

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: Síntesis de Avances BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: Advances Synthesis

Dr. Luis D. Patiño

Médico Psiquiatra, Psicólogo, Docente de Medicina Interna de la Universidad de Buenos Aires, Psiquiatra de Planta del Hospital Churruca - Visca. E-mail: drdanielpatino@yahoo.com.ar

Jornadas Hospital Churruca-Visca: Patologías de la Posmodernidad, Buenos Aires, 20 de octubre de 2008

Abstract

This paper, is a advances synthesis in approach of Borderline Personality Disorder, including restrictions for the use of term "Borderline", possible variants like Emotionally Unstable Personality Disorder; integrated dimensional models for DSM V, behavioral, cognitive, psychodynamic, and neurophysiologic factors and advances in biological and psychotherapeutic treatments, including transference-focused psychotherapy, dialectical behavior therapy, mentalisation-based therapy, and partial hospitalization.

Resumen

En el presente trabajo, se realiza una síntesis de los avances en el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad, incluyendo restricciones para el uso del término "Límite", variantes posibles como Trastorno de Inestabilidad Emocional; modelos dimensionales integrativos para el DSM V; factores conductual, cognitivo, psicodinámico, neurofisiológico y avances en el tratamiento nivel biológico como psicoterapéutico, incluyendo psicoterapia focalizada en la transferencia, terapia dialéctica conductual, terapia basada en la mentalización e internación parcial.

Introducción

Desde mediados del siglo XX, el término límite (*borderline*) se utilizó para referirse a distintos cuadros. Una de las aplicaciones del término de mayor gravitación, es la que realiza Otto Kernberg, en su descripción de la "organización limitrofe de la personalidad" (OLP) (estructurada entre la psicosis y la neurosis). Recién en 1980, el DSM-III adoptó una definición del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), similar a la actual, de John Gunderson y Margaret Singer,. (Siever, 2000).

El TLP se ubica en el Eje II, con los otros trastornos de personalidad (TP) y el retraso mental (RM). Este eje, se utiliza para indicar características desadaptativas de la personalidad, que podrían resultar encubiertas por un trastorno concomitante en el Eje I (DSM IV-TR). Sin embargo, el **TLP**, frecuentemente es tan *florido* que es considerado como **diagnóstico principal**. Aún más, los pacientes con TLP, pueden utilizar los servicios de salud mental más que los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) (Bender, 2006).

El TLP es definido como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con notable impulsividad, que reúne 5 o más criterios del Cuadro 1.

Síntomas y trastornos asociados: infravaloración de sí mismos. Fenómenos micropsicóticos (pseudalucinaciones, ideación deliroide y de "despersonalización irreal" durante horas o días) (Paris, 2005). Suicidio (con trastorno concomitante en Eje I). La auto-mutilación, no se interpreta como "suicida" (Paris, 2005). Incapacidad laboral psiquiátrica (sin RM) (Sansone, 2003).

Prevalencia: 2 % de la población general, (10 % en centros ambulatorios de salud mental y 20 % de los pacientes psiquiátricos. Del 30 y el 60 % de los TP -DSM IV-TR).

Morbimortalidad: TLP se asocia con Trastornos relacionados con sustancias (TRS), trastornos de la alimentación (TA) (bulimia), trastorno por estrés postraumático (TEPT) y suicidio (S). La no comorbilidad con TRS, es un importante predictor de remisión (Zanarini, 2004)-

Prevalencia racial: No se observa. **Sexo:** más frecuente en mujeres(x3)(Bienenfeld, 2006).

Pronóstico: depende de gravedad y adhesión al tratamiento (Tto). La predicción de remisión es multifactorial- (Zanarini, 2006). Factores que agravan el pronóstico: abuso de benzodiazepinas (BZD) (Bienenfeld, 2006); uso de anfetaminas (autolesiones) (Israel, 2002); dependencia a cocaína, -Interfiere voluntad, autocontrol y la resolución de problemas-(Goldstein & Volkow, 2002). Agitación y paranoia por inhibición de la recaptación de DA y 5-HT (Karila, 2007).

Prevención: No existen programas adecuados de prevención primaria en TLP. Usualmente, TLP muestra sus primeras manifestaciones en la adolescencia. Sin embargo, el diagnóstico de TP (que se considera recién en la adultez) es controvertido en adolescentes, por lo que frecuentemente es inadvertido como tal. (Chanen et Al., 2007). Predictores de un TP posterior: trastorno de conducta disruptiva, síntomas depresivos, en niñez o adolescencia (Cohen et Al. 2005) y abuso de sustancias durante la adolescencia, en especial alcohol (Thatcher et Al. 2005). Frecuente relación con un trauma vital temprano, aunque no privativa de este único tipo TP (Golier, 2003).

Patrón familiar: 5 veces más frecuente en familiares de 1° grado que en la población general (DSM IV TR). Se desconoce el correlato genético de inestabilidad afectiva e impulsividad y su relación precisa con TLP, aunque tienen un componente hereditario importante (Paris, 2005)

Curso: Considerable variedad en el curso de TLP. Patrón más habitual: inestabilidad crónica al comienzo de la edad adulta. Duración: la resolución promedio de TLP se produciría alrededor de los seis años (Fonagy & Bateman, 2006) (Zanarini, 2003), para otros autores la resolución es incierta (Ashman, 2006). En un estudio de Zanarini et Al. en 2006, 88% (n=242) de los pacientes con TLP mostraron remisión. De estos, el 39.3% mostró remisión a los 2 años de Tto continuo, 22.3% a los 4 años, 21.9% a los 6 años, 12.8% a los 8 años y un 3.7% a los 10 años (Zanarini et Al., 2006). Los síntomas relacionados con impulsividad y dificultades interpersonales parecen resolverse más rápidamente (¿Síndrome agudo del TLP?), en contraste con los síntomas afectivos que implican disforia crónica, abandono y problemas de dependencia que parecen más estables (Zanarini et Al., 2007) (¿TLP resistente o residual?). A partir de estas consideraciones, podemos preguntarnos si es posible pensar al TLP como bidimensional, implicando un síndrome agudo en el Eje I y un fragmento residual o resistente en el Eje II; o si los síntomas del Eje I pertenecen a patología sobreagregada o concomitante; o si el TLP es un trastorno individual o una sumatoria de trastornos sobreagregados sobre un núcleo primariamente disfuncional; o si, simplemente, el esquema DSM no es el más indicado para evaluar en profundidad este trastorno.

Razones para proponer la restricción del término TLP:

Covaría siempre con otros trastornos –T. bipolar II (TBII) (Krishnan, 2005), T. explosivo intermitente (TEI) (Varela 2006), TDM, TP histriónico (Siever, 2002), TEPT, otros trastornos del estado de ánimo (TEA), de ansiedad, TA y fundamentalmente, TRS.

El término “límite” (*borderline*) para algunos se encuentra desactualizado y se presta a confusión en la nomenclatura dado que Kernberg se refiere a la OLP como un parámetro de primer orden que incluye a varios TP, entre ellos el TLP. Para una mejor caracterización taxonómica, debería tratar de entenderse el TLP como un síndrome complejo con características centrales como inestabilidad afectiva, falta de control de impulsos y relaciones interpersonales inestables (Paris, 2005). Algunos autores prefieren la utilización de la nomenclatura del CIE 10 (ICD-10, 1992). F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (TIEP) que cuenta con dos tipos; F60.30 Trastorno *de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo*. (inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos) y F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (inestabilidad emocional con alteración de la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas). Tomando en cuenta un espectro continuo en los trastornos mentales (Siever & Davis, 1991), TLP puede observarse como componente de un modelo *subsindrómico* (Su manifestación más nítida generaría T. del control de impulsos (TCI) o TEA en Eje I) (Tyrer, Bateman, 2004).

Modelos integrativos: Actualmente, APA analiza propuestas dimensionales alternativas para el DSM V, que surgen en el grupo de trabajo de personalidad, a partir de confrontar el modelo de Millon con los modelos que integra (Cloniger, Costa, Livesley, Kernberg y otros). Forti Sampietro, sugiere la posibilidad de un modelo Evolucionista, Integrador y Dimensional de la Personalidad (MEID) (Gráfico 1) que facilita el diagnóstico interdisciplinario, evalúa mejor el proceso de Tto, posibilita evaluar tendencias adaptativas y facilita la investigación entre escuelas teóricas diferentes (Forti Sampietro, 2006).

Evaluación del TIEP y TLP con un modelo dimensional integrador:

A. Nivel evolucionista, conductual y cognitivo (Modificado de Widiger et Al, 2006 y Forti S., 2006):

1. Sobre todo TIEP se muestra con estilo adaptativo *Depredador* -de Millon- (activo modificador del entorno (AME) por y para sí). Más centrado en el *Self*. CPP > CED. Con conductas imprudentes sin control. En las relaciones interpersonales: intolerante, manipulador. El mundo aparece como apéndice de un sí mismo, autónomo y combativo.
2. Estilo adaptativo sin límites precisos. En ocasiones, TLP puede presentarse orientado al polo Teatral (a captar la atención del otro, como objeto a seducir). Relación frívola con el mundo.
3. Si se presenta orientado al polo Ausente con actividad centrada en el *Self* (ensimismamiento), muestra insensibilidad en las relaciones interpersonales (desvinculadas) y una vivencia del mundo como irreal o fantástico.

B. Nivel Psicodinámico (Modificado Kernberg, en Forti Sampietro, 2006)

1. Identidad difusa. Se recomienda No Interpretar. 2. Bajo NOP
3. Super Yo Invasor, Sádico. Sin Culpa.
4. Relaciones Objetales Internalizadas (ROI) Inestables. Ambivalencia. Relaciones a todo o nada, No diferencia el *Self* del Objeto.
5. Defensas de bajo nivel. Pre-Edípicas. Proyección, identificación proyectiva, escisión, negación, omnipotencia. Con nulidad de represión y sublimación.
6. Dinámica Pulsional. Regresión a nivel pre-edípico, con agresión pregenital.
7. Yo: Invasado por el Super Yo. 8. Psicoterapia de apoyo y confrontación

Nivel Neurofisiológico - En TLP tener en cuenta lo representado en Gráfico 2.

Tratamiento: Principios Generales (Ver Cuadro 2)

Respuesta a fármacos - Tener en cuenta:

Para Tto de severidad sintomática global, con síntomas psicóticos y conductas de riesgo utilizar neurolépticos típicos (1° elección) o atípicos (2° elección) (APA, 2008). Considerar también que risperidona, olanzapina (Soler, 2005) y clozapina pueden ser más efectivos que las drogas tradicionales en poblaciones agresivas (Koldobsky, 2001). En pacientes irritables, risperidona ha mostrado utilidad (Lerner et Al 2000- Koldobsky, 2001). En un metaanálisis de 2004 se indica como más efectivos a haloperidol, risperidona y olanzapina (este último, no en síntomas depresivos) (Tyrer & Bateman, 2004) (Fountoulakis, 2004). Aripiprazol tendría utilidad en Tto de componente agresivo (Nickel, 2006). Para Tto de Irritabilidad, enojo y/o hostilidad, síntomas afectivos, impulsividad, se encuentran indicados en primer lugar los ISRS. Fluoxetina presenta estudios con datos significativos en reducción de impulsos, conducta agresiva, síntomas depresivos y consumo de alcohol (Tyrer & Bateman, 2004). En segunda línea, IMAOs y BZD.

Para tratamiento de la impulsividad, se recomiendan estabilizadores del humor: con perfil de respuesta orientada al control de impulsos (gabapentín, topiramato, oxcarbazepina, valproato, carbamazepina, litio) o a la activación (Lamotrigina). El litio parece ser el más eficaz (Tyrer & Bateman, 2004). Para algunos, el vaproato (Hollander, 2005).

Otros fármacos. Algunos estudios avalan el uso de antagonistas adrenérgicos (propranolol) para el manejo clínico de la agresión (prueba de respuesta de la hormona de crecimiento a la clonidina indica una correlación significativa con irritabilidad) (López Mato, 2006).

Otros tratamientos. En comorbilidad con TDM grave con S, no respondiente al Tto medicamentoso, se ha intentado aplicación de Terapia Electro Convulsiva (TEC) con respuesta más pobre que en TDM sin comorbilidad con TLP. (Feske, 2004) (Ness, 2005).

Terapia nutricional: algunos estudios han mostrado que la suplementación periódica con Omega-3 Fatty Acid (O-3FA) reduce los síntomas psiquiátricos (Lakhan y Vieira, 2008). Ayuda a disminuir la irritabilidad en el TBII, con 1 a 2 grs por día, pudiendo actuar en el mismo sentido en el TLP (Sagduyu et Al., 2005). Se supone que sus efectos en psiquiatría se deben a sus propiedades estabilizadoras de membrana (Oh, 2005).

En resumen, a menor NOP mayor necesidad de Neurolépticos y si hay impulsividad marcada, antirecurrenciales. A mayor NOP, más eficacia del tratamiento con BZD y

antidepresivos. Que el tratamiento medicamentoso tenga éxito, depende de una orientación cuidadosa, sensible a las expectativas del paciente (Tyrer & Bateman, 2004). Ver perfil de respuesta a fármacos, en el trastorno de Inestabilidad Emocional en Roca – Bennasar, en tabla I.

Tratamiento Psicoterapéutico, aspectos a tener en cuenta:

Crear en las posibilidades de mejoría del paciente (Mosquera, 2005) e intentar aumentar su grado de conciencia, de registro de sus patrones disfuncionales, estableciendo estrategias de cambio productivas y asumiendo alternativas posibles de cambios (Fernández-Álvarez, 2006). Tener en cuenta las conductas problemáticas en estos pacientes en relación al equipo médico (miedos, actos autodestructivos, ambivalencia en relación al médico). Se recomienda ser tolerantes y a la vez poner límites adecuados en la relación y el encuadre (Ward, 2004). Para Tyrer, la capacidad de integrar un enfoque común en el equipo de salud condiciona el éxito del tratamiento (Tyrer, 2002) (Bateman & Tyrer, 2004).

Tres formas de psicoterapia en TLP han demostrado efectividad en su tratamiento: Psicoterapia focalizada en la transferencia, Terapia dialéctica conductual (DBT) y terapia basada en la mentalización (mentalization-based therapy) (MBT)-. Las mismas comparten las siguientes características: los procesos de aprendizaje ocurren dentro de la estructura y el ambiente psicoterapéutico se muestra muy confiable (Grosjean & Tsai, 2007).

La psicoterapia focalizada en la transferencia, parece producir cambios más significativos en la impulsividad, la irritabilidad, la agresión verbal y la física y similar efecto sobre las conductas suicidas que la DBT. Ambas parecen ser mejores que la terapia de apoyo para reducir riesgo de S (Gabbard, Clarkin, 2007 y Bateman & Tyrer, 2004).

DBT se ha mostrado más efectiva y con menor tasa de riesgo que la terapia llevada a cabo por expertos (Linehan et Al., 2006)(Brazier, 2006). Los hallazgos más consistentes son: la superioridad de DBT, en relación a otros Ttos para reducir la ideación suicida y las conductas parasuicidas (S) (Sharma, 2007), así como las automutilaciones (Verheul, 2003). Creada por Marsha Linehan en 1991, DBT evolucionó de la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para tratar pacientes con patología severa multiproblemática (Gagliesi, 2007). La DBT ambulatoria intensiva (3 semanas) es positiva en pacientes con TLP críticos en salud pública, particularmente en síntomas depresivos y desesperación (McQuillan, 2005). DBT se compone de estrategias de aceptación agregadas a estrategias de cambio en una visión que resuelve las contradicciones. El Tto se desarrolla con objetivos (por focos sucesivos) y las funciones del programa son aumentar la capacidad para regular emociones, entre otras (Gagliesi, 2007).

Otra opción de tratamiento es la terapia enfocada en la *mentalización* (MBT - mentalisation-based treatment) o en la reflexión, en la que se intenta aumentar la capacidad reflexiva o de *mentalising* del paciente en el contexto de terapia de grupo e individual. Se busca el reconocimiento de que el contenido psíquico es sólo una representación de los estados mentales propios y ajenos. Esta capacidad se encuentra disminuida en TLP, por lo que se intenta desarrollar la comprensión y el reconocimiento de los sentimientos que provocan a otros y que les producen los demás (Bateman & Tyrer, 2004). Se debe tener especial cuidado en no generar una atadura iatrogénica del paciente, respetando que reflexione dentro de su propio contexto (Fonagy, 2006).

Por último, el Modelo de Hospitalización Parcial con tratamiento de orientación psicoanalítica (Bateman & Fonagy 1999, 2001) tiene muchas características en común con DBT y un enfoque multimodal con varios terapeutas para cada persona y supervisión regular con otros terapeutas del grupo (Blennerhassett & Wilson, 2005). el uso del hospital asociado a DBT redujeron dramáticamente la frecuencia de daño autoprovocado, que además, puede ser aplicada exitosamente en un tiempo relativamente corto y a costos moderados (Zinkler, 2007).

En Síntesis: En el Tto de TLP o TIEP, la patología nos lleva siempre al límite, entre otras cosas de nuestro conocimiento, tolerancia, paciencia, tiempo, energía. Por eso, es importante resaltar que el cuadro debe abordarse en un equipo de salud capacitado, entrenado e integrado, independientemente de la estrategia específica que se utilice en cada circunstancia.

Referencias

APA - DSM IV TR. 4° ed. Español Ed. Masson Barcelona 2002

APA Practice Guidelines – American Psychiatric Publishing, Inc DOI: 10.1176 / appi. books. 9780890423363.54853 / DOI: 10.1176 / appi.books. 9780890423363.148718 / DOI: 10.1176/appi.books.9780890423370.111295 - 2008
http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_13.aspx

Ashman, D. Correspondence: Borderline personality disorder – British journal of psychiatry 2006, 188, 585-588.

Bateman, A. & Fonagy, P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry. 1999, 156,1563-1569.

Bateman, A. & Fonagy, P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an eighteenmonth follow-up. American Journal of Psychiatry, 2001. 158, 36 - 42.

Bateman, A. & Fonagy, P. Health service utilization costs for borderline personality disorder. Patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. American Journal of Psychiatry, 2003. 160,169-171.

Bateman, A.W. & Tyrer, P. - Psychological treatment for personality Disorders - Advances in Psychiatric Treatment (2004), vol. 10, 378–388

Bateman, A. & Tyrer, P. - Effective Management of Personality Disorder – 2002.
http://www.nimhe.org.uk/downloads/Bateman_Tyrer.doc

Brazier, J. et Al. - Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation -Health Technology Assessment, 2006; Vol 10: number 35

Bender, D.S. et Al. - Brief Reports: Prospective Assessment of Treatment Use by Patients With Personality Disorders - Psychiatr Serv 57:254-257, February 2006

Bienenfeld, D. - Personality Disorders – Wright State University School of Medicine - Nov 13, 2006

Blennerhassett R.C. & Wilson O'Raghallaigh, J. Dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder British Journal of Psychiatry, 2005, 186, 278 - 280

Carrasco, J. et Al. – Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features- British journal of psychiatry, 2007; 190, 357 - 358 .

Chanen, A.M. et Al. - Prevention and early intervention for borderline personality disorder – Medical Journal of Australia (MJA) 2007; 187 (7 Suppl): S18-S21

Clarkin, J.F. et Al. - Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study - *Am J Psychiatry*, June 2007. 164:922-928.

Cloninger, CR, Przybeck TR, Svrakic DM.: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatr*. 1993 50:975-990.

Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, et al. - The children in the community study of developmental course of personality disorder.- *J Personal Disord*, 2005; 19: 466-486.

Davidson, K. et Al. - The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial - *J Personal Disord*. 2006 October; 20(5): 450-465.

Fagin , L. - Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders - *Advances in Psychiatric Treatment* (2004) 10: 93-99

Fernández-Alvarez, H. Usos Retóricos en la Psicoterapia de los Trastornos de Personalidad *Rev. Persona* – Vol. 6 – N° 1 – IAEPD - la Plata – Abr. 2006.

Feske, U. Et Al. - Clinical Outcome of ECT in Patients With Major Depression and Comorbid Borderline Personality Disorder - *Am J Psychiatry* 161:2073-2080, November 2004

Fonagy, P. - Progress in the treatment of borderline personality disorder - *The British Journal of Psychiatry*, 2006. 188: 1-3.

Fonagy, P. & Bateman, A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 2006, 188,1-3.

Forti Sampietro, L. ¿Trastornos? de la ¿Personalidad? – Hacia un Modelo Integrador *Rev. Persona* – Vol. 6 – Sup. 4 – IAEPD - la Plata - Feb. 2006.

Fountoulakis, K.N. et Al. Off-label indications for atypical antipsychotics: A systematic review *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 3: 4.

Gabbard, G.O. - Do All Roads Lead to Rome? New Findings on Borderline Personality Disorder - *Am J Psychiatry* 164:853-855, June 2007

Gagliesi, P. Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. *Rev. Persona* Vol. 7 Sup. 1 – Ed. IAEPD - La Plata – Julio 2007.

Goldstein RZ & Volkow ND. - Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex - *Am J Psychiatry*, 2002;159:1642-1652.

Golier, J.A. et Al. - The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events - *Am J Psychiatry*, November 2003. 160:2018-2024.

Grosjean, B & Tsai, G.E. - NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder - *J Psychiatry Neurosci*. 2007 March; 32(2): 103-115.

Heresco-Levy U, Javitt DC, Ermilov M, et al. - Efficacy of high-dose glycine in the treatment of enduring negative symptoms of schizophrenia - *Arch Gen Psychiatry*, 1999;56:29-36.

128.

Hollander, E. - Impact of Trait Impulsivity and State Aggression on Divalproex Versus Placebo Response in Borderline Personality Disorder- *Am J Psychiatry*, March 2005; 162:621-624.

Israel JA, Lee K. - Amphetamine usage and genital self-mutilation - *Addiction*, 2002;97:1215-1218.

Karina, L et Al. - Self-mutilation induced by cocaine abuse: the pleasure of bleeding
Un cas d'automutilation - *La Presse Médicale* Vol 36, N° 2-C1 - février, 2007; pp. 235-237

Kaplan, H., Sadock, B.J. et Al. *Sinopsis de Psiquiatría*. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 1999.

Kernberg, O. *Trastornos Graves de la Personalidad*. Ed Manual Moderno. México. 1987.

Kohut, H. *Análisis del Self*. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1977.

Koldobsky, N.M.S. *Terapéutica farmacológica de los desórdenes de la personalidad* Rev. *Persona* – Vol. 1 – Sup 1 – IAEPD - la Plata – 2001

Krishnan, K.R.R. - Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder - *Psychosomatic Medicine*, 2005. 67:1-8.

Lakhan, S.E. & Vieira, K.F. - Nutritional therapies for mental disorders - *Nutr J*. 2008; 7: 2.

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, et al. Borderline personality disorder. *Lancet*, 2004. 364: 454

Linehan, M.M. *Cognitive-Behavioral treatment of Borderline Personality Disorder* - Guilford Press. New York. 1993

Linehan, M.M. et Al. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:757-766.

Lopez Mato A.M. y otros. Aspectos Neurobiológicos de los Trastornos de Personalidad. Rev. *Persona* – Vol. 6 – N° 1 – IAEPD - la Plata - Abr. 2006.

Matsuoka N, Aigner TG. - D-cycloserine, a partial agonist at the glycine site coupled to N-methyl-D-aspartate receptors, improves visual recognition memory in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther*, 1996; 278:891-7.

Monahan JB, Handelsmann GE, Hood WF, et al. - D-cycloserine, a positive modulator of the N-methyl-D-aspartate receptor, enhances performance of learning tasks in rats. *Pharmacol Biochem Behav*, 1989;34:649-53.

McQuillan, A. et Al. - Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients With Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis - *Psychiatr Serv*, February 2005. 56:193-197.

Mosquera, D. Abordaje del Trastorno Límite De Personalidad (TLP): la importancia de la paciencia y la constancia en terapia. Rev. Persona – Vol. 5 – N° 2 – IAEPD - la Plata – Nov. 2005.

Ness, D.E. - ECT in Patients With Depression and Borderline Personality Disorder - Am J Psychiatry, September 2005; 162:1762-a.

Nickel, M.K. et Al. Aripiprazole in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Am J Psychiatry 163:833-838, May 2006.

Oh, R. - Practical Applications of Fish Oil (ω -3 Fatty Acids) in Primary Care - JABFP January–February 2005 Vol. 18 No. 1

Paris, J. - Borderline personality disorder - CMAJ. 2005 June 7; 172(12): 1579–1583.

Pollock-BarZiv, S.M & Davis, C. - Personality Factors and Disordered Eating in Young Women with Type 1 Diabetes Mellitus – Psychosomatics, February 2005.46:11-18.

Ressler KJ, Rothbaum BO, Tannenbaum L, et al. Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. Arch Gen Psychiatry 2004;61:1136-44.

Sagduyu, K et Al. - Omega-3 fatty acids decreased irritability of patients with bipolar disorder in an add-on, open label study - Nutr J. 2005; 4: 6.

Sansone, R.A. et Al. - Disability and Borderline Personality Symptoms - Psychosomatics 44:442, October 2003

Sarkar, J. & Adshead, G - Personality disorders as disorganisation of attachment and affect regulation - Advances in Psychiatric Treatment, 2006. 12: 297-305

Sharma, B. Et Al. - Use of Dialectical Behavior Therapy in Borderline Personality Disorder: A View From Residency - Academic Psychiatry 2007; 31:218–224

Siever, L.J. y Koenigsberg, H. La frustrante tierra de nadie de los desórdenes o trastornos límites borderline de la personalidad. Trad. Gabriela Vallejos The Dana Forum on Brain Science, Volume 2, Number 4, Fall 2000. Dana Press. www.dana.org

Siever, L. Impulsividad e inestabilidad afectiva en la personalidad. Trad. Varela, D.O. Rev. Persona – Vol. 2 – IAEPD - la Plata – Ene - jun. 2004

Siever, L. J. & Davis, K. I. - A psychobiologic perspective on the personality disorders. American Journal of Psychiatry, 1991. **148**, 1647–1658.

Soler, J. Et Al. Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Dialectical Behavior Therapy Plus Olanzapine for Borderline Personality Disorder - Am J Psychiatry 162:1221-1224, June 2005.

Thatcher DL, Cornelius JR, Clark DB.- Adolescent alcohol use disorders predict adult borderline personality - Addict Behav, 2005; 30: 1709-1724

Tsai G, Yang P, Chung LC, et al. D-serine added to antipsychotics for the treatment of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 1998;44:1081-9.

Tsai GE, Falk WE, Gunther J, et al. Improved cognition in Alzheimer's disease with short-term D-cycloserine treatment. *Am J Psychiatry*, 1999;156:467-9.

Tsai G, Lane HY, Yang P, et al. Glycine transporter I inhibitor, N-methylglycine (sarcosine), added to antipsychotics for the treatment of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 2004;55:452-6.

Tyrer, P. Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: a bridge too far. *Journal of Personality Disorders*, 2002. 16,113-118.

Tyrer, P & Bateman A.W. - Drug treatment for personality disorders - *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004, vol. 10, 389–398

Varela, D.O. Comorbilidad Eje I del Desorden Límite de Personalidad. IX ISSPD International Congress on Personality Disorders Mar del Plata (Argentina), 2005. En *Rev. Persona – Vol. 5 – Sup. 2 – IAEPD - la Plata - Feb. 2006*.

Verheul, R. Et Al. - Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder - *The British Journal of Psychiatry* (2003) 182: 135-140

Ward, R.K. Assessment and Management of Personality Disorders. *American Family Physician Journal – AFP Press – 2004*

Widiger, T., Simonsen, E. et Al. Sección Especial del *Journal of Personality Disorders* - Agenda de la APA para el DSM V Trad. Forti Sampietro, L. - *Rev. Persona Vol. 6 Sup. 6 – Ed. IAEPD - La Plata - Octubre 2006*

World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental of mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 2° Edition. Tenth Revision. WHO. Geneve. 2004.

Zanarini, M.C. et Al. - The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study - *Am J Psychiatry*, June 2007. 164:929-935.

Zanarini, M.C. et Al. - Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder - *Am J Psychiatry*, May 2006. 163:827-832.

Zanarini, M.C. et Al. - Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission - *Am J Psychiatry* 2004; 161:2108–2114

Zanarini, M.C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., et Al - The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2003, 160, 274-283.

Zinkler, M. Et Al. - Dialectical behaviour treatment: implementation and outcomes *Psychiatric Bulletin* 2007, 31, 249-252.

Apéndice

Cuadro 1 - CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TLP

(modificados de la adaptación de Lieb et Al., 2004):

Criterios Interpersonales

(Criterio 1) **C1.** Frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado.

C2. *Patrón de relaciones inestables e intensas.*

Polaridad Idealización devaluación.

Criterios Conductuales (formas de impulsividad)

C5. Recurrentes actos impulsivos como comportamientos, intentos o amenazas suicidas (8-10 %).

O automutilación (cortarse o quemarse).

C4. Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos. Apuestas, gastos excesivos, atracones, abuso de sustancias, etc.

Criterios Afectivos

C8. Expresión de ira inapropiada e intensa, sarcasmo extremo y culpabilidad.

C7. Atormentantes sentimientos crónicos de vacío. Aburrimiento fácil.

C6. Inestabilidad afectiva por reactividad del estado de ánimo (disforia intensa, irritabilidad o ansiedad episódicas).

Criterios Cognitivos

C9. Durante el estrés extremo, posible ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización).

C3. Alteración de la identidad con notable inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo, con cambios bruscos y dramáticos de objetivos, valores, aspiraciones, identidad, etc.

Dr. Luis D. Palfiño, Buenos Aires, 2008

Cuadro 2 - Algunos principios generales del tratamiento

(Modificado de **Bateman & Tyrer, 2002** y Fagin, 2004):

Dispositivo bien estructurado. Relativamente a largo plazo.

Establecer un foco claro rápidamente. Establecer encuadre claro.

Base teórica coherente con los profesionales y con el paciente.

Alianza terapéutica clara. Involucrar al entorno del paciente.

Plan de tratamiento temprano. Anticipar las crisis e impulsiones.

Administrar la medicación necesaria. Supervisión del equipo médico.

Monitorear la contratransferencia. Considerar comorbilidad en Eje I.

Mantener la flexibilidad. Condiciones de seguridad adecuadas.

Tolerar el enojo y la agresión intensas. Promover la reflexión.

Evitar la disociación entre integrantes del equipo y entre psicoterapia y farmacoterapia.

Dr. Luis D. Palfiño, Buenos Aires, 2008

MEID

cuatro niveles de evaluación

↓

Descriptores diagnósticos:
Dimensiones del carácter
de Cloniger y otros.

↓

Descriptores de primer orden:
NOP (Nivel de Organización de la Personalidad de Kernberg)
(Condiciona a los restantes Peso pronóstico propio).
Capacidades (actividad - pasividad, Orientación SELF-OTROS)
y Estilos Adaptativos de Millon.

↓

Descriptores de segundo orden:
Capacidad para Potenciar el Placer (CPP) y (CE
E) Capacidad para Evitar el Dolor
(Capacidades Adaptativas de Millon),
Respuesta a Fármacos y Neurofisiología,
Descriptores psicodinámicos (Kernberg),
Evitación del Riesgo,
Búsqueda de Novedad y
Dependencia de la Recompensa. (Cloniger).

↓

.Subsidiarios:
Extroversión-Introversión, Conflicto basado
en la Agresividad o Afectividad (Kernberg), }
Modelo de los Cinco Factores
(Costa, Mcrae & Widdiger), etc.

Gráfico 2

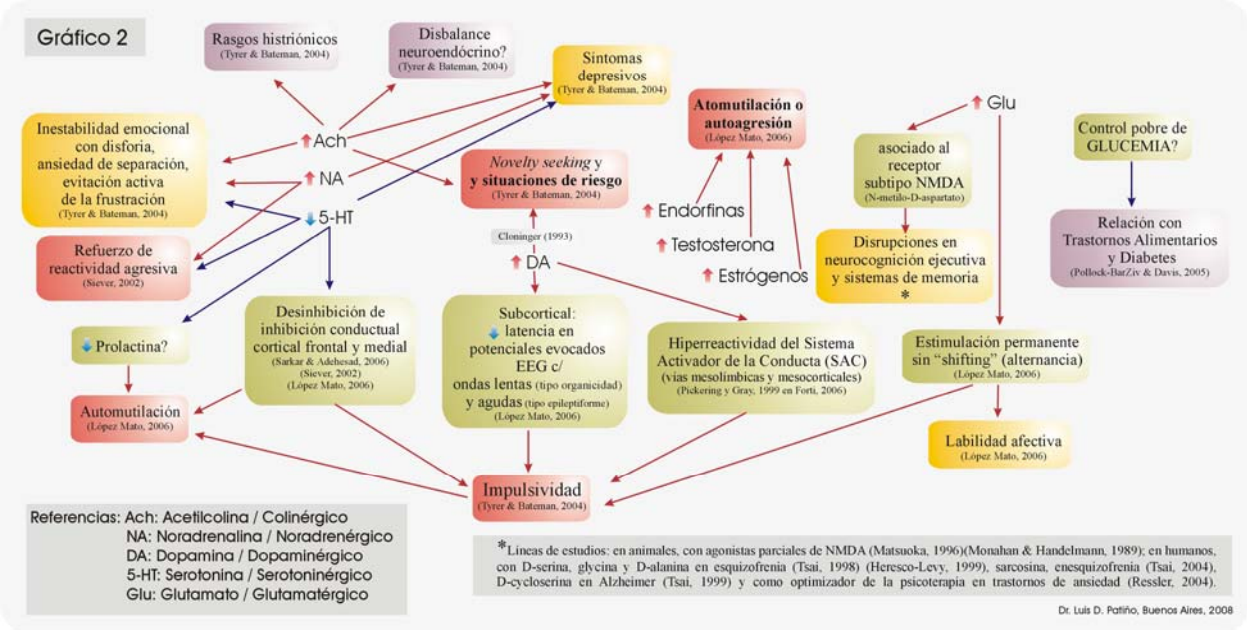


Tabla I	Neurolépticos			Estab. Humor	Antidepresivos			BZD	
	Incic.	Sedat.	Activ		IRNA	IRSR	IRS-N	Antiman.	Ansiol.
I. Emoc.	+++	+	+	+++	NO	+++	+	+	NO