CRISIS DESCOMPENSATORIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

DEMIAN F. GOLDSTEIN FABIAN A. MOLINA

introducción del DR. PABLO A. BERRETTONI

CRISIS DESCOMPENSATORIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Bleu Editora
Primera Edición: Buenos Aires, Octubre de 2004.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, en forma idéntica o modificada y por cualquier medio o procedimiento, sea mecánico, informático, de grabación o fotocopia, sin autorización de los editores.

I.S.B.N. : 987-97773-3-6

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723
Impreso en Argentina – Printed in Argentina

Fabián A. Molina

	Médico Neurocirujano y Especialista en Neurocirugía Funcional. Ex Jefe del Laboratorio de Neuroanatomía de la Facultad de Medicina 1ª Cátedra de la UBA del Hospital de Clínicas. Posee además el título de Especialista en Neurobiología. Posteriormente cursó sus estudios en el Colegio de Médicos de San Martín obteniendo el título de Médico Psiquiatra. Se desempeña actualmente como médico del Servicio de Guardia del Hospital Braulio A. Moyano

Demián F. Goldstein

	Licenciado en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana donde se desarrolla como docente de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Cursó sus estudios en Sam Houston State University obteniendo su Bachelor in Music Therapy. Es Fellow del Vivian Smith Advanced Studies Insitute of the Neuropsychological Society y miembro del Equipo de Neurociencias de TCba, desempeñándose en Resonancia Magnética Funcional. Colaboró con el Dr. L'Abate en el libro "*Using Workbooks in Mental Health: Resources in Prevention, Psychotherapy, and Rehabilitation for Clinicians and Researchers*". Es actual concurrente del Servicio de Guardia del Hospital Moyano.

AL LECTOR

A lo largo de las páginas de este libro encontrará el desarrollo de un modelo para entender las crisis que experimentan los pacientes con Trastornos de Personalidad.

La mayor parte del material es original y se basa en nuestras observaciones, especulaciones y experiencia clínica. Surge a partir de la observación y contacto directo con las pacientes, su problemática y su entorno.

Esperamos que pueda encontrar un material interesante, que se preste a discusión, que lo rete a intentar comprobarlo en la clínica diaria, y que por sobre todas las cosas sea actualizable.

Las experiencias nombradas fueron tomadas principalmente con pacientes mujeres en el Servicio de Evaluación y Observación (SOE) del Servicio de Guardia del Hospital Braulio A. Moyano, con la colaboración del Jefe de Servicio el Dr. Pablo A. Berrettoni, a quien agradecemos la cortesía de escribir el emotivo prólogo y el capítulo introductorio.

Agradecemos a nuestros colegas médicos y psicólogos, personal de enfermería, servicio social, administrativos y directivos de la institución, y a nuestras familias y amigos por su incansable apoyo.

Demián F. Goldstein
cognitas@fibertel.com.ar

Fabián A. Molina
fabianmolinapsi@hotmail.com

Buenos Aires, Octubre de 2004.

Pablo Armando Berrettoni
Doctor en Medicina UBA.
Médico Psiquiatra UBA.
Jefe de Servicio de Guardia, por Concurso Hospital Moyano (99-03).
Jefe de Departamento de Agudos, Ambulatorios y Area Programática por Concurso (Nov/2003) Hospital Moyano.
Docente Adscripto Salud Mental UBA y UDAM.

Yudit S. Cairo
Licenciada en Psicología UAI.
Psicóloga concurrente del Servicio de Guardia, Hospital Moyano.

Demián F. Goldstein
Licenciado en Psicología UAI.
Bachelor in Music Therapy, Sam Houston State University.
Fellow del Vivian Smith Institute for Neuropsychological Studies.
Miembro del Equipo de Neurociencias de TCba Salguero. (RMf)
Psicólogo concurrente del Servicio de Guardia, Hospital Moyano.
Docente de Psiquiatría, Facultad de Medicina UAI.

Fabián A. Molina
Medico Neurocirujano
Especialista en Neurocirugía Funcional.
Medico Psiquiatra.
Especialista en Nueurobiología
Medico de Guardia del Hospital Moyano.
Ex Jefe del Laboratirio de Neuroanatomia de la Facultad de Medicina 1ªCátedra de la UBA.

Lionel Zaidenwerg
Médico UBA.
Medico de Guardia del Hospital Moyano.

INDICE

Introducción 7

Crisis Descompensatorias de los Trastorno de Personalidad 15

Neurobiología de la Crisis..... 20

Psicología de la Crisis 35

Tratamiento Integrado Farmacológico – Cognitivo Conductual ... 50

Psicoterapia de la Crisis 60

Psicofarmacología de la Crisis 70

Aplicación del Modelo en una Población..... 80

Conclusiones 90

Cuaderno de Resolución de Conflictos 95

Bibliografía..... 100

Fabián Molina, Demián Goldstein y Pablo Berrettoni

PRÓLOGO

Dr. Pablo A. Berrettoni

Desde Diciembre de 1999 hasta Mayo de 2004 en la Guardia del Hospital Moyano se planearon y se realizaron una serie de acciones con la finalidad de modificar la estrategia del Servicio.

Entre ellas la de instaurar una Sala de Guardia para la observación y evaluación de pacientes con trastornos psicóticos agudos, la mayoría de ellos ingresados compulsivamente por indicación judicial. Y también comenzar a reflexionar la tarea realizada por el equipo (Médicos, psicólogos, enfermeros, etc.) sobre la base de un régimen de tipo participativo y simétrico.

Pudimos observar que, contrariamente a lo previsto, el 40 % de dichos ingresos tenía como diagnóstico básico el de Trastorno de Personalidad (Eje II del DSM IV), más allá de la presentación proteiforme del síndrome clínico actual (Eje I del DSM IV).

Resolver las situaciones de crisis, a los que este tipo de pacientes son proclives, representó un verdadero desafío. En la pared del consultorio principal teníamos colgado un cuadrito de madera que nos recordaba cada día que "Haciendo siempre lo mismo no se pueden esperar resultados diferentes".

Debo reconocer que todos los integrantes de la Guardia, tanto médicos, psicólogos, enfermeros, secretarias y personal de mantenimiento, servicios generales, camilleros, mucamas, personal de limpieza, estuvieron a la altura de las circunstancias. Y si bien cada uno presentaba aristas destacables, hubo dos personas que desde el inicio concitaron mi atención.
Son Fabián Molina, médico neurocirujano y psiquiatra, ex Jefe de Residentes de Neurocirugía del Hospital de Clínicas, y

Demián Goldstein, psicólogo y musicoterapeuta, quiénes rápidamente entraron en sinergia y conformaron un equipo de tratamiento de los trastornos de personalidad en crisis.

Soy testigo de la infatigable tarea asistencial por ellos realizada, ad honorem, permaneciendo durante las mañanas y las tardes en contacto con los pacientes, creando instrumentos de evaluación, buscando nuevas alternativas terapéuticas, realizando verdaderas investigaciones acerca de lo realizado, reflexionando sobre la tarea y siendo generosos en la transmisión de conocimientos, a quienes quiera se lo solicitara.

Durante el período de tiempo arriba mencionado fueron evaluados, según el Departamento de Estadísticas del Hospital, alrededor de 4.000 pacientes, de los cuales 1.200 fueron dados de Alta con un promedio de estadía de 2-4 días, y no tuvimos ningún caso de demanda de mala praxis o de otra índole judicial. Sé que esto es en parte abusar de la suerte buena, pero quiero acentuar así la calidad del equipo humano actuante.

Dicen que la suerte es mujer, y hay que saberla seducir, creo que lo nuestro fue sólo trabajo, trabajo responsable y dedicado, que es la verdadera herramienta de seducción. Y estos dos jóvenes profesionales nos ayudaron a mantenernos despiertos, pues recordemos que sólo en la acción se validan las teorías, y sí que hubo mucha acción.

Por otro lado, las psicosis y los trastornos de la personalidad en crisis, rápidamente hacen que encontremos nuestros límites de paciencia y tolerancia (recordemos que la templanza es una virtud cardinal), en este sentido la Guardia es un crisol, que quema o templa, no hay medias tintas, y allí estaban ellos, disfrutando de la agitación, tratando de ordenar el caos.

Finalizando, este libro no es sólo un nuevo enfoque del problema, sino que es la sedimentación de la actividad práctica realizada durante años con una interesante cantidad y variedad de pacientes, donde ha sido validada.

Esta es la recomendación que les hago a Uds., lectores, cada una de las frases que ha continuación encuentren ha sido meditada y realizada, aprovéchenlas y aplíquenlas.

Guardo para mí las imágenes de haberlos visto trabajando, pocas veces he disfrutado tanto.

Gracias.

Pablo Armando Berrettoni.
Doctor en Medicina UBA.
Médico Psiquiatra UBA.
Jefe de Servicio de Guardia, por Concurso (Dic/1999) Hospital Moyano.
Jefe de Departamento de Agudos, Ambulatorios y Area Programática por Concurso (Nov/2003) Hospital Moyano.

CRISIS DESCOMPENSATORIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

INTRODUCCIÓN

Dr. Pablo A. Berrettoni

Dar cuenta de las personalidades, con sus características de individualidad, especificidad y singularidad es una de las tareas casi imposibles que la psiquiatría enfrenta. Sin embargo se han encontrado regularidades, repeticiones, que permitirían establecer predicciones con respecto a los patrones de reacción, tendencias y capacidades de los seres humanos.

Inferencias en general, a las que es imposible adscribirles la característica de certeza, solo son probabilidades de curso de acción. En éste libro se utiliza la descripción categorial, que busca a partir de las variaciones individuales observadas, intentar clasificar las personalidades en categorías que proporcionen aspectos de la conducta externa, los atributos superficiales, las relaciones interpersonales, componentes conductuales, y evaluar la posibilidad de cambio.

Allport concluye en su libro "La Personalidad" que ésta es "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan los ajustes del individuo al medio ambiente".

La visión contemporánea de la personalidad incluye al Temperamento y al Carácter.

El temperamento es la base de los mecanismos biológicos responsables de la captación precisa del medio ambiente, la percepción sensorial óptico-acústica y táctil cenestésica, y las relaciones intersensoriales en la raíz de elaboraciones nominales: lenguaje. El temperamento originaría actitudes

generales de orientación afectivas en el mundo: dar importancia – permanecer indiferente.

El carácter es el conjunto de reacciones adquiridas de las que dispone un individuo para orientar su conducta. Es temperamento más experiencias y educación social. Por ello de penderá de la capacidad de aprendizaje del individuo (desarrollo cerebral) y de la información disponible (cultura).

La personalidad se desarrolla entonces a lo largo de una línea temporal en la cual se presentan períodos críticos caracterizados por trastornos en las pareas intelectual, afectivas y relacionales.

Crisis deviene del sustantivo griego "crisis", que significa elección, decisión, juicio, y del verbo "krinein" que quiere decir "pasar por un tamiz, colar, discernir". Alrededor de esta palabra se despiertan conceptos correlacionados de cambio, situación límite, planteo de problemas que necesitarían resolución, etc. En realidad le adscribimos a crisis el sentido de esas situaciones donde hay un quiebre de aquello que venía siendo dado, un cambio súbito, una ruptura de un equilibrio previo, ya sea por pérdida de los aportes básicos de la personalidad como en las crisis accidentales, o bien por modificaciones que el tiempo en su transcurrir produce en los organismos, y que son más o menos previsibles (como las crisis evolutivas o vitales por ej.)

El concepto central es que las crisis interrumpen el equilibrio anterior, y duran hasta que se reestablezca el equilibrio a un nuevo nivel. Las crisis se consideran un intento de ajuste a la realidad, si son exitosas llevan a Salud nuevamente, si fracasan a la Enfermedad.

Del cúmulo de situaciones, en el transcurso de la vida de una persona, ciertos hechos se destacan por ser únicos, que pueden

ser puntos de inflexión, hacia un mayor enriquecimiento y vigor de la personalidad, o a la perturbación.

Estos acontecimientos son promotores de cambios significativos que ponen a prueba la fortaleza y la vulnerabilidad del individuo. Las crisis, de esta manera condicionan la vida del individuo, pueden llevar a mayor integración o a estancamiento y/o derrumbe. Siempre demandan un determinado trabajo del sujeto en crisis, para asimilar y elaborar los procesos traumáticos que la desencadenaron, única forma de superarlas.

Las crisis no son negativas de por sí, sino que están sujetas a su resolución. El ajuste depende de condiciones del propio individuo, de su grupo de pertenencia, su familia, comunidad cultura, etc.

Por lo tanto es importante estudiar las poblaciones de riesgo, para realizar prevención en la Atención Primaria de la Salud.

Pudimos observar que, contrariamente a lo previsto, el 40 % de los ingresos en la Guardia del Hospital Moyano tenía como diagnóstico básico el de Trastorno de Personalidad (Eje II del DSM IV), más allá de la presentación proteiforme del síndrome clínico actual (Eje I del DSM IV). Durante el período de tiempo Diciembre 1999- Mayo 2004 fueron evaluados, según el Departamento de Estadísticas del Hospital, alrededor de 4.000 pacientes, de los cuales 1.200 fueron dados de Alta con un promedio de estadía de 2-4 días, sin existir ningún caso de demanda de mala praxis o de otra índole judicial. El 40% de ellos tenía un Trastorno de Personalidad cuya crisis provocaba la internación.

Resolver las situaciones de crisis, a los que este tipo de pacientes son proclives, representó un verdadero desafío. Sus crisis se caracterizan por llegar a limites impredecibles, y

producen severos cambios en poco tiempo, desajustando a la persona interna y externamente. Es necesario previamente a conocer las características de la descompensación crítica de los trastornos de personalidad que se presenta en los capítulos subsiguientes, hacer un racconto de las cuatro fases características de las crisis en general:

Fase 1: elevación inicial de la tensión por impacto del estímulo. Se ponen en acción las respuestas habituales homeostáticas (con tendencia a la estabilidad relativa de las funciones corporales), merced a las reacciones de adaptación al estrés (Selye) y a nivel psicológico por los mecanismos cognitivos de atribución. Ante la pérdida de los aportes básicos, se instala un momento transicional que generalmente dura días o pocas semanas, y requiere un ajuste. Si ese ajuste no se da en la dirección de Asimilación- Acomodación, puede ocurrir el avance a la siguiente fase.

Fase 2: debido a la falta de éxito en las respuestas y/o prosecución del estímulo, persiste la elevación de la tensión, lo que connota un estado de irritación e inefectividad. Aumento de la tensión: aparecen alteraciones conductuales, ansiedad, angustia y empiezan a incrementarse los aspectos regresivos. Si esto va en progreso, no se puede producir el ajuste del individuo para asimilar la situación.

Fase 3: la tensión se sigue elevando, esto incrementa la movilización de recursos internos y externos, tales como pruebas de ensayo y error, dejar de lado, etc.

Fase 4: estado desorganizativo del individuo. El suceso se convierte en proceso, que impedirá el nuevo equilibrio relativo y a sobredeterminar la situación, el proceso devendrá en enfermedad mental, luego enfermedad somática e incluso muerte.

Entonces el profesional deberá realizar una evaluación de diferentes aspectos de la crisis:

1. Hecho precipitante.
2. Percepción individual del evento.
3. Naturaleza y fortaleza yoica.
4. Sistema de sostén o soporte (familia, pareja, amigos).
5. Mecanismos cognitivos de atribución empleados.

Existe mayor posibilidad de superarla cuando existen:

a) Percepción del hecho de forma realista.
b) Adecuado respaldo ambiental.
e) Utilización de mecanismos cognitivos de atribución de manera plástica.

Después de la evaluación inicial, cuando se ha determinado que el problema es primariamente psiquiátrico, llega el momento de decidir el tipo de intervención.
El objetivo no es la completa remisión de los problemas que aquejan al paciente, pero sí dar los pasos iniciales para que los mismos se clarifiquen, ordenen o se tranquilicen como para que aprecie por sí mismo qué solución puede encontrar.

Toda crisis representa una oportunidad, un momento único para el cambio. Durante la misma hay más chances de modificar actitudes y conductas que en los períodos estables ("gastando divanes").

La maduración normal de un individuo debería ser entendida como un proceso permanente de aprendizaje de cómo operar con pequeñas crisis a lo largo de la vida. Luego las crisis son los períodos claves en los que el crecimiento humano ocurre, pues al perder el equilibrio previo debe encontrar una nuevo, y podemos ayudarlo a que sea mejor.

Para ello debemos propender a:

- estabilizar la ansiedad en los pacientes estresados.
- ayudar a darse cuenta del problema que atraviesa.
- evaluar las cuestiones críticas.
- considerar opciones vitales más efectivas.

Medidas tendientes a alimentar posibilidades de superación sanas:

a. lograr una atmósfera de comunicación empática positiva.
b. aumentar el grado de comprensión que tiene la persona de la situación en que está inmersa.
c. apoyar la expresión catártica, incluso de los sentimientos negativos.
d. efectuar señalamientos de vías de exploración de salidas útiles y pertinentes.
e. ayudarlo a ubicar lo que les ocurre en un marco de referencia basado en la realidad.
f. abrir canales de comunicación con las personas significativas de su familia y/o grupo de pertenencia.
g. en general aumentar la comprensión de sus problemas personales, miedos y ansiedades.

La farmacoterapia de emergencia permite lograr un nivel de comunicación adecuado con el paciente al estabilizar las descargas agresivas, los miedos primitivos, el monto de angustia o las alteraciones de la percepción. (para poder hablar con alguien que sabe lo que dice y entiende lo que escucha). Hay que medicar sólo ante síntomas bien definidos, y los medicamentos a emplear deben ser muy conocidos por todo el personal interviniente, porque de lo contrario no sabremos qué fue primero, si el remedio o la enfermedad.

A lo largo de este libro podrá verse que primordialmente se utilizaron los criterios de abordaje de crisis respetando las Normas de Atención generales, básicos y comunes a todas las patologías (Berrettoni, Corral & Mosca). Dichas normas se

publicaron en un documento que forma parte de las Normas de Atención Médica del SAME (*ver ref.*):

1. La crisis es un momento único de manifestación de la patología que padece el paciente, por lo que se debe consignar toda información que se recoja para su uso posterior.
2. Centrarse en el problema actual.
3. Averiguar datos de la historia personal que esté directamente vinculada al origen o que sea desencadenante del problema actual o motivo de llamado.
4. El problema suele ser más complejo que sólo la sintomatología psiquiátrica, pues implica conceptos situacionales, tales como familia continente, lugar de la vivienda, medios de vida, inserción social, etc.
5. Examen psiquiátrico semiológíco localizado en desestimar alteraciones de la conciencia, que indicarían problemas orgánicos, somáticos, a los que habría que tratar primero.
6. Consignar patologías clínicas preexistentes.
7. Averiguar sobre consumo de medicamentos y/o drogas ilícitas (o la ausencia de ellas cuando estaban indicadas por patologías preexistentes o abuso habitual).
8. Recabar antecedentes psiquiátricos. Consignar el nombre del terapeuta o centro donde se asistía.
9. Anotar los datos (nombre, apellido, dirección y teléfono) de los informantes tales como familiares, vecinos, etc..

Hasta aquí he sentado las bases para introducirlos a un nuevo enfoque del problema de los trastornos de personalidad, producto de la sedimentación de la actividad práctica realizada durante años con una interesante cantidad y variedad de pacientes en el Servicio de Guardia del Hospital Moyano, donde ha sido validada.

Apéndice:
Comorbilidad y Epidemiología de los TP según el DSM-IV.

Trastorno	Comorbilidad	Epidemiología
PARANOIDE	Tr depresivo mayor Tr obsesivo comp Agorafobia Abuso de substancia Tr psicótico breve Esquizotípico Esquizoide Narcisista Evitativo Borderline	Población general 0.5 a 2.5 %.
ESQUIZOIDE	Tr delirante Esquizofrenia Tr depresivo mayor Tr psicótico breve Paranoide Esquizotípico Evitativo	Población general 0,1 a 7.5 %
ESQUIZOTÍPICO	Tr psicótico breve Tr esquizofreniforme Tr delirante Depresión mayor 50 % Esquizoide Paranoide Evitativo Borderline	Población general 2 a 6 %
ANTISOCIAL	Tr control de impulsos Tr depresivo mayor Abuso de sustancias Juego patológico Tr ansiedad Tr somatización Narcisistico. Borderline Histriónico	Población general Varones 3 % Mujeres 1%
NARCISISTA	Tr depresivo mayor	Población

	Abuso de sustancia cocaína Tr distímico Borderline Antisocial Histriónico Paranoide	general <1 %
HISTRIÓNICO	Tr depresivo mayor Tr somatización Tr conversivo Narcisista Borderline Antisocial Dependiente	Población general 2 a 3 %
BORDERLINE	Depresión mayor Abuso de sustancia Estrés posttraumático ADHD Todos los otros Tr de personalidad	Población general 2 %
EVITATIVO	Tr del ánimo Tr por ansiedad (fobia social, generalizada) Esquizotípico Esquizoide Paranoide Dependiente Borderline	Población general 0.5 a 1 %
DEPENDIENTE	Tr del ánimo Tr por ansiedad Tr adaptativos Fobia social Histriónico Evitativo Borderline	Más frecuente de todos los Tr de personalidad
OBSESIVO COMPULSIVO	Tr del ánimo Tr por ansiedad Tr Obsesivo Compulsivo	Población general 1 %

LA CRISIS DESCOMPENSATORIA

Dr. Fabián Molina
Lic. Demián Goldstein

En los ingresos de urgencia del Servicio de Guardia del Hospital Braulio A. Moyano, observamos que las personas con Trastornos de Personalidad se enfrentan a situaciones que las desbordan, generando así respuestas cognitivas, afectivas y conductuales desadaptativas, las cuales dada su magnitud, las conducen a su internación.

Consideramos así la existencia de un cuadro específico que denominamos "Crisis Descompensatoria del Trastorno de Personalidad" y definimos de la siguiente forma:

"Todas aquellas situaciones criticas y agudas que se dan dentro del marco de un trastorno de personalidad, en donde los mecanismos adaptativos empleados hasta ese momento son superados, produciéndose una alteración del juicio de realidad o una incapacidad de tolerar la más mínima frustración; esto se expresa a través de alteraciones en las áreas cognitiva, afectiva y/o en el control de los impulsos. El individuo presentará así un repertorio de conductas francamente desadaptativas, características del trastorno de personalidad en el cual se producen". (Goldstein & Molina, 2002)

Dividimos el funcionamiento de la personalidad en las siguientes áreas: 1) área cognitiva, 2) área afectiva, 3) área del control de los impulsos. Cada una de ellas tiene sus funciones, relaciones, y posee su propio sustrato neurobiológico.

El siguiente cuadro ilustra el Modelo propuesto a través de todo este libro:

Mecanismos de la Crisis Descompensatoria del Trastorno de Personalidad. (Goldstein & Molina, 2002)

Cada área interacciona con las demás dando como resultado las dos funciones más importantes en la evaluación de las Crisis de Personalidad A) Juicio de Realidad y B) Tolerancia a la Frustración.

Definimos al Juicio de Realidad como una elección valorativa, efectiva y adaptada; en donde elección implica tomar un evento como aceptable y válido en un momento histórico-biográfico. Esa elección se realiza a partir de la plena conciencia de sí mismo (*awareness*) y en coherencia con el medio, valorando las ventajas (placer, beneficio, etc.) y desventajas (temor, dolor, etc.).

La frustración es la manifestación cognitiva (comprensión racional) y afectiva (emoción) de la imposibilidad de realizar un acto planeado o deseado.

Definimos Tolerancia a la Frustración a la capacidad de controlar la sumatoria de impulsos cognitivos y afectivos (conducta) resultantes de la imposibilidad de realizar un acto planeado o deseado.

Como se aprecia en el cuadro, las alteraciones fundamentales se expresan en la disfunción del "JUICIO DE REALIDAD Y EN LA INCAPACIDAD DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN".

De la relación entre el área cognitiva y el área afectiva surge el juicio de realidad, es decir que lo que la cognición recibe del medio es confrontado con las emociones y los recuerdos, conformados desde el cuerpo durante el desarrollo.

De la interacción entre el área afectiva y el área del control de los impulsos surge la capacidad de tolerar las frustraciones, la cual siempre es monitoreada por la cognición.

De la interacción de las tres áreas surge la conducta observable de la paciente, quien hasta el momento de la crisis presentaba algunas conductas desadaptativas, que son los rasgos rígidos que caracterizan a cada trastorno. Cuando ocurren las crisis estos rasgos se exacerban y a su vez producen otros síntomas que son los característicos de la Crisis Descompensatoria en el Trastrono de Personalidad.

También los síntomas se expresan en un área determinada, por lo que podemos dividir a las mismas de la siguiente manera:

a) CRISIS A PREDOMINIO PSICÓTICO
b) CRISIS A PREDOMINIO AFECTIVO
c) CRISIS A PREDOMINIO IMPULSIVO

Las que son a predominio psicótico el área afectada principalmente sería la cognitiva, a predominio afectivo la afectividad y a predominio impulsivo el control de los impulsos. Es claro que en la clínica casi siempre se presentan combinadas.

Exploraremos en los capítulos siguientes la psicología, neurobiología, farmacología y psicoterapia de las crisis descompensatorias para una exposición precisa de cada uno de sus componentes y su respectivo abordaje.

NEUROBIOLOGÍA DE LA CRISIS

Dr. Fabián Molina

AREA COGNITIVA

La actividad cognitiva es la que nos permite conectarnos con el medio y con nosotros mismos. Tenemos conocimiento del entorno, del lugar, del tiempo y de construir un mundo ordenado de acuerdo a nuestros valores.

Las funciones que tomamos en cuenta para evaluar la crisis son las siguientes:

a) Atención
b) Orientación
c) Memoria
d) Sensopercepción
e) Pensamiento
f) Lenguaje

A continuación discutiremos las áreas de atención, memoria, sensopercepción y pensamiento.

Atención

"Es la capacidad de focalizar en un estímulo y de centrar un objeto percibido en la conciencia".

En realidad son tres procesos contiguos:

i) alertización,
ii) atención propiamente dicha o categorización

iii) activación o disposición cognitiva.

i) La Alertización: Es un proceso sin intención, no origina conocimiento alguno y no interviene en otro proceso mental.
Se caracteriza por una activación cortical previa a toda respuesta voluntaria o un no estimulo, se demuestra en los Potenciales Evocados Cognitivos como una onda negativa que se presenta 200 mseg. antes de que el individuo reciba la señal esperada. Esta onda se conoce como "variación contingente negativa" y es la onda P300, la cual se encuentra alterada en los pacientes Borderline, y se ve aumentada en los pacientes del cluster C.

La función cortical consistiría en preparar al cerebro a un nivel inconsciente para los impulsos que van a impactar en nuestra conciencia.

La estructura que origina la P300 es el Locus Ceruleus, que es un núcleo noradrenérgico cuyas neuronas presentan una actividad rítmica de a pares, theta y no theta. A su vez, cada neurona emite una eferencia que se divide en tres, una a la corteza, otra al cerebelo y otra al asta anterior de la médula espinal.

La alertización provocada por el Locus Ceruleus involucra a las tres estructuras principales para una respuesta conductual: Corteza Cerebral, Cerebelo y Médula Espinal.

El neurotransmisor encargado es la noradrenalina (NA), el cual al ser liberado en la corteza frontal aumenta el número de descargas corticales. El control del Locus Ceruleus está dado principalmente por los núcleos del Rafe, a través de la serotonina (5-HT), por receptores 5-HT2-1 y otros neuromoduladores.

Estos núcleos ejercen su modulación a nivel del soma neuronal y de sus terminaciones en corteza y subcorteza.

ii) Atención Propiamente Dicha: Consiste en la descarga de las neuronas que forman las columnas corticales de la Corteza Prefrontal Dorso Lateral (CPFDL), a la cual llegan las aferencias de las regiones mono y multimodales del cerebro posterior, tálamo y Cíngulo Anterior.

iii) Disposición Cognitiva: Las columnas neuronales corticales del lóbulo frontal, específicamente de la región dorsolateral y frontomedial se encuentran en un estado de preactivación determinado y específico dado por el Locus Ceruleus a través de la NA.

Mientras que se reciben las señales del mundo en la corteza dorsolateral, en la corteza frontomedial se recibe la información acumulada en la memoria afectiva y operativa.

Se establece la comparación y se presta atención a lo relevante de acuerdo a la predisposición temperamental de cada individuo.

La NA del Locus Ceruleus interactúa con la 5-HT de los núcleos del Rafe, la acetilcolina (ACh) del hipocampo, y el glutamato de las aferencias intercorticales y talámicas.

Un párrafo aparte merece la dopamina (DA), la cual originada en la región tegmental ventral (RTV) a través del sistema mesolímbico cortical, conecta la descarga en el núcleo accumbens septi con la descarga en la corteza frontomedial.

El núcleo accumbens es el efector motor de la motivación, vale decir, a mayor actividad mayor acercamiento a los objetos del mundo. Esto lo realiza a través de su conexión tálamo-corticofrontal medial.

Como vemos, la DA juega un rol en la atención como activador del *efector motivacional* del cerebro, el núcleo accumbens, e

interactuar simultáneamente sobre las neuronas frontales a través de los receptores D_2 corticales.

Memoria

Esta función es una de las más importantes de la actividad cognitiva. Nos permite saber de donde venimos y hacia donde nos dirigimos, a través de los recuerdos que acumulamos durante el devenir vital. Conforma nuestro YO y dirige nuestro futuro.

Dividimos a la memoria para su análisis en memoria biográfica (emocional y semántica) y procesal.

La primera se relaciona con las vivencias y su ubicación en el continuo del tiempo vital; la segunda es la encargada de almacenar los procedimientos motores y operacionales.

La estructura central en el funcionamiento de la memoria es el Hipocampo y sus conexiones. El Hipocampo se encuentra en lo profundo del lóbulo temporal, y se divide según la densidad de sus células piramidales en 4 áreas: CA1, CA2, CA3, y CA4. Estas células presentan receptores para 5-HT, GABA, ACh, y esteroides cerebrales, y BDRF (Factor de Crecimiento Neuronal).

Las neuronas ubicadas en la región CA3 presentan un ritmo theta sincronizado por el *marcapaso septal*, el cual a través del Fornix mantiene este ritmo como el tic-tac de un reloj.

Al ingresar un estímulo lo suficientemente importante, (está determinado por la activación de otras estructuras límbicas: amígdala – hipotálamo – etc.), conjuntamente con un área cortical sensorial (visual – audición – etc.) que confluyen en el subiculum, detendrían esta descarga para que comience luego en otro ritmo. Este detener del reloj marca los recuerdos y es así

como los recuperamos en bloques, los cuales tienen un principio y fin determinado por la detención y nueva activación de este marcapaso septo-hipocámpico.

Al parar el ritmo se permitiría realizar los cambios bioquímicos que formarían un engrama. Además como esta detención es única para cada recuerdo a pesar de estar originado en estructuras diferentes, esto sería el motivo por el cual desde un recuerdo se podría llegar a otro que no tenga relación temporal, pero si emocional, debido a que se habrían activado las mismas áreas cuando ocurrió el hecho.

Por ejemplo, cuando se sucede una acción, no recordamos cada hecho, solo los más significativos desde el punto de vista emocional. Por ejemplo cuando una persona con trastorno de personalidad paranoide ingresa a una tienda que nunca antes había visitado y en ese momento pasa por su campo visual una persona que al mirarlo hace una mueca, seguramente al recordar esta situación, lo primero que evocará la persona con TP no será cada uno de los detalles de la tienda o sus productos, sino el gesto burlón del otro.

Esto se debe a que el gesto de esa persona produjo mas descargas límbicas, (hipotálamo, región orbitaria posterior, polo temporal, etc.). De esta manera la memoria en este caso biográfica estaría en relación directa con las estructuras activadas, las cuales al llegar a las neuronas piramidales del hipocampo, específicamente a las áreas CA1, y CA3 descargan rítmicamente a través del fornix al área septal lateral, la cual a su vez descarga sobre los núcleos septal medial, reingresando a través del fornix al hipocampo.

El aporte de ACh o el aumento del estímulo GABAérgico sobre las neuronas piramidales altera este ritmo y por lo tanto la capacidad de almacenar y evocar en forma ordenada.

Esto sería uno de los fundamentos de la alteración mnésica en el abuso de Benzodiazepinas, el mecanismo íntimo seria que el balance entre la estimulación de la ACh y la inhibición GABA mantendrían un estado de activación determinado que facilitaría o inhibiría la acción de los estrógenos cerebrales y BDRF sobre las neuronas piramidales, los cuales estimulan la sinaptogénesis, que serían el fundamento de los nuevos circuitos y por lo tanto, de los engramas.

Así la actividad rítmica de las neuronas piramidales y de las neuronas septales darían la temporalidad del recuerdo y facilitarían o disminuirían la posibilidad de almacenar los hechos. Por último todos estos eventos transcurren a partir de la estimulación hipocámpica y la plasticidad de las áreas corticales.

El circuito ejemplo sería el siguiente 1) estimulación de un área mono o multimodal (observar un arma al ser robado), las áreas 17, 18, 19 configuran la imagen del arma, de aquí el estímulo va al área frontal donde se produciría la anticipación negativa y peligrosa, a su vez la actividad del Locus Ceruleus y del sistema simpático estimularía la amígdala y el hipotálamo. Así ya tendríamos los primeros pasos, uno cortical, occipitofrontal y otro subcortical, Locus Ceruleus - núcleo parabraquial – hipotálamo - amígdala. Ambos estímulos se yuxtaponen en el cerebelo el cual prepararía una acción motora que en coordinación con los ganglios de la base y la CPF darían la respuesta conductual.

Desde el área visual los impulsos llegan al área 38 en el polo temporal y al subiculum. Desde el primero se activa la amígdala con lo que la respuesta emocional al peligro aumenta, por un lado se activaría el lóbulo frontal a través de la vía tálamo-cingular, con lo cual la anticipación negativa se configura cognitivamente en peligro. Por otro lado se activaría en forma

conjunta el ingreso a través del subiculum del peligro registrado emocionalmente (amígdala) y el peligro registrado cognitivamente (occipitofrontal).

Este estímulo doble activaría las neuronas piramidales con lo cual el reloj septo hipocámpico se reprogramaría (temporalidad), como también se producirían los cambios neuroquímicos (estrógenos, 5-HT, NA, receptores AMPA-Kainato, y canales de calcio, fosforilación de proteín-quinasa, activación de enzimas y factores como la proteína CREB, CIS, y FOSS.

Por último (la síntesis de ADN y nuevas proteínas receptoras, neurotransmisores) todo lo dicho lleva a una nueva sinaptogénesis con lo que se formarían nuevos circuitos, los cuales incluyen todas las estructuras mencionadas.

De esta manera de cualquier sitio del circuito se activaría el mismo y por lo tanto el recuerdo. También tendríamos que registrar la respuesta al hecho observado que quedaría almacenado. La memoria semántica u operativa estaría determinada por el tipo de conducta, y que sea conciente o no estaría dado por el lóbulo frontal.

En resumen, el engrama estaría determinado por todo el circuito y por eso es correcto decir que no existe un lugar específico en el cerebro para el almacenamiento de los engramas, no porque no haya áreas del cerebro específicamente relacionadas con la memoria (hipocampo, área septal, cuerpos mamilares, fornix, y amígdala), sino porque el recuerdo y la memoria como función, involucran todas las áreas del mismo.

Los recuerdos conforman nuestra continuidad temporal y nuestra identidad, lo cual activa todo el cerebro, somos nuestro cerebro y su relación con el mundo al cual conforma y es conformado por éste.

Pensamiento

Como actividad cerebral el pensamiento es la máxima expresión y depende de todas las funciones anteriores, las cuales las integra para conformar un mundo entendible y comprensible. Como aclara Jasper en su Psicopatología General, "*El pensamiento ordenado transforma al mundo de hechos desordenados y sin sentido en un mundo coherente y con una finalidad; en realidad en mi mundo*".

Las bases neurobiológicas del pensamiento, en el momento actual de los conocimientos, son teóricas, pero existen hechos incontrovertibles; 1) el cerebro es el órgano del pensamiento, 2) el lóbulo frontal es el área más específica; cuando se daña, el pensamiento es la función mas alterada, 3) la DA, ACh, y la 5-HT son imprescindibles para un funcionamiento adecuado del pensar, 4) la corteza frontal, el estriado (cabeza del caudado, accumbens, fundus striati), y tálamo son las estructuras cuyo daño puntual produce alteraciones en el pensar.

A partir de estos hechos podemos describir un posible circuito del pensar, con presuntas áreas involucradas y sus neurotransmisores, que son los target en donde la farmacología trabaja.

Con un funcionamiento normal de las facultades anteriores y por ende sus áreas cerebrales y neurotransmisores, los hechos, cosas y vivencias ingresarían al lóbulo frontal; específicamente a la región prefrontal en donde estos estímulos se asociarían en forma causal, vale decir con un sentido lógico, en donde las cosas vividas adquieren un orden de causa y efecto.

Es a partir de este orden en donde se puede proyectar, imaginar, evaluar las posibles consecuencias de los hechos, es decir,

anticipar, priorizar, entender y por último elaborar un juicio de realidad.

El lóbulo frontal presenta tres caras, cada una de las cuales se asocia a una función, la cara dorsolateral: área cognitiva (pensamiento lógico); cara medial: voluntad y deseo (motivación) y cara orbitaria: afectivo – impulsiva (valorativa).

El circuito cognitivo se conformaría así: impulsos que ingresan desde el exterior y/o interior llegan al tálamo desde donde se proyectan a las áreas sensoriales. Se produce la elaboración, y desde las áreas secundarias y terciarias se proyectaran al lóbulo frontal corteza dorsolateral.

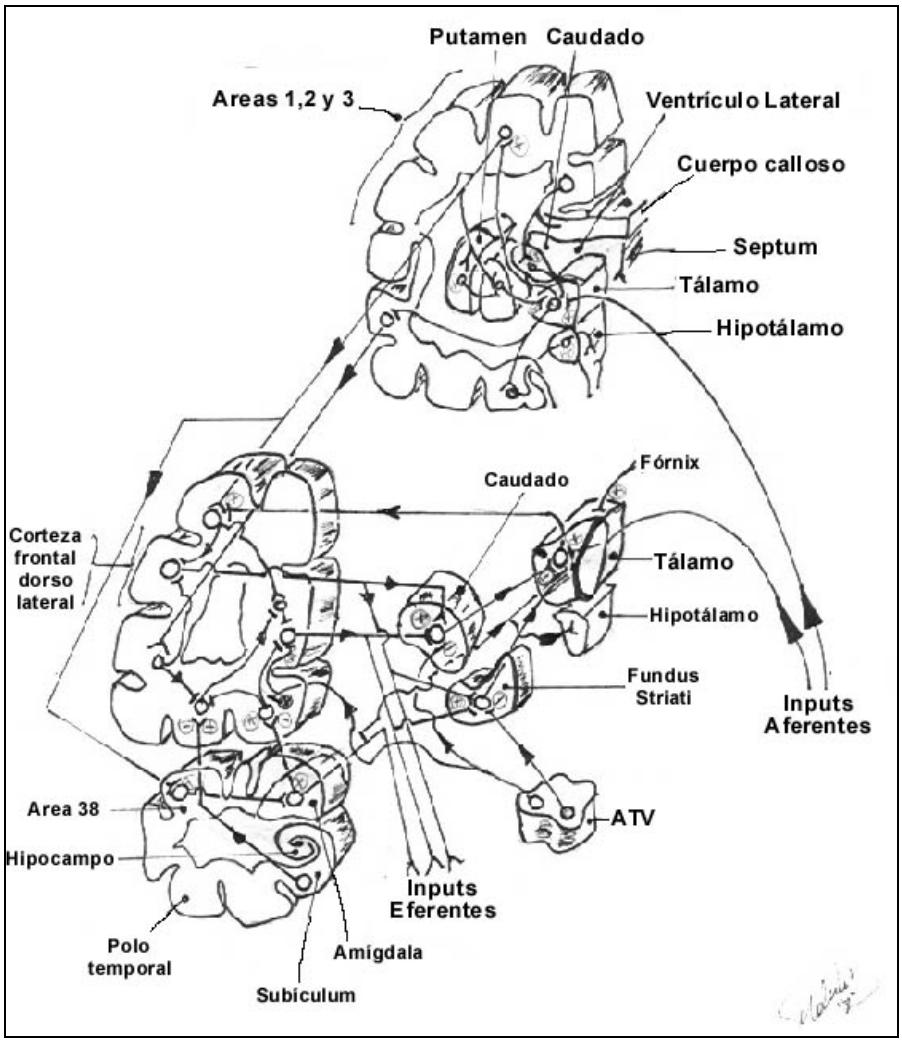
Aquí se elabora el concepto de causa y efecto donde por la interacción de las distintas áreas del lóbulo frontal, lo cognitivo (corteza dorsolateral) se valora en la región orbitaria y luego se le da el impulso a la respuesta (motivación) corteza medialfrontal.

Las eferencias desde la corteza dorsolateral se proyectan a las áreas efectoras de la corteza motora y/o del lenguaje y al mismo tiempo se dirigen a las áreas estriadas las cuales a través del control sobre el tálamo, reforzarían las respuestas y la mas estimulada sería la que se llevaría a cabo.

En el tálamo ingresa la afectividad (amígdala) y la memoria (hipocámpo). La otra vía de ingreso del complejo amígdalo – hipocampo es a través del subiculum directo al lóbulo frontal.

La relación corteza frontal – estriado – tálamo está determinada genéticamente, es decir es punto a punto, por lo que la misma neurona cortical se contacta siempre con la misma neurona del estriado. Cualquier alteración en el neurodesarrollo, una atrofia prefrontal, una lesión talámica o en la cabeza del caudado

provocaría asociaciones anormales determinando pensamientos patológicos (demencia, oligofrenia, esquizofrenia), es decir que la alteración de este circuito produce delirios o ideación patológica que son síntomas del target cognitivo.



Circuito del Pensamiento Lógico. (Molina, 2002)

Estos estímulos interaccionan para obtener la respuesta deseada, los neurotransmisores más importantes implicados son DA, 5-HT, GABA, glutamato y Acth, y no es de sorprender que los fármacos tengan acción sobre estos mediadores químicos para ejercer su función.

AREA AFECTIVA

Dentro del modelo que presentamos, la afectividad es uno de los target de tratamiento, su alteración, tanto cuali como cuantitativa es la causa mas frecuente de consulta o de internación en los Trastornos de Personalidad.

El hecho que el mayor índice de comorbilidad sea con los trastornos del ánimo, son datos que muestran la importancia en la comprensión de los síntomas que involucran los estados de ánimo y sus bases neurobiológicas para un tratamiento racional.

El modelo presentado, destaca que uno de los factores desencadenantes de las Crisis de Personalidad es la "*incapacidad de tolerar la frustración*" esto surge desde dos orígenes:

a) Incapacidad Cognitiva
b) Incapacidad Afectiva

La incapacidad cognitiva, está tomada aquí como algo disfuncional y no por falta del desarrollo (oligofrenia). Esta determina el mal análisis y recepción de los estímulos por disfunciones en cualquiera de las facultades nombradas en el área cognitiva lo cual determina una respuesta emocional acorde a este mal funcionamiento; por ejemplo en el trastorno narcisista existiría una estructura cognitiva con creencias anormales como "*soy diferente a todos, merezco un trato especial*".

Cuando esta creencia se enfrenta a una realidad que no puede satisfacerla y los mecanismos adaptativos, o estrategias utilizadas hasta ese momento no pueden cambiar la realidad, el paciente sufre una distimia o una depresión.

Sintomatológicamente podemos observar tristeza, irritabilidad, y angustia: todo esto es una gran incapacidad de tolerar la frustración; pero cuyo origen es cognitivo y no afectivo, ya que los afectos acompañan coherentemente al concepto de "*soy diferente y merezco un trato especial*".

En este caso la alteración no es afectiva aunque se presente una distimia o una depresión, por lo tanto no debemos medicar con Antidepresivos, porque lo que haríamos sería "inflar" lo cognitivo agravando el trastorno.

Aclarado lo anterior, utilizamos el termino incapacidad debido a que abarca mejor las posibilidades que puedan ocurrir. Tomamos como funciones de éste área; a) angustia, b) tristeza, c) irritabilidad, y d) insomnio.

Angustia:

Lo primero que debemos destacar es que no se está frente a una ansiedad patológica característica de los Trastornos de Ansiedad del eje I.

Sí que en la mayoría de los casos es disfuncional, pero no llega a conformar un trastorno por sí misma. Este estado en donde el individuo se siente tenso, atemorizado y alarmado con un gran cortejo somático, es provocado por estímulos externos, internos o ambos. Las bases neurobiológicas de esta sensación son bastante conocidas.

El complejo nuclear amigdalino es el centro en donde se originaría esta respuesta a la cual llegan los estímulos del mundo externo a través de la corteza basolateropolar temporal (área 38) y del mundo interno a través del hipotálamo, esto se compara en el hipocampo con lo vivido anteriormente.

Del resultado de esta relación surge una respuesta conductual a través de los efectores motores (estriado – núcleos de los pares craneales), viscerales (simpático y parasimpático), hormonal (hipotálamo – CRF – ACTH – VIP) y una respuesta cognitiva a través de la vía amígdalo – tálamo – cíngulofrontal.

Ambas respuestas están acompañadas de la activación del Locus Ceruleus que origina la preactivación (ver atención) y potencia la respuesta a través de la liberación de NA en la corteza frontal, amígdala y los núcleos en tronco y médula.

Desde lo neuroquímico, el principal neurotransmisor involucrado es el GABA con sus receptores tipo I y II. Este neurotransmisor se encuentra en gran cantidad en la amígdala, estriado, hipocampo, y corteza frontal. La función sería una actividad inhibitoria reguladora sobre las estructuras mencionadas.

El otro neurotransmisor es la 5-HT el cual con sus receptores 5-HT1, 5-HT2, y 5-HT3 determinan la actividad del Locus Ceruleus por un lado, y por otro en corteza frontal, hipocampo y amígdala.

Respecto a los esteroides cerebrales, sabemos hoy que estos en niveles óptimos estimulan la sinaptogénesis en el hipocampo (BDRF), con lo cual se mejora la actividad cerebral general y en especial la cognitiva. Pero cuando aumentan en forma sostenida, como en el estrés continuo, se produce una disfunción por liberación de neurotransmisor excitatorio y activación de receptores AMPA-Kainato que provocan el influjo de Calcio

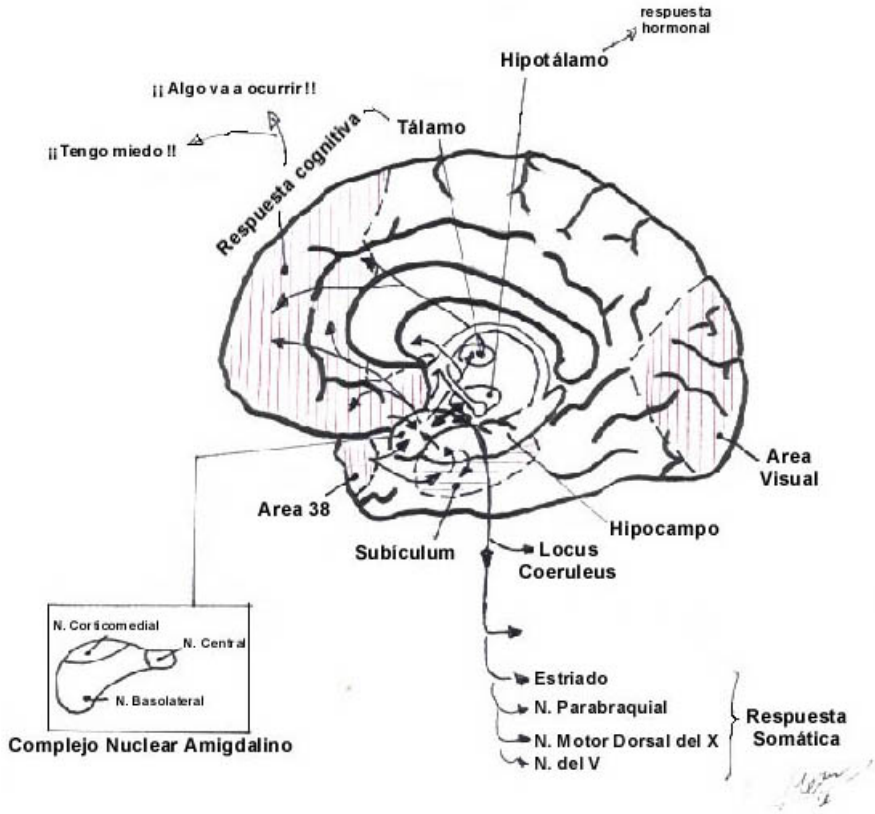
dentro de la célula con la activación de la pK y posterior destrucción neuronal.

La relación amígdala – hipocampo es el fundamento de la teoría del trauma temprano. Suponemos que los pacientes con Trastornos de Personalidad han sufrido situaciones estresantes continuas durante su desarrollo lo cual lleva a una liberación alterada de esteroides sobre el hipocampo y por consiguiente a la posible alteración en su desarrollo con lo cual la capacidad cognitiva está disminuida.

Esto lleva a una peor evaluación de los estímulos, con lo cual se conforma el círculo patológico de ESTRESOR ANORMAL – ALTERACION HIPOCAMPAL – MALA RESPUESTA – DESADAPTACIÓN – CREENCIAS ERRÓNEAS – ESTRATEGIAS ANORMALES – TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.

Esto no significa que la causa de los Trastornos de Personalidad sea esta, pero si que al momento de evaluarlo debemos conocer que existe una alteración en el hipocampo que no permite una valoración afectiva correcta y que se debe conocer el nivel corticoideo funcionante, especialmente en los que presentan sintomatología afectiva.

En resumen la liberación de NA aumenta la activación general con el aumento de liberación de aminoácidos excitatorios (glutamato). Esto lleva a la inhibición de los neurotransmisores inhibitorios (GABA), siendo esta función mediada por la 5-HT en el hipocampo, con lo cual aparece la ansiedad y posteriormente las respuestas hormonales (CRF – ACTH – Esteroides).



Circuito de la Ansiedad (Molina, 2002)

Este sería el circuito neuroquímico sobre el cual debemos actuar de acuerdo a lo siguiente:

1) no podemos reducir NA, se alteraría la función cognitiva – afectiva
2) no podemos reducir la actividad corticoidea
3) la acción de la 5-HT en los TP es dual estimulando la respuesta hormonal esteroide e inhibiendo la respuesta del GABA, siendo peligroso al no ser específicos
4) estimular el GABA (BZDs).

Así la utilización de benzodiazepinas en la angustia es la correcta. Hoy también podemos agregar la Tianeptina, la cual estimula selectivamente la recaptación de 5-HT en el hipocampo permitiendo la acción del GABA.

Tristeza

Como ya mencionamos, ésta tristeza no conforma un cuadro de depresión mayor, sino un patrón de respuesta en una crisis, pero de tal magnitud que inhibe toda la conducta.

Los fundamentos neurobiológicos de la tristeza no son totalmente conocidos, pero podemos esbozar algunos conceptos que nos guiarán para el tratamiento.

Lo primero es diferenciar entre tristeza y depresión. Tristeza es un afecto que se asocia con la capacidad de valorizar, con lo ético, es una emoción que tiene una función de inhibir ciertas conductas para poder concentrarnos en otras, como aclara Goldar *"¿quien se ocuparía del enfermo si no hubiese un familiar triste al lado?*". Cuando esto se vuelve rígido y desadaptativo se convierte en un síntoma, y es aquí donde se hace claro la diferencia con la depresión, en donde no hay motor o fuerza, y nada tiene que ver con una valoración.

Es algo temperamental, agrado – desagrado puro, en la tristeza todavía se tiene la fuerza para suicidarse; en la depresión esto no ocurre de la misma manera, no hay fuerza, pero no es por estar triste, sino porque las estructuras neurológicas están dañadas. *El depresivo es un espectador de su inmovilidad, mientras que el triste es el actor*.

Las estructuras neurobiológicas involucradas en la tristeza son la corteza orbitaria anterior, la región prelímbica o corteza frontomedial, hipotálamo, núcleo accumbens, caudado y tálamo.

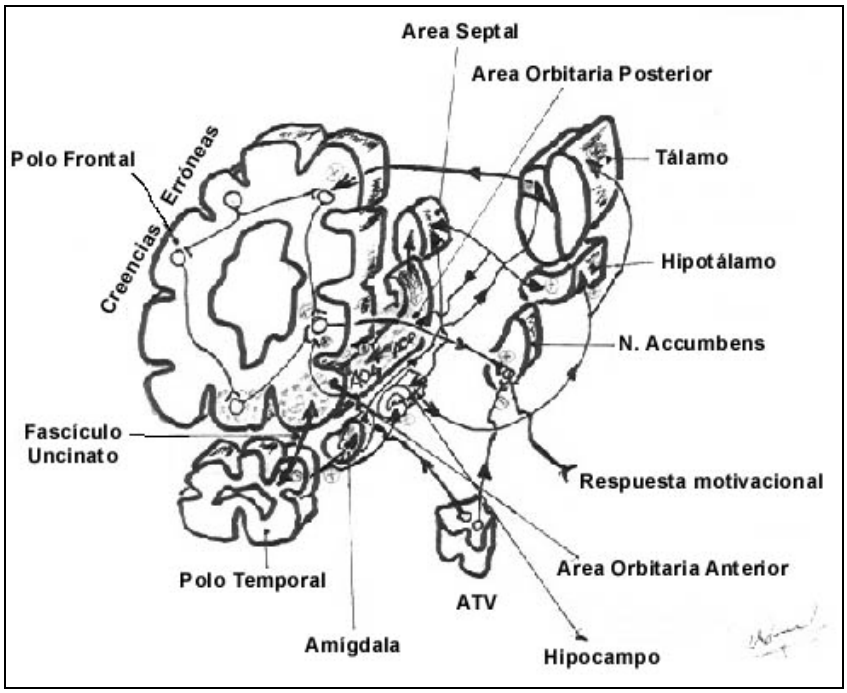
Los estímulos llegan a corteza prefrontal dorsolateral donde son llevados hasta la corteza orbitaria anterior y de aquí por medio de las eferencias al polo temporal región septohipotalámica, y corteza orbitaria posterior donde se establece la correlación afectiva de alegre - triste, bueno - malo.

Estas correlaciones se fueron conformando a través del desarrollo, así si es malo se inhibe la conducta a través de la inhibición de la región frontomedial, la cual no estimulará al núcleo accumbens (ver atención).

Por otro lado se activa la región septal que se conecta directamente con el hipocampo, donde se activarían los recuerdos displacenteros con la consiguiente repercusión somática de desagrado. Esto se logra a través del hipotálamo medial y sus conexiones con el tálamo y de aquí al lóbulo prefrontal donde se encuentran alojadas las creencias depresivas y estrategias consecutivas.

En resumen la tristeza como cognición surge de la relación entre la corteza orbitaria anterior y lóbulo temporal; y como conducta desde la corteza frontomedial y el núcleo accumbens, ambos sustentados en la activación del hipotálamo medial e hipocamposeptal

Los neurotransmisores implicados son varios pero tres son los más importantes, NA, DA, y 5-HT. La NA como siempre es el encargado de poner en línea a las neuronas.



Circuito de la Tristeza (Molina, 2002)

Existe siempre un equilibrio entre la estimulación noradrenergica e inhibición serotoninergica tanto en el Locus Ceruleus como en corteza e hipotálamo. La NA otorga a la tristeza ese componente cognitivo (desatención y fatiga).

La DA tiene su target en el núcleo accumbens, es decir desde la región tegmental ventral llega al accumbens donde interacciona con las aferencias excitatorias (glutamato) de la corteza frontomedial.

Del resultado surge la conducta, o sea, la DA permite el acercamiento a los objetos (motivación), le da a la tristeza la anhedonia o falta de interés.

Por último la 5-HT a través de su actividad en la región orbitaria anterior, amígdala, hipocampo e hipotálamo, produce distintos síntomas si está en mas o en menos.

Así en la corteza orbitaria anterior se genera el pensamiento suicida, la agresividad y la culpa, en la amígdala la falta de humor, libido disminuida, y en el hipotálamo la pérdida del apetito, alteración del sueño, perdida del placer, y por último en el hipocampo el pensamiento repetitivo pesimista, la ansiedad, etc.

Irritabilidad

Este síntoma es característico del cluster B. Se presenta antecediendo o durante el transcurso de las crisis aumentando la peligrosidad.

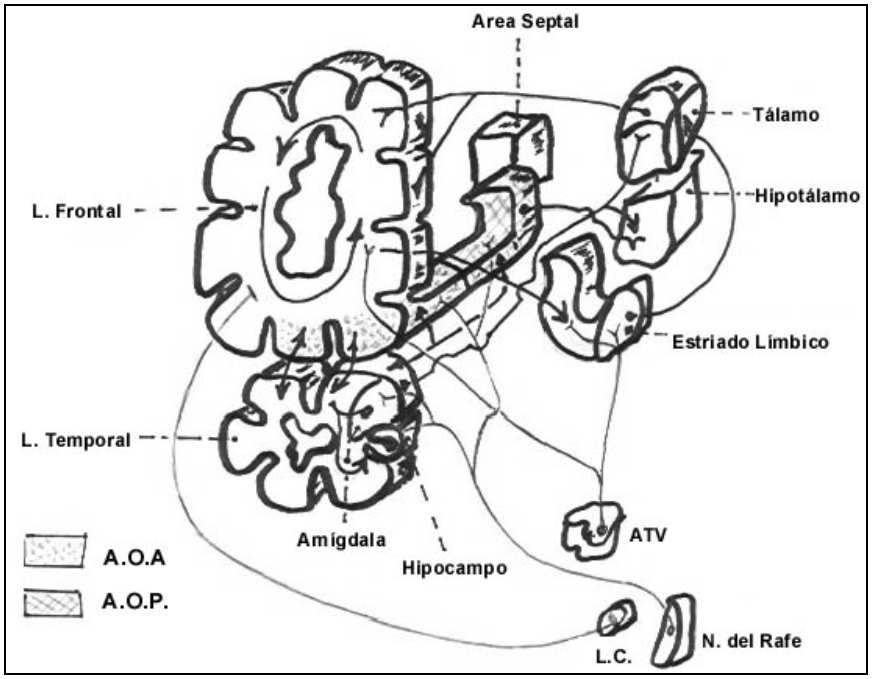
Definirla no es sencillo, pero podríamos decir que es *ese estado continuo de inadecuación y enojo, siempre inestable que lleva al individuo a conductas desadaptativas*.

Los fundamentos neurobiológicos de la irritabilidad se encuentran principalmente en la relación entre la amígdala y el polo temporal (área 38 de Brodmann) y el Locus Ceruleus.

Como vimos hasta ahora el Locus Ceruleus es el encargado de activar toda la corteza y subcorteza. Cuando este neurotransmisor se encuentra aumentado se observa irritabilidad (anfetaminas). También en los focos irritativos temporales se observa irritabilidad. Esto se debe a que la relación temporo - amígdalina es la que nos informa del peligro y es lógico que una disfunción se transforme en irritabilidad como sensación de enojo.

Aquí el neurotransmisor es la 5-HT que al estar disminuido funcionalmente aumenta la activación continúa del polo temporal, pero esta deficiencia no es falta sino disbalance.

Es por eso que se debe tratar con carbamazepina; porque si aumentamos el pool de 5-HT en estas zona lo que haremos es pasar de la irritabilidad a la ira. Por otro lado la utilización de β-bloqueantes está justificada por el Locus Cereuleus y la NA.



Circuito de la Irritabilidad (Molina, 2002)

AREA DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

La impulsividad como síntoma se encuentra en todas los Trastornos de Personalidad. Hemos agregado como síntomas acompañantes, para poder definir mejor lo que observamos, a la agresividad y ansiedad.

Las estructuras y neurotransmisores involucrados en este área no son muy conocidos, debemos tener en claro que tener impulso no significa tener agresión, y que agresión y violencia son conceptos diferentes.

Comenzaremos con la impulsividad como motor primario de todo. Cuando uno consigna esa persona "es impulsiva" lo que realmente quiere decir es que no es capaz de valorar y posteriormente inhibir la conducta, porque no anticipa la consecuencia del acto a realizar.

En esta descripción ya aparecen las áreas que deben estar involucradas: 1º) lóbulo frontal, 2º) lóbulo temporal, 3º) amígdala, 4º) hipocampo, 5º) hipotálamo, 6º) locus ceruleus, 7º) núcleos del Rafe, 8º) área tegmental ventral, 9º) núcleo accumbens, 10º) cabeza del núcleo caudado, y 11º) tálamo

Comenzando con la sensopercepción, los estímulos desde aquí (cerebro posterior) se dirigen al área cognitiva, lóbulo frontal región dorsolateral, donde se convierten en conceptos y símbolos.

Desde aquí se proyectan a la región orbitaria anterior en donde se procede a la valoración ética del impulso (ver afectividad). El área orbitaria anterior recibe el input inhibitorio del área orbitaria posterior, la cual está conectada con el polo temporal, a través del fascículo uncinado, y con la amígdala e hipotálamo a través de la vía tálamo – cortical del pedúnculo talámico inferior.

Este input lleva las vivencias desagradables, es decir el castigo, la culpa, etc; mientras que el input temporal llega al área orbitaria anterior, con la información del peligro de realizar el acto. Esta información es de ida y vuelta.

Al regresar al temporal ingresa al hipocampo donde se activan los circuitos afectivos (ver afectividad) llegando al área orbitaria posterior a través de dos caminos: uno talámico (fascículo de Guden) y otro septal medial (fascículo de Zukerclan).

Así el resultado de la activación del área orbitaria anterior, donde se activaría la región frontomedial o área prelímbica, y desde donde se realizará la conducta posterior de acercamiento o alejamiento a través de la aferencia al núcleo accumbens (motivacional).

Todo funcionamiento cortical esta determinado por el estado de activación de sus neuronas las cuales dependen del control aminérgico inferior que sería de la siguiente manera:

1. NA preactivadora y potenciadora
2. DA moduladora negativa cortical / DA moduladora positiva subcortical
3. 5-HT moduladora positiva cortical / 5-HT moduladora negativa subcortical
4. GABA moduladora negativa cortical y subcortical
5. Glutamato moduladora positiva cortical y subcortical

AsÍ el control de los impulsos estaría determinado por el área orbitaria. Al dañarse esta zona, no existiría modulación.

Como se observa en los pacientes con traumatismos de cráneo que presentan contusiones orbitarias anteriores, la conducta de estos es totalmente impulsiva, también ocurre esto cuando el daño se presenta en el área orbitaria posterior. Esto se debe a que falta “la resonancia afectiva desagradable” que aquí se origina.

A diferencia del área anterior que es moduladora, el área posterior es inhibitoria sobre la primera.

Por otro lado tenemos una gran impulsividad en los pacientes con daño polar temporal (área 38 de Brodmann), y esto se debe a que el área orbitaria anterior no puede modular la entrada de los estímulos a la amígdala e hipocampo de manera tal que por más que se valore correctamente no se puede impedir la respuesta y esto lo dicen los pacientes, "*se que está mal y me siento mal al hacerlo pero en ese momento no puedo contenerme*".

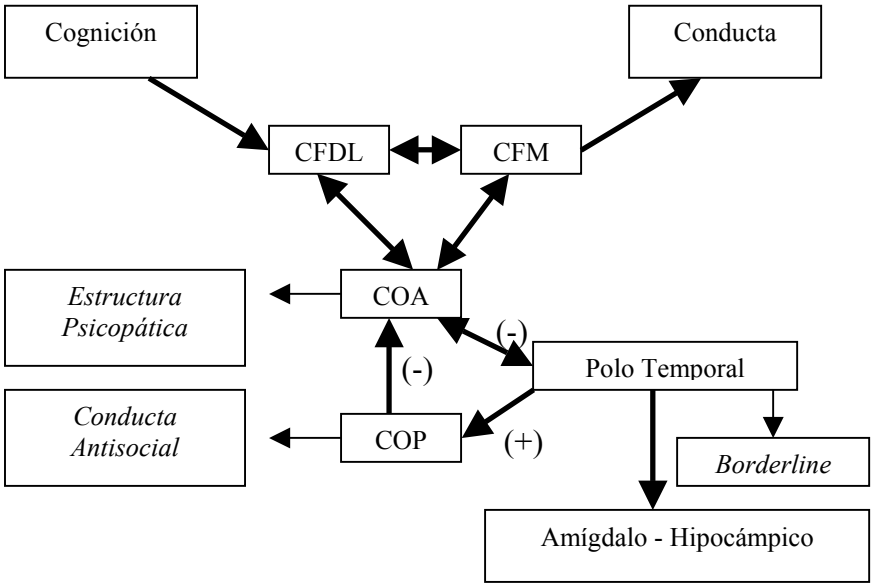
El paciente con daño temporal, a diferencia del que presenta daño frontal, se siente mal ya que tiene las áreas de valoración intacta y provocan una repercusión desagradable.

Esta diferencia es fundamental debido a que en una existe la posibilidad de educación y control, entonces con la medicación o con la cirugía se controlaría la impulsividad a diferencia del paciente impulsivo orbitario que no tiene posibilidad de reeducación por falta de las áreas valorativas.

Esta diferenciación es la que existe entre un paciente borderline (temporal) y un antisocial, o como debería llamarse psicópata (orbitario). A su vez el antisocial cuando se toma este rasgo como una conducta, sería una alteración orbitaria posterior. Cuando se habla de estructura de personalidad, sería una alteración del área orbitaria anterior, porque se construye una serie de valores pero en forma anormal, lo que muestra que existe una repercusión tímica (AOP), pero que se encuentra alterada en su orden y jerarquización (AOA).

Todas estas estructuras corticales se encuentran bajo la regulación del influjo neuroquímico inferior a saber: la NA inicia la actividad y luego la potencia, sea cual fuere.

ESQUEMA DE IMPULSIVIDAD



(Molina 2002)

La DA cuando se activa en el núcleo accumbens inhibe la conducta pero cuando se activa en la corteza, la estimula. La serotonina en la corteza tendría un papel inhibitorio, mientras que en las estructuras subcorticales estimularía la DA, siendo esto último lo más importante en las conductas antisociales.

EL GABA inhibe la conducta, pero puede provocarla dado que altera la cognición, el glutamato estimula las respuestas que salen de la corteza.

PSICOLOGÍA DE LA CRISIS

Lic. Demián Goldstein

EL ROL DE LOS ESTIMULOS AMBIENTALES

La crisis descompensatoria implica un desarreglo en el funcionamiento que hasta el momento poseía el sujeto.
La descompensación desiguala dos o más instancias hacia el polo negativo. Cuando decimos la persona está "compensada", decimos que sus funciones están equilibradas o igualadas en un continuum. La descompensación implica que no lo está.

En la psicología de la crisis de los trastornos de personalidad ponemos en juego cuatro áreas fundamentales:

1) Atención selectiva al estímulo
2) Reconocimiento de los estímulos
3) Planificación de la respuesta
4) Evaluación de lo acontecido

Cada área está relacionada con la otra, y muchas veces se produce una descompensación en efecto dominó de las cuatro. Además, cada una de éstas áreas propuestas tiene su correlato neurobiológico y neuroanatómico, como podrá verse en el capítulo correspondiente a la neurobiología de la crisis.

Consideramos que las personas con TP reaccionan a estímulos provenientes del medio, y esto produce una cascada cognitivo-afectiva que determinará la respuesta conductual.
Estos estímulos pueden ser temas cotidianos, imágenes, comentarios, acciones de otros, acciones propias, pensamientos, hechos aislados, hechos mundiales, y cualquier gama de situaciones que pueda ser tomada en cuenta por los sentidos.

Aquí haremos hincapié en “ser tomado en cuenta”, puesto que la persona debe movilizar ciertas estructuras, vivencias, recuerdos, y energía para tomar en cuenta un estímulo del ambiente.

Para tomar en cuenta algo “X”, hay que descartar alguna otra cosa “Y”.

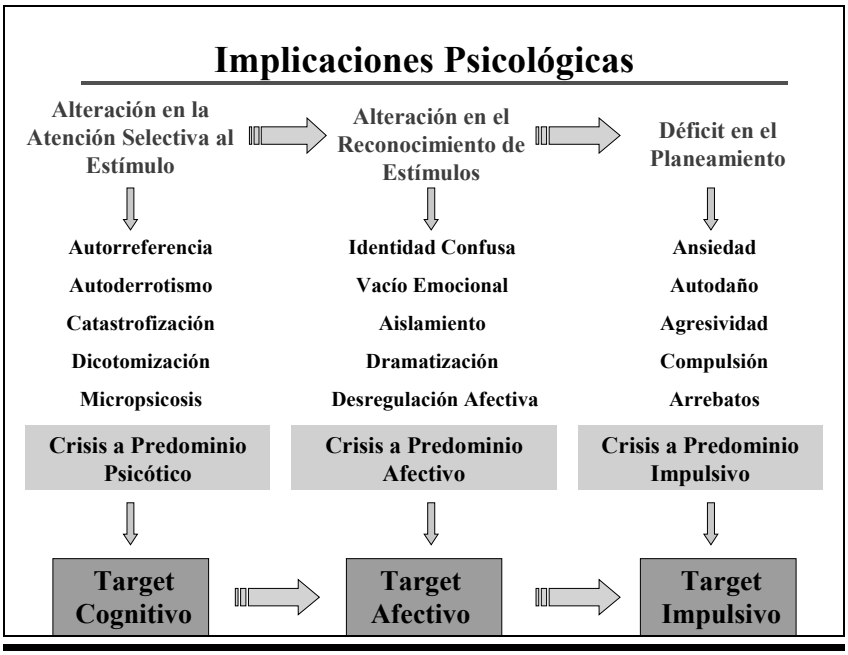
Es por ello que decimos que la Atención Selectiva a un estímulo es lo que va a hacer que éste sea pasible de estudio, análisis, valoración y luego se decida que destino brindarle.

Cuando un estímulo es selectivamente atendido, se lo compara con otro estímulo ya conocido. El hecho que un estímulo sea novedoso no implica que lo sea por completo, puesto que la experiencia brinda elementos de reconocimiento aún de las situaciones más novedosas. Vale decir que existe una comparación y asociación permanente entre un estímulo que se nos aparece, y una experiencia previa, ya sea a nivel de la evaluación conciente, o bien del procesamiento del inconsciente cognitivo.

En las personas con trastornos de la personalidad, podría existir un déficit en el reconocimiento de estímulos previamente experimentados. Pero si retrocediéramos un paso más, existiría un déficit en la selección de estímulos, atendiendo a aquellos que son significativamente adversos, y que eventualmente dispararían cogniciones y emociones negativas (tendencia sesgada).

La persona atiende una situación que en parte conoce; falla en reconocer aspectos claves de la situación, y debe decidir sobre una respuesta.

La respuesta implica un proceso dual que es la planificación de dicha respuesta y la posterior toma de decisiones. Consideramos que en estos sujetos ambos procesos están afectados derivando en formas de reacción impulsivas o disfuncionales, lo cual se explica por la alteración del Juicio de Realidad.



(Goldstein 2002)

DEFICITS EN LA ATENCION SELECTIVA AL ESTIMULO

Hay que atender no sólo a lo que cada cual dice, sino a lo que siente y al motivo porque lo siente. _Cicerón

Autorreferencia

Los sujetos con TP exhiben una tendencia a la autorreferencia. Esta se evidencia tanto en el discurso de las entrevistas, en los escritos de las tareas cognitivas, como en las interpretaciones

post-crisis que el paciente realiza acerca de los motivos de internación.

Es frecuente observar una ideación centrada en sí mismo, acerca de la influencia externa que hacen a las distintas vicisitudes de la vida del paciente. En muchas instancias su discurso está plagado de "*me hicieron esto*", "*por culpa de fulano estoy aquí*", etc. Muchos sujetos contestan en el BDI (Inventario de Depresión de Beck) "*siento que estoy siendo castigado*". La autorreferencia puede correlacionarse con la percepción de Locus de Control Externo presente en muchos sujetos con TP.

Es interesante destacar que los sujetos con TP aparentan tener una mejor concepción de cómo son vistos por otros que una propia visión de sí mismos (ver Identidad Difusa).

En cuanto al proceso cognitivo, se privilegian estímulos negativos que son interpretados como potencialmente agresivos y degradantes para el sujeto cuando este pone en juego sus rasgos más rígidos (tendencia sesgada). Se produce una selectividad en la atención a estímulos negativos provenientes del medio, y se conectan con sensaciones negativas promovidas por estos últimos, resultando luego en una planificación cognitiva deficitaria, basada en evidencias parciales y distorsionadas.

Cabe destacar que el concepto de autorreferencia en TP difiere del empleado en Psicosis puesto que el flujo ideativo no es exclusivamente delirante, es decir que el significado no es peculiar o inusual (ej: la gente habla solamente del sujeto, la TV se refiere al sujeto, etc.). Los sujetos del Grupo A y los Borderline, tienden a presentar autorreferencia delirante durante episodios micropsicóticos.

Autoderrotismo

Si bien no todos los sujetos con TP se presentan como autoderrotistas, un gran número de ellos lo hacen de manera considerable. En especial las poblaciones Esquizotípicas en el Grupo A, Borderline, Histriónico en el Grupo B, y todas las del Grupo C, según lo evidencian los protocolos del MCMI-II administrados a pacientes internados en unidades psiquiátricas de crisis.

Esta tendencia al autoderrotismo puede emularse a la tríada cognitiva propuesta por Aaron Beck para la depresión, caracterizada por la visión negativa de sí mismo, del medio, y del futuro. Sin embargo la cualidad de la atribución es distinta en los TP, ya que su naturaleza es en principio egosintónica, hasta que se produce el punto de quiebre donde aparece en el sujeto cierto malestar significativo producto de la condición.

Los protocolos de BDI administrados a sujetos con TP Borderline muestran una notoria similitud a aquellos protocolos administrados a pacientes depresivos sin TP. Estos sujetos son los que más elevado puntúan en la dimensión Autoderrotismo del MCMI-II, comparado con los demás sujetos con TP.

Los sujetos con TP Narcisista puntúan elevado en esta dimensión sólo cuando se produce una desestructuración esquemática de su personalidad que pone al descubierto su fragilidad. (ruptura de la egosintonía)

En cuanto al proceso cognitivo, se privilegian estímulos negativos que son interpretados como potencialmente adversos para el futuro. Al combinarse con sensaciones de ansiedad y aprehensión, resultan en un planeamiento conductual deficitario, en el cual el sujeto se siente derrotado aún antes de comenzar a obtener resultado alguno de su experiencia.

Cuando se le solicita a los sujetos con TP que diseñen una estrategia básica para afrontar situaciones conflictivas similares a las que lo llevaron a la crisis e internación, la mayoría de ellos no encuentran alternativas por sus propios medios.

Catastrofización

En los TP es la tendencia a evaluar situaciones, dichos, y experiencias como devastadoras para el sujeto. Se filtra el aspecto positivo de lo acontecido y se le adjudican propiedades catastróficas. Este tinte trágico compromete el afecto resultante y enciende una luz de alarma para la respuesta impulsiva.

Entre los sujetos con TP que utilizan la catastrofización se destacan las poblaciones Esquizotípicas en el Grupo A, Borderline e Histriónico en el Grupo B, y todas las del Grupo C. Es frecuente observar en el BDI de estos sujetos respuestas tales como "*Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro*" y en el Test de Locus de Control de Rotter respuestas tales como "*Desgraciadamente, el mérito de un individuo pasa en general desapercibido sin importar su esfuerzo*".
Como se dijo anteriormente, los puntajes de autoderrotismo del MCMI-II administrados a pacientes internados en unidades psiquiátricas de crisis son elevados en estos TP, y los mismos se ligan también al proceso de catastrofización.

Dicotomización

En los TP es la tendencia a evaluar situaciones, dichos, y experiencias de manera polar, por extremos opuestos, y con tal categoría que no deja espacio para una impresión intermedia.
A lo acontecido se le adjudican propiedades a favor o en contra del individuo. Es una premisa única y verdadera que sirve como sustento afectivo y justificativo de la acción subsecuente. Se

puede reducir a: *"pienso así, es así, me siento así, y debo actuar de ésta manera"*.

Los sujetos Borderline tienden a presentar este tipo de atención parcializada del estímulo. Perciben las experiencias como favorables o desfavorables, buenas o malas; los comentarios como agresivos o aduladores, los afectos como amor u odio, actitudes interpersonales como de fidelidad o abandono, etc.
Los sujetos Narcisistas tienden a dicotomizar a los demás como útiles para su fin o dispensables, y los comentarios como contributivos para su sentimiento exacerbado de sí o bien deprecativos.

En los sujetos del Grupo C se advierte una dicotomización en cuanto a las capacidades de concreción de tareas complejas, o bien son realizables, o se predice el fracaso. Este punto se resalta en respuestas del BDI como "*Me resulta imposible tomar decisiones*" y "*Soy incapaz de llevar a cabo tarea alguna*". Más adelante se discute en el apartado de Ansiedad como la misma juega un papel paralizante en la planificación de la respuesta.

Los sujetos del Grupo A presentan una dicotomización de su persona con el medio que los rodea en el caso de los esquizoides y esquizotípicos, y una dicotomización entre lo favorable y lo persecutorio en los sujetos paranoides.

Micropsicosis

La Micropsicosis en las crisis de los TP es una instancia extrema en donde se evidencia la carencia o disminución de recursos cognitivos y afectivos que alteran el Juicio de Realidad y disminuye la Tolerancia a la Frustración.
En general se presentan cuando el paciente debe afrontar situaciones de stress imperante que aparecen como "motivo de internación".

La micropsicosis no es producto exclusivo de un déficit de atención al estímulo.

Puede decirse que la sumatoria de los procesos atencionales y dimensiones asociadas de autoderrotismo, autorreferencia, catastrofización y dicotomización, son los pilares cognitivos para el desarrollo del mecanismo disfuncional que al combinarse con la alteración del Juicio de Realidad y la disminución de la Tolerancia a la Frustración dan lugar al evento micropsicótico.

A estos procesos hay que agregar los déficit de reconocimiento de estímulos y de planificación, que marcarán el camino para un corolario disfuncional.

En los episodios micropsicóticos, el juicio de realidad se altera, retroalimentado por fallas sensoperceptivas y distorsiones cognitivas severas. Pueden presentarse alucinaciones, delirios, y comportamientos desorganizados que duran desde pocas horas hasta pocos días.

Los sujetos que suelen presentar este tipo de episodios son los Esquizotípicos y Paranoides en el Grupo A, y en menor medida los Borderline en el Grupo B. Muchas de las internaciones en servicios de guardia se producen luego del punto crítico de la micropsicosis, y por lo general el ingreso de estos sujetos se realiza bajo el diagnóstico de "Síndrome Delirante".

Un análisis posterior revela la existencia de un episodio micropsicótico resultante de una situación desbordante para el sujeto que padece uno de estos TP.

DEFICITS EN EL RECONOCIMIENTO DE ESTÍMULOS

Identidad Confusa

Este concepto deriva principalmente de las concepciones de crisis de Erik Erikson, y se actualiza en la clínica de los TP por la singular aparición de un conflicto con la representación interior del individuo, y un segundo conflicto que involucra la concepción de la imagen de sí mismos proyectada al exterior.

Se evidencia principalmente utilizando técnicas narrativas en donde los pacientes son escuetos al responder a preguntas tales como "*¿Quién soy?*". Al inicio del tratamiento esta pregunta queda prácticamente sin responder, y se observa un paulatino aumento en la respuesta a medida que transcurre el proceso psicoterapéutico focalizado en aspectos de la identidad. Este constructo estaría ligado con el autorreferencial en cuanto a la inadecuación percibida

Los sujetos Borderline refieren una marcada confusión respecto a aspectos de su identidad, ya sea en el área de la sexualidad, como también en el rol social y sobre todo familiar. No es llamativo que muchos de ellos tiendan a presentar historia de Trastornos de la Alimentación, comorbilidades con Trastornos de Ansiedad como la Dismorfofobia y la Ansiedad Social; la valoración negativa de sí mismos puede ser autoimpuesta, o bien resultante de una historia de degradación y sepultamiento de sus valores y cualidades por parte del medio social o familiar.

Los sujetos Narcisistas tienden a engrandecer su imagen, confundiéndola magramente con personas valiosas, queribles, deseables e imprescindibles, a pesar de que el medio les demuestra lo contrario. Cuando la egosintonía se quiebra en la crisis descompensatoria, aparece la famosa fragilidad que se les atribuye a estos sujetos, los cuales se ven así enfrentados ante una cruel realidad reaccionando en forma desadaptativa.

En los sujetos del Grupo C con TP Dependiente se advierte una fusión identitaria con la persona significativa. Una sensación de inutilidad, intrascendencia, y condición de paria se genera ante la idea de separación o abandono. Este punto se resalta en respuestas del BDI como "*Me resulta imposible tomar decisiones*" y "*Soy incapaz de llevar a cabo tarea alguna*".

DEFICITS DE PLANIFICACIÓN DE LA RESPUESTA

Las manifestaciones más comunes que impiden una respuesta adaptativa o culturalmente aceptable son la ansiedad patológica, la agresividad, la desregulación afectiva, la impulsividad y los arrebatos.

Por lo general se observa que la conducta resultante es producto de la evaluación de los estímulos mediante las atribuciones cognitivas, el emparejamiento emocional que de dichas atribuciones se realiza, una segunda atribución cognitiva que incluya el fenómeno emocional, y finalmente una descarga tangible que se traduce en acto motor.

Los errores cognitivos de atribución generan un malestar significativo en la persona la cual responde con actos desadaptativos. cuando la respuesta se ve interferida por ansiedad patológica o desregulación afectiva, las probabilidades de culminar con un acto impulsivo, agresivo, o un arrebato es mucho mayor que si los mecanismos cognitivo-emocionales funcionaran de manera regulada.

Las personas con TP presentan una tendencia obstructiva en la capacidad de planificación de la respuesta la cual incluye la falta de reconocimiento de las experiencias anteriores, y una disminución en la habilidad de evaluación de las consecuencias.

DEFICITS EN LA EVALUACIÓN DE LO ACONTECIDO

La egosintonía se manifiesta en la falta de análisis crítico de las acciones resultantes y sus consecuencias.

Las personas con TP tienden a desestimar de manera taxativa las consecuencias adversas que acarrean sus actos.

Así los intentos parasuicidas, los arrebatos, las peleas con componentes y tintes dramáticos, los actos impulsivos, las acusaciones injustificadas, etc pasan a ser parte del repertorio aceptable de conductas que utiliza la persona con TP para justificar su errónea matriz cognitivo-emocional.

La particularidad de la crisis descompensatoria es la capacidad que tiene para romper la egosintonía y provocar un evento egodistónico en la vida de la persona con TP. A partir de este hecho puede lograrse cierta introspección y generar un aprendizaje que logre modificar levemente aspectos groseramente desadaptados hasta ese momento.

En el capítulo de psicoterapia de la crisis se explicarán en detalle aspectos de la visión que los pacientes tienen de sí mismos y el tipo de estrategias que pueden inferir para obtener alguna modificación.

TRATAMIENTO INTEGRADO PSICOFARMACOLÓGICO Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

Dr. Fabián Molina
Lic. Demián Goldstein

La característica del trastorno de personalidad es la cronicidad de la forma de ser, la cual permanece egosintónica en la mayor parte del tiempo. En los momentos de crisis, la descompensación produce la egodistonía circunstancial, evento en el que se les puede proponer a los pacientes que "dejen de ser lo que son" ya que de esta manera no solamente sufren, sino que además hacen sufrir a otros.

Dado que las crisis se producen a partir de un desarreglo de las áreas cognitivas y afectivas con su correlato conductual desadaptativo, es necesario actuar de manera reparatoria desde lo neurobiológico y desde lo psicológico. Este esfuerzo mancomunado se justifica considerando a la personalidad como una entidad con una multiplicidad de ejes: biológicos, psicológicos y sociales.

Podríamos aplicar una metáfora que los pacientes aceptan con interés: "*cuando el Médico te da la pastilla, pensá que ahí adentro está la palabra... y cuando el Psicólogo te dice algo, pensá que en esas palabras está la pastilla*"

En el esquema ilustramos los pasos del tratamiento integrado y discutiremos en los capítulos siguientes a cada uno de ellos por separado.

(Molina & Goldstein 2002)

ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

Lic. Demián Goldstein
Lic. Yudit Cairo

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

El modelo de intervención basado en la resolución de conflictos se centra en el desarrollo de habilidades específicas que llevan a la persona a optar por conductas alternativas a las elegidas hasta el momento. Esto se realiza principalmente a través de un proceso de toma de decisiones.

El objetivo final es la obtención de resultados que previamente se evaluaron - junto al paciente - como deseables, descomprimiendo así la tensión de la crisis y generando un instrumento de psicoterapia centrado en el problema, que maximiza la utilización de recursos terapéuticos.

Los fundamentos teóricos surgen del trabajo original realizado por Nezu y D'Zurilla sobre la "Terapia de Resolución de Conflictos" ubicada en el marco Cognitivo-Comportamental.

La metodología empleada es la integración de los conceptos de la Terapia Cognitiva, con la Narrativa Programada, creada por L'Abate, en la cual se diagraman las instancias de intervención terapéutica en un formato de cuaderno de tareas que el paciente completa de manera interactiva.

El objetivo de este cuaderno terapéutico es poner a disposición una serie de habilidades específicas para aliviar o resolver un conflicto o crisis en un plazo de tiempo breve.

En la técnica de Resolución de Conflictos se diferencian cinco pasos:

1. Orientación del Problema: donde se esclarecen los procesos cognitivos que influyen en la manera en que la persona percibe la situación conflictiva pudiendo así identificar las áreas que estructuran el problema: cognitiva, afectiva, conducta, introspección, contexto. En esta primer tarea es necesario que el paciente se explaye en cada una de las áreas para obtener abundante información sobre las variables que inciden en la perpetuación del conflicto.

2. Definición del Problema: centrada en la depuración del conflicto, eliminando interferencias periféricas que impiden a la persona concentrarse en aspectos nodales de su crisis actual. El clínico debe detenerse en este punto para poder brindar dirección al paciente, disminuyendo así la visión catastrófica del conflicto y concentrando la energía en objetivos claros y precisos.

3. Generación de Alternativas: propone la apertura del campo visual de la situación, evitando que el círculo vicioso del autoderrotismo continúe generando la idea falsa de que "*no hay salida*".

4. Toma de Decisiones: genera el compromiso del paciente con su propio diseño de abordaje de la crisis.

5. Implementación de Soluciones: se lleva a la práctica el plan diagramado y se evalúan los resultados obtenidos. Utilizando el cuaderno se pueden revisar los distintos pasos para corregir aquellos que hayan influido en un resultado menos favorable que el esperado.

cuadro 1. Diagrama de los componentes principales de la intervención psicoterapéutica de Resolución de Conflictos. (Goldstein 2002)

El entrenamiento en técnicas de resolución de conflictos puede ser de suma utilidad en gran variedad de desordenes psiquiátricos y psicológicos, demostrando alta efectividad en la Sala de Guardia (Servicio de Observación y Evaluación de Trastornos Psiquiátricos Agudos) del Hospital Braulio A. Moyano evidenciándose una disminución en la cantidad de días de internación y relapso en los Trastornos de Personalidad.

Un dato indicativo del problema que los Trastornos de Personalidad representan es que los mismos suman más del 40% de las internaciones de reciente ingreso.

Continuaremos la explicación del método con datos de un estudio realizado en el año 2003 en el SOE del Hospital Moyano. (Goldstein, Cairo & Molina, 2004)

Cuadro 2. Diagrama de los componentes de la Definición del Problema y la Generación de Alternativas. (Goldstein 2002)

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO Y RESULTADOS

El trabajo se llevó a cabo en la Sala de Observación y Evaluación (SOE) del Servicio de Guardia del Hospital Neurospiquiátrico Dr Braulio A. Moyano, durante el año 2003.

El Hospital atiende y recibe pacientes de sexo femenino entre 18 y 65 años de edad.
El Servicio de Evaluación y Orientación de la Guardia es el encargado del tratamiento de las pacientes que son inicialmente internadas por una descompensación. Según la intensidad de la descompensación (psicosis, impulsividad, depresión, etc) se determina la continuidad de tratamiento en otro servicio de duración más prolongada o la externación.

Se administró el cuaderno terapéutico a 30 pacientes internadas con una crisis descompensatoria de su Trastorno de Personalidad con las siguientes características:

Tipo de Trastorno de la Personalidad	n
Límite	12
Histriónico	8
Dependiente	8
Narcisista	2

Tabla 1. Cantidad de pacientes internadas según Trastorno.

Las patologías comórbidas del Eje I comprenden: Trastorno Bipolar tipo II, Depresión Mayor, Distimia, Dependencia y/o Abuso de Substancias (Alcohol, Drogas ilícitas, Psicofármacos), Hipocondriasis, y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

No se administraron cuadernos a pacientes con Trastornos de la Personalidad del Grupo A, Antisociales, Evitativas, y Obsesivo-Compulsivas. El número de pacientes con trastorno Narcisista es escaso por lo cual no se pudieron obtener datos significativos.

La edad promedio para las pacientes con Trastorno Histriónico de la Personalidad es de 40 años, Trastorno Límite de la Personalidad oscila entre los 20 y 35 años, y Trastorno Dependiente de la Personalidad entre 40 y 50 años. Tomamos un grupo control de n=20 con similares características, que recibieron tratamiento similar por el mismo equipo, excepto que no se les administró el cuaderno terapéutico.

ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA

Para que la paciente logre arribar a una visión global y clara de su conflicto, es necesario segmentarlo para identificar las cinco áreas primordiales en las cuales pueden sucederse situaciones

cotidianas: cognición, afecto, conducta, grado de introspección, y contexto.

Pero antes de ello, debemos rescatar una idea clave en nuestra aproximación al tratamiento y al uso de estas técnicas: *la crisis descompensatoria es la que permite la ruptura momentánea y limitada de la egosintonía de la paciente, y es la que da lugar a la creación de una instancia de aprendizaje, introspección y sentar bases para el cambio. Este espacio egodistónico temporario generaría un incremento de las habilidades de resolución de conflicto que harían un poco más adaptable a la paciente una vez que retorne al estado basal de su trastorno de personalidad.*

Se le solicita que complete en el cuaderno, una tabla con aquellas situaciones que son relevantes a su crisis actual: por ejemplo en el área cognitiva puede escribir "estoy asustada porque de repente *mi vida ha perdido estabilidad*". A su vez esto puede llevarla a escribir en el área afectiva "*Me siento triste, asustado, y con miedo* de lo que puede llegar a pasar". Esto puede repercutir en su conducta de la siguiente manera: "*no puedo dormir, pienso continuamente* cómo afrontar las cosas en el futuro". De esta forma la paciente evalúa su conflicto en distintas áreas que lo conforman y puede así comenzar a diferenciar dichas áreas para percibir de manera menos avasallante la magnitud del mismo.

Hallamos, por lo general, que las pacientes presentan dificultad en la diferenciación de las áreas mencionadas, y que el solo hecho inicial de presentarles este modelo, esclarece en parte su situación, e incluso llega a descomprimirla facilitando luego su apertura hacia nuevas alternativas frente al conflicto.

A continuación destacamos las particularidades de la orientación al conflicto para cada trastorno según la experiencia en el SOE:

Trastorno Histriónico de la Personalidad

Las pacientes con trastorno histriónico de la personalidad tienden a identificar reacciones afectivas relacionadas con la soledad, tristeza, insatisfacción y desesperanza las cuales se correlacionan a su vez con ideas de pérdida de control tanto conductual como cognitivo de la situación. La introspección es variable, no dándose cuenta en todos los casos de lo que está sucediendo. Las pacientes por lo general tienden a percibir que sus conflictos se suceden en cualquier lugar, o bien los circunscriben al ámbito de su hogar.

En general observamos que la necesidad de generar un control cognitivo y afectivo de las situaciones y las personas que las rodean, y la frustración de obtener este control deriva en conductas impulsivas o desadaptativas como por ejemplo la demostración parasuicida (por lo general ingesta de psicofármacos). Estos intentos son considerados en la literatura como "llamados de atención".

Cognitiva	**Afectiva**	**Conducta**	**Darse Cuenta**	**Contexto**
Autosuficiencia	Soledad	Controlar	Si: 3 pac.	Todos lados
Escepticismo	Tristeza Bronca	Evitación Aislamiento	No: 3 pac.	Hogar
Sensación de Pérdida de Control	Insatisfacción Desesperanza Pseudo-optimismo	Insomnio Inactividad Pretender estar bien		

Tabla 2. Características de la Orientación del Problema en pacientes con Trastorno Histriónico.

Las pacientes solo anotaron en dos de doce casos estas instancias suicidas como reacciones conductuales, lo cual indicaría que no es una herramienta que consideren como primera alternativa en la resolución de conflictos, sino que aparece ante instancias de extrema frustración y tal vez señale la falla de dicho proceso.
Por el contrario las reacciones conductuales que señalan las pacientes son las de rechazo al medio que intentan controlar: aislamiento, inactividad, alteración del sueño, simulación, y mayor ejercicio del control.

Trastorno Límite de la Personalidad

Las pacientes con trastorno límite de la personalidad tienden a identificar reacciones afectivas viscerales como la soledad, tristeza, el dolor y sufrimiento, y otras reacciones afectivas más ligadas con el pensamiento como ser la vergüenza y la desesperanza.

Al igual que en la población con trastorno histriónico, las pacientes límite refieren ideas de pérdida de control.

Sin embargo, es más significativa la cualidad de las cogniciones referidas a la autoevaluación, donde refieren ideas de inseguridad, inadecuación, insensibilidad (que se traduce en las entrevistas como "sentimientos de vacío" que no pueden explicar), y también duda.

La introspección según ellas refieren es prácticamente total, lo cual no siempre se corrobora por el clínico, quien por lo general percibe a la paciente borderline con escasa conciencia de enfermedad y situación.

Cognitiva	Afectiva	Conducta	Darse	Contexto

			Cuenta	
Duda	Soledad	Llanto	Si: 5 pac.	Todos lados
Idea de insensibilidad	Tristeza	Dormir		
Control	Dolor	Aislamiento	No: 1 pac.	Hogar
Inadecuación	Sufrimiento	Ataques de ira		Al frustrarse
Inseguridad	Desesperanza	Irritabilidad		
	Vergüenza	Cavilaciones		Con familiares
	Ambivalencia			

Tabla 3. Características de la Orientación del Problema en pacientes con Trastorno Límite.

Las pacientes por lo general tienden a percibir que sus conflictos se suceden en cualquier lugar, en el ámbito de su hogar, y fundamentalmente con sus familiares. Es interesante destacar que a pesar de que consideramos que estas pacientes tienen poca conciencia de enfermedad, son las más proclives a identificar los elementos que llevan a frustrarlas.

Trastorno Dependiente de la Personalidad

Las pacientes con trastorno dependiente de la personalidad se inclinan a identificar reacciones afectivas ansiosas en torno a la soledad, como puede ser la impotencia, el desborde, la desafectivización, y el miedo al futuro.

Las pacientes dependientes refieren ideas de culpa, de falta de trascendencia y sentido en la vida, impotencia y susto.

Cognitiva	Afectiva	Conducta	Darse	Contexto

			Cuenta	
Culpa	Impotencia	Irritabilidad	Si: 2 pac.	Todos lados
Impotencia	Angustia	Llanto		
Soledad	Soledad	Anticipación aprensiva	No: 2 pac.	Estando sola
Susto	Desborde	Dormir		Con la familia
Inestabilidad	Miedo al futuro	Agresividad	Parcial: 4 pac.	
Sin sentido en la vida	desafectivización	Consumo de alcohol		No identifica

Tabla 4. Características de la Orientación del Problema en pacientes con Trastorno Dependiente.

El correlato conductual es contestatario y reactivo, refiriendo consumo de substancias, agresividad e irritabilidad. Otra dimensión es la del aislamiento evidenciado a través de la hipersomnia, y también el componente ansioso demostrado por la anticipación aprensiva.
La introspección que refieren tiende a ser parcial, mientras que como clínicos creemos que tiende a ser escasa.

Las pacientes dependientes, por lo general tienden a percibir que sus conflictos se suceden en cualquier lugar, en el ámbito de su hogar, y fundamentalmente con sus familiares.

Es interesante destacar que muchos casos de trastorno dependiente (evaluados en otro trabajo) han sido los más complejos de tratar e incluso los que no han resultado satisfactorios habiendo sido trasladadas a servicios de mayor duración del tratamiento.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La temática que las pacientes vuelcan en esta etapa del aprendizaje de resolución de conflictos no está necesariamente ligada de manera directa con el motivo de ingreso al Hospital.

Muchas veces los intentos de suicidio o los parasuicidios, son atribuidos a conflictos que luego parecen ser transitorios, y las pacientes arriban a conclusiones más profundas respecto a sus problemas centrales.

Se trabaja en una decantación paso a paso del conflicto, yendo desde lo que se cree a prima facie que es el conflicto, hasta que se reformula el mismo una vez que se logra más especificidad sobre su composición. Se pregunta:

a. Cuál es el problema

b. Qué es lo que específicamente lo convierte en un problema para la paciente

c. Qué es lo que quiere hacer con este problema

d. Describir en una sola oración cuál es el problema (Segunda instancia o Reformulación)

A continuación presentamos una diferenciación de la temática que las pacientes refieren como Conflicto Desencadenante y de mayor importancia en la actualidad:

Trastorno de la Personalidad	Primera Instancia	Segunda Instancia
Histriónico	Inseguridad en sí mismo Sentimientos de Culpa	Inseguridad en sí mismo Impulsividad

	Soledad Impulsividad	Soledad Sentimientos de Culpa
Límite	Soledad Conductas Adictivas Inmadurez Desconcierto Sentirse perjudicada por 3°	Soledad Conductas Adictivas Irresponsabilidad Temor al fracaso Sentirse perjudicada por 3°
Dependiente	Soledad Sensación de Abandono Insatisfacción Resignación Inseguridad respecto a 3°	Inseguridad respecto a 3° Soledad Sensación de Abandono Baja autoestima

Tabla 5. Definición del Problema. Primera y segunda visión del conflicto.

Por lo general, las pacientes con Trastorno de la Personalidad identifican problemas que se centran en aspectos de sí mismas, pero con la condición de estar ligados a terceros. Por ejemplo: la sensación de soledad, perjuicio y desconcierto, suele estar ligada a la percepción de abandono por parte de sus parejas.
Algo similar sucede con la autoestima: sensación de seguridad, insatisfacción y falta de control están generalmente ligadas a la intención de ser aceptadas por otras personas.

Los conflictos de identidad son más proclives en pacientes límite, que identifican la propia aceptación como problemática.

Al sentirse rechazadas comienzan una serie de distorsiones cognitivas que disparan un incremento de su percepción autodegradante, derivando en conductas suicidas, de consumo, o de agresividad.

Es importante resaltar que en la gran mayoría de los casos las pacientes con trastorno límite pudieron identificar los conflictos sin demasiados rodeos, casi a la par de los clínicos, mientras que las pacientes con trastorno histriónico tendían a desestimarlos, o bien apuntaban a conflictivas menores que no hacían a su internación o a factores de descompensación.

Las pacientes con trastorno dependiente son menos explícitas para definir el problema, necesitan mayor ayuda para darse cuenta de lo que sucede, pero siempre involucran a un tercero en lo que sea que definan como problema.

EL PAPEL DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

"Nadie se pertenece a sí mismo, cada cual se consuma por otro." – Séneca

Dado que los Trastornos de la Personalidad presentan relaciones interpersonales desadaptativas, se trabaja con la paciente sobre la constelación de terceras personas involucradas en el conflicto.

La escasa capacidad de introspección parecería llevar a estas pacientes a buscar el alivio de sus sentimientos de soledad, inseguridad y baja autoestima en personas externas, en lugar de buscar un cambio interior o modificación de sus propias conductas.

Se solicita a la paciente que reconozca a las personas involucradas en el conflicto, grado y forma en el que las percibe involucradas y luego que conteste las siguientes cuestiones acerca de cada uno de los involucrados:

- Cómo se siente respecto a esta persona
- Qué piensa de él o ella
- Qué le gustaría decirle
- Qué efecto cree que lo que le diría a esta persona puede tener en él o ella
- Qué efecto cree que lo que le diría a esta persona puede tener en la paciente
- Si cree que la situación mejoraría o empeoraría
- Cómo cree que se sentiría, pensaría, y actuaría si llegara a estar en el lugar de esa persona.

Las pacientes mujeres con trastorno límite son las que mayor frecuencia presentan conflictos con su madre en comparación con el resto.

El padre parecería ser una figura que no interviene demasiado en la conflictiva de las pacientes, y prácticamente es nula su presencia en las pacientes dependientes.

Hemos visto en las entrevistas que muchas madres de pacientes límite presentan características de este cuadro, en especial aquellas que tienen diagnóstico dual de abuso de substancias, principalmente alcohol.

	Madre	Padre	Pareja	Hermanos	Otros
Histriónico	-	1	6	2	-
Límite	5	2	6	1	Hijos (2)
Dependiente	2	-	4	2	Cuñada

	(1)

Tabla 6. Características de las interacciones interpersonales en la conflictiva. Cantidad de casos por Trastorno.

Todos los trastornos presentan mayor incidencia de conflictos con sus parejas. La excesiva demanda que estas pacientes ejercen en ellos, hace que se agoten y no puedan cumplir con las exigencias desmedidas de las pacientes. La frustración frente a esto puede causar las descompensaciones. El correlato más común es lo que la paciente define como "falta de atención" hacia ella, que después identifica de manera errónea como "abandono".

Ante esta idea se presenta una emoción negativa, y culmina en un acto desesperado por retener a la persona, o bien la atención de esa persona mediante la ingesta medicamentosa, abuso de alcohol, cortes en el antebrazo, síntomas conversivos, etc.

La experiencia demuestra que la mayoría de las personas involucradas en el conflicto se hace presente a la hora de citarlos para la entrevista. Más aún, muchas de ellas acceden a contener a la paciente a pesar de haber sufrido innumerables abusos por parte de ellas.

Es interesante destacar que las pacientes también se empeñan en continuar con personas que son abusivas hacia ellas. Se establece un círculo abusivo que si bien logran identificar, tardan en romper (*parejas complementarias*).

GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS

La primera aproximación que se realiza es aquella señalada por Nezu y D'Zurrilla como "de sentido común", algo que se pueda decir sin mucha elaboración y que prácticamente sea la respuesta obvia.

Luego se instruye a la paciente en la técnica de *Brainstorming (lluvia de ideas).* Una lluvia de ideas es una forma de reflexión que le permite darse cuenta de las posibilidades que están a su alcance para resolver sus conflictos. La paciente escribe una lista que contenga al menos ocho soluciones posibles que vengan a su mente sin juzgarlas de antemano, aún si inicialmente le resultan extrañas o ridículas. Posteriormente selecciona las tres "mejores" ideas de esa lista.

El abanico de alternativas varía de trastorno en trastorno. Observamos que la tendencia es a seguir buscando referentes que alivien la carga de la responsabilidad en pacientes con trastorno dependiente, ya sea conociendo a un hombre, o brindando ayuda a otros.

Las pacientes con trastorno límite tienden a reconocer su problema de impulsividad y generan alternativas referidas a este punto, como por ejemplo incrementar la tolerancia a la frustración, planteando la aceptación de ciertas situaciones adversas.

Las pacientes con trastorno histriónico fluctúan entre la culpa y la aceptación, y también demuestran cierta tendencia a buscar refugio y apoyo en terceros, ya sea a través de la terapia, la contención, o una pareja.

Alternativas al Conflicto

Trastorno Histriónico	Trastorno Límite	Trastorno Dependiente
Asumir	Aceptarse	Conocer un

responsabilidad		hombre
Encontrar pareja (o compañía)	Trabajar – estudiar	No estar sola
Hacer terapia	Incrementar la tolerancia a la frustración	Ayudar a otros
Buscar mayor estructura	Buscar ayuda y contención	Distraerse
Culparse	Morir	Hacer terapia Estar ocupada – trabajar

Tabla 7. Alternativas a las que arriban las pacientes luego del brainstorming y posterior análisis de consecuencias.

Las sesiones terapéuticas se basan en la confrontación de ideas irracionales y a veces parásitas que las pacientes sostienen con acentuado vigor. Muchas veces las alternativas que generan son reafirmaciones de su visión empequeñecida de sí mismas, insistencias escépticas sobre su futuro y la eventual "desaparición" como solución. Otras veces disfrazan sus sentimientos de ineptitud y desesperanza con un falso optimismo para agradar al terapeuta y hacer que el cuaderno "quede lindo con respuestas lindas".

Si el proceso de identificación del problema parece tedioso, el de generación de alternativas es el que tal vez más esfuerzo requiera del terapeuta, y también de la paciente. Aquí es donde la cooperación se pone de manifiesto, y la alianza terapéutica se somete a prueba. Si la fase de generación de alternativas queda trunca o no se realiza de manera adecuada, es la que puede llevar al fracaso de la intervención, o bien a la inoculación de ésta, lo cual es prácticamente volver a tabula rasa.

TOMA DE DECISIONES

La Toma de Decisiones es el proceso cognitivo por el cual se arriba a una solución, seleccionándola de al menos dos opciones disponibles. El juicio está implicado en dicha acción, y de acuerdo al estado del mismo, las decisiones serán más o menos acertadas.

En el proceso de Toma de Decisiones la paciente deberá revisar las tres alternativas que eligió en ese punto otorgándoles primero segundo y tercer puesto según la que considere mejor.

Se explora su visión acerca de cuáles cree que son las probabilidades de llevarlo a cabo considerando los recursos actuales disponibles, y cuánto esfuerzo puede poner en esto (tiempo, dinero, energía, etc.). para ello indagamos:

a. Cuáles son las posibles consecuencias que esta solución puede tener para gente cercana
b. Cuáles son las posibles consecuencias que esta solución puede tener para la paciente
c. Cuáles son los efectos a largo plazo de esta solución
d. Basándose en el análisis previo, que escoja solamente la que considera como "la mejor solución".

Hemos observado que las pacientes realizan pocas variaciones respecto a la idea original a la que arriban en el paso de generación de alternativas.

Las pacientes logran dilucidar alguna opción a su conflicto, pero a la hora de tomar decisiones se ven ante la disyuntiva de cómo realizarlo. Muchas de ellas se muestran reticentes a cambiar de modo de vida, es decir transitar desde el sufrimiento al alivio, simplemente porque se han adaptado a dicho estilo, o bien porque creen que cambiar su forma de ser puede implicar el

alejamiento y consecuente pérdida de quienes conforman su círculo de relaciones.

Las consecuencias que evalúan ante la toma de decisiones son variadas, pero principalmente se centran en la probable reacción de sus familiares o personas involucradas. Creen contar con los recursos necesarios para llevar a cabo un cambio y refieren estar dispuestas a poner todo a su alcance.

En muchos casos hemos observado en las visitas posteriores a la externación, que las pacientes deciden llevar a cabo su plan de cambio y se muestran más decididas a actuar de manera autónoma pudiendo así decidir más sobre sí mismas. Esto ayuda a prevenir las recidivas.

IMPLEMENTACIÓN DE LA SOLUCIÓN

La "mejor solución" que seleccionó la paciente luego de un análisis extensivo, se convertirá en un plan de acción para resolver el conflicto que identificó como consecuencia de la crisis que está viviendo. Para darle cierto *appea*l, lo llamamos el "Plan A".

Se conforma entonces una Hoja de Planificación en la cual podrá revisar la información relevante a aquella solución que escogió. La paciente llena la planilla para esclarecer en qué consistirá su estrategia de resolución de conflictos.

Una vez realizado este paso se le solicita que devuelva el Plan al terapeuta para poder recibir comentarios antes de implementarlo. Los resultados obtenidos en la implementación se controlan utilizando la hoja de monitoreo. En esta hoja se aclara la Lista de Tareas, el día a realizarlas, la descripción de la situación que se sucedió, y los resultados según son percibidos e interpretados

por la paciente. Este paso es un punto débil del tratamiento, no por su naturaleza, sino por la complejidad de su monitoreo.

Dado que las situaciones descompensatorias suceden fuera del ámbito hospitalario, se nos presenta una interrupción del hilo conductor de la resolución de conflictos: el paso de la teoría a la práctica. Esto se debe a que lo que sucede afuera del hospital también debe solucionarse fuera de él. Una charla entre una paciente y su pareja conflictiva, puede llevarse a cabo en el hospital con cierta moderación, sin embargo en el ambiente natural de la pareja, el comportamiento es distinto.

No podemos más que corroborar los resultados en las consultas externas que realizamos una vez que la paciente ha sido dada de alta.

CONSIDERACIONES SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL INSTRUMENTO UTILIZADO

Un aspecto importante a destacar es la maximización de los recursos terapéuticos. La cantidad de sesiones de psicoterapia se reduce de forma dramática al administrar el cuaderno de resolución de conflictos. El esquema clásico es una entrevista inicial, y sucesivas entrevistas diarias que realiza el psicólogo junto al psiquiatra o bien a solas con la paciente o junto a un familiar. Cuando el cuaderno no se administra estas sesiones pueden redundar o incluso no ir al punto central del conflicto. Pudimos observar que al administrar el cuaderno terapéutico al termino de la primera entrevista, las sesiones pueden limitarse hasta cuatro por encima de la inicial, mientras que en pacientes que no reciben el cuaderno las sesiones se incrementan hasta ocho o nueve.

En muchos casos pudimos proceder a efectivizar las altas médicas con mayor rapidez al utilizar el cuaderno terapéutico.

Se pudo circunscribir el conflicto actual que promovió la crisis descompensatoria y así trabajar directamente sobre estos aspectos reduciendo comparativamente los días de estadía a un promedio de 4 +/- 1 días, versus un promedio de 8 +/- 1 días cuando el cuaderno no se administra a este tipo de pacientes. Indirectamente, el cuaderno ayuda a disminuir un 50% del tiempo de la estadía de estas pacientes.

Es interesante destacar que el promedio de reingresos de las pacientes evaluadas en este estudio que han recibido el cuaderno fue del 10% en el plazo de 4 meses luego del alta (3 de 30 pacientes reingresaron). En las pacientes que no han recibido el cuaderno la cantidad de reingresos fue del 20% (4 de 20 pacientes reingresaron).

	Promedio Días Intern.	Cant. Sesiones	EEAG Pre Trat.	EEAG Post Trat.	Reingresos luego de 4 meses
Con Cuaderno *n*=30	4 +/- 1	3 a 5	50 – 70	65 – 75	3
Sin Cuaderno *n*=20	8 +/- 1	6 a 9	50 – 70	55 – 70	4

Tabla 8. Comparativa entre los tratamientos con y sin la administración del cuaderno terapéutico.

Finalmente, se advierte un mayor incremento en la funcionalidad de las pacientes que recibieron el cuaderno según la administración de la EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global), hallándose mejorías pre y post tratamiento, luego de un mes del alta, del orden del 30%. En pacientes que no recibieron el cuaderno la mejoría luego de un mes del alta es del orden del 10-15%.

Nos abstuvimos de administrarlo asiduamente a pacientes con trastorno de la personalidad paranoide (la presentación de esquizoides y esquizotípicas es prácticamente nula) por ser extremadamente reticentes a la hora de completarlo y entregarlo. También ciertas pacientes con nivel intelectual bajo, dificultad en la lectura o la escritura, y pacientes carentes de anteojos fueron excluidas de la administración del cuaderno terapéutico, lo cual demuestra que no es un instrumento accesible a la totalidad de las pacientes.

Podemos decir que el uso de este Cuaderno para el entrenamiento en técnicas de Resolución de Conflictos puede ser de suma utilidad en el tratamiento integrado farmacológico – cognitivo conductual de pacientes con crisis descompensatoria de Trastornos de Personalidad, demostrando alta efectividad en la Sala de Guardia (SOE) del Hospital Braulio A. Moyano evidenciándose una disminución en la cantidad de días de internación y recaída de dichos cuadros, los cuales suman más del 40% de las internaciones de reciente ingreso.

CONCLUSIONES SOBRE EL MODELO DE ABORDAJE

El objetivo de este modelo de tratamiento psicoterapéutico es poner a disposición de la paciente una serie de habilidades específicas para aliviar o resolver su conflicto o crisis en un plazo de tiempo breve. Para ello apuntamos a la maximización de los recursos terapéuticos utilizando un cuaderno de tareas que aborda el nudo del conflicto, permite al paciente reconocerlo y elaborar sus propias estrategias de resolución, dándole participación activa en su recuperación, integrando esto a una terapia farmacológica.

Se instruye a la paciente para reconocer las instancias específicas dentro de las áreas cognitiva, afectiva y/o en el control de los impulsos, que detonan situaciones criticas y

agudas que se dan dentro del marco de su trastorno de personalidad. Se las entrena para que puedan implementar nuevos y acotados mecanismos adaptativos que les permitan conservar el juicio de realidad e incrementar su tolerancia a la frustración.

Observamos que la tendencia en cuanto a la generación de alternativas es seguir buscando referentes que alivien la carga de la responsabilidad en pacientes con trastorno dependiente, ya sea conociendo a un hombre, o brindando ayuda a otros.

Observamos pocas pacientes que lograron llevar adelante el paso de implementación de la solución, lo cual indica que por lo general no realizan la tarea terapéutica en el hogar. Sin embargo, los resultados generales son satisfactorios, y ellas reflejan haber intentado llevar adelante su plan dentro de lo posible.

La cantidad de sesiones de psicoterapia se reduce a cuatro por encima de la inicial al administrar el cuaderno de resolución de conflictos durante la crisis descompensatoria del trastorno de personalidad, siendo de ocho cuando no se administra el cuaderno.
Se advirtió una reducción de los días de estadía a un promedio de 4 +/- 1 días, versus un promedio de 8 +/- 1 días cuando el cuaderno no se administra. El cuaderno contribuiría a disminuir en un 50% la estadía de estas pacientes.

El promedio de reingresos de las pacientes evaluadas en este estudio que han recibido el cuaderno fue del 10% en el plazo de 4 meses luego del alta (3 de 30 pacientes reingresaron). En las pacientes que no han recibido el cuaderno la cantidad de reingresos fue del 20% (4 de 20 pacientes reingresaron).

Finalmente, se advierte un mayor incremento en la funcionalidad de las pacientes que recibieron el cuaderno según la

administración de la EEAG, hallándose mejorías pre y post tratamiento, luego de un mes del alta, del orden del 30%. En pacientes que no recibieron el cuaderno la mejoría luego de un mes del alta es del orden del 10%.

El entrenamiento en técnicas de resolución de conflictos puede ser de suma utilidad en los Trastornos de Personalidad límite, histriónico y dependiente, evidenciándose una disminución en la cantidad de días de internación y prevención de reinternaciones.

ABORDAJE PSICOFARMACOLÓGICO

Dr. Fabián Molina
Lic. Demián Goldstein

CONSIDERACIONES GENERALES

Los esquemas farmacológicos utilizados fueron diagramados según el predominio de la crisis descompensatoria: cognitivo, afectivo, impulsivo.

Se considera como target farmacológico a aquella área en disonancia con el estado previo de la paciente, es decir, con el estado basal de su trastorno de personalidad. Por ese motivo la farmacoterapia no es específica del tratamiento del trastorno de personalidad, sino de la crisis descompensatoria del trastorno. En otras palabras, es un esquema transitorio que se integra con el esquema psicoterapéutico y ayuda a rescatar el cuadro para devolverlo a su estado basal, estabilizándolo, y brindando una plataforma de mantenimiento a mediano plazo para luego reestructurarlo a lo que requiera el paciente.

Existen dos elementos claves a la hora de elegir un fármaco en un servicio de agudos como el SOE (Servicio de Evaluación y Observación): accesibilidad y disponibilidad. Estos elementos no dependen de las propiedades moleculares del fármaco, sino que forman parte de un espectro más ligado a la situación económico social que pueda atravesar un país y sus instituciones públicas. Un fármaco accesible, implica que su precio se ajusta a las posibilidades del hospital, lo cual lo hará disponible. Esto mismo se replica con la paciente, quien deberá poder continuar el tratamiento y poder alcanzar el fármaco recetado. Dado que los fármacos que se plantean son probadamente efectivos, y a la

vez accesibles, en el SOE se ha optado por su utilización, lo cual está reflejado en éste capítulo.

Se estableció a la Carbamazepina como droga de primera línea en las descompensaciones de cualquiera de las tres áreas mencionadas por sus propiedades estabilizadoras, rápida acción, y los pocos efectos adversos encontrados en la práctica en comparación con las advertencias al respecto.

Por lo general, una dosis de 600mg permite obtener buenos resultados en la mayoría de las pacientes, siendo además una buena dosis de mantenimiento.

En crisis a predominio afectivo, más frecuentes en los trastornos límite e histriónico, se suma el Clonazepam para su efecto ansiolítico, y si la exaltación afectiva continúa, el Haloperidol, cuidando de no generar sintomatología negativa que luego pueda afectar las cogniciones de la paciente.

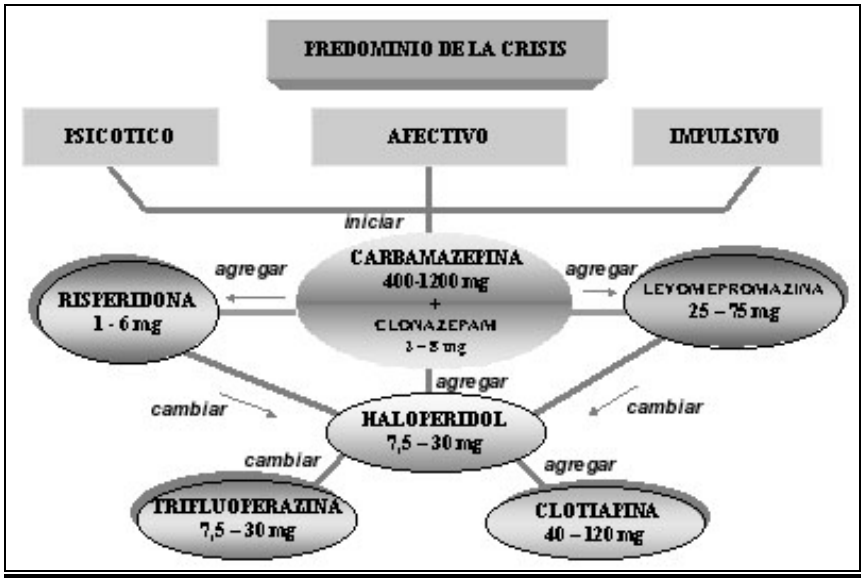
Un claro ejemplo de esto es el efecto de indiferencia que estas dos últimas drogas pueden llegar a provocar, promoviendo su equivalente cognitivo de "*me siento vacía*", o "*mi problema es la depresión*". En ese caso observamos que la Trifluoperazina en dosis promedio de 15mg es eficaz pues cubre estos defectos cognitivos cuasi psicóticos, manteniendo sin desmedro de la afectividad.

En crisis a predominio impulsivo, donde se han superado las barreras de la resolución de conflictos, y donde la toma de decisiones llevó a conductas autolesivas, parasuicidas, o suicidas; a la Carbamazepina y el Clonazepam se le suma la Levomepromazina como sedativo.

Si la sedación debe acompañarse con mayor correción cognitiva y afectiva se cambia este último por Haloperidol, y puede luego

sumarse la Clotiapina en bajas dosis, de ser necesario. Este tipo de descompensaciones es también más frecuente en los trastornos límite e histriónico.

Hay que recordar que el uso de la Levomepromazina y la Clotiapina debe ser estrictamente acotado al período que dure la exaltación, ya que luego producen sensación de embotamiento tanto afectivo como cognitivo, lo cual dificulta el proceso de readaptación. Un problema similar se plantea con el uso de la Prometazina cuando hay insomnio o cuando no se dispone de Levomepromazina. De continuar con la utilización de estos fármacos más allá de la duración de los síntomas que los requieren, las pacientes demuestran una caída en el nivel de procesamiento cognitivo, un estancamiento en sus habilidades de resolución de conflictos, y por lo tanto un incremento de la estadía en el hospital.



cuadro 3. Algoritmo farmacológico para el tratamiento de la Crisis Descompensatoria de los Trastornos de Personalidad según el predominio del área involucrada. ***(Molina 2002)***

Finalmente pudimos comprobar la eficacia de la Risperidona en bajas dosis para los tres trastornos discutidos en este trabajo. Un dato de interés es el éxito terapéutico a corto plazo que puede presentar la Pimozida en los trastornos dependientes. Administrada en bajas dosis, de 2mg hasta 4mg, puede producir un efecto reordenador en el área cognitiva, seguido de una reducción del comportamiento perseverante y además un incremento en la sociabilidad.

Desaconsejamos enfáticamente el uso de antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) porque no colaboran a la resolución de la crisis. Dado que su tiempo de acción efectiva calculado en un mínimo de 3 semanas, es imposible detectar que tipo de efecto puede causar en la paciente en la semana de internación que plantea el SOE.

Además hay que hacer notar que muchas de las internaciones son promovidas por la acción de estos fármacos, que conjugan un desarreglo en la interacción cognitivo – afectivo – impulsiva, llevando a las pacientes con trastornos de personalidad, a cometer actos impulsivos que demuestran una falla en la secuencia de resolución de conflictos y toma de decisiones.

A continuación definimos la terapéutica que consideramos más efectiva para cada uno de los tipos de descompensación.

CRISIS A PREDOMINIO PSICOTICO

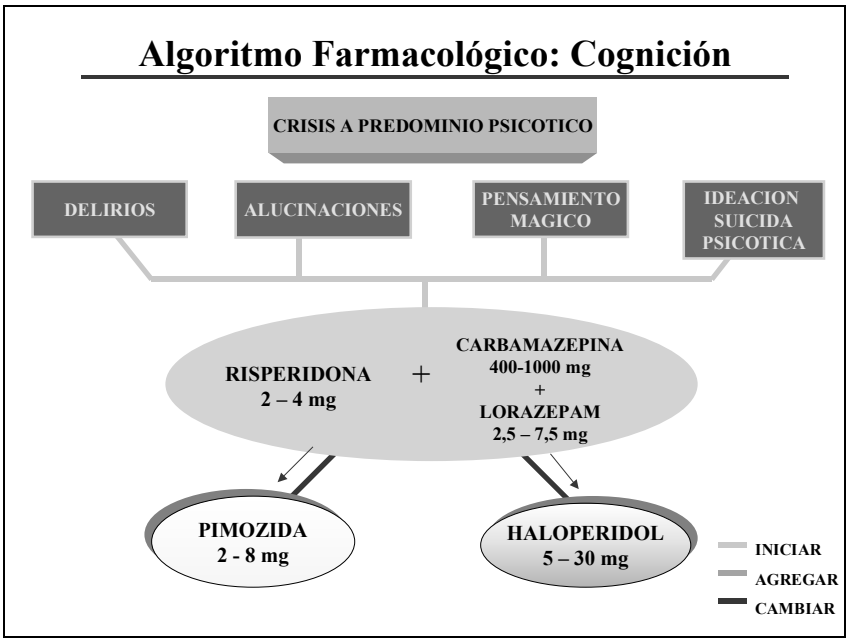
En las crisis a predominio psicótico recomendamos como primera elección la Risperidona en dosis de 3 a 6 mgs. diarios o en su defecto Olanzapina 5 a 10 mg/día. La Olanzapina es un medicamento eficaz pero de difícil disponibilidad en instituciones públicas dado su elevado costo. Otra objeción a su

utilización es la frecuente incapacidad para costear un mantenimiento del tratamiento a futuro por parte de aquellos pacientes que no disponen del dinero necesario para obtener esta droga.

La elección de una u otra está clínicamente determinada por la sintomatología predominante, para la Risperidona: alucinaciones, delirios fantasías patológicas o pensamiento mágico muy marcado. Para la Olanzapina, la indicación es ideación suicida-psicótica; en este caso si esto se acompaña de gran impulsividad se agrega Carbamazepina en dosis de 400 mg/día, en tres tomas. En todos los casos de agitación psicomotriz se indica Lorazepam entre 7,5 y 10 mg/día IM o vía oral. La Olanzapina es desaconsejable por la dificultad económica en la continuidad del tratamiento. Si la posibilidad existe, entonces lo anteriormente dicho tiene sustento.

En caso de falta de respuesta en las alucinaciones-delirios se pasa a Pimozida en dosis de 2 a 10 mg/día en tres tomas, aunque es un excelente medicamento para ser administrado en una única dosis matutina; si no se obtiene mejoría, puede recurrirse al Haloperidol en dosis de 20 a 30 mg/día, esto mismo ocurre en caso de mala respuesta al Lorazepam en la agitación.

Por ultimo, en la ideación suicida la falta de respuesta al primer esquema permite el paso para la utilización de Trifluoperazina en dosis de 2 a 10 mg/día en tres tomas, en caso de no remitir la sintomatología la indicación es Haloperidol en las dosis anteriormente indicadas.



(Molina & Goldstein 2002)

El hecho de no utilizar el Haloperidol en primera línea obedece a que estamos ante una crisis descompensatoria de un trastorno de personalidad y no ante una psicosis vera. Por lo tanto consideramos que es prudente no afectar inicialmente las funciones cognitivas.

CRISIS A PREDOMINIO AFECTIVO

En las crisis de predominio afectivo hemos destacado cuatro signos: *Ansiedad, Tristeza, Irritabilidad e Insomnio*.

Al *insomnio* lo hemos incluimos dada la frecuencia en que se presenta acompañando a este tipo de crisis, y la mejoría del mismo con la resolución del evento.

Cuando el síntoma predominante es la **Ansiedad,** comenzamos con Lorazepam en dosis de 5 a 7,5 mg/día repartidas en tres

tomas. En caso de falta de respuesta o de asociación con irritabilidad o tristeza se agrega Carbamazepina en dosis de 400 a 800 mg/día repartidos en tres tomas. La falta de respuesta a este doble esquema permite agregar Pimozida en dosis de 2 a 4 mg/día. Una opción de última línea es la Tioridazina en dosis de 25 a 100 mg/día.

Cuando la **irritabilidad** es el signo dominante, se comienza con Clonazepam en dosis de 2 a 8 mg/día, o con Carbamazepina en dosis de 400 a 800 mg/día, la falta de respuesta a este esquema combinado permite continuar con Pimozida o Tioridazina.

En los casos en que la **tristeza** es el afecto predominante, se comienza directamente con Carbamazepina en dosis de 400 a 1000 mg/día en tres tomas. De mantenerse el síntoma se puede utilizar como opción Tianeptina o Citalopram.

La negativa a utilizar antidepresivos en primera instancia se debe a que en nuestra experiencia observamos que la impulsividad aumenta de manera considerable. Aunque en la bibliografía se acepta la utilización de estos antidepresivos (ATC, IRSS, IRNA, etc.) nosotros creemos que su administración es sumamente peligrosa.

Esto se fundamenta en que la sintomatología estaría provocada por un disbalance serotoninérgico en el hipocampo, lo que produce una respuesta de tipo depresivo con activación del CRF y la cascada hipotálamo-hipofisaria. Sumado a esto, la serotonina cortical frontal y amigdalina no estaría disminuida, por lo que al indicar antidepresivos aumentaríamos la energía necesaria en esta tristeza reactiva para que responda impulsivamente.

Esto lo hemos observado en mas de una oportunidad en pacientes con T. Límite con cuadros de crisis descompensatoria que han sido medicados con Fluoxetina, Paroxetina, y Sertralina,

que primero mejoran y luego pasan rápidamente al acting, generalmente a través de intentos de suicidio.

Hay que recordar, que los pacientes Límite tienen un componente bipolar, que lo observamos como inestabilidad afectiva, y es por esta razón que tanto en ambos cuadros, los antidepresivos pueden provocar un símil viraje o *switch*.

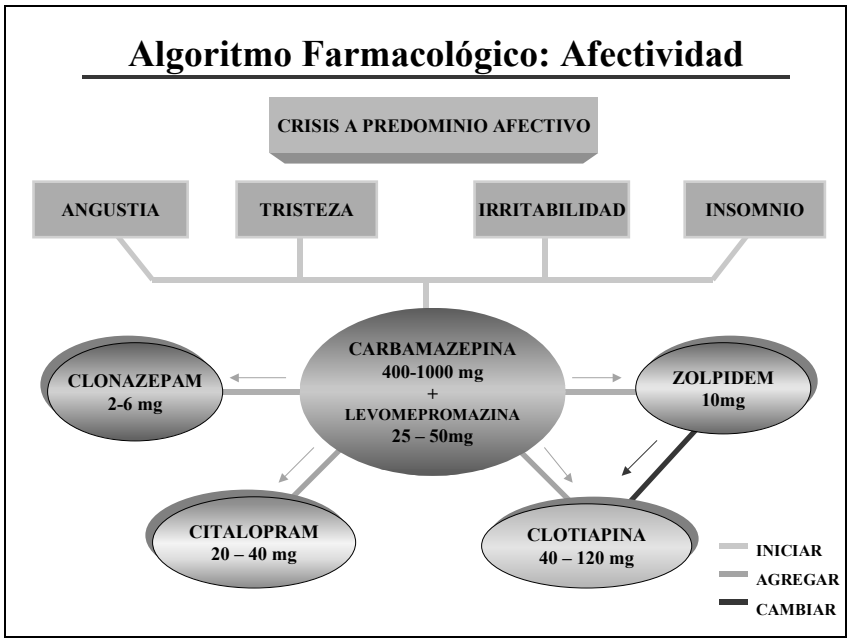
En el caso de los T. Límite el riesgo es el aumento de sentimiento de vacío, el pensamiento dicotómico, y la posibilidad del paso al acto. De todas maneras en algunos paciente hemos utilizado Citalopram sin ningún inconveniente.

Este tipo de incremento de la impulsividad al administrarse antidepresivos a pacientes que presentaban un cuadro con características afectivas también lo observamos en los Trastornos Narcicista, Histriónico, y Paranoide de la Personalidad, por lo cual desaconsejamos su uso tanto en los Grupos A y B.

La Tianeptina en dosis de 12,5 a 25 mg/día sería una opción lógica debido a su mecanismo paradojal que evitaría el acting mejorando la actividad hipocámpica.

En nuestro algoritmo hemos tratado a las crisis a predominio afectivo con *tristeza como único síntoma* con antirrecurrenciales, específicamente carbamazepina, debido a que en estos pacientes la tristeza surge de un fondo amigdalino – hipocámpico que sustenta la sensación de vacío que se provocó en tempranas etapas del desarrollo.

Por eso, al mejorar la actividad amígdalo – hipocámpica, no se asocian los nuevos estímulos con los primarios traumáticos, lo cual mejora rápidamente la cognición y por lo tanto la capacidad de valorización de los hechos actuales, evitando que el sujeto viva lo actual como lo pasado.



(Molina & Goldstein 2002)

En caso de no ser suficiente este fármaco, quiere decir que otras áreas cerebrales ya están involucradas (COA, CFM) por lo cual utilizamos antipsicóticos como la Pimozida y/o la Tioridazina, que actúan sobre los receptores D_2 en Accumbens y Corteza Cerebral.

Por ultimo si lo que predomina es el **insomnio** aconsejamos utilizar Zolpidem en dosis de 10 mg/día. En caso de no responder, o si el insomnio se presenta con irritabilidad nocturna o ansiedad, la Clotiapina en dosis de 40 mg/día es la droga de elección. Por ultimo se puede utilizar Zopiclona, Prometazina, Levomepromazina o Tioridazina en dosis habituales.

Las estructuras involucradas en el insomnio son los núcleos del Rafe y la áreas grises subcorticales. El GABA como iniciador del dormir y la necesidad de 5-HT para activar y mantener el mismo, demuestran que la utilización dle Zolpidem en primera

instancia y luego de Clotiapina, se fundamenta en el efecto GABAérgico del primero y de la acción sobre la 5-HT del segundo.

Muchas veces el insomnio no necesita ser tratado porque al mejorar los otros síntomas, éste desaparece.

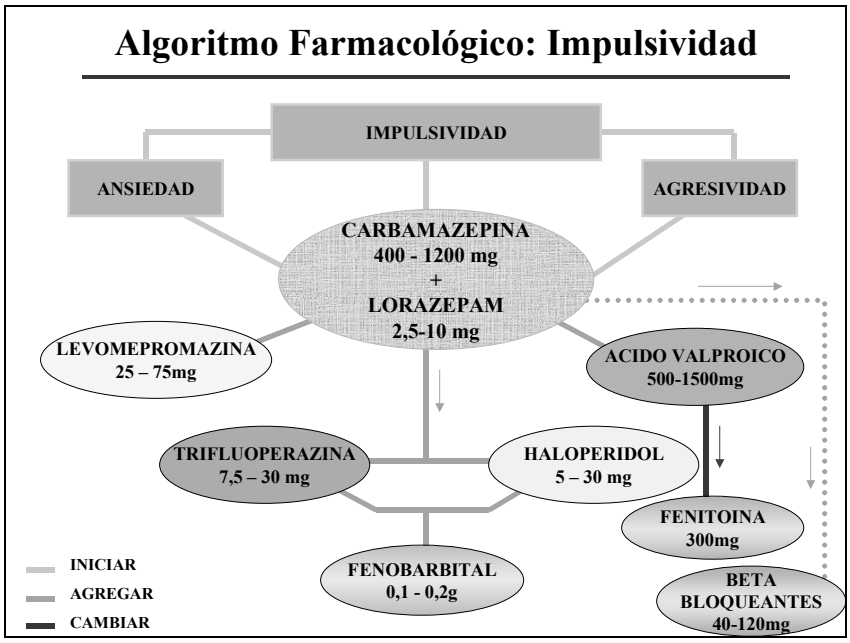
Como resumen debemos aclarar que la sintomatología afectiva la vemos como otro elemento más que caracteriza la inestabilidad de estos cuadros, aunque la tristeza sea una emoción que induciría la utilización de Antidepresivos, la experiencia nos muestra que aumentando los antirrecurrenciales se obtiene una mejor respuesta con menor riesgo.

CRISIS A PREDOMINIO IMPULSIVO

Este tipo de crisis es una de las más peligrosas y frecuentes en estos pacientes. Como sabemos, su estructura psíquica presenta puntos de quiebre en donde los mecanismos adaptativos que permiten tener respuestas adecuadas se fracturan y es aquí donde el impulso irrumpe sin ningún control.

A modo de simplificar la observación de esta conducta tomamos dos elementos más para valorar la impulsividad: agresividad y ansiedad.

Los actos impulsivos pueden tomar distintas formas, desde una respuesta violenta a una crisis de llanto incontrolable. Así, en nuestros pacientes valoramos la impulsividad sola o acompañada de otros elementos.



(Molina & Goldstein 2002)

En aquellos casos en que la impulsividad es el único elemento, comenzamos con Carbamazepina en dosis de 200 a 1000 mg/día en tres tomas agregando, según la respuesta, Clonazepam en dosis de 2 a 8 mg/día. Cuando se acompaña de agresividad, junto con la Carbamazepina recomendamos β-bloqueantes, como ser el Propranolol, en dosis de 40 a 120 mg/día, previa evaluación clínica del paciente. Si esto no resulta, una opción es cambiar por Divalproato de Sodio en dosis de 500 a 1500 mg/día y agregar Fenitoina en dosis de 200 a 400 mg/día.

En cambio si la ansiedad es la acompañante, sumado a la Carbamazepina, se agrega Lorazepam en dosis de 2,5 a 10 mg/día. Por último, en aquellos casos de escasa o mala respuesta, optamos por Fenobarbital en dosis de 0,1 a 0,2 gr/día.

Como vemos, podemos controlar la impulsividad desde el punto de vista neuroquímico, con β-bloqueantes sobre la NA, con Benzodiazepinas estimulando el GABA, antipsicóticos bloqueando los D_2 en el estriado e inhibiendo en la corteza. Por último, la 5-HT se debe bloquear en las estructuras subcorticales. Esto se logra con antirrecurrenciales como el Litio, la Carbamazepina o el Divalproato de Sodio. Finalmente, se puede bloquear todo con barbitúricos produciendo sedación completa.

APLICACIÓN DEL MODELO EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA

Dr. Fabián Molina
Dr. Lionel Zaidenwerg
Lic. Demián Goldstein

A continuación presentamos la experiencia, que junto a los datos obtenidos, sirven de sustento al modelo planteado en este libro.

La recolección de la muestra fue realizada durante el periodo que va de marzo de 2002 a marzo de 2003. Se evaluaron todos los ingresos por guardia, en el Hospital Municipal Neuropsiquiátrico Braulio Moyano de la ciudad de Bs. As.

Se escogieron 40 de estas pacientes en quienes se presentara una crisis de personalidad.

El motivo de internación se repartió de la siguente manera: 42.5% intento de suicidio, 20% ideación suicida, 17.5% impulsividad, 20% síndrome delirante.

La mayor comorbilidad se asoció a trastornos del Eje I (T. del estado de ánimo, ansiedad, etc) 57.5%, 27.5% con otros diagnósticos del eje II, 30% patologías duales (adicciones, alcoholismo) y finalmente los trastornos del Eje III (enfermedades médicas) dieron cuenta de una comorbilidad del 17.5%.

La distribución por clusters es la siguiente: Cluster A 18%, Cluster B 69% y Cluster C 13%. Dentro del Cluster A el 60% correspondía al TP Esquizotípico, el 40% al TP Paranoide, sin registrarse ingresos de TP Esquizoide. El Cluster B comprendía un 59% de TP Límite, 27% de TP Histriónico y 14% de TP Narcisista. Dentro del Cluster C el 71% correspondía al TP Dependiente, el 29% al TP Obsesivo-Compulsivo, sin registrarse ingresos de TP Evitativo.

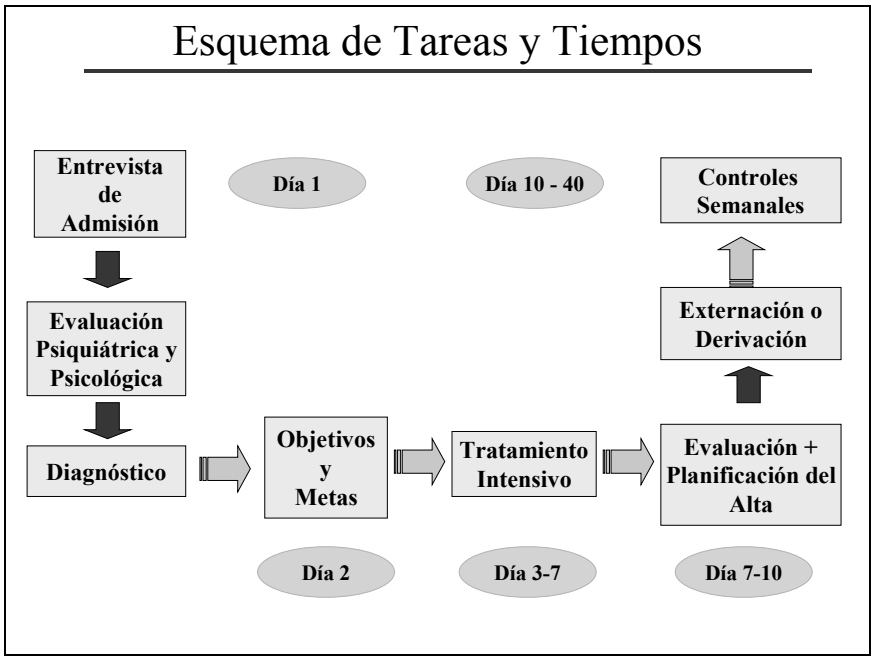
El promedio de internación fue de 11 días, con un mínimo de 3 y un máximo de 30 días. Esto variaba según la capacidad de derivación de las pacientes, dado que muchas de ellas carecía de vivienda o familia continente se trabajó durante más tiempo en el proceso de externación que el planeado para el resto de las pacientes. A pesar del incremento en el promedio de días de internación, estas pacientes fueron dadas de alta y no reingresaron, con lo cual se evitó la residencia innecesaria en un pabellón de crónicos de alguien que puede funcionar en el medio social.

La metodología de trabajo consistía en realizar los exámenes clínico-neurológicos y psiquiátrico al ingresar el paciente, solicitar laboratorios de rutina, estudios por imágenes y electrofisiológicos. Luego todos aquellos a quienes se les detectaba un Trastorno de Personalidad pasaban a ser evaluados por el grupo de trabajo de Trastorno de Personalidad.

Una vez derivados al grupo se les realiza una entrevista conjunta entre psicólogo y psiquiatra, se le aplican a todos los pacientes los siguientes test: MMSE, MCMI-2 (Inventario de la Personalidad de Millon), en los casos de sintomatología afectiva se agrega el Inventario de Depresión de Beck, en caso de impulsividad la escala de Barrett de impulsividad y por ultimo la escala PANSS para aquellos con sintomatología psicótica.

Realizado esto se intenta confirmar la presencia de una crisis de personalidad, si es así, se ubican los target o áreas afectadas según el esquema presentado en el capítulo explicativo de crisis descompensatoria del trastorno de personalidad.

Detectados los Target se comienza a trabajar desde lo farmacológico, según lo mostrado en el algoritmo de acuerdo al área afectada: **impulsividad, cognición o afectividad.** *(ver cap. Crisis de Personalidad)*

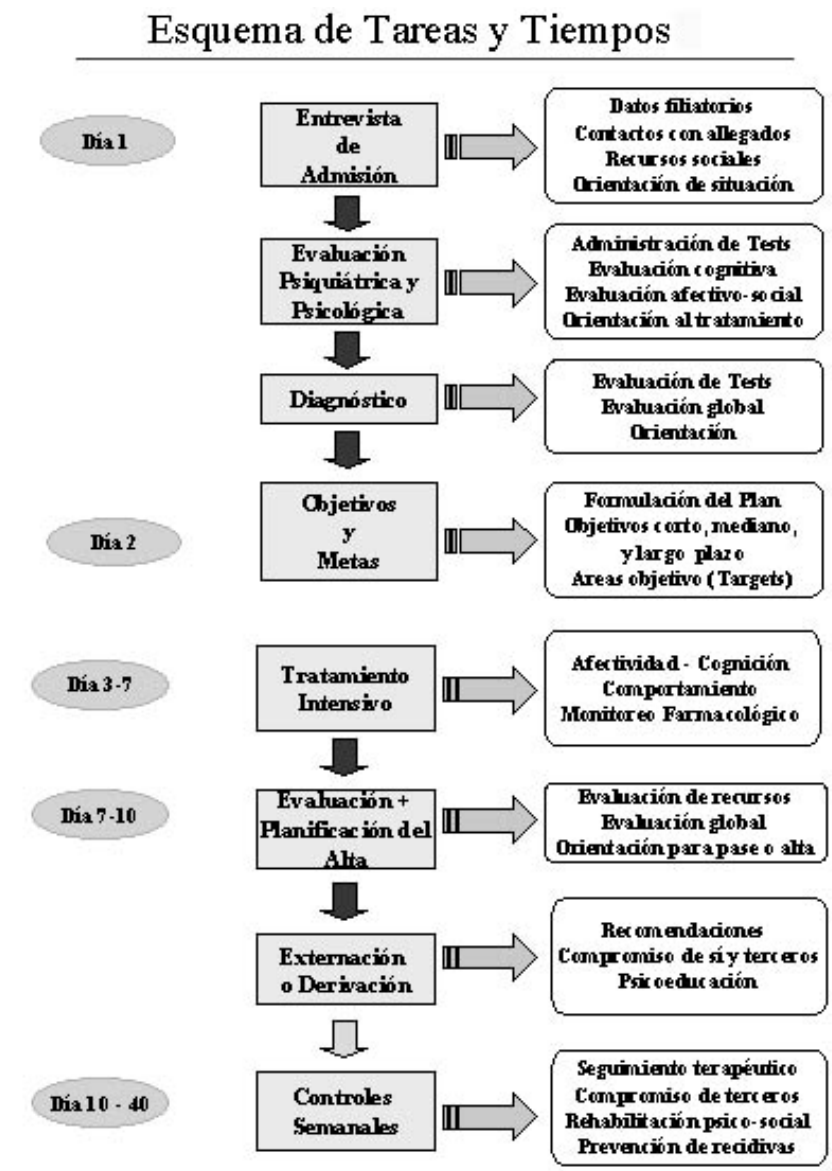


(*Goldstein 2002)*

De la misma manera se trabaja desde el enfoque cognitivo conductual en las sucesivas entrevistas, descubriendo las creencias erróneas y estrategias anormales, modificando los paradigmas de pensamiento, con el objetivo de recuperar el equilibrio perdido por esta personalidad anormal pero habiendo cambiado algunas formas de los mecanismos adaptativos.

Así una vez resuelta la crisis los pacientes son dados de alta transitoria con seguimiento semanal por el lapso de un mes. Luego del cual continúan el tratamiento en su lugar de origen.

El mes de seguimiento posterior al alta se realiza para reforzar los cambios logrados y completar la tarea cognitiva. *(ver cap. Abordaje Psicoterapéutico)*



(Goldstein 2002)

De las 40 pacientes con Trastornos de Personalidad tratadas según esta metodología, 5 fueron derivadas a un servicio de mayor duración, mientras que registramos 9 reingresos posteriores al mes de control, que luego fueron dadas de alta reingresando nuevamente sólo una de ellas (con TP límite).

Las crisis de personalidad se presentaron según el área afectada:

1. A PREDOMINIO PSICOTICO
2. A PREDOMINIO AFECTIVO
3. A PREDOMINIO IMPULSIVO

En lo que respecta al tipo de crisis que presentó cada uno, la crisis de tipo afectivo y de tipo psicótico son las que predominan, siendo el cluster B el mas frecuente en presentarlas.

Otra característica que nos llamó la atención, es que en los trastornos del cluster A se presentaban en la internación como patologías del Eje I, (Esquizofrenias y T. delirantes), que al pasar menos de 24 horas se observaba la falta de signos de desestructuración marcados, como la falta de aplanamiento afectivo, aunque en algunos casos se hacia muy difícil diferenciar una esquizotipia de una esquizofrenia.

En los casos de duda no se los mantenía internados, todo lo contrario una vez que desaparecía lo delirante-alucinatorio, se indicaba el alta y el control por consultorios externos.

La mayoría de los cuadros se aclaraban a mas tardar en 4 días.
En lo que respecta al tratamiento farmacológico como ya aclaramos, la utilización de un fármaco determinado estará dada por el cluster y el área afectada.

En cuanto a la evaluación de la actividad global medida por la EEAG, los datos son elocuentes, donde el 60% de las pacientes reflejó un incremento en la escala de al menos 5pts, y el 40% restante se mantuvo sin modificaciones. Esto indica que durante la estadía en el hospital, y luego del alta, no disminuyeron su

nivel de funcionalidad. El hecho que algunas pacientes hayan reingresado no está directamente relacionado con su modificación de la EEAG sino que en ocasiones la realidad extrahospitalaria excede la capacidad de afrontamiento de las pacientes y la recaída es inevitable.
Para finalizar dejamos los siguientes cuadros que ilustran los componentes de las tareas a realizar:

Admisión

- Entrevista con el paciente
- Establecer contactos con personas allegadas
- Identificar recursos sociales y red de apoyo
- Orientar al paciente sobre su situación y admisión al servicio
- Comparar relato al ingreso por guardia con el "segundo" relato del paciente.
- Evaluación global del funcionamiento
- Orientar al paciente sobre la conformación y necesidad de su plan de tratamiento.

(Goldstein 2002)

Evaluación y Diagnóstico

- Entrevista estructurada con el paciente
- Administración de instrumentos de medición apropiados (EEAG, MCMI-2, BDI, MMSE, PANSS)
- Identificar los targets cognitivos, afectivos, y de impulsividad
- Cotejar arboles diagnósticos para establecer el diagnóstico diferencial
- Otorgar un diagnóstico diferencial de carácter presuntivo el cual se revisará de forma continua
- Inicio de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico

(Goldstein 2002)

Planificación del Alta

- Evaluar el estado global de los recursos reales
- Predecir la gama de servicios necesaria a futuro
- Corroborar lazos de ayuda familiares y comunitarios.
- Planificar el proceso de retorno a la comunidad a través de rehabilitación socio-laboral y programas de atención
- Compromiso de continuidad del tratamiento
- Prevención de crisis y recidivas

(Goldstein 2002)

Evaluación Post-Internación

- Planificar consultas externas
- Monitorear cumplimiento terapéutico y farmacológico durante 1 mes
- Provisión de sesiones extraordinarias de apoyo
- Administración de instrumentos psicológicos post-internación
- Revisión del diagnóstico presuntivo
- Evaluación de crisis y recidivas

(Goldstein 2002)

Guía de Resolución de Conflictos

Cuaderno Terapéutico para la Resolución Paso a Paso de Situaciones Conflictivas y Crisis

Lic. Demián F. Goldstein

Guía de Resolución de Conflictos

Nombre_____ Fecha_____

Esta guía ha sido desarrollada para ayudarle a resolver conflictos que surgen ante crisis inesperadas.

Un objetivo justo para usted en estos casos es poder contar con una mayor cantidad de opciones a su disposición para incrementar su sensación de eficiencia y eficacia a la hora de afrontar esta situación particular.

En las siguientes hojas encontrará una guía que paso a paso lo entrenará en la resolución de conflictos aplicándolo a la situación que atraviesa en la actualidad.

La idea es que se concentre en algunos puntos específicos de la crisis que atraviesa para lograr un mejor manejo de los conflictos que de ella derivan y arribar así a soluciones o decisiones que le permitirán tomar acción de manera asertiva (orientado al éxito) en el futuro.

Siga las instrucciones y consulte con su consejero, terapeuta, o asistente de crisis si le surgen cualquier tipo de duda sobre esta guía.

Existen cinco etapas o pasos que enumeramos a continuación:

1. Orientación del Problema
2. Definición del Problema
3. Generación de Alternativas
4. Toma de Decisiones
5. Implementación de Soluciones

Tómese su tiempo para elaborar cada una de ellas. Utilice hojas extras si así lo requiere. Buena suerte.

1. <u>Orientación del Problema</u>: Complete la tabla con situaciones relevantes a su crisis actual: por ejemplo en el área cognitiva puede escribir "estoy asustado porque *mi vida perdió estabilidad*". A su vez esto puede llevarlo a escribir en el área afectiva "*Me siento triste, y con miedo* de lo que puede llegar a pasar". Esto puede repercutir en su conducta de la siguiente manera: "*no puedo dormir, pienso continuamente* cómo afrontar las cosas en el futuro".

Areas afectadas por el problema y en qué manera	**Cognitivo** Lo que usted piensa	
	Afectivo Como se siente	
	Conducta Lo que hace	
	Darse Cuenta En que medida esta Usted al tanto de lo Que le sucede y de sus reacciones	
	Contexto En que lugar y momentos sucede	

a. ¿Hay alguien más involucrado en esta situación conflictiva?

Haga una lista con las personas que considera que están involucradas, e indique de qué manera lo están para luego contestar las siguientes preguntas para cada una de esas personas:

1. ¿Cómo se siente respecto a esta persona?

2. ¿Qué piensa de el/ella?

3. ¿Qué le gustaría decirle?

4. ¿Qué efecto cree que lo que le diría a esta persona puede tener en el/ella?

5. ¿Qué efecto cree que lo que le diría a esta persona puede tener en usted?

6. ¿Diría que la situación mejoraría o empeoraría?¿por qué?

7. Comente cómo se sentiría, pensaría, y se comportaría usted si estuviera en el lugar de esa persona.

2. Definición del Problema

a. ¿Cuál es el problema?

b. ¿Qué es lo que específicamente lo convierte en un problema para usted?

c. ¿Qué es lo que quiere hacer con este problema?

d. Describa en una sola oración y en forma clara cuál es el problema:

3. Generación de Alternativas

a. ¿Cuál sería una solución inmediata y de sentido común para este problema?

b. *Brainstorming (lluvia de ideas):* Una lluvia de ideas es una forma de reflexión que le permite darse cuenta de las posibilidades que están a su alcance para resolver sus conflictos. Escriba una lista que contenga al menos ocho soluciones posibles que vengan a su mente sin juzgarlas de antemano. Si es necesario, utilice dibujos o mas hojas. Simplemente deje que las ideas fluyan, aún si inicialmente les resultan extrañas o ridículas.

c. Seleccione las tres "mejores" ideas de su lista anterior:

i.
ii.
iii.

4. Toma de Decisiones

a. Revise las tres alternativas que eligió en el punto anterior y ordénelas, colocando la letra A a aquella solución que considera como la mejor de las tres, B a la segunda mejor, y C a la tercera.

A.
B.
C.

b. ¿Cuáles son las probabilidades de que pueda llevarlo a cabo? Considere sus recursos actuales disponibles. Responda con el máximo de detalle:

A.

B.

C.

c. ¿Cuánto esfuerzo puedo poner en esto? (tiempo, dinero, energía, etc.) Explique en detalle:

A.

B.

C.

d. ¿Cuáles son las posibles consecuencias que esta solución puede tener para la gente cercana a mí?

A.

B.

C.

e. ¿Cuáles son las posibles consecuencias que esta solución puede tener para mí?
A.

B.

C.

f. ¿Cuáles son los efectos a largo plazo de esta solución?

A.

B.

C.

g. Basándose en el análisis previo, escoja solamente una solución, aquella que considera como "la mejor solución" y escríbala a continuación:

A.

5. Implementación de la Solución

La "mejor solución" que ha escogido luego de un análisis extensivo, será su plan de acción para resolver el conflicto que identificó como consecuencia de la crisis que está viviendo.

Lo llamaremos el "Plan A".

Encontrará una Hoja de Planificación, en la cual podrá revisar la información relevante a aquella solución que escogió. Llene la planilla para esclarecer en qué consistirá su estrategia de resolución de conflictos.

Devuelva su plan a su consejero, terapeuta, o asistente de crisis para poder recibir comentarios o feedback. Es importante que realice esto antes de implementar su plan.

Una vez que haya recibido los comentarios o feedback, implemente el plan en la manera que lo ha diseñado (o bien la versión modificada que le devolvió quién lo revisó).

Controle los resultados obtenidos en la implementación utilizando la hoja de monitoreo.

Devuelva la Hoja de Planificación y la de Monitoreo (los resultados) a quien se encargue de realizar los comentarios o feedback.

PLAN **A** **Nombre:** **Fecha:**

1. Mi problema reside en el area _____.

2. Puedo describirlo muy específicamente de la siguiente manera:

3. Considero éstos como los principales factores que lo convierten en un problema para mí:

a:
porque...

b :
porque...

c:
porque...

4. Lo que quiero hacer con este problema es:

Quiero hacer eso por la/s siguiente/s razon/es:

5. La solución que llamo "PLAN A" es la mejor que puedo implementar y consiste en:

Considero que es la mejor solución por la/s siguiente/s razon/es:

6. La probabilidad de que pueda llevarlo a cabo:

7. Estos son los esfuerzos que tendré que poner en acción:

8. Las posibles consecuencias para gente cercana a mí son:

Las posibles consecuencias para mí son:

9. Los posibles efectos a largo plazo son:

10Firma y Fecha:

_____

© Demián Goldstein 2002

Hoja de Monitoreo para el PLAN A				
Lista de Tareas	**Día**	**Hora**	**Descripción de la Situación**	**Resultados**

Comentarios Adicionales:

CONCLUSIONES

Dr. Fabián Molina
Lic. Demián Goldstein

A través de las páginas de este libro hemos intentado dar nombre a los desarreglos periódicos y situacionales que experimentan las personas con Trastornos de Personalidad.

El modelo propuesto es simple, cada área comprende el grupo de funciones más determinantes que permite un análisis rápido y completo de las descompensaciones de la personalidad.

Consideramos una matriz modular interconexa cognitivo-afectiva-conductual. Esta matriz está articulada por dos mecanismos operativos que son el Juicio de Realidad y la Tolerancia a la Frustración. El desarreglo de cualquiera de estos dos mecanismos impactará en el otro produciendo un desajuste en una o más de las áreas modulares. El desajuste se evidencia a través de la conducta desadaptativa que puede ser interpretada como una exacerbación grosera de los rasgos característicos del Trastorno que presenta la persona.

De esta manera logramos definir a la Crisis Descompensatoria del Trastorno de Personalidad como: "Todas aquellas situaciones criticas y agudas que se dan dentro del marco de un Trastorno de Personalidad, en donde los mecanismos adaptativos empleados hasta ese momento son superados, produciéndose una alteración del juicio de realidad o una incapacidad de tolerar la más mínima frustración; esto se expresa a través de alteraciones en las áreas cognitiva, afectiva y/o en el control de los impulsos. El individuo presentará así un repertorio de conductas francamente desadaptativas, características del Trastorno de Personalidad en el cual se producen". (Goldstein & Molina, 2002)

En cuanto al tratamiento de las crisis, debe existir una primera instancia farmacológica que apunte a la reducción del síntoma exacerbado, siguiendo los algoritmos propuestos según el tipo de crisis, lo cual podrá sentar las bases para la intervención psicoterapéutica. Hacemos hincapié en la importancia de la ruptura de la egosintonía para iniciar el abordaje psicoterapéutico, ya que será el breve lapso en el cual la persona con Trastorno de Personalidad podrá obtener una introspección de lo que le sucede desde un punto de vista egodistónico.

La fase siguiente del tratamiento en las internaciones de estos trastornos podrá incluir la utilización de un Cuaderno o Guía de Resolución de Conflictos para que la persona pueda seguir paso a paso un programa de abordaje de su propia problemática. El objetivo es generar un aprendizaje a partir de los resultados desadaptativos de la crisis, aprovechando la ruptura de la egosintonía.

Incorporamos la ejemplificación empírica del modelo propuesto ilustrando un trabajo realizado en la Sala de Observación y Evaluación (SOE) del Servicio de Guardia del Hospital Moyano, en el cual se demuestra la efectividad diagnóstica, farmacológica, psicoterapéutica, y de los instrumentos de evaluación y rehabilitación utilizados. Obligados por la demanda tanto numérica como clínica que nos presentaban estos cuadros, fuimos llevados a crear una forma de evaluación rápida con parámetros medibles y comparables una vez superadas las crisis. Esto nos llevó a la creación de una escala que se encuentra en evaluación y podrá ser incluida en trabajos posteriores.

Presentamos así una visión ampliada de las crisis que presentan las personas con Trastornos de Personalidad, brindando un modelo claro y objetivable, que puede implementarse en un

Servicio de internación o de Emergencia, y puede a su vez extenderse a la práctica clínica ambulatoria.

Esperamos que hayan disfrutado leyendo estas páginas, tanto como nosotros disfrutamos al escribirlas.

BIBLIOGRAFÍA

Allport G., Psicología de la Personalidad, Ed. Paidós 1965

Arroyo M.; Trastornos de La Personalidad, Ed. Masson 1999

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the Emotional Disorders, New York: Meridian. pp. 216-219, 233-239.

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A Theory of Modes, Personality, and Psychopathology. En Salkovskis, P. M. (Ed.), Frontiers of Cognitive Therapy, New York: Guilford. pp 1-23.

Beck, A.T., Freeman A.; Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad. Paidos 1995

Berrettoni, P.A., (2003). Guardia. Información Básica. Disponible por pedido en Coordinación del Hospital Moyano. T.e.: (011) 4301-4522 int 208.

Berrettoni, P.A., (2004). Psiquiatría I. Salud Mental, Psicología Médica, Psicopatología. Editorial Salerno, Buenos Aires.

Cloninger Cr. Svrakic Dm. Przybeeck Tr., A Psychobiological Model of Temperament and Character Arch. of General Psychiatry 50:975, 1993

Comprehensive handbook of cognitive therapy, New York: Plenum Press. pp. 309-313

Cortese, E.N.; “Manual de Psicopatología y Psiquiatría”; p. 131-166. Editorial Nobuko, Buenos Aires, 2003.

Cummings JL. Frontal-Subcortical Circuits and Human Behavior. Archives of Neurology 1993;50:873-880.

David H., Von Bracken y cols., Teorías de la Personalidad, 3era. Ed. Eudeba 1971

Diagnostic Criteria from DSM-IV, Versión Española, Ed. Masson 1995

DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, Barcelona, 1995.

D'Zurlla, T.J., & Nezu, A.M. (1999). Problem-solving therapy: A Social Competence Approach to Clinical Intervention (2nd ed.). New York: Springer Publishing Co.

Eccles J.; La Evolución del Cerebro: Creación de la Conciencia. Labor1992

Eysenck H.J. Fundamentos Biológicos de la Personalidad. Editorial Fontanella, 1978.

Fogel B., Schiffer R. Rao S., Neuropsychiatry. William & Wilkins, 1996

Foote, S. L. and Morrison, J. H. (1987) Extrathalamic Modulation of Cortical Function. Ann. Rev. Neurosci., 10: 67-95.

Frazer A., Molino A., Winokur A., Bases Biológicas de la Función Normal y Patológica del Cerebro. Raven Press New York 1996.

Goldar J C; Biología de la Memoria Salerno, 1978

Goldar J.C.; Anatomía de la Mente, Salerno 1994

Goldar J.C.; Introducción al Diagnóstico de la Psicosis, Salerno 1996

Goldar J.C; Psiquiatría y Sistema Límbico, Salerno 1975

Goldstein, D.F., (2002). Cuaderno de Resolución de Conflictos, editado por gentileza del Laboratorio Janssen-Cilag. Disponible por pedido en el Servicio de Guardia del Hospital Moyano. T.e.: (011) 4301-4522.

Goldstein, D.F., (2004). Schema Focused Cognitive Therapy: A Stage Specific Schema Workbook Approach. En L'Abate, L.; Using Workbooks in Mental Health: Resources in Prevention, Psychotherapy, and Rehabilitation for Clinicians and Researchers. Julio 2004, Haworth Clinical Practice Press, New York.

Hartmann N., Metafísica del Conocimiento, 4ta. Edición, Ed. Losada 1995

Jasper K. Psicopatología General. Editorial Beta, 2da. Edicion en español 1993

Jeannerod, M. (2003) The Mechanisms of Self-Recognition in Humans. Behavioral Brain Research, 142, 1-15.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; "Sinopsis de Psiquiatría", 8va Edición. Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 1999.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Comprehensive Textbook of Psychiatry. William & Wilkins. 1997

Kernberg O.F.; La Agresión en las Perversiones y en los Desórdenes de la Personalidad, Paidos 1994

Kernberg O.F.; Desordenes Fronterizos Narcisismo Patológico. Paidos 1988

Koldobski N., La Personalidad y sus Desordenes. E. Salerno, Buenos Aires 1995

L'Abate, L. (1992). Programmed Writing: A Self-Administered Approach for Interventions With Individuals, Couples, and Families; Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. pp. 47-52

L'Abate, L. (1997). Distance Writing and Computer Assisted Training. En Sauber, S.R. (Ed.), Managed Mental Health Care: Major Diagnostic and Treatment Approaches. Bristol, PA: Brunner/Mazel. pp. 133-161.

Lazarus, A.A. (1981). The Practice Of Multimodal Therapy, New York: McGraw Hill. pp. 13-19

Leiguarda, R.C.; Neurología, El Ateneo, Buenos Aires, 1992. 42-44, 173-230.

Mahoney M., Freeman A.; Cognición y Desarrollo. Paidos1988

Marchant, N.F., (2003). Tratado de Psiquiatría. Editorial Anaké, Buenos Aires.

Martin J. Neuroanatomy. Appleton & Lange, Stanford 1996.

Meunier J., Shvaloff A., Neurotransmisores, Bases Biológicas Y Farmacológicas. Editorial Polemos 1994.

Millon, T., (1998). Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV. Masson, Barcelona.

Millon, T., Davis, R. (2001).. Trastornos de la Personalidad en la vida moderna. Masson, Barcelona.

Moizeszowicz J.; Psicofarmacología Psicodinámica IV, Actualizacioneas 2004

Moizeszowicz J.; Psicofarmacología Psicodinámica IV, Paidos 1998

Morihisa J.; Avances En Neuroimágenes. Ars Medica 2002

Mounier M. (1971), Tratado del Carácter, Zamora Ediciones

Nezu, A.M., D'Zurrilla, T. J.(1993). Problem Solving. En Kuehlwein, K. T., & Rosen, H. (Eds.), Cognitive Therapies in Action, San Francisco: Jossey-Bass. pp. 54-87

Pereyra, C. (1951); "Semiología y Psicopatología de los Procesos de la Esfera Intelectual". El Ateneo, Buenos Aires.

Perris, C. (1989). The Adult Depressed Patient. En Freeman, A. Simon, K.M., Beutler, L.E., and Arkowitz, H. (Eds.),

Persons, J. B. (1989). Cognitive Therapies in Practice, A Case Formulation Approach; New York: Norton. pp. 6-7, 19-21, 126-134, 141-142

Popper K., Eccles J. (1993); El Yo Y Su Cerebro, Ed. Labor.

Ravindran, A. V.; Yatham, L. N.; Munro, A. "Paraphrenia Redefined", Can J Psychiatry, Vol 44, Marzo 1999.

Sauber, S.R. (1997), Managed Mental Healthcare: Major Diagnostic and Treatment Approaches. Bristol, PA: Brunner/Mazel. pp. 11-13.

Schneider. K.; Psicopatología Clínica. Fund. Archivos, España.

Siever, L.J., Coccaro, E.F. (2000). The Neuropsychopharmacology of Personality Disorders. Masson, Barcelona.

Soloff P. (1998); Symptom Oriented Psychopharmacology for Personality Disorders. J. Pract Psychiatry Behav Health

Springer P., Deutsch G. (2001); Cerebro Izquierdo – Cerebro Derecho. Ed. Ariel

Suarez Richards M. (2000), Introducción a la Psiquiatría, Ed. Salerno

Szentágothai, J., (1983) The Modular Architectonic Principle of Neural Centers, Rev. Physiol. Biochem. Pharmacol. 98:11-61.

Teofrasto (1961); Los Caracteres, Salerno

Vallejo Ruiloba J. (1996), Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría 3era. Edición, Ed. Salvat

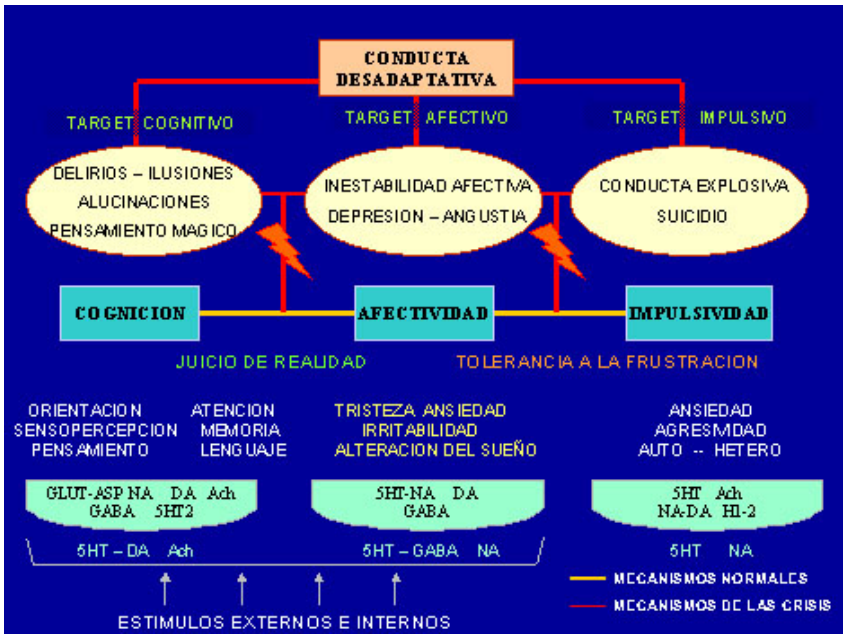
Wood, J.N. and Grafman, J. Human Prefrontal Cortex: Processing and Representational Perspectives. Nature Reviews Neuroscience, 4 (2), 139-147, 2003.

Young, J.E., Bricker, D., Flanagan, C.M.(1993) Schema-Focused Cognitive Therapy: A Comprehensive Framework for Characterological Problems. En Kuehlwein, K. T., & Rosen, H. (Eds.), Cognitive Therapies in Action, San Francisco: Jossey-Bass. pp. 88-92, 113-125

Young, J.E., McGinn, L.K. (1996) Schema-focused therapy. En Salkovskis, P. M. (Ed.), Frontiers of Cognitive Therapy, New York: Guilford. pp. 182-200.

Zieher J.M (2003); Psicofarmacología Clínica, Siltar

CRISIS DESCOMPENSATORIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



Consideramos la existencia de un cuadro específico que denominamos "Crisis Descompensatoria del Trastorno de Personalidad" y definimos de la siguiente forma:

"Todas aquellas situaciones criticas y agudas que se dan dentro del marco de un Trastorno de Personalidad, en donde los mecanismos adaptativos empleados hasta ese momento son superados, produciéndose una alteración del juicio de realidad o una incapacidad de tolerar la más mínima frustración; Esto se expresa a través de alteraciones en las áreas cognitiva, afectiva y/o en el control de los impulsos. El individuo presentará así un repertorio de conductas

francamente desadaptativas, características del Trastorno de Personalidad en el cual se producen". ***(Goldstein & Molina, 2002)***

En este libro encontrará los fundamentos teóricos de las crisis descompensatorias, y obtendrá herramientas para abordarlas integralmente a través de intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas.