

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

María Carolina González Romero
Compiladora



González Romero, María Carolina, compiladora

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada / María Carolina González Romero y otros trece -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 251 páginas.

ISBN: 978-628-500-092-8 (versión digital)

1. Psiquiatría 2. Trastornos mentales y psiquiátricos 3. Seguridad de los pacientes

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Camilo Andrés Agudelo Vélez
© Carmenza A. Ricardo Ramírez
© Diego Espíndola Fernández
© José Gabriel Franco Vásquez
© Juan Diego Corzo Casadiego
© Marcela Alviz Núñez
© María Victoria Ocampo Saldarriaga
© Postgrado en Psiquiatría
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

© María Adelaida Posada Uribe
© María Botero Urrea
© María Carolina González Romero
© María Margarita Villa García
© Natalia Gutiérrez Ochoa
© Ricardo Antonio Consuegra Peña
© Yeison Felipe Gutiérrez Vélez

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

ISBN: 978-628-500-092-8 obra digital

Escuela de Ciencias de la Salud

Postgrado en Psiquiatría

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano Escuela de Ciencias de la Salud: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) editorial: Maricela Gómez Vargas

Compiladora: María Carolina González Romero

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Corrección de estilo: Fernando Aquiles Arango Navarro

Imagen portada: Shutterstock ID 310562189

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (0057) (4) 354 4565

A.A. 56006 Medellín-Colombia

Radicado: 2253-13-03-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Trastorno límite de la personalidad: abordaje en el primer nivel de atención

Camilo Andrés Agudelo Vélez*

Resumen

El trastorno de personalidad más prevalente en la práctica clínica corresponde al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Clínicamente se caracteriza por inestabilidad en las relaciones interpersonales, en los autoesquemas, en la afectividad y en la conducta. Se acompaña de alta impulsividad, pobre control inhibitorio, sensación crónica de vacío, relaciones interpersonales inestables y con apegos inseguros. Su diagnóstico es categorial y demanda el cumplimiento de al menos cinco criterios que deben estar estables en el paciente y denotar disfuncional en varios aspectos vitales. Su pronóstico es variable, aunque con la disponibilidad de terapias de tercera generación se han alcanzado tasas importantes de remisión de síntomas, y continúa siendo una fuente de comorbilidad y riesgo especialmente en población joven por su asociación con conductas autolíticas repetidas y autolesiones sin intención suicida. Su tratamiento puede ser farmacológico sólo con una finalidad de control de síntomas y para ello se ha considerado uso de ISRS y antipsicóticos. Sin duda, la Terapia Dialéctico-Conductual tiene la mayor evidencia y su aplicación ha modificado ostensiblemente la severidad de síntomas en esta población.

Palabras clave: Trastorno de personalidad límite; Conducta; Emociones

* Médico psiquiatra UPB, terapeuta DBT, docente Universidad Pontificia Bolivariana.
camilo.agudelo@upb.edu.co



1. Introducción

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) suele ser uno de los retos más complejos de abordar en la atención primaria, incluso lo es también en los contextos de atención por profesionales en salud mental. Representa un reto diagnóstico, clínico y terapéutico por varias razones. Una, porque ha sido estigmatizado con etiquetas como manipulación, histeria, exageración, llamado de atención e histrionismo. Dos, porque quien lo padece cursa con síntomas muy llamativos que pueden emular otros trastornos mentales. Tres, porque la recurrencia de los síntomas puede generar múltiples y repetidas consultas, demandas de atención en salud persistentes y solicitudes de servicios frecuentes. Cuatro, es una condición clínica, como muchas otras en salud mental, que agota de forma importante a la familia. Suelen ser también ellos los que demanden mayores y más frecuentes atenciones en salud mental.

Desde la perspectiva clínica, el TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoesquemas con pobre control de impulsos. Sin lugar a dudas, es un cuadro clínico heterogéneo, espinoso de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento muy variables entre pacientes y entre los diferentes períodos de evolución de un mismo paciente. La variabilidad de las presentaciones clínicas del TLP conlleva a que sea un trastorno infradiagnosticado y que presente retraso en su diagnóstico. Sin embargo, dado que su prevalencia es bastante alta, es necesario que desde el primer nivel de atención se realice una evaluación clínica y se pueda establecer un modelo de intervención multimodal que mejore la calidad de vida del paciente y su familia.

2. Definición

Para hablar de trastornos de personalidad, es imprescindible definir qué es la personalidad. No hay consenso sobre una definición integral. Las diferentes posturas psicológicas filosóficas y epistémicas han propuesto diferentes acercamientos conceptuales, podría decirse que la personalidad es un constructo multidimensional, altamente dinámico que incluye un componente biológico y uno ambiental con una signifi-

cativa interrelación.¹ En otras palabras, la personalidad implica un elemento heredado y genético, al que llamaremos temperamento y otro, social y ambiental, denominado carácter. La personalidad está dotada de características tan opuestas como ser individual y social y se establece durante la existencia del individuo, facilitando la adaptación de este al entorno.²

Ahora bien, desde la perspectiva psicológica se ha venido definiendo el concepto de personalidad, a modo de ejemplo, se plantea la personalidad desde tres miradas diferentes, las cuales podrían ser resumidas así:

2.1 Organización total de las tendencias reactivas, patrones de hábitos y cualidades físicas que determinan la efectividad social del individuo

2.2 Modo habitual de ajustes que el organismo efectúa entre sus impulsos internos y las demandas del ambiente

2.3 Sistema integrado de actitudes y tendencias de conductas habituales en el individuo que se ajustan a las características del ambiente.³

Así pues, es esperado suponer que la alteración de cualquiera de estos componentes puede generar un trastorno de personalidad y en el caso del TLP, hoy conocemos que la vulnerabilidad biológica, las experiencias psicológicas traumáticas y un contexto social inadecuado, típicamente invalidante, pueden dar lugar a la característica desregulación multidimensional de este trastorno.⁴ Sin embargo, no siempre es así y aunque se den factores considerados necesarios para desarrollar TLP, también existen factores protectores. Por ejemplo, si un individuo dispone de vulnerabilidad biológica, pero su entorno familiar es adecuado y validante y no se presentan experiencias traumáticas psicológicas, es poco probable que emerja un TLP.

Históricamente, el término diagnóstico de límite (borderline) aparece en el contexto del psicoanálisis. El término se empezó a utilizar por primera vez por Stern, en textos que datan de 1938, sin embargo, fue Pinel en 1801 quien definió su uso técnico en los escritos de la época, haciendo referencia a unos síntomas de desregulación emocional. Para ese entonces, la definía como "*manie sans délire*". Luego, en el desarrollo de otras aristas en psiquiatría, como la perspectiva biológica, se destaca



la notoriedad que dan autores como Akiskal, Siever y Davis y Widiger y dentro de la orientación biopsicosocial Cloninger, Millon y Linehan.⁴

Desde el origen psicoanalítico del concepto, la denominación límite obedece a una transición dinámica entre la neurosis y la psicosis, dado que clínicamente el trastorno involucra síntomas afectivos de gran expresión y teatralidad (neurosis) como aquellos con alteración del self y de micropsicosis.⁵

3. Epidemiología

Al igual que ocurre con otros diagnósticos psiquiátricos, el TLP tiene prevalencias altamente variables. Son diversas las razones que explican esta alta variabilidad. El descuido histórico que se ha otorgado a los trastornos de personalidad al privilegiar los diagnósticos de psicopatología mayor como los trastornos afectivos y los psicóticos graves, es una de ellas. También por la falta de profundidad diagnóstica en los estudios epidemiológicos de salud mental y, finalmente, por cierta apatía de algunos clínicos sobre este diagnóstico.

En la población general se estima una prevalencia cercana al 2%, ello es alrededor del doble de la presentación de esquizofrenia. Sin embargo, es llamativo como esta frecuencia aumenta en razón de los motivos de ingreso a hospitalización, donde se ubica entre el 18 y el 32%.

Hoy conocemos que su presentación es tres veces superior en las mujeres. Suele manifestarse en temprana edad, sin embargo, la intensidad mayor de los síntomas corresponde a la adolescencia y adultez temprana.^{6,7}

4. Etiología

Las enfermedades mentales son enfermedades complejas. En ellas interactúan dimensiones genéticas anidadas en un contexto ambiental favorecedor del trastorno. No se dispone de marcadores biológicos es-

pecíficos, en razón de ello, hasta ahora, la teoría biosocial es la que explica mejor su emergencia. Se requiere la vinculación simultánea de una vulnerabilidad biológica y la concurrencia de un ambiente invalidante. En la mayoría de los casos, existe una importante asociación entre experiencias traumáticas tempranas como violencia física, emocional o sexual con la modulación negativa de la expresión emocional y delimita los rasgos típicos de la desregulación: impulsividad, alteración del self y la presencia de distorsiones cognitivas.⁸

5. Manifestaciones clínicas

Hablar de TLP es sinónimo de inestabilidad. Clínicamente los pacientes presentan fluctuaciones significativas en distintas dimensiones capaces de generar malestar significativo que incluso puede comprometer la funcionalidad multidominio.

La inestabilidad se expresa en distintos órdenes. Prima la inestabilidad en las relaciones interpersonales. Un patrón irregular en el modo de relación con pares, familiares, parejas y superiores. Se caracteriza por una marcada alternancia entre la admiración y la descalificación, la asociación con patrones de apego inseguros, dependencia emocional y experiencias relacionales disfuncionales. Existe una dificultad para construir y sostener relaciones de amistad. Hay inestabilidad en el apego a la pareja y pueden cambiar frecuentemente de trabajo.

Asimismo, hay inestabilidad en los autoesquemas con importantes alteraciones en la autoimagen, el autoconcepto y la autoeficacia. Ello involucra una sensación crónica de vacío que acompaña casi la totalidad de los pacientes y es la dimensión que explica, entre otras formas de inestabilidad, la búsqueda de estímulos y la vinculación a conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas, las relaciones emocionales de dependencia, las conductas sexuales de riesgo, las compras compulsivas, los atracones de alimentos o prácticas de deportes de alto impacto.

La inestabilidad también se expresa en las manifestaciones conductuales, en las cuales priman la impulsividad, el autolesionismo y las conductas disfuncionales que amenazan la vida.

Finalmente, la típica manifestación de inestabilidad en el TLP es la emocional. Fluctuaciones arbitrarias, paroxísticas y frecuentes en el estado de ánimo llevan al paciente a experimentar ira, alegría, tristeza, vergüenza, culpa y disforia de manera casi simultánea, con breves períodos de estabilidad afectiva y con una significativa y disfuncional hiperreactividad emocional.

Suelen tener un umbral de estímulos emocionales significativamente inferior al resto de la población, es decir, estímulos aparentemente muy pequeños para otros, desencadenan respuestas emocionales superiores en ellos. A esto se suma que, una vez instalado el estímulo, la respuesta emocional se dispara a intensidades que superan las esperadas para la media poblacional y, finalmente, hay un lento retorno a la línea de base, significando que la activación autonómica, cognitiva y conductual es más duradera en el tiempo que la que ocurre en un individuo con regulación emocional.

La comorbilidad es otro importante elemento a considerar. En la mayoría de los casos, el TLP se acompaña de compromiso funcional y síntomas marcadores de diagnóstico de trastornos depresivos, espectro bipolar, trastorno por uso de sustancias (TUS), TDAH, trastorno de conducta, síntomas ansiosos y trastorno de personalidad histriónico y dependiente. Este elemento es muy importante considerarlo en el primer nivel de atención, toda vez que la mayoría de los médicos, incluyendo los psiquiatras, se ocupan de atender farmacológicamente los síntomas comórbidos, olvidado la génesis del cuadro y los retos terapéuticos que implica un trastorno de personalidad.

Finalmente, en la dimensión clínica del TLP hay unos elementos críticos que no pueden obviarse, las ideas crónicas de muerte, los intentos y gestos suicidas y, por supuesto, las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (CASIS). Se ha estimado que, en promedio, un paciente con TLP presenta 4 intentos suicidas, la mayoría de los casos corresponde a eventos de alta intensidad y baja letalidad, sin embargo, ello no disminuye el impacto sobre la salud, la calidad de vida, el sistema de salud y el ambiente del paciente. La tasa de suicidio en TLP es superior que en la población general, se estima que podría alcanzar entre el 8 y el 10% de los pacientes. Sumado a ello, los gestos autolíticos pueden alcanzar tasas preocupantes cercanas al 75%.⁹⁻¹¹

6. Aproximación diagnóstica


Es necesario iniciar con una premisa muy sentenciosa. No es fácil realizar el diagnóstico de TLP. En el contexto del primer nivel puede ser bastante retador hacerlo. Son múltiples las razones para afirmarlo. Su importante comorbilidad, lo llamativos y teatrales que pueden ser algunos síntomas, la recurrencia de los síntomas agudos, la persistencia de síntomas subagudos y la ausencia de tratamientos farmacológicos específicos.

El diagnóstico sigue siendo categorial. Se requiere el cumplimiento de 5 de los 9 criterios que recoge el DMS-5.¹² Por supuesto esta acción involucra varios peros. No tiene en cuenta el grado de sintomatología ni la gravedad del trastorno en cada paciente, no considera la ocurrencia de comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente los afectivos y los de la conducta y en la mayoría de los casos se presenta un solapamiento clínicamente relevante de diferentes categorías.

Los criterios del DSM-5 definen un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, alteración persistente en la autoimagen e inestabilidad del afecto, sumado a una marcada impulsividad.

Los síntomas inician temprano en la edad adulta, sin embargo, generalmente lo hacen en la adolescencia y se manifiestan en diferentes contextos por cinco o más de los criterios siguientes:

- 6.1** Esfuerzos frenéticos para evitar el desamparo real o imaginado.
- 6.2** Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 6.3** Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del self.
- 6.4** Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
- 6.5** Comportamientos, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.



6.6 Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

6.7 Sensación crónica de vacío.

6.8 Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlarla (exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

6.9 Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.¹²

7. Aproximación terapéutica

No hay duda, el tratamiento del TLP es la psicoterapia.¹³ La APA indica que el tratamiento psicoterapéutico es la elección y los psicofármacos son una modalidad coadyuvante, especialmente en momentos de agudización sintomática o cuando la gravedad de los síntomas lo demande.¹⁴ Es, por tanto, un manejo sintomático.

Iniciaremos con un recorrido por el componente farmacológico para cerrar con el tratamiento psicoterapéutico. La guía de la APA recomienda estructurar el tratamiento en función del predominio sintomático. En razón de ello, el uso de antipsicóticos se reserva para los síntomas cognitivo-perceptuales, asimismo para los síntomas conductuales y de alta impulsividad. Por su parte, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), se indican sólo para los síntomas afectivos y ansiosos. Desde la publicación de las recomendaciones de la APA (2001) hasta el momento actual, se han llevado a cabo diferentes ensayos clínicos aleatorizados con diferentes psicofármacos. Sin embargo, a pesar del incremento en la evidencia científica, a hoy no existe una indicación específica de uso de fármacos en el TLP.¹⁵⁻¹⁶

El abordaje psicoterapéutico para el TLP ha experimentado un importante desarrollo en las últimas décadas, existiendo diferentes modalidades de tratamiento con evidencia científica entre las que destacan la Terapia Dialéctica Conductual [Dialectical Behavior Therapy (DBT);

la Terapia Basada en la Mentalización [Mentalization-based treatment (MBT)]; la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia [Transference Focused Psychotherapy (TFP)]; y la Terapia Centrada en Esquemas.¹⁷ Estas psicoterapias corresponden a las denominadas terapias de tercera generación. De ellas, la que ha alcanzado la mayor evidencia y los mejores resultados ha sido la Terapia Dialéctica.¹⁸⁻¹⁹

8. Curso y pronóstico

Sabemos que un criterio diagnóstico de los trastornos de personalidad es la permanencia de los síntomas en el tiempo. Aunque es necesario anotar que en la práctica clínica se observa una variación importante en el curso de los síntomas y que estos no terminan siendo tan estables como se indica en la definición.²⁰ Particularmente en el TLP, la perspectiva actual sobre la evolución del trastorno es la de lo que algunos autores han denominado ‘inestabilidad estable’.²¹ A partir de los resultados de estudios epidemiológicos, el trastorno ha pasado de ser considerado como crónico y de mal pronóstico a tener unas expectativas mejores, registrándose tasas de remisión sintomática muy elevadas.²² Sin embargo, esta remisión más que un reflejo real de reducción sintomática, puede ser una muestra más de la inestabilidad característica del trastorno, pues se han detectado recurrencias en el 10 al 36% de los casos.²² Por todo ello, resulta obvio pensar que la evolución del trastorno podría ser distinta en función del perfil clínico que presenta el paciente. Otro aspecto relacionado con el curso del TLP que ha sido cuestionado recientemente hace referencia a la edad de inicio del mismo, teniendo en cuenta que se dispone de evidencias en relación a la manifestación de síntomas clave del trastorno ya desde la adolescencia.²³

9. Conclusión

El TLP es un trastorno altamente prevalente, corresponde al principal diagnóstico de trastornos de personalidad. Su prevalencia aumenta en razón de poblaciones clínicas, especialmente en los servicios de hospitalización. Se caracteriza por una inestabilidad multidominio que compromete la funcionalidad del paciente. Es más prevalente en mujeres

y se acompaña de alta impulsividad, pobre tolerancia a la frustración y alteraciones en los autoesquemas. La evidencia científica orienta al uso de la psicoterapia como primera opción y sólo utilizar psicofármacos en contexto de síntomas graves.

Referencias

1. Beck A, Freeman A. Principios generales de la terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Ed Paidós. 1995.
2. Allport G. Pattern and grown in personality. New York: Holl, Rinehart & Winston; 1961.
3. Svrakic D, Draganic S, Hill K. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic and treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 106:189-195.
4. Bateman A, Fonagy P. The development of borderline personality disorder a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*. 2008; 22(1):4-21.
5. Mosquera D. Trastorno límite de la personalidad. Profundizando en el caos. España: Ediciones Pléyades; 2007.
6. Oldham JM. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
7. Dimeff A, McDavid J, Linehan M. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: a review of the literature and recommendations for treatment. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 1999; 6:113-138.
8. Garnet E, Levy N, Mattanah JF, Edell W, Mcglashan H. Borderline personality in adolescents: ubiquitous or specific? *American journal of psychiatry*. 1994; 151:1380-1382
9. Andión Ó., Ferrer M, Di Genova A, Calvo N, Gancedo B, Matalí J *et al*. The SCID-II and DIB-R interviews: Diagnostic association with poor outcome risk factors in Borderline Personality Disorder. *Psicothema*. 2012; 24:523-528.
10. Aragonés E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol JL. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27:171-174.
11. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry*. 2010; 196:4-12.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª ed. USA: American Psychiatric Publishing. 2013.
13. Gunderson JG. Clinical Practice. Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*. 2011; 364:2037-2042.
14. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(10 Supplement):1-52.
15. Fórum de Salut Mental y AIAQS (coords.). Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2011.
16. Kendall T, Burbeck R, Bateman, A. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. *British Journal of Psychiatry*. 2010. 196:158-159.

17. Kleindienst N, Krumm B, Bohus, M. Is transference-focused psychotherapy really efficacious for borderline personality disorder? *British Journal of Psychiatry*. 2017; 198:156-157.
18. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press;1993.
19. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 2012; 169:650-661.
20. Gutiérrez F, Vall G, Peri JM, Baillés E, Ferraz L, Gárriz M, Caseras X. Personality disorder features through the life course. *Journal of Personality Disorders*. 2012; 26:763-774.
21. Leichsenring F, Lebin E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011; 377:74-84.
22. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 2012; 169:476-483.
23. Goodman M, Mascitelli K, Triebwasser JJ. The neurobiological basis of adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 22:212-219.