

Tratamientos cognitivo-conductual y psicoanalítico del trastorno límite de la personalidad

Cognitive-behavioural and psychoanalytic treatments of borderline personality disorder

Anaí Rangel-Rodríguez^a, Gelacio Guzmán-Díaz^b, Jesús Cisneros-Herrera^c

Abstract:

Borderline Personality Disorder (BPD) is a pathology characterized by several symptoms, such as affective instability, feelings of emptiness, psychotic episodes, dichotomous thoughts, cognitive distortions, impulsivity, fear of abandonment, and self-harm behaviors. Since it is a psychiatric disorder, pharmacologic treatment becomes necessary and primordial. However, it is also important to complement it by psychological treatment. In this paper, two options for psychological treatment of BPD are described. On the one hand, cognitive-behavioral treatment is focused on regulation of patient's thoughts and behaviors, and on the other hand, psychoanalytic therapy includes both individual treatment and group treatment. At the end, some medications used in the treatment of BPD are mentioned. Its usefulness is informative, and it is emphasized the multidisciplinary approach.

Keywords:

Borderline Personality Disorder, cognitive-behavioral therapy, psychoanalytic therapy, pharmacologic treatment

Resumen:

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una patología caracterizada por diversos síntomas, entre ellos, inestabilidad afectiva, sentimientos de vacío, episodios psicóticos, pensamientos dicotómicos, distorsiones cognitivas, episodios de impulsividad, miedo al abandono y conductas auto lesivas. Al ser un desorden psiquiátrico el tratamiento farmacológico resulta necesario y primordial, sin embargo, se considera importante acompañarlo con tratamiento psicológico. En el presente trabajo se describen dos alternativas psicológicas para el tratamiento del TLP, el tratamiento cognitivo conductual enfocado a la regulación de los pensamientos y comportamientos del paciente, y por otro lado, la terapia psicoanalítica cuyo abordaje contempla tanto el tratamiento psíquico individual como el grupal. Finalmente, se mencionan algunos fármacos utilizados en el tratamiento del TLP, cuyo valor es informativo, y se enfatiza la importancia del abordaje multidisciplinario.

Palabras Clave:

Trastorno Límite de la Personalidad, tratamiento Cognitivo-conductual, tratamiento psicoanalítico, tratamiento farmacológico

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Los pacientes limítrofes, suelen realizar intentos desesperados por evitar el abandono real o imaginario,

mantiene también un comportamiento temerario, amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas, sensación crónica de vacío, enfado inapropiado e intenso y dificultad para controlar la ira, así como ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos (1).

Al indagar en la etiología del TLP, los estudios comprueban que los pacientes que poseen este trastorno muestran una prevalencia significativamente mayor que

^a Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0003-3956-4228>, Email: ra341356@uaeh.edu.mx

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0003-4869-8658>, Email: gelacio_guzman@uaeh.edu.mx

^c Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0003-1370-8086>, Email: jesus_cisneros@uaeh.edu.mx

la población general de experiencias de abuso/violencia y de patrones de apego desorganizado en la infancia (2). Sin embargo, tampoco pueden descartarse por completo otras posibles causas como; los factores genéticos o fisiológicos. Es decir, si los familiares de primer grado sufren TLP, trastorno por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno depresivo o bipolar (1).

Este trastorno es diagnosticado con mayor frecuencia en las mujeres (75%). El diagnóstico del TLP en la población general se estima en 1.6%, pero podría ser tan elevada como un 5.9%. Ya que no todos los pacientes acuden a atención clínica. La atención primaria es de entre 6% y 10%, entre los pacientes que acuden a los centros de salud mental y 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Las cifras se reducen en los pacientes de mayor edad (1).

La comorbilidad de este trastorno suele incluir trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, trastornos del estado de ánimo, en especial con los trastornos depresivos, cambio de personalidad debido a alguna afección médica, problemas de identidad u otros trastornos de la personalidad. Es el trastorno bipolar la patología considerada más difícil de diferenciar en los pacientes TLP. Sin embargo, los factores más importantes con los que puede diferenciarse de este son: inestabilidad afectiva, la evolución de los trastornos y la impulsividad (3).

Las características de este trastorno son diversas y van desde las conductuales hasta las características cognitivas. Los pacientes límite poseen aspectos cognitivos peculiares de su trastorno, como: a) emociones contrarias; b). pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo; c) falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones; d) incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento, lo cual produce una regresión a un pensamiento cuasi psicótico, con ideas paranoides y síntomas disociativos; e) falta de un sentido estable de quiénes son; f) sentimientos de vacío; g) pensamientos anticipatorios de abandono y todo lo que implica tener una autoimagen insegura; h) temor excesivo a que les desprecien; i) las personas significativas para los sujetos con un TLP se mueven entre la idealización y la devaluación repentina (4).

Como ha sido mencionado anteriormente, el TLP es un espectro diverso, el cual no se presenta de manera uniforme. Es por ello que al día de hoy se han identificado dos categorías de trastorno límite. El de tipo impulsivo, el cual debe cumplir al menos dos criterios de entre los siguientes: a) predisposición a actuar de manera impulsiva sin tener en cuenta las consecuencias de los actos; b) frecuentes conflictos con los demás, especialmente cuando se oponen a los deseos

personales; c) arrebatos de ira y violencia y dificultad para el autocontrol; d) dificultades para implicarse en actividades duraderas sin obtener recompensas inmediatas; e) estado de ánimo inestable y caprichoso (5).

Y, por otro lado, se localiza el de tipo límite, para el que se requieren al menos tres de las siguientes características: a) alteraciones o dudas acerca de los objetivos o de la imagen de uno mismo; b) implicación en relaciones tormentosas e inestables; c) esfuerzos excesivos para evitar ser abandonado; d) amenazas o actos de agresión hacia uno mismo; e) sensaciones crónicas de vacío (5).

Tratamientos cognitivo-conductuales

El tratamiento cognitivo conductual ha sido de las áreas con mayor interés en el tratamiento de esta patología, es por ello que su aplicación se ha centrado principalmente en la modificación de conductas problemáticas, por lo que tiene cuatro principales objetivos generales; 1. La disminución de síntomas. 2. Modular el temperamento. 3. La reducción del deterioro en el funcionamiento social. 4. Modificar el carácter o esquemas de la personalidad. Es importante mencionar que la modulación del temperamento y la modificación del carácter o esquemas implican la modificación cognitiva (6).

En cuanto al aspecto conductual del TLP, la comprensión del comportamiento tiene como objetivo que la conducta meta de estudio sea observada cumpliendo la interacción del sujeto con en el entorno como un todo. Por ello, en este tratamiento se emplea el análisis funcional. Este análisis es considerado el fundamento de la intervención conductual. Consta en el análisis de las relaciones del sujeto consigo y con su contexto. Se lleva a cabo mediante la recolección y descripción de datos de las conductas que constituyen el núcleo del problema del paciente, que lo generan y/o mantienen, sus antecedentes y sus consecuentes. Por lo que una intervención eficaz debe alterar la función de las conductas desadaptativas y la sintomatología (7).

Los pacientes limítrofes presentan una serie de conductas que son consideradas como problemáticas para el resguardo de su propia integridad, algunas de ellas son: gastos innecesarios que rebasan sus ingresos, irresponsabilidad en cuanto al tema de sexualidad, consumo de drogas, conducción temeraria, atracones alimenticios, episodios intensos de disforia, irritabilidad, ansiedad, exhibición frecuente de genio, peleas físicas recurrentes, enfado constante, etc. (1). Sin embargo, los principales problemas conductuales son: el suicidio y la autoagresión (8).

El tratamiento cognitivo – conductual brinda distintos tipos de terapias que pueden ser utilizadas para el espectro límite:

- A. La terapia cognitiva de Beck que tiene como objetivo cuestionar los patrones de pensamiento disfuncional del sujeto. Los pensamientos son considerados como hipótesis por lo que el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que el paciente evalúe y someta a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos. Esto con el fin de modificar los esquemas de modo que se vuelvan menos inflexibles o extremos (aspecto considerado básico en los pacientes limítrofes). Un esquema es definido como una estructura cognitiva que aprehende y categoriza la información relativa a una porción de la realidad, es decir, una creencia nuclear latente, que regula la forma en que una persona se concibe a sí misma y al mundo, se trata de creencias absolutas (3). Una de esas intervenciones es la psicoeducación sobre el papel de los esquemas en el desarrollo y mantenimiento de la patología.
- B. La terapia cognitiva centrada en los esquemas de Young, está basada en la modificación de los esquemas tempranos desadaptativos. Definiendo este tipo de esquemas como la consecuencia de una interacción entre las necesidades centrales no satisfechas en la infancia, experiencias tempranas y el temperamento innato del niño. Estos esquemas reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo en relación al ambiente, en función de que son autoperpetuados y claramente disfuncionales, con frecuencia se activan por acontecimientos relevantes o coherentes con un esquema concreto, y están asociados con altos niveles de afecto (9). Refiriéndose, a los eventos traumáticos en la infancia, que traen como consecuencia el miedo al abandono, falta de amor, desconfianza, etc. Esto es congruente con el hecho de que una gran parte de los pacientes sufrieron abuso, maltrato o algún tipo de trauma durante la infancia. Durante el tratamiento cognitivo, el terapeuta deberá identificar las circunstancias infantiles que rodearon la génesis de los esquemas desadaptativos que haya identificado en su paciente.
- C. La terapia centrada en los esquemas utiliza cómo técnica de tratamiento la revisión de evidencia que apoyan los esquemas de forma crítica, la meta de esto es intentar contradecir la información negativa que el paciente utiliza para probar el esquema. Con base en la técnica de descubrimiento guiado,

mediante la cual el cliente y el terapeuta trabajan, en colaboración, para encontrar una forma diferente de ver las cosas (9).

- D. La terapia dialéctica conductual de Linehan, define la vulnerabilidad a las experiencias emocionales como el papel de la familia como contexto socio-cultural en el que se limitan ciertas prácticas de expresión emocional o de reconocimiento de las propias emociones. Y a la disregulación emocional, como la dificultad en la capacidad de modular la respuesta fisiológica relacionada con la emoción y la implementación de estrategias para responder de forma ajustada al contexto. Este tratamiento considera que la vulnerabilidad a las experiencias emocionales y la disregulación emocional son el núcleo del factor individual en este trastorno. Esta disregulación emocional implica: dificultades para modular la activación psicofisiológica; orientar, mantener o reorientar la atención y mantener un procesamiento cognitivo eficaz; inhibir acciones impulsivas disfuncionales dependientes del ánimo; dosificar la intensidad emocional; organizar la conducta al servicio de metas de largo plazo y no al mero alivio emocional de corto plazo. Desde la perspectiva dialéctica la conducta solo puede ser considerada desde su contexto y en el del observador que intenta comprenderla. Esta terapia distingue cinco tipos de estrategias terapéuticas: a) las dialécticas son el entrar en la paradoja y el uso de metáforas; b) las centrales son la validación y la resolución de problemas; c) en las estilísticas se cuentan la comunicación recíproca y la comunicación irreverente; d) las de manejo del caso son las que apuntan a estructurar el entorno y; e) las integradas son las relativas a la consulta o supervisión de los terapeutas (3). Este tratamiento cuenta con mayor evidencia empírica que las anteriores y que tiene cuatro objetivos principales: mejorar la eficacia interpersonal, regular las emociones, aumentar la tolerancia al malestar e incrementar el autocontrol en la población limítrofe (6).

La aplicación de cualquier tipo de terapia de corte cognitivo – conductual requiere de una serie de modificaciones constantes, una intensa relación terapeuta-paciente, en la cual el sujeto encuentre apoyo emocional y a diferencia de otros trastornos mentales. Es recomendado al menos un año de tratamiento estructurado y no meramente limitado a los síntomas observados, tareas sistemáticas y establecer los objetivos de forma limitada. Todo esto sin dejar de tener en cuenta que existen algunas conductas que no son meramente cambiables en el sujeto (8).

Tratamientos psicoanalíticos

Sin embargo, existen otros tipos de terapias que también se han interesado en el tratamiento del TLP en gran medida. Cómo la terapia enfocada en la transferencia la cual es una aproximación al psicoanálisis tradicional. Define el concepto de transferencia como la relación que se produce en la situación terapéutica entre el analista y el paciente. Evocando su realidad psíquica, utilizando la figura del analista para revivir fantasías inconscientes. Parte de que los “cimientos de la personalidad” se hallan en las experiencias relacionales tempranas interiorizadas, en el caso del TLP esta organización es denominada como “difusión de la identidad”. Sin embargo, se logra diferenciar en que el papel del terapeuta es activo, trabajando así la relación con el paciente, explorando y aclarando algunos aspectos de la misma, son utilizadas “técnicas esenciales del psicoanálisis”: la interpretación, el análisis de la transferencia, y la neutralidad técnica, el procedimiento se lleva a cabo mediante la sistematización de las intervenciones en cada sesión, las cuales se llevan a cabo de manera “cara a cara”, con un mínimo de dos veces por semana. Ha demostrado niveles altos de alivio de la ira y la reducción de conductas agresivas (10).

Existe, por el lado contrario la psicoterapia de grupo que es considerada una terapia expresiva, reconstructiva y de esclarecimiento. Su duración es de largo plazo e indefinida, ha resultado ser una psicoterapia efectiva para el tratamiento de los pacientes límite, debido a las ventajas inherentes al proceso grupal. La autocompasión y el altruismo son los aspectos más valorados por estos sujetos. Los beneficios de la terapia grupal incluyen: la disminución de la intensidad de las relaciones de transferencia al proporcionar numerosas relaciones interpersonales y múltiples blancos emocionalmente significativos; la producción de una regresión terapéutica más controlada que en la psicoterapia individual; el aumento de las oportunidades de múltiples identificaciones y de recepción de la retroalimentación de los pares; la influencia de la presión de los pares para contener las conductas relativas a la actuación de los impulsos y una prueba de realidad más firme a través de la interacción social (11).

Otra forma de tratamiento es el tratamiento basado en la mentalización. Es una terapia desarrollada especialmente para el tratamiento de este trastorno. Este tratamiento define el concepto de mentalización como la capacidad del paciente para percibir e interpretar la conducta como estrechamente relacionada con estados mentales intencionales, basándose en el supuesto de que nuestros estados mentales influyen en nuestra conducta. Desde la perspectiva de esta terapia, los síntomas del TLP podrían considerarse como el resultado de una supresión parcial y específica de la mentalización, suelen

fracasar cuando viven una situación con un elevado nivel de actividad emocional, especialmente en las relaciones de apego intensas, especialmente cuando existe algún evento traumático en el historial clínico.

Lo que podría interpretarse como una estrategia de defensa aprendida en la primera infancia. Las “conductas manipuladoras” de los pacientes límite pueden considerarse como un intento de restauración de la coherencia del self, mediante “identificación proyectiva”. El tratamiento se divide en tres fases. Fase inicial: se busca que el paciente se involucre en su tratamiento, además se evalúa su capacidad de mentalización. En la fase media; se incluye terapia individual y grupal, mientras el terapeuta controla la contratransferencia. Mediante la fase final, se prepara al paciente trabajando los sentimientos de pérdida y el mantenimiento de los logros. Finalmente, el objetivo es que el paciente logre percibirse como un sujeto “agente” detrás de cuyas conductas existen creencias, pensamientos, deseos y afectos propios, que surgen de su propia mente. Solo de esta manera logrará sentirse dueño de sí (12).

Existe una terapia que puede considerarse como partidaria en la comprensión de este trastorno. Es la terapia de corte psicoanalítico que mantiene gran parte de su interés terapéutico en el TLP. Esto lo hace más susceptible a las intervenciones. Desde este punto, el TLP, con sus características de inestabilidad, difusión de la identidad, imprevisibilidad y licuefacción de las fronteras, exprime otro tipo de sufrimiento de la identidad. Al contrario que en la histeria, el malestar no se da por exceso sino por debilitamiento de los organizadores de la identidad, de los sistemas simbólicos, de los contenedores colectivos que hacían de conectores y de la transmisión transgeneracional de la vida psíquica.

Las mejoras producidas por la terapia han sido tan estables y duraderas como prueba contra las vicisitudes ambientales posteriores y tan libres del requisito del contacto complementario después del tratamiento, apoyo o ayuda terapéutica adicional como los cambios. El enfoque principal está en los temas dominantes cargados de afectos que emergen en la relación terapéutica en el aquí y ahora de la transferencia. Al comienzo del tratamiento, se establece una jerarquía de problemas: la contención de comportamientos suicidas y autodestructivos, las diversas formas de destruir el tratamiento, y la identificación y recapitulación de patrones relacionales de objetos dominantes tal como se experimentan y expresan en el presente y ahora de la relación de transferencia (13).

Tratamiento Farmacológico

A pesar de contar con diversas opciones de tratamientos terapéuticos. No se descarta el tratamiento

farmacológico, el cual es considerado útil en casos de pacientes límite, usando así cuatro principales medicamentos. Antidepresivos utilizados para reducir la disforia asociada al rechazo personal, para síntomas como la irritabilidad, la hostilidad y las autoagresiones que manifiestan las personas con TLP. Ansiolíticos, prescritos para reducir las crisis de ansiedad, los episodios de hostilidad y las alteraciones del sueño. Estabilizantes del estado de ánimo y anticonvulsivos, útiles para regular los cambios de humor, normalizando los estados de impulsividad y agresión. Y antipsicóticos a bajas dosis, empleados para tratar las cogniciones alteradas, incluyendo la ideación paranoide, ilusiones, episodios de desrealización o síntomas de tipo alucinatorio (14).

El tratamiento para los pacientes límite puede abordarse de diversas maneras, pero en general los pacientes con sintomatología poco intensa y/o un adecuado nivel funcional pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio centrado en psicoterapia individual, precisando o no tratamiento psicofarmacológico. Mientras que los pacientes con intensa sintomatología y/o un pobre nivel funcional precisan de un programa integral, que consistiría en: psicoterapia individual y de grupo, tratamiento psicofarmacológico sintomático, trabajo de las habilidades sociales, trabajo en terapia ocupacional, y finalmente supervisión de los casos (15).

Es importante mencionar que sin importar la modalidad de tratamiento que sea seleccionada para abordar esta patología, la adherencia a la terapia siempre ha sido considerada como escasa en los pacientes límite. El terapeuta conoce lo difícil que resulta motivar a estos pacientes para iniciar y/o mantener el tratamiento y que algunos TLP afrontan problemas sociales tan complejos que necesitan más apoyo psicosocial predecible y continuado que psicoterapia propiamente dicha. Por ello, habría que tenerse en cuenta que cualquier tipo de intervención terapéutica en estos pacientes podría considerarse efectiva y simplemente el conseguir una adherencia durante un tiempo mínimo a un tratamiento con estos pacientes nos permite casi asegurar alguna mejoría en algún ámbito (16).

Conclusión

El trastorno límite de la personalidad TLP es un espectro multidimensional, dado a esto son pocos aún los estudios realizados sobre su etiología y sobre todo acerca de su tratamiento. De acuerdo con los resultados podemos tomar en cuenta que no existe una forma absoluta en la que se presente, es diverso y el diagnóstico debe de realizarse con la mayor medida de cuidado posible.

Existen también diversas modalidades de tratamiento para los trastornos de la personalidad y en especial para el TLP, ya que algunas posturas como el psicoanálisis o la teoría cognitivo – conductual se han interesado en gran medida por tratar a los pacientes límite. Aplicando distintos tipos de técnicas, de acuerdo a la rama en la que se trabaje.

No se descarta tampoco el tratamiento farmacológico, que desde hace décadas se utiliza en pacientes límite, en un intento por reducir los malestares que el trastorno conlleva y las consecuencias de las conductas que presentan.

Es por ello que muchos profesionales de la salud han optado por brindar un tratamiento multidisciplinario, para lograr generar cambios más significativos en la sintomatología de los pacientes, tomando en cuenta las características individuales y personales de los mismos para otorgar el tratamiento más óptimo a cada uno.

Buscando así lograr avances en las investigaciones sobre el trastorno límite de la personalidad.

Referencias

- [1] American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5 ed.* España: Panamericana .
- [2] Gelabert, M. A., Bermudez, C., Lago, B.E., Vilavedra, V.A., Marín, S.N. y Ibarra, U.O. (2009). Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia dialéctico-conductual . *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, 2(29)*, 1-15.
- [3] Científico, C. (2005). Personalidad límite . *Vertex, 58(15)*, 267-274.
- [4] Caballo, V. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales . *Psicología del Caribe, 5*, 31-55.
- [5] Cuevas, Y. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el trastorno límite de la personalidad. *International journal of psychological therapy, 1(12)*, 97-114.
- [6] Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo - conductuales para los trastornos de la personalidad . *Psicología Conductual, 3(9)*, 579-605.
- [7] Lesis, M. N. y López, H.M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de la personalidad. *Acción psicológica, 1(1)*, 1-20.
- [8] Corral, E. E. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo conductal de los trastornos de la personalidad . *Análisis y modificación de la conducta, 25(102)*, 585-614.
- [9] Vélchez, E. R. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young . *Unife, 17(1)*, 59-74.
- [10] Corchero, M., Balés, C. y Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con trastorno límite de la personalidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 103*, 55-64.
- [11] Alarcón, M. B., Torres, T.J., Torruco, M.S. y Carrasco, F.B. (2009). Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de

pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Medigraphic*, 32, 241-249.

- [12] Quintero, S. S. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad . *Acción psicológica*, 30(2), 21-32.
- [13] Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder* . New York : Oxford University.
- [14] Estribano, T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- [15] López, M. T., Martínez, M.F. y Otín, RL. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de la personalidad. *Revista de la asociación española de neurpsiquiatría*, 1-15.
- [16] 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. *Revisión*, 41(4), 242-252.