

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS TRATAMIENTOS APLICADOS AL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Juliana Berrío Escudero
Mariana González Taborda¹

Resumen

Teniendo en cuenta que cerca del 40,8% de la población colombiana de 18 años en adelante tiene 1 o 2 rasgos de personalidad límite según la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, se desarrollará en este artículo la revisión de los tratamientos con enfoque Cognitivo-Conductual, Dialéctico Cognitivo e Integral para un trastorno asociado a este tipo de personalidad, el trastorno de personalidad emocionalmente inestable.

Para este fin, se utilizará una metodología comparativa entre las propuestas de tratamiento de los tres enfoques, especialmente abordando la eficacia de cada uno.

Exposición de las terapias

Para empezar este artículo acerca de los tratamientos empleados para el Trastorno límite de la personalidad, es importante considerar primero las características principales de determinado trastorno.

Inicialmente, el término “Line” era utilizado para los pacientes que presentaban un conjunto de síntomas que los ubicaba entre la neurosis y la psicosis, posteriormente se usó para todos los casos difíciles de diagnosticar.

Según la Guía Clínica para manejo de trastornos de la personalidad elaborada por Colombiana de Salud S.A, el Trastorno límite de la personalidad está caracterizado por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad

¹ Estudiantes de pregrado en Psicología de la Universidad de Antioquia. Correos electrónicos: julianaberrioescudero@gmail.com mariana.gonzalez@udea.edu.co



y una notable impulsividad que comienza a principio de la edad adulta y se expresa en diferentes ámbitos. En la misma guía se diferencian dos tipos contemplados en el CIE 10: El Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y el Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.

El DSM-V caracteriza a las personas afectadas por un Trastorno de la personalidad limítrofe como pacientes en una constante crisis emocional o del comportamiento. Suelen apearse con intensidad a otros y luego rechazarlos de igual manera. La marcada impulsividad puede llevarlos a autolesionarse o incurrir en otras actividades potencialmente lesivas. Se asocia a una baja calidad de vida y a altos costos sociales.

Debido a las características del trastorno, a la compleja problemática que presentan estos pacientes, a los altos niveles de deserción del tratamiento y los elevados costos para los sistemas de salud del mismo, surgió la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para el TLP (Trastorno límite de la personalidad). A partir de esto, han surgido diferentes terapias con el objetivo de tratar este trastorno, entre ellas, la Dialéctica-Conductual, la Cognitivo-Conductual, el Tratamiento Integral, entre otros; los anteriormente mencionados son los que se desarrollan en el presente artículo.

Para empezar, la Terapia Dialéctica Conductual o DBT, por sus siglas en inglés, es la que ha presentado mayor evidencia empírica para el tratamiento de este trastorno. Se fundamenta en un tratamiento cognitivo-conductual propuesto por Marsha Linehan (1993) que se concibió originalmente para tratar pacientes con suicidabilidad crónica y autolesiones. (Cordero & Elices, 2011).

Se basa en una teoría biosocial la cual propone que la etiología de este trastorno tiene componentes tanto biológicos como ambientales. La disrupción emocional concebida en el TLP como la disfunción primaria se relaciona ampliamente con los patrones conductuales propios de este trastorno, visto desde este modelo. Es por esto que se propone que las diferentes desregulaciones (cognitiva, interpersonal y la conductual) que están presentes en el trastorno están encabezados por la disrupción emocional.

Los comportamientos disfuncionales se conciben como intentos maladaptativos de regular la emoción o como consecuencia de la falta de habilidades para regular la emoción, así que se plantea que los individuos con TLP tendrían una vulnerabilidad biológica a la disrupción emocional que se entrelazaría con una crianza en un ambiente invalidante. En este modelo se le atribuye suma importancia a la impulsividad temprana en la etiología del TLP, siendo esta

independiente de la falta de regulación emocional, pero que constituye un factor de vulnerabilidad para su surgimiento.

Se hace uso de la filosofía dialéctica la cual propone que la realidad está compuesta por fuerzas opuestas que están en tensión, en este caso la aceptación y el cambio. Esto se debe a que se ha evidenciado que los tratamientos que focalizan únicamente uno de los anteriores componentes, no tiene tan buenos resultados como la DBT.

En esta línea, la estructura del tratamiento se conforma con cuatro instancias: la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, la consultoría telefónica y reuniones de consultoría del equipo terapéutico. Lo que pretenden estas es establecer un vínculo y una figura de apoyo para el paciente, desarrollar de manera grupal habilidades que ayuden a disminuir algunos comportamientos disfuncionales, suponer un apoyo para los momentos de crisis y brindar un apoyo a los terapeutas individuales de manera que sirva de entrenamiento en habilidades para tratar dificultades que puedan presentarse; respectivamente. Todo lo anterior se trabaja a lo largo del tratamiento, el cual tiene unas etapas, la primera hace referencia a la fase de pre-tratamiento que se enfoca en identificar cuáles son las prioridades para la DBT, a partir de la información que ha obtenido del paciente. Posteriormente se trabaja en la relación a la sintomatología de estrés postraumático, ya que según estudios se ha encontrado una correlación entre abusos físicos en la infancia y adolescencia en pacientes con DBT (Cordero & Elices, 2011). Finalmente se pretende aumentar el autorespeto y alcanzar objetivos personales. Sin embargo, aun cuando las etapas se describen de una manera lineal lo frecuente es que el paciente se mueva entre una y otra.

Existen determinadas estrategias que soportan esta terapia, estas podrían clasificarse en cuatro categorías, no obstante, las que se consideran componentes esenciales son: las estrategias centrales y las dialécticas (Cordero & Elices, 2011). Las primeras se fundamentan en la validación por medio de la aceptación de los comportamientos, emociones y pensamientos del paciente, y la resolución de problemas que se enfoca en promover el cambio. Las segundas estrategias, se basan en la consideración de que la tensión dialéctica más significativa es la de “lograr el cambio en un contexto de aceptación de la realidad tal cual es” (Cordero & Elices, 2011, p. 142). Para trabajar en esto Linehan propone 8 estrategias que ayudarán al terapeuta desarrollar conductas dialécticas que sirvan de modelo.

Por otra parte, se ha utilizado también el Tratamiento Cognitivo - Conductual. Este se basa, en parte, en la terapia cognitiva propuesta por Aaron Beck. Para cambiar los esquemas utilizando las técnicas de modificación cognitiva, (Beck & Freeman, 1995) proponen 6 pasos: 1) Fomentar una relación de confianza con el paciente, esto proporcionará al especialista la oportunidad de observar los problemas relacionales del paciente como se producen, para no confiar plenamente en su descripción. El objetivo inicial debe centrarse en la conducta y debe exigir poca introspección para que resulte menos amenazante para el paciente para afianzar el lazo de confianza es importante la psicoeducación en esta fase, 2) reducir el pensamiento dicotómico, es decir, demostrarle al paciente que piensa de determinada manera y que no le conviene hacerlo para ellos se puede recurrir a ejemplos de su vida y se utiliza el diálogo socrático. El objetivo es que el paciente incorpore el método para que cuestione su forma de pensar, 3) control creciente de las emociones, se debe demostrar que las expresiones emocionales no necesariamente tienen consecuencias negativas, se trabaja reconceptualizando las emociones haciendo énfasis en que el aspecto a modificar es su manera de expresión, 4) Mejorar el control de la impulsividad, el paciente debe mejorar su capacidad de elegir si actuará o no basado en un impulso, para esto debe identificar en impulso antes de actuar, posteriormente se exploran alternativas de respuesta para inhibir la respuesta automática, 5) Fortalecer el sentido de identidad se deben esclarecer las metas, prioridades y logros del paciente proporcionando retroalimentación a las buenas decisiones y acertados comportamientos que este vaya adquiriendo y 6) Abordar los supuestos de base, se recurre a experimentos conductuales para poner a prueba las creencias subyacentes del paciente.

Se debe considerar la convicción del paciente de que tiene una falla que inevitablemente provocará rechazo en su entorno, por esto es necesario que considere el precio que paga por evitar la intimidad.

La otra parte que compone esta terapia es la propuesta por Marcha Linehan, la cual plantea para este tratamiento cuatro estadios que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades, estos son: El estadio uno apunta al autocontrol de sus acciones y de su vida, se trabaja explícitamente sobre intentos de suicidio, el estadio dos apunta a reducir la angustia postraumática, procesando los hechos traumáticos de la infancia, se recurre al recuerdo o al juego de roles, el tercer estadio trabaja sobre la resolución de problemas y el incremento del autorespeto, el trabajo se dirige al autoestima, la autoconfianza y la autonomía, todo esto independiente de la valoración externa, incluida la del terapeuta, el cuarto y último estadio

intenta lograr el sostenimiento de la alegría, los objetivos se relacionan con ampliar la consciencia y la plenitud espiritual.

El tratamiento Integral del Trastorno límite de la personalidad es otra alternativa para el DBT. Si bien lo que propone esta terapia es un abordaje integral, es decir, psicofarmacológico y psicoterapéutico. El tratamiento del paciente con TLP se puede presentar tanto de manera ambulatoria (centro de salud mental) a través de psicoterapia individual y/ grupal, debido a que tienen sintomatología poco intensa y/o un adecuado nivel funcional, que en estos casos puede no ser necesario un tratamiento psicofarmacológico; en casos con una sintomatología un poco más severa y/o un menor nivel funcional, puede ser necesario el ingreso hospital de día o unidades de hospitalización (unidades especializadas), en esta medida es más frecuente el uso de psicofármacos más psicoterapias individual, familiar y grupal, lo que constituye un tratamiento disciplinar.

No obstante, el tratamiento Integral no se limita únicamente al hospital de día o unidades de hospitalización, se puede también llevar a cabo, con la vigilancia y precaución adecuada, en centros de salud mental, por ejemplo. Aunque lo más frecuente es que sea en el hospital de día donde más se pueda aplicar

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, este no constituye la parte más significativa de este tratamiento debido a la falta de evidencia que demuestre ninguna especificidad o eficacia de una fármaco determinado, esto podría atribuirse a las limitaciones del diseño de los estudios, a saber: la variabilidad de criterios diagnósticos, la alta frecuencia de comorbilidad del eje I y/o eje II con el TLP y la alta frecuencia de abandonos asociados a la alta inestabilidad de los pacientes (García, Martín & Otín, 2010). Sin embargo, se emplean psicofármacos que tratan el síntoma estado y la vulnerabilidad del rasgo, en este caso se pueden utilizar ISRS, antipsicóticos, Litio y eutimizante: en casos de comorbilidad se trata también la depresión, pero se tiene sumo cuidado con el uso de las benzodiazepinas ya que se pueden presentar reacciones contrarias a las ansiolíticas, como la inquietud y la agitación.

La psicoterapia constituye la parte fundamental de este tratamiento, ya sea con un enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual o psicodinámico. Los programas integrales que se trabajan en hospitales de día, que es donde generalmente se aplica, suelen enfocar su trabajo en psicoterapia individual y de grupo, tratamiento psicofarmacológico sintomático, trabajo de las habilidades sociales, trabajo en terapia ocupacional y supervisión de los casos.

Discusión de la eficacia

Se han realizado múltiples estudios para determinar la eficacia de los tratamientos para el Trastorno límite de la personalidad, como revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados. Entre los principales programas de tratamiento está la terapia dialéctico conductual, que se propone como la que mayor eficacia ha presentado, debido a que ha tenido amplia difusión a través de múltiples contextos clínicos y trastornos psiquiátricos. Como tratamiento para el DBT se ha demostrado su efectividad en la reducción de varios problemas relacionados con el trastorno como las autolesiones, intentos de autoeliminación, ideación suicida, depresión, desesperanza y comportamientos asociados a la bulimia. Aunque no se ha encontrado cuál de los componentes del tratamiento es el más efectivo. En comparación con las demás terapias, en la variable de disminución de parasuicidio es tan eficaz la DBT como la TCC, esta última solo reduce significativamente el número de suicidios si se incluye el año de seguimiento (Lara et al, 2013).

La revisión sugiere que la adhesión al tratamiento depende tanto de la terapia en sí como de la formulación, criterios y objetivos del estudio que lo esté evaluando o comparando con otros modelos terapéuticos, ya que si este es realizado por el autor que desarrolló el modelo se evidencia una menor deserción en los pacientes, además de la influencia del enfoque en cada terapia, también es importante considerar si se tiene en cuenta tanto el abandono del tratamiento como el rechazo de este. (Lara et al, 2013). Sin embargo, se ha cuestionado si la adherencia al tratamiento puede aceptarse como prueba de eficacia, ya que hay múltiples variables para determinar esta adherencia. Esto último, es una de las razones que dificulta realizar estudios acerca de la efectividad de los tratamientos para el Trastorno límite de la personalidad, ya que en cada uno de los estudios realizados para medir la eficacia se trabaja sobre variables diferentes del trastorno, lo que presupone altas dificultades al momento de diseñarlos además de que factores como la alta deserción del tratamiento.

Es importante considerar la opción de desarrollar estudios que permitan posteriormente una mejor visión de la efectividad de un determinado tratamiento y cuáles son los componentes que realmente tiene una eficacia significativa en la sintomatología del Trastorno límite de la personalidad.

Conclusiones

Para el tratamiento del Trastorno límite de la personalidad algunas de las terapias más utilizadas son la Cognitivo-conductual, la dialéctica- conductual y la integral. Cada una difiere en cuanto a los objetivos de intervención, los cuales se basan en una fundamentación teórica propuesta por quienes postulan la terapia.

En esta línea la terapia Cognitivo-conductual la cual se basa en la terapia cognitiva de Aaron Beck que busca cambiar los esquemas del paciente utilizando las técnicas de modificación cognitiva. Se considera la convicción del paciente acerca de la falla que inevitablemente provocará rechazo en su entorno para que este visualice el precio que paga por evitar su intimidad. También se fundamenta en la propuesta de Marsha Linehan que plantea cuatro estadios cuyo principal énfasis es el aprendizaje de ciertas habilidades.

La dialéctica-conductual se fundamenta en el tratamiento propuesto por Linehan el cual se basa en una teoría biosocial y en la filosofía dialéctica. La estructura del tratamiento se conforma por cuatro instancias: la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, la consultoría telefónica y reuniones de consultoría del equipo terapéutico. Todas estas pretenden el establecimiento de un vínculo entre el paciente y el terapeuta y la enseñanza de habilidades de afrontamiento, principalmente.

La Terapia integral propone un abordaje de tipo integral, es decir, psicofarmacológico y psicoterapéutico. Se analiza la intensidad de la sintomatología del paciente y el lugar donde se lleva a cabo la intervención para determinar el tipo de tratamiento.

En cuanto a la efectividad de estos tratamientos, se considera que es la terapia Cognitivo-conductual la que mayor eficacia ha logrado debido a la evidencia empírica que esta presenta y a su amplia difusión. Para determinar la eficacia de los diferentes tratamientos se analizan variables como la efectividad de los determinados componentes que conforman las terapias y la adhesión al tratamiento.

Se concluye la importancia de considerar la opción de desarrollar más estudios que permitan identificar la efectividad de un determinado tratamiento y cuáles son los componentes que realmente tienen una eficacia significativa en la sintomatología del Trastorno límite de la personalidad.

Recomendaciones

Después de reflexionar acerca de varios puntos importantes a la hora de evaluar la eficiencia de las terapias psicológicas que tienen como objetivo disminuir el malestar causado por el Trastorno límite de la personalidad, es posible entender que la investigación al respecto ha sido suficiente, esto evidenciado en que figuran varios modelos terapéuticos, la mayoría con claros fundamentos teóricos y resultados positivos basados en evidencia. Sin embargo, se debe resaltar la importancia de tener en cuenta que, al tener cada propuesta de intervención objetivos diferentes que radican en las diferencias teóricas de quienes las postulan, es difícil comparar o dar un orden de eficacia calificando uno u otro como “mejor” o “peor”, ya que se hace ingenuo medir tratamientos diferentes con los mismos parámetros.

No obstante, es importante considerar que, en las diferentes terapias, por ejemplo, en la DBT, no se ha identificado aún el componente que está directamente relacionado con la eficacia del tratamiento para el TLP, por lo que sería apropiado realizar estudios e investigaciones que profundicen en este aspecto.

Referencias bibliográficas

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

De la vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.

Elices, M. y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3, 132-152.

García, M. T., Martín, M. F., y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de la personalidad. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 30(106), 263-278.

Lana, F. y Fernández, M. I. (2013). ¿Hasta qué punto las psicoterapias específicas para el trastorno límite de la personalidad son eficaces? Una revisión sistemática de los estudios controlados aleatorizados publicados. *Actas Esp Psiquiatría*, 41(4), 242-252.

Sarmiento, M.J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 149-163.

Torres, T.E. (2007). TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: Tratamiento desde un enfoque Cognitivo Conductual. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(3), 174-371.