

El trastorno límite de personalidad es un cuadro clínico complejo que requiere un abordaje multidisciplinar. Con frecuencia se consumen distintos recursos y muchas veces con dificultades en la coordinación. En la literatura anglosajona se recoge la figura del case manager que entre otras funciones realiza esa coordinación entre los distintos niveles de tratamiento adoptando las líneas terapéuticas a seguir. Esta figura no está muy extendida en nuestro medio al menos en sentido estricto. Existen algunas experiencias en la red de Salud Mental de la comunidad de Cantabria y Madrid. Nuestro objetivo es dar unas pautas pragmáticas sobre cómo abordar los trastornos límite en nuestro tiempo real de consulta desde la perspectiva del sistema público de salud y reflexionar sobre la posibilidad de la figura del case manager en nuestro medio.

Definimos case manager o especialista responsable como aquella persona que asume la responsabilidad principal del tratamiento (1)

Gunderson considera que puede ser “Cualquier especialista en salud mental que tenga experiencia con pacientes límite y que combine el sentido común con la disposición a comunicarse con los demás”. Sin embargo por cuestiones de seguridad por la necesidad de valorar el nivel de atención y por las posibles complicaciones legales de las decisiones que se adopten, se recomienda que sea un psiquiatra (1).

Desde la perspectiva del sistema nacional de salud español, cabe preguntarnos si es posible la figura del especialista responsable

La mayoría de las veces funcionamos con un tratamiento escindido entre dos especialistas, normalmente de un psicólogo clínico que se encarga más de la psicoterapia y de un psiquiatra que se ocupa del tratamiento psicofarmacológico (2).

El especialista responsable sería el equivalente al tutor en los programas de rehabilitación de psicóticos.

Como responsabilidades tendría:

- Establecer un marco terapéutico (alianza contractual). Realizar un acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los principales objetivos del tratamiento y cual será el papel de cada uno con vistas a realizarlos. En el ámbito público el marco terapéutico constituye una obligación, no una opción
- Identificar las necesidades y desarrollar un plan de tratamiento (Niveles de atención y modalidades). Promover siempre que sea posible un nivel de atención mínimamente restrictivo. Si es necesario una hospitalización en

momentos de crisis, plantearnos una duración máxima de 24-48 horas y privarle del significado que pueda tener para el paciente, según el principio de falsa sumisión, para que así deje de tener efectividad.

- Control de la seguridad. Se trata de pacientes con numerosos intentos de suicidio, normalmente sin clara intención letal ni alta letalidad, pero que a veces se consuman
- Control progreso/efectividad, con reevaluación constante del plan de tratamiento y modificaciones según las necesidades. Debe ser un plan flexible y adaptado
- Coordinar las terapias existentes y la idoneidad o no de cada una
- Mantener la comunicación y la colaboración entre los distintos miembros del equipo
- Proporcionar psicoeducación sobre lo que es el TLP tanto al paciente como a sus familiares

Nos vamos a centrar ahora en el modelo imperante en nuestro medio, el del tratamiento escindido entre dos profesionales de la Salud Mental.

Para que haya un tratamiento escindido efectivo(3):

- Debe haber coordinación efectiva entre psiquiatra y psicoterapeuta con una comunicación periódica y tras:
 - La aparición de nuevos efectos secundarios
 - Si el paciente acude a urgencias y se le prescribe medicación adicional
 - Si surge nueva problemática médica
 - Si existe posibilidad de un embarazo
 - Si existe una nueva variación psicopatológica importante, como un cuadro psicótico transitorio o algún cuadro maniforme
- El psiquiatra debe estar familiarizado con el tipo de terapia que se proporciona y lo que se está trabajando
- El psicoterapeuta debe conocer la medicación y tener unas expectativas reales

Como ventajas del tratamiento escindido destacamos:

- Facilita la contención para las escisiones y las proyecciones del paciente si los terapeutas están coordinados. Para ello es necesario que ambos terapeutas

se conozcan y que cuando el paciente se queje al "terapeuta bueno" sobre el otro, instarle a que le manifieste sus desavenencias. No hay que estar de acuerdo con el paciente ni defender al otro terapeuta

- Puede ayudar a que los pacientes se mantengan en terapia (por existir un segundo componente donde pueda exponer sus frustraciones y no tener que abandonar la terapia airadamente)
- Ayuda a los terapeutas a mantenerse en las terapias

Como desventajas destacamos:

- Si no existe una buena coordinación entre ambos terapeutas resulta un tratamiento fragmentario
- Existe riesgo de polarización de los dos terapeutas, pueden idealizar más al farmacólogo a que proporciona alivio inmediato al malestar y puede ser más cercano ya que no están bajo la norma de la neutralidad técnica o al revés.

Teniendo en cuenta el tiempo del que disponemos en el ámbito público, qué podemos hacer en el tiempo pautado para las revisiones, **¿qué se puede hacer en 15 minutos?** Con una vida tan repleta de actos, tan rápida, repasar el mes o los meses que han pasado entre las revisiones es muy complicado. No se puede pretender abrazarlo todo, ni hacer mini sesiones, normalmente los problemas suelen ser repeticiones de unos conflictos básicos. Además, no todos los pacientes son iguales ni necesitan el mismo tiempo, por lo que se suelen compensar los que necesitan entrevistas más prolongadas con las más cortas.

- Podemos utilizar las primeras entrevistas abiertas, explorando la motivación del paciente siguiendo la Terapia de la no terapia de Dawson y Macmillan. Ver que piensa el paciente que le pasa y como cree que le podemos ayudar. En muchos pacientes con otras patologías identifican características estructurales que le generan malestar y problemas en las relaciones interpersonales pero que o por las ganancias que les reportan o porque ya llevan mucho tiempo funcionando así prefieren no tocar nada. Muchas veces el preguntar a los pacientes cual creen que es su problema y como piensa que puede ser ayudado, permite operativizar el tiempo que es escaso, orientarnos a cosas pragmáticas y en cierta forma a disminuir nuestra omnipotencia. Podría parecer que un médico que pregunta a un paciente que cree que le pasa, pierde la posición del saber, pero ayuda al paciente a no

idealizarlo y a poder esperar cosas del médico desde su potencia no desde su omnipotencia. Que preguntemos al paciente que cree que necesita no quiere decir que estemos de acuerdo en lo que dice, y que como clínicos no dispongamos otra cosa, pero ayuda a explorar las fantasías y las expectativas del paciente

- No comenzar sistemáticamente a hablar de síntomas. Si se pauta un fármaco no dejar tiempo incierto de tratamiento sin dar ninguna orientación de lo esperable, la fantasía de muchos es que van a terminar adictos a todo lo que les mandes y además que va a ser de por vida
- Establecer marco terapéutico (P ej contrato) a modo de plan de tratamiento. Debemos especificar
 - Periodicidad de las citas
 - Tiempo estimado de tratamiento farmacológico
 - Objetivos a corto plazo realistas (disminuir los intentos de suicidio, estructurar el tiempo)
 - Objetivos a largo plazo como meta (tolerar la soledad, desarrollar relaciones personales íntimas, satisfacción profesional) A la hora de establecer los objetivos hay que tener en cuenta que la secuencia esperable de cambios es lenta. No dar tiempos concretos
 - Establecer un plan de crisis
 - Clarificar la disponibilidad entre citas, no ofrecer disponibilidad inmediata si no se puede cumplir.
 - Asegurarse que el paciente está de acuerdo y acepta el plan de tratamiento
- Fomentar implicación familiares y allegados Hacen el trabajo diario con ellos. Y muchas veces se encuentran desbordados.
- Es necesario que utilicemos fuentes de información externa por la negación y el carácter egosintónico de los síntomas y conductas
- Familiarizar al paciente con el diagnóstico sin olvidar expectativas de evolución, respuesta al tratamiento.
- Intentar no conceder incapacidades laborales. Hay que fomentar la autonomía y la independencia. No despojar al paciente de sus responsabilidades y obligaciones. No crear más iatrogenia

- Realizar supervisión o interconsulta con otros compañeros para evitar el burn out y no sucumbir a la exclusividad que los límites ansían
- Desmedicalizar el contenido del discurso sobre el diagnóstico, las pastillas y el riesgo de suicidio hacia la competencia social como por ejemplo el trabajo, los autocuidados y la administración del dinero. En este aspecto podría desarrollar una labor importante la enfermería psiquiátrica
- Tener presente que los TLP tienen dificultades para desarrollar y mantener relaciones de confianza, incluida la terapéutica por lo que debemos anticipar las dificultades que puedan surgir y o entenderlas como una oposición o resistencia al tratamiento si no como una característica inherente a su patología.

A modo de resumen: figura posible y de alguna forma necesaria, precisa para optimizar los recursos en aras de una mayor eficiencia en una patología en auge objeto de numerosas investigaciones.

Bibliografía

- (1) Gunderson JG. Manejo de casos. El especialista responsable. Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica. Barcelona: Ars Médica; 2008. p. 83-103.
- (2) Gabbard O. Trastornos de la personalidad del grupo B. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Madrid: Editorial médica panamericana; 2002. p. 447-503.
- (3) Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg O. Assesment Phase, I: Clinical Evaluation and Treatment Selection. Combinations of TFP and other interventions. Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations. American Psychiatric Publishing. Inc.; 2008. p. 167-77.