuaciones simples.

Además, era muy complejo que otros investigadores pudieran constatar realmente cómo se había llegado a una evaluación particular (Hare, 1985). Debido a lo recién expuesto, Hare junto a sus colaboradores, en 1978 inició un proyecto para crear un procedimiento de evaluación global más explícito. Entonces, hicieron una lista con los rasgos, conductas, indicadores y contraindicadores de psicopatía, que habían estado utilizando en la construcción de valoraciones globales. Luego, a través de una serie de análisis, intentaron determinar cuáles de estos ítems eran mejores discriminadores entre internos con baja o alta psicopatía. El resultado fue una lista de 22 ítems (Cuadro N° 2) con una elevada consistencia interna y confiabilidad (Hare, 1980 citado en Hare, 1985). Investigaciones subsecuentes confirmaron la confiabilidad del listado de 22 ítems y demostraron que era una medida útil y válida de psicopatía en poblaciones de varones encarcelados (Hare, 1983, 1985; Hare y McPherson, 1984; Kosson, Nichols y Newman, 1985; Schroeder, Schroeder y Hare, 1983; Wong, 1985 citados en Hare, 1985).

² Memoria, Universidad de Chile, FAc. de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología: Ad”aptación de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) de Robert Hare en población reclusa del Centro de Detención Preventiva de San Miguel”, Abalos R. Carolina, Esquivel Natalie, Gallardo Carolina, 2004, Pag. 31 – 41.

Cuadro N° 2

Ítems de la Escala de Calificación de la Psicopatía (Hare, 1980 citado en Hare, 1985).

1. Locuacidad / Encanto superficial.
2. Diagnóstico previo de psicopatía (o similar).
3. Egocentrismo / Sensación grandiosa de autovalía.
4. Propensión al aburrimiento / Baja tolerancia a la frustración.
5. Mentira patológica y decepción.
6. Dirección / Falta de sinceridad.
7. Falta de remordimiento y culpabilidad.
8. Falta de afecto y escasa profundidad emocional.
9. Insensibilidad / Falta de empatía.
10. Estilo de vida parásito.
11. Colérico / Falta de control conductual.
12. Relaciones sexuales promiscuas.
13. Problemas de conducta precoces.
14. Falta de metas realistas a largo plazo.
15. Impulsividad.
16. Conducta irresponsable como padre o madre.
17. Relaciones maritales frecuentes.
18. Delincuencia juvenil.
19. Elevado riesgo, bajo palabra.
20. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus actos.
21. Varios tipos de delitos.
22. Abuso de drogas o alcohol no directamente causados por la conducta antisocial.

Posteriormente, se realizaron varios cambios en el listado para construir uno fácil de utilizar. Estos cambios incluyen eliminar dos ítems¹³, ampliar el significado de algunos¹⁴ y ciertas denominaciones fueron levemente cambiadas sin alterar la naturaleza de la característica de conducta a la que se refiere el ítem. Además, los ítems y procedimientos de puntuación están descritos con más detalle que anteriormente y algunas dificultades y aparentes inconsistencias en los criterios de puntuación fueron revisadas. El resultado de estas revisiones es el Listado de Psicopatía de 20 ítems (ver Cuadro N° 3).

Cuadro N° 3

Ítems de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (Hare, 1985, 1991).

1. Locuacidad / Encanto superficial.
2. Egocentrismo / Sensación grandiosa de autovalía.
3. Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento.
4. Mentira patológica.
5. Dirección / Manipulación.
6. Falta de remordimiento y culpabilidad.
7. Escasa profundidad de los afectos.
8. Insensibilidad / Falta de empatía.
9. Estilo de vida parásito.
10. Falta de control conductual.
11. Conducta sexual promiscua.
12. Problemas de conducta precoces.
13. Falta de metas realistas a largo plazo.
14. Impulsividad.

15. Irresponsabilidad.
16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.
17. Varias relaciones maritales breves.
18. Delincuencia juvenil.
19. Revocación de la libertad condicional.
20. Versatilidad criminal.

¹³ Uno porque era difícil de puntuar (Ítem 22, “Abuso de drogas o alcohol no causado directamente por la conducta antisocial”) y el otro porque proporcionaba poca información útil (Ítem 2, “Diagnóstico previo de psicopatía”).

¹⁴ El Ítem 16 (“Conducta irresponsable como padre”) ha sido cambiado por “Irresponsabilidad” en general.

Mediante subsecuentes investigaciones se demostró que el Listado de Psicopatía y la escala original de 22 ítems, son sustantivamente idénticas y que las dos versiones clasifican poblaciones de presos en la misma dirección (Hare, 1985). Todo lo anteriormente señalado fue sistematizado mediante un Manual de Aplicación, cuya primera versión fue editada el año 1991. En este manual se propone que dentro de la concepción de la psicopatía que está a la base del PCL-R, existirían dos tipos distintos de constelaciones de rasgos o factores correlacionados:

El Factor 1 incluye el **área interpersonal y emocional**, es decir, todos aquellos atributos personales que hacen que el sujeto se desentienda de su componente más básicamente humano: su capacidad para tratar bondadosamente a los otros, su capacidad de sentir pena o arrepentimiento y su potencial para vincularse de una manera realmente significativa con quienes le rodean. Esta variante no necesariamente debe ser antisocial, es decir, se puede obtener una alta puntuación en ellos sin ser un delincuente. De esta manera, representaría una variante narcisista del patrón psicopático, que muestra tendencias al egocentrismo, a la superficialidad, a la manipulación, al egoísmo, a la crueldad y a la falta de remordimiento y de empatía.

El Factor 2 está relacionado con las personas que presentan un **estilo de vida** claramente **antisocial** y agresivo, que cometen actos delictivos desde la infancia, buscan sentir tensión y excitación, y manifiestan una baja tolerancia a la frustración, un frecuente abuso de sustancias, una forma de vida parasitaria, impulsividad y con frecuencia comportamientos ilegales o criminales (Millon, 1994). La persona resultante se comporta de modo absurdo, sin que parezca obtener nada valioso de sus actos, con poco autocontrol y ninguna meta que parezca lógica a la vista (Garrido, 2001). En la práctica, no es fácil separar uno de otro factor, y distinguir las múltiples variantes fenomenológicas que pueden exhibir los psicópatas. Lykken (citado en Juan-Espinoza y Colom, 1998) plantea que los ítems del Factor 1 son indicadores de rasgos de personalidad, mientras que los ítems del Factor 2, se refieren a conductas (ver Tabla N° 1). El Factor 1 es considerado como el "núcleo" de la psicopatía y puede o no estar asociado al Factor 2¹⁵ (dada la mayor capacidad predictiva demostrada de los rasgos de personalidad), pero este último debe estar siempre vinculado al Factor 1 para que se califique psicopatía 16.

Tabla N° 1
Ítems de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada por factores (Hare, 1991).

FACTOR 1 Área Interpersonal / Emocional	1. Locuacidad / Encanto superficial. 2. Egocentrismo / Sensación grandiosa de autovalía. 4. Mentira patológica. 5. Dirección / Manipulación. 6. Falta de remordimiento y culpabilidad. 7. Escasa profundidad de los afectos. 8. Insensibilidad / Falta de empatía. 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones
FACTOR 2 Estilo de vida Antisocial	3. Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento. 9. Estilo de vida parásito. 10. Falta de control conductual. 11. Conducta sexual promiscua. 12. Problemas de conducta precoces. 13. Falta de metas realistas a largo plazo. 14. Impulsividad. 15. Irresponsabilidad. 17. Varias relaciones maritales breves. 18. Delincuencia juvenil. 19. Revocación de la libertad condicional. 20. Versatilidad criminal.

El año 2003 Hare decidió publicar una segunda edición del Manual de Aplicación, como forma de actualizar y completar la primera versión -orientada principalmente a delincuentes varones y pacientes forenses- por medio de la incorporación de nueva evidencia empírica, a partir de investigaciones acerca de ofensores de sexo femenino y masculino, pacientes psiquiátricos forenses y civiles, adolescentes, drogodependientes y delincuentes sexuales, etc. Propone además una nueva estructura en la que cada uno de los dos factores originales, se subdivide en dos facetas, las cuales son más específicas que los factores, ya que se precisa qué ítems se refieren a temas afectivos, interpersonales, conductuales y antisociales, por separado. Esta estructura de factor se puede observar en la Tabla N° 2.

¹⁵ La correlación entre estos dos factores es de 0.5, de modo que una persona puede tener puntuaciones dispares en ambos (Lykken citado en Juan-Espinoza y Colom, 1998).

¹⁶ En el estudio de Patrick et al. (1993, citado en Juan-Espinoza y Colom, 1998) el Factor 1 del PCL-R correlacionaba con la respuesta inusual (ausencia de respuesta) de los psicópatas a diapositivas aversivas, pero eso no pasaba con el Factor 2.

Tabla N° 2
Ítems de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada por factores y facetas
(Hare, 2003).

FACTOR 1	Face 1 Interpersonal	1. Locuacidad / Encanto superficial. 2. Egocentrismo / Sensación grandiosa de autovalía. 4. Mentira patológica. 5. Dirección / Manipulación.
FACTOR 2	Faceta 2 Emocional	6. Falta de remordimiento y culpabilidad. 7. Escasa profundidad de los afectos. 8. Insensibilidad / Falta de empatía. 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.
	Faceta 3 Estilo de vida	3. Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento. 9. Estilo de vida parásito. 13. Falta de metas realistas a largo plazo. 14. Impulsividad. 15. Irresponsabilidad.
	Faceta 4 Antisocial	10. Falta de control conductual. 12. Problemas de conducta precoces. 18. Delincuencia juvenil. 19. Revocación de la libertad condicional. 20. Versatilidad criminal.
Ítems adicionales (no cargan en ningún factor ni faceta)		11. Conducta sexual promiscua. 17. Varias relaciones maritales breves.

Como se puede observar en la tabla anterior, los ítems 11 y 17 fueron removidos del Factor 2, debido a que no registraban mayor peso estadístico en este factor, ni en ninguna de las dos nuevas facetas que lo componen. Sin embargo, se consideran en el puntaje total ya que son parte importante de la psicopatía (Hare, 2003). A continuación se definirá cada uno de los ítems que componen la escala (Hare, 1985, 2003).

1.2. DEFINICIÓN DE LOS ÍTEMS17

1. Locuacidad / Encanto Superficial.

Persona locuaz, voluble, con facilidad verbal, que resulta ser divertida y que logra presentarse muy bien a sí mismo, mostrando rasgos de seducción poco genuina y superficial que lo hacen parecer muy adulator y cortés. Es capaz de narrar increíbles pero convincentes historias que lo dejan “bien parado”. Se presenta como teniendo conocimientos de muchas áreas y puede casualmente utilizar términos técnicos y jergas, impresionando en forma bastante efectiva a la mayoría de la gente. Un detenido análisis revelaría que sólo tiene conocimientos superficiales.

2. Sensación grandiosa de autovalía.

Individuo con una visión sobrevalorada de sus habilidades y autovalía. Usualmente se muestra muy seguro de sí mismo, obstinado y jactancioso. No se considera a sí mismo como un fracasado, y no se muestra molesto o afectado por su situación actual. Está convencido de que las circunstancias presentes son el resultado de la mala suerte, amigos infieles o un sistema de justicia criminal injusto e incompetente, viéndose a sí mismo como víctima, por el hecho de permanecer en prisión. Sin embargo, no ve su futuro afectado negativamente por esto y, de hecho, puede expresar intención de ejercer una profesión de estatus. Esta actitud es inconsistente con sus experiencias pasadas, ya que no ha ejercido exitosamente ninguna ocupación aceptable socialmente, ni ha obtenido metas profesionales.

¹⁷ Para mayores especificaciones ver en Anexo N° 2 Criterios de Puntuación de los Ítems del PCL-R.

3. Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento. Individuo que demuestra una necesidad permanente y excesiva por la estimulación nueva y excitante, y una inusual propensión al aburrimiento. Expresará usualmente un fuerte interés por estar *“donde está la acción”*, y por hacer aquello que es excitante o arriesgado. Aunque puede probar y utilizar muchos tipos de drogas, prefiere usualmente aquellas con efecto estimulante. Frecuentemente es incapaz de tolerar actividades rutinarias o mantener la atención sobre aquello que no tiene un interés inherente para él. Describirá usualmente el colegio, trabajos y actividades ordinarias como aburridas y tediosas. Así, frecuentemente rechazará o abandonará, una tarea que encuentre rutinaria, monótona o no interesante.

4. Mentira patológica.

Individuo para el cual la mentira y el engaño constituyen una parte integral de sus interacciones con los otros. Aquellos que entran en contacto con él son alternativamente confiados y decepcionados, dada la notable facilidad que tiene para mentir y el aparente desenfado con que lo sobrelleva. Cuando se le atrapa en una mentira o cuando es desafiado con la verdad raramente se siente perplejo o avergonzado; puede simplemente cambiar su historia o intentar reconstruir los hechos de modo que parezca ser consistente con lo que ha dicho. Sus excusas y promesas son usualmente inconsistentes con su conducta actual. Además, incluso después de romper repetidamente sus promesas y compromisos a alguien, todavía encuentra fácil ofrecer a otros su *“palabra de honor”*.

5. Dirección / Manipulación.

Aunque es similar en algunos aspectos con el Ítem 4 (Mentira Patológica), el Ítem 5 es más concreto respecto del uso del engaño, la decepción, y la manipulación de los otros. El uso de manipulaciones, motivadas por el deseo de obtener ganancias personales (dinero, sexo, estatus, poder, etc.), sin valorar sus efectos sobre la víctima. Algunas de estas operaciones están muy elaboradas y estructuradas, mientras que otras son bastantes simples; en cada caso, el individuo despliega un considerable grado de frialdad y autoseguridad.

6. Falta de remordimiento y culpabilidad.

Individuo que muestra una falta general de interés por las consecuencias de sus actos y que no ofrece demostraciones convincentes de culpabilidad y remordimiento por su conducta. Puede hablar directamente sobre el delito, declarando (sin emoción) que no tiene sentimiento de culpa, que no está arrepentido por lo que ha hecho y que no existe ninguna razón por la que debería estar interesado en los hechos actuales. Puede verbalizar algo de culpa o remordimiento, pero sus acciones no confirman sus palabras. La falta de

culpabilidad y remordimiento puede ser indicada por el fracaso en la apreciación de la gravedad de sus hechos (por ejemplo, sintiendo que su condena es demasiado severa o que fue juzgado injustamente, etc.) o por argumentar que sus víctimas, otros, la sociedad o las circunstancias fueron realmente los culpables, aún cuando los hechos indican claramente otra cosa. Está mucho más interesado por los efectos que sus crímenes o actos antisociales tienen para sí mismo, más que por la experiencia de sufrimiento de sus víctimas o el daño que ha hecho a la sociedad.

7. Escasa profundidad de los afectos.

Individuo que se muestra incapaz de expresar emociones intensas, impresionando su frialdad. Sus despliegues emocionales generalmente suelen ser superficiales, dramáticos, absurdos y de breve duración, dejando la impresión de que está actuando. Su repertorio emocional no incluye “*madurez, ira sincera, indignación verdadera, honestidad, dolor consistente, orgullo sostenible, alegría profunda y desesperación genuina...*” (Hare, 1985).

Frecuentemente será incapaz de describir la subjetividad de distintos estados afectivos.

8. Insensibilidad / Falta de empatía.

Individuo que consistentemente muestra una insensibilidad frente a los sentimientos, los derechos y la felicidad de los otros. Su falta de empatía es profunda –parece completamente incapaz de ponerse en el lugar de otra persona (en un sentido emocional) y de imaginar lo que otros sienten– con el resultado de que es capaz de manipular y utilizar a otros como si fueran meros objetos. Es completamente indiferente ante el efecto que su conducta ha tenido sobre los demás. En caso de llegar a percatarse del dolor, y la angustia que sus acciones causan en otros, la apreciación será meramente abstracta e intelectual más que afectiva. Es egoísta y sólo se interesa por sí mismo. No tiene escrúpulos en burlarse de aquellos que han experimentado algún infortunio o sufren una minusvalía mental o física.

9. Estilo de vida parásito.

Individuo para el cual la dependencia económica de otros es parte intencional de su estilo de vida. Confía en el bienestar económico de la familia, conocidos o amigos, ante lo cual, no realiza esfuerzos para obtener empleo remunerado. Obtiene lo que quiere, frecuentemente apareciendo como desvalido y necesitado de simpatía y apoyo, o bien, utilizando amenazas y coerción o explotando la debilidad de sus víctimas. Su utilización de los otros, a lo largo de su vida, no es simplemente el resultado de circunstancias temporales que le impiden trabajar o subsistir por sí mismo. Al contrario, refleja un patrón persistente de conducta en el cual los otros son utilizados de manera egoísta, como apoyo y como proveedores de sus necesidades, sin valorar el coste económico y emocional que podría implicar para ellos.

10. Falta de control conductual.

Individuo que tiene un control comportamental inadecuado, el cual puede estar además debilitado por el alcohol. Puede ser descrito como una persona de mal genio o colérica y que tiende a responder ante la frustración, fracaso, disciplina o crítica con conductas violentas o con amenazas y agresión verbal. Muestra una tendencia a sentirse fácilmente ofendido y a enfurecerse por trivialidades. Su repentina ira parecerá inapropiada a los otros, dado el contexto en que ocurre. Frecuentemente estas conductas suelen ser breves, inmediatamente después de las cuales actúa como si nada fuera de lo normal hubiera ocurrido.

11. Conducta sexual promiscua.

Individuo sexualmente activo, cuyas relaciones con otros se caracterizan por la promiscuidad, que podría estar reflejada en frecuentes relaciones casuales (por ejemplo, “*de una noche*”), selección indiscriminada de compañeros sexuales, varias relaciones sexuales al mismo tiempo, frecuentes infidelidades, prostitución o disposición a participar en una amplia variedad de actividades sexuales.

12. Problemas de conducta precoces.

Individuo que tuvo problemas de conducta serios antes de los 12 años. Estos problemas incluyen mentiras persistentes, trampas, hurtos, robos, incendios, fugas del hogar, problemas en las actividades escolares, abuso de sustancias, vandalismo, violencia y actividades sexuales precoces. Estas conductas son más serias que aquellas exhibidas por la mayoría de los niños y frecuentemente culminan con la expulsión de la escuela y contactos con la policía.

13. Falta de metas realistas a largo plazo.

Individuo que ha demostrado una incapacidad para formular y cumplir de forma realista planes o metas a largo plazo. Frecuentemente habla de conseguir bastante dinero, pero no tiene planes específicos y realistas para hacerlo. Tiene dificultad para lograr empleo y puede mantener una existencia nómada con sólo planes y metas a corto plazo, que además cambia frecuentemente. No plantea pensamientos serios de futuro ni tampoco se preocupa mucho por ello. Raramente está molesto por lo poco que ha hecho con su vida. Puede decir que no está interesado en tener un trabajo seguro o que realmente no ha pensado mucho en ello. Alternativamente, puede expresar que confía en convertirse en abogado, escritor, neurocirujano, trabajador social, psicólogo, piloto de aerolíneas, etc., sin embargo, no puede describir cómo planea lograr estas metas, mostrando además un bajo interés por la educación formal.

14. Impulsividad.

Individuo cuya conducta es frecuentemente impulsiva y falta de reflexión o previsión. Usualmente hace las cosas de forma espontánea cuando una oportunidad se presenta. Es impensable que gaste mucho tiempo en examinar las ventajas y desventajas de un curso de acción, o en considerar las posibles consecuencias de sus actos para sí mismo o para los demás. Frecuentemente romperá relaciones, dejará trabajos y cambiará de planes súbitamente.

15. Irresponsabilidad.

Individuo que habitualmente falta al cumplimiento de sus obligaciones y acuerdos con los demás. Carece del sentido de responsabilidad o lealtad hacia la familia, los amigos, superiores laborales, sociedad, ideas o causas. Su irresponsabilidad es evidente en una variedad de áreas, incluyendo: transacciones financieras, conducta que sitúa a otros en riesgo (conducir borracho, exceso de velocidad, etc.); conducta laboral (ausentismo, desempeño descuidado no atribuible a falta de habilidad, etc.); relaciones comerciales (violación de acuerdos contractuales, falta de respeto por las leyes, etc.); conducta hacia familiares y amigos (causándoles sufrimientos innecesarios, poniéndolos en peligro, fracasando en proporcionar apoyo financiero para la esposa o los hijos, etc.).

16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.

Individuo que es incapaz o renuente a aceptar la responsabilidad personal de sus propias acciones. Usualmente tiene alguna excusa para su conducta, tal como la racionalización o situar la culpa en otros (sociedad, familia, cómplices, víctimas, sistema judicial, etc.).

17. Varias relaciones maritales breves.

Individuo que ha tenido muchas relaciones “maritales” breves (menos de 1 año) incluyendo los matrimonios legales y otras relaciones de convivencia, tanto homosexuales como heterosexuales.

18. Delincuencia juvenil.

Individuo que ha cometido delitos graves antes de los 17 años, teniendo un contacto formal con el sistema de justicia criminal (acusaciones o delitos, aunque no necesariamente encarcelamiento)¹⁸.

19. Revocación de la libertad condicional.

Individuo que tiene revocada una libertad condicional mayor por las autoridades, o que ha fracasado en el cumplimiento de las condiciones de libertad bajo fianza.

20. Versatilidad criminal.

Individuo con una carrera criminal que incluye acusaciones o condenas por distintos tipos de delitos. El psicópata no se especializa en un sólo tipo de delitos, sino que es versátil. Por regla general rompe las normas y comete diferentes tipos de delitos. Si se especializa es poco probable que sea psicópata (Hare, 2004, julio).

18 Ver ejemplos de delitos graves y menos graves en Anexo N° 2 Criterios de Puntuación de los Ítems del PCL-R.