

## ***Intervención en Crisis en Pacientes con Trastornos de Personalidad Límite***

**Claudio Martínez Guzmán**<sup>1 2</sup>

*Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile*

### **Compendio**

A partir de una experiencia de trabajo e investigación con pacientes en crisis dentro de servicios de urgencia psiquiátricos y de hospital general se proponen ideas acerca del abordaje de la patología de personalidad límite en ese contexto. Se exploran algunas ideas sobre las particularidades del llamado *parasuicidio* del paciente límite y se describen elementos que deberían abordarse en una intervención de esta naturaleza y que constituyen variantes en la modalidad estándar de esta clase de terapia. Se discute acerca del tema de la dosis-efecto en la psicoterapia y se propone esta técnica como puerta de entrada en servicios masivos de atención psicológica.

*Palabras clave:* Intervención en crisis; trastorno de personalidad límite.

### **Crisis Intervention with Borderline Personality Disorders**

#### **Abstract**

Based on work and investigation experience with patients in crisis within psychiatric and general hospital emergency services, there are proposed ideas regarding to the boarding of the border personality disorder in that context. Some ideas on the particularities of the so called *parasuicide* of the border patient are explored, describing those elements which should be considered when performing an intervention of this nature and that constitute a variant in the standard modality of this kind of therapy. The topic of dose-effect in psychotherapy is discussed and the use of crisis intervention technique as initial treatment in psychological attention massive services is proposed.

*Keywords:* Crisis intervention; borderline personality disorder.

Los trastornos de la personalidad es un área de la psiquiatría y de la clínica psicológica que más desafíos le provoca al clínico. Ya sea acompañando algún síndrome mayor (eje I), o bien de manera aislada (eje II), su *diagnóstico* siempre ofrece alguna dificultad, más aún cuando necesariamente se entremezclan nociones tales como estructura, organización (de personalidad), temperamento, carácter, rasgo, etc. Como sea, siempre constituye un problema la clara diferenciación de estos trastornos con las grandes psicosis por un lado, y con las clásicas neurosis por otro. No por nada la noción de *fronterizo*, límite o la muy americana *borderline* constituyen voces que grafican de algún modo esta dificultad. En todo caso, nosografías como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la *American Psychiatric Association*, en su cuarta edición (*DSM IV*, 1994/1995) define trastornos de personalidad como: “patrones permanentes de experiencia subjetiva y de comportamiento, que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto. Tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables a lo largo del tiempo y producen malestar o perjuicios al individuo que los sufre o a su entorno” (p. 633)

Esta clasificación intenta precisar su identificación separando la amplitud del trastorno de personalidad en tres *clusters* o grupos de acuerdo al área de funcionamiento psicológico más afectado: cognitivo, afectivo o de la ansiedad. Dentro del segundo grupo, donde según el *DSM IV* (1994/1995) los afectos serían el eje central, se ubica el trastorno límite o *borderline*, patología paradigmática de la clínica de la personalidad y que habitualmente aparece como representante del resto de los trastornos de esta área de la psiquiatría. Este trastorno se caracteriza por ser una alteración permanente de manejar emociones, tolerar la soledad, mantener relaciones estables y confiadas, y de controlar los impulsos autodestructivos (*DSM IV*, 1994/1995; Gunderson, 1996).

La segunda gran dificultad con estos trastornos es su *tratamiento*. Hasta ahora no se ha logrado demostrar, a diferencia de las llamadas patologías mayores, donde psicofarmacología está demostrando una creciente eficiencia, un tratamiento que la tenga un porcentaje significativo de efectividad y capacidad de generalización (Bateman & Tyrer, 2003; Gabbard, 2000). Si bien se ha logrado establecer que las terapias psicodinámicas y cognitivas son eficaces (Linehan, Armstrong, & Suarez, 1991), su aplicación es muy reducida a grupos específicos (e.g. mujeres que se automutilan) y los criterios de efectividad limitados (e.g. reducción de automutilaciones,

<sup>1</sup> Dirección: Providencia 2318, of. 31, Santiago, Chile. E-mail: claugu@terra.cl

<sup>2</sup> Trabajo parcialmente financiado por proyecto de investigación de la Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

reducción de días de hospitalización, etc.; Bateman & Fonagy, 2000; Bateman & Tyrer, 2003; Leichsenring & Leibing, 2003). La psicofarmacología, quizás siguiendo un criterio dimensional, sólo ha logrado dar cuenta de los síntomas o manifestaciones utilizando combinaciones diversas entre estabilizadores del ánimo, ansiolíticos, antipsicóticos típicos o atípicos y antidepresivos. Es decir, la farmacopea completa, como reafirmando que estos trastornos son un poco de todo y donde la inespecificidad es reina. La psicoterapia individual en combinación con fármacos suele ser la habitual combinación, pero con niveles de deserción de hasta un 85% (sea la orientación que sea) y con terapeutas que lo piensan dos veces antes de repetir la experiencia (Gabbard, 1989; Triebwasser & Sederer, 2003). En los últimos años los programas de día y las hospitalizaciones parciales han ampliado el repertorio de tratamientos posibles, con resultados promisorios pero no concluyentes (Bateman & Fonagy, 1999, 2000, 2001; Chiesa & Fonagy, 2003; Karterud et al., 2003; Simpson et al., 1998). En síntesis, parece ser que la multiplicidad de tratamientos propuestos para estos pacientes grafica lo inespecífico del trastorno y sugiere un tratamiento más integral, donde la selección de una variedad de aproximaciones sea realizada sobre la base de una eficacia conocida (Isla, 2003).

Un gran porcentaje de los trastornos de personalidad, particularmente los "trastornos límite", suelen ingresar al sistema de atención psiquiátrica a través de los servicios de urgencia. A partir de una experiencia de cuatro años investigando y tratando pacientes de nivel socioeconómico bajo en crisis dentro de servicios de urgencia psiquiátricos y de hospital general, se expone una propuesta de abordaje de este tipo de patología en ese contexto (Martínez, 1999; Martínez & Alonso, 2000). Este planteamiento no constituye un tratamiento nuevo que pretende mejorar a los pacientes, sino la modificación de un modelo psicoterapéutico que funciona en el contexto de urgencia, adaptado para pacientes con estas características, contribuyendo con esto a una mejor puerta de entrada para ellos en su ingreso al sistema de salud mental.

#### Suicidio y Limitroficidad

De un total aproximado de 17.800 consultas anuales que se atienden en el SU del Instituto Psiquiátrico, alrededor del diez por ciento corresponden a pacientes diagnosticados como trastornos de la personalidad (Escobar, Beltrán, Riquelme, & Núñez, 1991). Esto sin incluir la consulta por intoxicación alcohólica o por drogas que, probablemente, aumenten considerablemente la cifra anterior. Del total de estos pacientes, la mayoría acude a este servicio por un intento suicida, más o menos grave; por

una crisis de angustia o por conductas disruptivas de tipo agresivo o de ingesta excesiva de drogas o alcohol.

Por lo general, son los servicios de urgencia, psiquiátricos o de hospital general, los primeros que deben enfrentar al paciente límite cuando este acude en un estado de crisis psicológica. Habitualmente el hospital general recibe al paciente cuando ha intentado suicidarse, con un mayor o menor grado de gravedad, siendo luego enviado al servicio de psiquiatría más cercano.

Los trastornos de personalidad límite han sido asociados numerosas veces con el incremento del riesgo de intento suicida y con la completación de este (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 1997). Estudios empíricos indican que alrededor de 2/3 de los intentos suicidas en la población general son cometidos por individuos con esta patología y el 70-75% de individuos con trastorno límite tienen una historia de al menos un acto autoagresivo, siendo las tasas de suicidios efectivamente cometidos de un 10% (Stone, 1989). Además, se ha comprobado que la conducta de intento suicida en estas personas sería un acto repetitivo y aumenta su riesgo en abusadores de drogas y alcohol. En estudios sobre procesos psicológicos inconscientes que podrían predecir conducta suicida, se encontraron, utilizando la prueba de Rorschach, la sobreestimulación afectiva, la dificultad para mantener límites adecuados del Yo y estados depresivos caracterizados por una preocupación mórbida por temas de muerte y deterioro, como principales elementos indicadores de autodestructividad (Fowler, Hilsenroth, & Piers, 2001). Los dos primeros factores los encontramos con altísima frecuencia en los trastornos límite.

Algunas de la hipótesis teóricas, empíricas y neurobiológicas que han aportado a la comprensión del fenómeno del suicidio son las siguientes: Intento desesperado y omnipotente por controlar su medio externo (objetos; Kernberg, 1987); tendencia a la actuación de sus necesidades y sentimientos más que expresarlas en palabras (Kernberg, 1987); intensos sentimientos de abandono (Masterson, 1988); vivencias tempranas de rechazo parental y privación (Birtchnell, 1981; Malttsberger & Buie, 1980); reiteradas experiencias de rechazo en relaciones interpersonales importantes (Adam, Bouckoms, & Streiner, 1982; Bruhn, 1982; Cantor, 1976; Malttsberger & Buie, 1980; Stephens, 1985); déficit en la capacidad de autocontrol (Ellis, Bakeman, Kaslow, Farber, & Burge-Callaway, 2000); intensos sentimientos de rabia y agresión (Angst & Clayton, 1986; Everstine, 1998; Kaslow et al., 1998); defectuosa neurotransmisión serotoninérgica y desbalance noradrenérgico (Cabrera, 1993).

A lo largo de la vida de estas personas la historia de intentos suicidas o *parasuicidio* como le llaman algunos autores (Rudnick, 1998), se repetirá muchas veces, y aunque sea un tipo de conducta que con el tiempo (después de los 40) se va

apacando, son muchos los años de productividad que pierden por su impulsividad, inestabilidad afectiva, laboral y de relaciones interpersonales (Kjellander, Bongar, & King, 1998). Por lo tanto, el intento de implantar un tratamiento adecuado lo más tempranamente que se pueda tendría un valor preventivo, en una patología de por sí de mal pronóstico. De esta forma, creemos que el estar en estas puertas de entrada es una oportunidad de aventurar una intervención psicológica que podría constituirse en el primer eslabón de la habitual cadena de tratamientos que, ya sabemos, son necesarios con estos pacientes. Proponemos que el modelo de Intervención en Crisis (IC) puede ser útil para este propósito, aunque modificando su estructura y forma de implementarlo.

#### Intervención en Crisis (IC) Y Trastornos de Personalidad

La IC es una modalidad de tratamiento diseñada para ayudar a personas que estén sufriendo una crisis, independiente del diagnóstico psicopatológico que se asocie con ellas. Así como hay diversas clases de crisis, desde madurativas hasta situacionales, desde universales hasta exclusivamente individuales, existen diferentes técnicas y modalidades de tratamiento que se han utilizado para intervenir en una crisis. Desde estrategias eminentemente expresivas hasta el franco apoyo del funcionamiento del Yo (Martínez & Alonso, 2000).

La modalidad estándar de IC comprende unas pocas sesiones, habitualmente 6 a 8 (alrededor de 2 meses), donde se intenta identificar el evento desencadenante de la crisis, evaluar el estado de los habituales mecanismos del individuo para enfrentar situaciones difíciles y, mediante un trabajo más apoyador y directivo que expresivo y exploratorio, ayudar al paciente a restablecer el equilibrio previo a la crisis (Jacobson, 1979; Martínez & Alonso, 2000). El foco de trabajo en esta intervención es el significado subjetivo (significante) del evento desencadenante, los antecedentes conscientes e inconscientes de esos significados y los mecanismos de enfrentamiento particulares del individuo. El objetivo fundamental es que la persona pueda comprender sus significados particulares y entender la crisis en ese contexto, al tiempo que recupera el equilibrio perdido y retoma el control de su estado emocional, reforzando sus habituales habilidades de enfrentamiento (Martínez, 1999).

La aplicación de una intervención como esta, en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe, quienes entran en situación de crisis con mucha facilidad y donde su "equilibrio" habitual suele ser tremendamente precario, sugiere la necesidad de adaptar el modelo estándar (Rudnick, 1998). Tal como lo entendemos, las severas crisis en estos pacientes son derivadas de un mundo interno frágil que ha desarrollado una serie de mecanismos adaptativos, aunque habitualmente inmaduros o poco funcionales, y que ha acumulado desde su infancia una serie de eventos traumáticos

relacionados con situaciones de pérdida o abandono (Adler & Buie, 1979; Gunderson, 1996). De esta manera, las situaciones actuales donde un objeto significativo aparece abandonándolos de forma real o fantaseada, se convierte frecuentemente en el evento desencadenante de la crisis. Como sus mecanismos adaptativos son precarios y tienen un déficit básico en la capacidad de simbolizar sus sentimientos y pensamientos, en momentos de angustia de pérdida, que no es otra cosa que una intensa angustia de muerte, esta incapacidad se hace más patente y termina expresando a través de la acción sus sentimientos. Es como traducir: "No me quiere, me rechaza porque no me ama..., qué rabia, lo odio..., pero nadie me ama..., nadie me quiere..., yo no sirvo para nada, soy una decepción..., me da rabia conmigo misma..., mejor muerta..., me mato y así lo mato..., me mato y así lo mato..." En estos pacientes se confirma el hecho expresado por algunos autores que piensan que el suicidio o intento suicida es un fenómeno esencialmente diádico e interaccional (Minoletti & Perez, 1986).

Es claro que una IC en este contexto no tiene la pretensión de provocar un insight emocional ni conseguir cambios dinámicos permanentes o significativos. Su pretensión es mucho más limitada y se reduce al restablecimiento de su precario equilibrio previo, reforzando los mecanismos defensivos más adaptativos que el individuo posea, ayudándolo a disminuir la intensidad de sus afectos y por consiguiente la angustia, logrando que pueda nominar sus emociones, pudiendo reconocer el afecto predominante (habitualmente la rabia) y su relación con el evento desencadenante. También el disminuir la posibilidad inmediata de conductas autodestructivas y finalmente realizar una adecuada derivación con la suficiente estimulación para contribuir la adherencia a tratamiento.

A continuación se ofrecen una serie de elementos que, a nuestro juicio, permitirían mejorar la aplicación de un modelo de IC con estos pacientes. Al ser elementos propositivos, no deben ser aplicados rígidamente, sino de acuerdo al caso particular y siempre dentro del marco estructural de una IC estándar.

#### Elementos para una Intervención

##### Aplazar la Acción o Conducta Suicida y Hacerla Egodistónica

Muchas veces el suicidio como solución a los problemas, ya sea en su rol de elemento manipulador o bien como descarga omnipotente de angustia y rabia, se encuentra idealizado (sobre todo por la sensación omnipotencia que le genera), por lo que debemos explicitar estos aspectos de su conducta y desacreditarle esta acción como válida (Bellak, 1993). Utilizando como base una buena alianza terapéutica, que toda intervención en psicoterapia debiera tener, es importante establecer con el paciente el acuerdo de no realizar otro intento

de suicidio hasta, al menos, terminar el tratamiento. Con ello, le devolvemos el control de la conducta, pero al mismo tiempo ganamos un espacio de intervención. Asimismo, podemos proponer al paciente el pensar en alternativas de conductas de descarga, con lo que intentamos generar pensamiento donde siempre hay acción (Linehan, Armstrong & Suarez, 1991). En este contexto, es útil evitar la identificación de un factor estresante externo como la causa de la ideación o del comportamiento suicida. Más bien, transmitir la idea que tal o cuál factor precipitó o estaba asociado con la idea o intento suicida (Triebwasser & Sederer, 2003).

#### Búsqueda de Objetos Externos que Actúen como Red de Apoyo Interna

Muchas veces en la vida de estos pacientes encontramos objetos amorosos que han sido momentáneamente escindidos del campo visual de la persona que se encuentra en crisis. Debemos intentar que tales objetos retornen a su conciencia, apoyando la idealización de esta relación de tal modo que se convierta en un ancla vital y permita mayor objetivación de la realidad (e.g. hijos pequeños). En caso de un paciente adolescente que ha realizado un primer intento, es esencial trabajar con la familia, no sólo porque detrás de esta conducta suele haber un conflicto interaccional familiar, sino también para fortalecer una alianza más amplia que la del equipo tratante y evaluar la red de apoyo con que se cuenta.

#### Búsqueda Activa de la Vivencia de Pérdida como Evento Desencadenante

La intolerancia a la soledad es un déficit nuclear en los pacientes limítrofes (Gunderson, 1996), lo que se ha calificado como fallas centrales en la constancia objetal producto de una infancia con cuidadores (padres) inconstantes e inestables que no le permitieron introyectar un *objeto consolador o calmante* que actúe como un sedante interno. Por esta razón los pacientes deben recurrir constantemente a fuentes externas que calmen sus ansiedades y que, al perderlas hacen resurgir sus ansiedades más extremas. Este elemento cognitivo, que para el paciente actúa como significante, puede ser esencial a la hora de la comprensión de la crisis y de la fuerza que en algún momento adquirió un determinado evento desencadenante. Es útil establecer con el paciente el reconocimiento de un patrón común que actúa en diferentes momentos de crisis o situaciones interpersonales semejantes. Es bueno recordar que en los trastornos de personalidad suelen observarse patrones de comportamiento interpersonal excesivamente desarrollados o hipertrofiados, junto a

otros que están infradesarrollados (Benjamin & Pugh, 2001; Hill & Safran, 1994).

#### Interpretaciones Catárticas del Impulso

Buscar activamente la verbalización de las emociones y en especial la expresión catártica de la rabia asociada al evento desencadenante. En este sentido, es útil reforzar el reconocimiento de la rabia, pero introducir, al mismo tiempo la pena y dolor por la pérdida, intentando una mirada más integradora (Bellak, 1993). Estos pacientes suelen expresar su rabia en acciones y no verbalmente, por tanto ayudarles en su verbalización es un primer paso en la identificación e integración de sus emociones, lo que más tarde, en un trabajo terapéutico de mayor alcance, se convertirá en estrategias de regulación emocional (Gomez & Ibañez, 2003).

#### Identificar y Sensibilizar al Paciente con las Claves de su Actuación para que se Conviertan en Claves para la Predicción

Este aspecto es el núcleo de la IC en estos casos, pues consiste en identificar diversas situaciones vitales, sean estas conscientes o no, que se relacionen con la pérdida, el rechazo y el abandono, de tal manera de ligarlas al evento desencadenante. Se intenta fortalecer conductas alternativas frente a las mismas situaciones o bien que el paciente pueda reflexionar acerca del significado particular que le otorga a las situaciones de pérdida. Probablemente este elemento sea un tanto ambicioso, pero tal como se dijo antes, se espera que esta sea una intervención de entrada, casi de preparación de una intervención más profunda y prolongada si es que esta ocurre. En el fondo, nos servimos del estado de mayor regresión y apertura en que un paciente se encuentra al sufrir una situación de crisis. Es en esos momentos cuando está más dispuesto a escuchar a un tercero y abrir una ventana a la comprensión cognitiva de sus actos impulsivos (Bellak, 1993; Martínez, 1999).

#### Alejar al Paciente del Escenario Conflictivo

Pensando que habitualmente el acto suicida aparece ligado con alguna situación interpersonal conflictiva, es conveniente que durante la crisis el paciente se mantenga alejado de la situación problema, lo que algunas veces requiere la hospitalización breve. Evidentemente no todos los pacientes en crisis y que padecen un trastorno de personalidad deben internarse, ya que en esto es necesario seguir los protocolos habituales de urgencia médica sobre riesgo vital. De lo que aquí nos referimos, más bien, es de alejar momentáneamente a la persona del foco conflictivo que aparece asociado, directa o indirectamente, con el

evento desencadenante (Bellak, 1993). Para ello es fundamental que el terapeuta o alguien del equipo tenga un contacto permanente con la familia cercana, previniendo que la hospitalización cumpla el fin terapéutico y no sea utilizada como elemento extra de la propia crisis familiar. También debe tenerse en cuenta que esta hospitalización debe ser lo más breve posible y enfocada tanto al riesgo inmediato como a la resolución, al menos parcialmente, de las condicionantes ambientales desencadenantes (Triebwasser & Sederer, 2003).

#### Intervención Más Prolongada (10-15 Sesiones), pero Flexible

Este mayor tiempo con respecto al modelo estándar de IC tiene que ver con la agudeza del inicio de la crisis, lo que puede incluir estados psicóticos pasajeros o la hospitalización del paciente por riesgo suicida. De modo que se requiere más tiempo del habitual para acordar un mínimo encuadre de trabajo, aclaración diagnóstica, manejo de familiares, etc. Sin embargo, esta ampliación del tiempo debe manejarse con flexibilidad, pues el paciente límite tendría serios problemas en la regulación de la distancia interpersonal y tendería a oscilar en su "apego", alejándose del objeto por miedo a ser dominado o absorbido por el otro, y acercándose casi simbióticamente por miedo al abandono y la pérdida (Melges & Swartz, 1989). La IC debe actuar en concordancia con esta característica, pues si es una intervención ambulatoria, el paciente es invitado a volver si lo desea a una segunda sesión y luego a una tercera, y así sucesivamente, pero aclarándole siempre que esta intervención no será por mucho tiempo dado su focalización en la situación crítica. De este modo, le aseguramos el control de la situación y la responsabilidad por su tratamiento.

#### Fármacos (Coterapia) y Hospitalización Breve

Aunque la hospitalización depende del estado del paciente y de su riesgo real, los fármacos no son una opción, sino una necesidad y rara vez una IC se puede hacer sin el apoyo farmacológico. Asumiendo esto, es importante, como en toda coterapia, un trabajo cercano y de comunicación expedita entre profesionales.

#### Derivación Efectiva

Uno de los grandes problemas con los trastornos de personalidad es su adherencia a tratamientos prolongados. En esto la intervención terapéutica de urgencia puede ocupar un lugar importante estimulando la alianza del paciente con una institución determinada, con un equipo terapéutico o bien con un psicoterapeuta en particular. Para ello es importante ir estableciendo con el paciente la necesidad de un tratamiento

más profundo y de mayor duración, aunque siempre dando espacio para su motivación personal y autonomía en su decisión. Si se ha logrado la motivación suficiente, conviene establecer activamente el contacto con quien o quienes seguirán a cargo del tratamiento posterior y diseñar alguna estrategia de presentación con el paciente antes que la IC llegue a su fin (Martínez & Alonso, 2000).

#### Discusión

La literatura actual reconoce a la psicoterapia como la principal herramienta para tratar los trastornos de la personalidad, sin desconocer la valiosa ayuda de los fármacos en el manejo de la polisintomatología de estos pacientes. Sin embargo, existen pocos estudios científicamente rigurosos (randomizados) acerca de la eficacia diferencial de las diversas técnicas terapéuticas individuales que se han utilizado (Sederer, 2000). Una excepción lo constituyen las investigaciones con ensayo controlado de Linehan, Armstrong y Suarez (1991) y de Stevenson y Meares (1992) con técnicas cognitivo conductual y psicodinámicas respectivamente. A pesar del éxito obtenido, ambos estudios fueron realizados con muestras muy pequeñas y enmarcados en un reducido espectro de síntomas disruptivos (e.g. automutilación, intento suicida). En un reciente meta-análisis realizado en la Universidad de Gotingen, Alemania (Leichsenring & Leibling, 2003), los autores concluyen que las terapias psicodinámicas y cognitivo-conductuales son igualmente efectivas en el tratamiento de los trastornos de personalidad. Con todo, los escasos estudios acuerdan que la duración de los tratamientos no debiera ser breve en consideración de la dificultad de este tipo de patología. En las investigaciones ya mencionadas de Linehan, Armstrong y Suarez, y de Stevenson y Meares, las terapias duraron un año. En una investigación de Bateman y Fonagy (1999) llevada a cabo con este tipo de pacientes y con terapia psicodinámica en régimen de hospitalización parcial, se encontró que a los 6 meses de tratamiento se lograba una reducción de los síntomas y de los actos suicidas, pero las terapias duraban en promedio 1,5 años. Por su parte, en el ya clásico trabajo de meta-análisis de Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986) sobre la relación dosis-efecto en psicoterapia, se concluye que para un paciente con sintomatología ansiosa o depresiva menor un tratamiento de 8-13 sesiones, una por semana, sería suficiente para alcanzar una mejoría razonable y más allá la diferencia no sería significativa. Sin embargo, en el caso de los pacientes límite este nivel de mejoría ocurriría más tarde, entre 13 a 26 sesiones en un 50%

de los casos y hasta 52 sesiones para el 75% de los casos. Un porcentaje mínimo necesitaría un mayor tiempo de terapia para un buen nivel de mejoría, lo que los autores estiman alrededor de 2 años. Este estudio podría avalar la idea que la “dosis” necesaria de terapia para estos pacientes depende, por un lado, de qué tipo de paciente limítrofe estamos hablando, es decir de la gravedad, y segundo, de lo que se espera conseguir con ese paciente. En varios puntos estos dos factores se tocan. Si seguimos las ideas de Fonagy (2000), en estos trastornos habrían tres aspectos psicológicos disfuncionales, a saber: Vínculo, tolerancia a la separación y capacidad de mentalización (función reflexiva), tendríamos que pensar que la gravedad del paciente estaría asociada de alguna forma con la intensidad que alguno de estos aspectos o todos ellos se encuentran alterados, sin olvidar, evidentemente, los elementos neurobiológicos implicados. De este modo, existirían pacientes con un gran compromiso neurobiológico y por tanto graves del punto de vista conductual y sintomático, y que psicológicamente presentan severas deficiencias en los aspectos descritos por Fonagy. En estos casos parece ser necesario un tratamiento de mayor alcance, tanto del punto de vista psicoterapéutico como farmacológico. En otros casos esta combinación pudiese ser distinta, con menor compromiso sintomático (menor grado de trastorno conductual o índice de suicidalidad bajo), pero con graves deficiencias en los componentes psicológicos; o al revés, con poca presencia de estos elementos, pero severamente graves en síntomas y trastornos de conducta. Por tanto, si combinamos “gravedad psíquica” con sintomatológica o conductual, tendríamos diferentes tipos de pacientes limítrofes y por tanto se podrían beneficiar de diferentes esquemas terapéuticos. Pero si además, agregamos la idea de las expectativas del paciente y del terapeuta acerca de lo que se espera de un tratamiento, también podríamos obtener diversos esquemas con diversas “dosis” terapéuticas. Probablemente a mayor profundidad, mayor tiempo requerido. Si deseamos ayudar al paciente a tener una imagen consistente de sí mismo, una identidad coherente que poder internalizar debemos pensar en un tratamiento a largo plazo, muy estructurado, individualizado, intensivo, flexible y focalizado en la relación (Bateman & Tyrer, 2003; Fonagy, 2000). Pero, si lo esperado es una modificación en el nivel de impulsividad y la estabilidad emocional, al parecer la “dosis” no requeriría superar los 6 meses de tratamiento. En uno u otro caso,

la intervención en crisis puede ser la puerta de entrada a un tratamiento psicoterapéutico, considerando por un lado que, según Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986) la mejoría parece ser una función lineal del logaritmo del número de sesiones, o sea que la mejoría es relativamente mayor en las primeras sesiones que en las siguientes y crece en forma cada vez más lenta a medida que aumenta el número de sesiones. Pero por otro lado, el estado de crisis sensibiliza y hace más vulnerable a un paciente, lo que permite generar en él algunas ideas relativas a su propio autocuidado, incluyendo en esto la posibilidad de un tratamiento a más largo plazo y la posible vinculación con una institución o equipos tratantes. Además, también se constituye en una instancia para evaluar los aspectos descritos anteriormente y así poder sugerir alternativas de tratamiento posterior con mayor certeza y con posibilidades de “dosis” más adecuadas. Pensamos que es necesario modificar en nuestras mentes la idea que estos pacientes son intratables o requieren sólo tratamientos costosos y largos. Como dice Sulkowicz (1999), escuchar psicodinámicamente a un paciente facilita la alianza y hace más fácil el duro y agitado trabajo de urgencia, disminuyendo, de paso, su tendencia autodestructiva. El esfuerzo y el desafío es encontrar métodos avalados empíricamente que faciliten esta labor y ayuden a estos pacientes a cortar con el círculo del fracaso y del rechazo con que han crecido. La presente colaboración pretende generar ideas de modalidades terapéuticas que contribuyan en ese sentido.

### Referencias

- Adam, K., Bouckoms, A., & Streiner, D. (1982). Parental loss and family stability in attempted suicide. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1081-1085.
- Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child developmental issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4 th ed.). Barcelona, España: Masson. (Original publicado en 1994)
- Angst, J., & Clayton, P. (1986). Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special references to suicidal issues. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 511-532.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A., & Tyrer, P. (2003). *Effective management of personality disorder* [On-line]. Disponible: <http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/batemantyrer.pdf>
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (2ª ed.). Mexico, DF: Manual Moderno.
- Benjamin, L., & Pugh, C. (2001). Using interpersonal theory to select effective treatment interventions. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment* (pp.414-436). New York, USA: Guilford Press.
- Birtchnell, J. (1981). Some familial and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 138, 381-390.
- Brodsky, B., Malone, K., Ellis, S., Dulit, R., & Mann, J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1715-1719.
- Bruhn, J. G. (1982). Broken homes among attempted suicides and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Mental Science*, 108, 772-779.
- Cabrera, J. (1993). Aspectos neurobiológicos de la conducta suicida: Prevención farmacológica del suicidio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 31(4), 67-76.
- Cantor, P. C. (1976). Personality characteristics found among youthful female suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 324-328.
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2003). Psychosocial treatment for severe personality disorder: 36-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 183, 356-362.
- Ellis, S., Bakeman, R., Kaslow, N., Farber, E., & Burge-Callaway, K. (2000). Core conflictual relationship themes in patients diagnosed with borderline personality disorder who attempted, or who did not attempt, suicide. *Psychotherapy Research*, 10(3), 337-355.
- Escobar, E., Beltrán, S., Riquelme, L., & Núñez, C. (1991). Estructura de la demanda al servicio de urgencia del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 29, 274-282.
- Everstine, L. (1998). *The anatomy of suicide: Silence of the heart*. Springfield, USA: Charles Thomas.
- Fonagy, P. (2000, Octubre). *Características esenciales de un programa exitoso de psicoterapia con desordenes de personalidad borderline*. Conferencia dictada en el 4º Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia, Gramado, Brasil.
- Fowler, F. C., Hilsenroth, M. J., & Piers, C. (2001). An empirical study of seriously disturbed suicidal patients. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 49(1), 161-186.
- Gabbard, G. O. (1989). Splitting in hospital treatment. *American Journal of Psychiatry*, 146, 441-451.
- Gabbard, G. O. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 9, 1-6.
- Gomez, A., & Ibañez, C. (2003). Estrategias terapéuticas cognitivo-conductuales para los trastornos de personalidad. In R. Riquelme & A. Oksenberg (Eds.), *Trastornos de personalidad: Hacia una mirada integral* (pp. 485-493). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 752-758.
- Hill, J., & Safran, J. (1994). Assessing interpersonal schemas: Anticipatory responses of significant others. *Social and Clinical Psychology*, 13, 366-379.
- Howard, K., Kopta, M., Krause, M., & Orlinsky, D. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Isla, R. (2003). Evidencia científica y eficacia de la psicoterapia en trastornos de la personalidad. In R. Riquelme & A. Oksenberg (Eds.), *Trastornos de personalidad: Hacia una mirada integral* (pp. 417-431). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Jacobson, G. F. (1979). Crisis-oriented therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 39-54.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., & Haaseth, O. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 243-262.
- Kaslow, N., Reviere, S., Chance, S., Rogers, J., Hatcher, C., Wasserman, F., Smith, L., Jessee, S., James, M. E., & Seelig, B. (1998). An empirical study of the psychodynamics of suicide. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 777-798.
- Kernberg, O. (1987). Diagnosis and clinical management of suicidal potential in borderline patients. En J. Grotstein & M. Solomon (Eds.), *The borderline patient: Emerging concepts in diagnosis, psychodynamics, and treatment* (pp. 69-80). Hillsdale, USA: Analytic Press.
- Kjellander, C., Bongar, B., & King, A. (1998). Suicidality in borderline personality disorder. *Crisis*, 19(3), 125.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Linehan, M., Armstrong, H., E., & Suarez, A. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Maltsberger, J., & Buie, D. (1980). The devices of suicide: Revenge, riddance, and rebirth. *International Review of Psychoanalysis*, 7, 61-72.
- Martínez, C. (1999). Ilustración clínica de la técnica de intervención en crisis. *Revista de Psiquiatría*, 3, 169-173.
- Martínez, C. & Alonso, C. (2000). Impacto de la implementación de un programa de intervención en crisis en pacientes consultantes al servicio de urgencia del Instituto Psiquiátrico "Dr. José H. Barak". *Terapia Psicológica*, 34(6), 103-120.
- Masterson, J. (1988). Psychodynamic therapy with borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 145, 135-148.
- Melges, F., & Swartz, M. (1989). Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(9), 1115-1120.
- Minoletti, A., & Pérez, E. (1986). Intentos de suicidio en el servicio de urgencia de un hospital general canadiense. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 24, 25-31.
- Rudnick, A. (1998). Modified crisis intervention for personality disorder. *Crisis*, 19(4), 177-184.
- Sederer, L. I. (2000, Noviembre). *¿Qué sabemos de la efectividad del tratamiento para los pacientes con trastorno límite de personalidad?* Conferencia presentada en el Seminario Internacional sobre Trastornos de Personalidad, Escuela de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

CLAUDIO MARTÍNEZ GUSMÁN

ARTICULOS | 158

- Simpson, E.B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K. & Steven, M. (1998). *Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder*. *Psychiatric Services*, 49, 669-673.
- Stephens, B. J. (1985). Suicidal women and their relationships with their husbands, boyfriends, and lovers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 15, 77-89.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stone, M. H. (1989). Long term follow up of narcissistic borderline patients. *Psychiatric Clinic of North America*, 12, 621-641.
- Sulkowicz, K. (1999). Issues in the psychodynamic in the emergency department. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 911-922.
- Triebwasser, J., & Sederer, L. I. (2003). Enfoque del trastorno de personalidad límite y antisocial en una atención de urgencia. In R. Riquelme & A. Oksenberg (Eds.), *Trastornos de personalidad: Hacia una mirada integral* (pp. 637-673). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental. (Original In Acute care psychiatry: Diagnosis and treatment, by L.I. Sederer & A. J.Rothchild, USA: William Wilkins).

Received 01/3/4  
Accepted 07/06/04

**Claudio Martínez Guzmán.** Profesor en la Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo/Unidad de Psicoterapia Dinámica, Instituto Psiquiátrico, Santiago, Chile.