



XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

EN EL LÍMITE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubén Martín Aragón, Natalia Rodríguez Criado, Rocío Villameriel Carrión, Blanca Sánchez Sánchez, Paloma Muñoz-Calero Franco, Belén Sainz de la Maza Cantero

Hospital Universitario de Móstoles

Ben69018@hotmail.com

Trastorno límite de la personalidad. Diagnóstico. Tratamiento.
Borderline Personality Disorder. Diagnosis. Therapy.

RESUMEN

Partiendo del concepto de límite o frontera, se profundiza en este y se expone el caso de una mujer de 20 años desde su primera consulta en Salud Mental, hasta su diagnóstico como trastorno de personalidad límite, y la actitud terapéutica adoptada. Se revisa la bibliografía reciente de mayor impacto sobre esta prevalente entidad en la psiquiatría actual y se expone un planteamiento reflexivo sobre el proceso diagnóstico y el manejo de la misma.

MÉTODOS: Búsqueda bibliográfica en base de datos Pubmed/MEDLINE, UpToDate, Guías clínicas y manuales de psiquiatría. Investigación de referencias de las publicaciones más relevantes. Se ha seleccionado la bibliografía más reciente (preferentemente en los cinco últimos años) y de mayor impacto.

EN EL LÍMITE. A PROPÓSITO DE UN CASO

CASO CLÍNICO

Mujer de 23 años procedente de atención primaria, a quien su MAP deriva por importantes fluctuaciones del estado de ánimo y problemas relacionales. No posee antecedentes psiquiátricos ni somáticos de interés y acude por primera vez a una consulta de psiquiatría.

La paciente vive con sus padres y un hermano menor. En la actualidad no realiza ninguna actividad formativa ni laboral, pasando en casa la mayor parte del tiempo. Abandonó la ESO para integrarse en un PCPI (Programa de cualificación profesional inicial) y realizar un módulo de estilismo que abandonó en su último año porque no le agradaba demasiado.

Se trata de una paciente con embarazo y parto normal que de pequeña presentaba temores, especialmente cuando llegaba la noche, a pesar de ello, cree que su infancia y escolarización fueron felices, se relacionaba con normalidad, tenía amigos y practicaba gimnasia que se le daba bien. Sí refiere dificultades de concentración. En clase era habladora pero respetuosa y guarda buen recuerdo de esa etapa.

Mantiene una relación cordial con sus padres y hermano pero se siente diferente y que su carácter no tiene nada que ver con ellos.

La paciente refiere baja autoestima y tendencia a verse mal y a criticar su aspecto, lo cual reconoce de siempre, aunque se acentuó a raíz de que sufriera acoso por parte de unas amigas del instituto al que acudía.

Últimamente se pone nerviosa pensando en la posibilidad de tener que ejercer cualquier obligación, no se ve capacitada ni tiene ganas de ello. Se relaciona de manera muy inestable con otras personas, a veces con interés y otras con ira. Muestra una hipersensibilidad al rechazo con tendencia a la disforia y al consumo evasivo de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis), existiendo un importante sentimiento de vacío interno.

Se explican a la paciente y a su familiar las características del trastorno que sufre, indicando que su patrón de percepción, cognición y comportamiento se corresponde con el denominado como tipo límite, con frecuentes oscilaciones anímicas, impulsividad e intenso temor al abandono.

Se pauta tratamiento inicialmente con aripiprazol 5 mg/24h y clorazepato dipotásico 5 mg/24h, pactando abstinencia en el consumo de cannabis y alcohol. Se trabajan recursos y motivaciones de la paciente en sucesivas revisiones con oscilaciones en la clínica pero manteniendo una línea general de estabilidad y un compromiso terapéutico.

Se plantea derivación a Hospital de Día para un abordaje psicoterapéutico más intensivo con el objeto de mejorar la función social, laboral e interpersonal de la paciente, quien se muestra conforme con esta opción.

EN EL LÍMITE. A PROPÓSITO DE UN CASO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Introducción

En 1938 Stern utiliza por primera vez el término "borderline" para denominar a un grupo de pacientes en el límite entre la neurosis y la psicosis que no se beneficiaban de terapia psicoanalítica. Posteriormente estos pacientes llegan a ser considerados como una forma grave de una organización estructural de la personalidad, siendo clasificados dentro del espectro del desorden esquizofrénico bajo la denominación de "esquizofrenia ambulatoria". En el año 1966 Otto Kernberg define la organización limítrofe de la personalidad como aquella caracterizada por una formación débil o fallida del yo, con mecanismos de defensa primitivos (escisión y proyección), y un juicio de realidad que se perdía transitoriamente en situaciones de estrés. De esta manera, el trastorno límite se consolida como una forma específica de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos, pasando a formar parte de la clasificación DSM-III en 1980 "trastorno límite de la personalidad", que sería recogido posteriormente por la CIE-10 como "trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad", con los dos subtipos conocidos, límite e impulsivo. En la actualidad el diagnóstico abarca a un heterogéneo conjunto de manifestaciones clínicas variables entre individuos e intraindividualmente. Con frecuencia se trata de pacientes con predisposición a la hipersensibilidad emocional y a la detección de signos de rechazo, que presentan característicamente un pensamiento primitivo polarizado o dicotómico, y una estructura débil o difusa del yo con intenso sentimiento de vacío e intolerancia a la soledad.

El TLP es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP. Su prevalencia es de entre el 1 y el 2% de la población general.

ETIOLOGÍA

Existe una predisposición genética, siendo la heredabilidad del trastorno de 0.69, aunque probablemente son determinados rasgos como los que determinan la impulsividad o la desregulación afectiva, aquellos que se heredan, y no el trastorno en sí.

En relación con la neurotransmisión, el papel más importante es el de la serotonina, en relación inversa con la impulsividad y la agresividad, la reducción de la actividad serotoninérgica podría inhibir la capacidad de la persona de modular o controlar los impulsos destructivos. Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados son la acetilcolina, ADH, colesterol y ácidos grasos, y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.

EN EL LÍMITE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Por otra parte, se ha objetivado una disfunción neurobiológica que se traduce en una hiperactividad de la amígdala y otras estructuras del sistema límbico relacionadas con la hipersensibilidad a los estímulos negativos, y una disminución del funcionamiento del cortex prefrontal y preorbitario y del área cingulada anterior que se asocian con la pérdida de control afectivo.

Entre los factores psicosociales que determinan el trastorno se encuentran la presencia de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares, así como la negligencia o la falta de implicación emocional y el apego inseguro.

Los abusos físicos, sexuales y emocionales pueden estar presentes pero no son causa necesaria ni suficiente.

DIAGNÓSTICO

En la medida de lo posible se recomienda el uso de entrevistas estructuradas basadas en el DSM-V, validadas en castellano. En la quinta edición del DSM se ha incluido un modelo alternativo dimensional en su sección III, aunque el diagnóstico clásico categorial continúa permaneciendo vigente.

Debe realizar el diagnóstico diferencial con otros trastornos de personalidad y con trastornos afectivos fundamentalmente, sin olvidar la amplia comorbilidad del TLP con otros trastornos del eje II, y con otros diagnósticos del eje I como la depresión mayor o el TDAH.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la psicoterapia, siendo la psicoeducación, la terapia cognitiva basada en esquemas, la terapia dialéctico conductual, y la terapia basada en la mentalización, las que más evidencia han demostrado.

A pesar de no existir evidencia sólida que permita formular recomendaciones de tratamiento farmacológico, es frecuente en la práctica clínica el empleo de fármacos como coadyuvantes de la psicoterapia y en el manejo de las crisis. La experiencia clínica y algunos estudios con limitaciones muestrales y de tiempo de seguimiento apuntan a la mejoría en la inestabilidad afectiva y relacional, así como en la impulsividad con el uso de antipsicóticos (aripirazol, haloperidol, olanzapina) y estabilizadores del ánimo (valproato, lamotrigina, topiramato). Los antidepresivos, fundamentalmente fluoxetina, pueden producir una discreta mejoría en la inestabilidad afectiva, siendo de elección cuando existe comorbilidad con depresión como diagnóstico del Eje I.

EN EL LÍMITE. A PROPÓSITO DE UN CASO

CONCLUSIÓN

El Trastorno Límite de la personalidad constituye una entidad clínica de alta prevalencia en nuestro medio, con elevado consumo de recursos, complejo manejo, y causa importante de malestar, limitación funcional, y conductas suicidas. Es necesaria una formación adecuada de los profesionales sanitarios para abordar de manera apropiada este trastorno, resultando fundamental la coordinación entre profesionales y entre los distintos recursos asistenciales y rehabilitadores de la red de salud mental, con el objetivo dirigir esfuerzos y recursos hacia la optimización del funcionamiento de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
2. Carter G. Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;2010(44):162-73.
3. Ferrer M, Andióna O, Matalí J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, et al. Comorbid Attention-deficit/Hiperactivity disorder in Borderline patients defines an impulsive subtype of Borderline personality disorder [Accepted for publication]. *J Pers Disord*. 2010.
4. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica
 1. sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
5. Gunderson, John G. Trastorno Límite de Personalidad: Guía Clínica. 2ª Ed. Aula Médica, 2009.
6. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014; 134:782.
7. Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967;15(3):641-85.
8. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
9. OMS, Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
10. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Álvarez E, et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25(6):349-55.

EN EL LÍMITE. A PROPÓSITO DE UN CASO

11. Rubio Valladolid, G. Fundamentos de Psiquiatría "Bases Científicas para el Manejo Clínico". Ed. Panamericana, 2015.
12. Stoffers JM1, Völm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012
13. Treatment of borderline personality disorder: En Uptodate. (2015)