



INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE

# Información

## Clínica

Volumen 16

Número 9

Septiembre 2005

### Diferencias en los patrones de inhibición intracortical con Estimulación Magnética Transcraneal en la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano y la demencia frontotemporal

■ La enfermedad de Alzheimer (EA) de inicio temprano y la demencia frontotemporal (DFT), tienen una prevalencia similar en la presenectud ( $\leq 65$  años). En etapas tempranas, cada condición patológica presenta características peculiares en cuanto a cognición, comportamiento e imagen cerebral. Sin embargo, es difícil de obtener un diagnóstico diferencial inequívoco. La DFT es uno de los trastornos neurodegenerativos que comúnmente se confunde con la EA y/o se diagnostica erróneamente como un trastorno psiquiátrico primario. Por lo tanto, son especialmente bienvenidas las investigaciones en diagnósticos económicos, que no requieran hospitalización ni causen las molestias inherentes a ésta. Además la disponibilidad de terapias farmacológicas con un impacto favorable en la declinación cognitiva leve, como la que emplea los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACHÉ), impelen a definir nuevos abordajes capaces de mejorar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico. La estimulación magnética transcraneal (EMT) es una herramienta neurofisiológica cada vez más utilizada en la investigación de la excitabilidad cortical en enfermedades neurológicas. En el pasado, un buen número de estudios con la EMT demostró que había cambios en la excitabilidad de la corteza motora en la EA. Estas evaluaciones sólo han sido desarrolladas en sujetos con deterioro cognitivo de moderado a severo. Los cambios de excitabilidad de la corteza motora en la DFT aún no han sido investigados. Otra línea de estudio busca identificar si la galantamina, un IACHÉ, modifica los patrones de excitabilidad intracortical en el grupo de pacientes de EA y DFT. Este estudio que reseñamos enroló a 20 sujetos con

deterioro cognitivo de inicio temprano. Doce con posible EA y 8 con DFT. Las poblaciones EA y DFT fueron igualadas en edad y severidad del deterioro cognitivo. La edad media en EA fue de 65.2 ( $\pm 3.5$ ) años; para la DFT la media de edad fue 63.4 ( $\pm 2.7$ ). En ambos grupos la duración de los síntomas no fue mayor de 18 meses; además, se aplicó la escala clínica de demencia cuyo resultado fue  $\leq 1$  en ambos grupos. Ninguno de los pacientes presentó signos piramidales o extrapiramidales, ni recibía IACHÉ o cualquier otra droga neuroactiva. A todos se les realizó resonancia magnética (RMN) y/o tomografía por emisión de positrón único (SPECT); se excluyó a los pacientes con lesiones vasculares o cualquier otra condición patológica subyacente a la demencia. Por último, 12 sujetos sanos con una media de edad (64.5 $\pm$ 3.2) integraron el grupo control. Todos los pacientes con EA y DFT mostraron un perfil cognitivo congruente con demencia leve con la aplicación del examen abreviado del estado mental (MMSE) y con una batería neuropsicológica estandarizada. En el MMSE los sujetos con posible EA presentaron una media de 21.8 ( $\pm 2.1$ ), en el grupo de DFT 23.5 ( $\pm 2.8$ ). La EMT se realizó con una bobina conectada

### Contenido

<b>Diferencias en los patrones de inhibición intracortical con Estimulación Magnética Transcraneal en la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano y la demencia frontotemporal</b>	<b>49</b>
<b>La interpretación de los sueños: ¿tiene relevancia clínica actual?</b>	<b>50</b>
<b>Psicoterapia breve para la enfermedad de Alzheimer</b>	<b>51</b>
<b>Las diferencias de género en la depresión. Nuevos datos</b>	<b>52</b>
<b>Psicoterapia de los trastornos de la personalidad. Segunda Parte</b>	<b>53</b>

a dos estimuladores con una descarga máxima de 2.2 T. El potencial motor evocado (PME) fue registrado en los músculos abductores con electrodos aplicados en los montajes del tendón. En todos los sujetos el procedimiento de EMT fue bilateral. Se registró el curso y tiempo de la inhibición intracortical (IIC) y la facilitación intracortical (FIC) por medio de pulsos pareados con un intervalo inter-estímulo (IIE) de 1 a 20 mseg. Además de medir la amplitud del umbral motor en reposo (UMR) y el umbral motor activo (UMA), se les suministró galantamina a los grupos de EA y DFT en una sola dosis oral (4mg), y se registraron los patrones de EMT antes y dos horas después de la administración. El análisis estadístico se llevó a cabo con la metodología del ANOVA comparando UMR, UMA, IIE, IIC, FIC y la amplitud del PME con los grupos control, EA, DFT y galantamina.

No se observaron diferencias significativas en el umbral motor entre los tres grupos estudiados; sin embargo, el grupo EA mostró una reducción significativa ( $P < 0.0001$ ) en la IIC comparado con el grupo control y con pacientes con DFT. Los patrones de excitabilidad en la DFT no mostraron cambios. La administración de galantamina revirtió los cambios de la IIC sólo en la EA.

## Conclusiones

Los resultados del estudio apoyan la posibilidad de detectar cambios sutiles en las modificaciones tempranas del circuito intracortical en la EA, pero no en la DFT. Los hallazgos demuestran que la EMT se puede considerar como una herramienta útil para el diagnóstico diferencial de las demencias corticales en etapas tempranas de la enfermedad, además de que permite un fácil seguimiento clínico por encima de los estudios neurofisiológicos, genéticos y de neuroimagen, junto con la posibilidad de monitorizar la efectividad terapéutica de los fármacos del tipo IACHÉ.

(Carlos Chicalote Castillo, Oscar Ugalde Hernández)

## Bibliografía

PIERANTOZZI M, PANELLA M: Different TMS patterns of intracortical inhibition in early onset Alzheimer dementia and frontotemporal dementia. *Clinical Neurophysiology*, 115: 2410-2418, 2004.

# La interpretación de los sueños: ¿tiene relevancia clínica actual?

■ Considerada por la teoría psicoanalítica como una de las vías primarias para analizar el contenido mental inconsciente, la interpretación de los sueños suele ser poco utilizada en la actualidad en la clínica psiquiátrica. ¿Es esta actitud justificable, o bien se está desperdiciando una

oportunidad para la valoración integral y fina de los pacientes? La respuesta empieza a surgir a partir del avance en el conocimiento neurobiológico de los procesos del dormir, y su interacción con las redes neurales que integran la adquisición y consolidación de la memoria y el aprendizaje. Varios investigadores en este campo coinciden en considerar los sueños como una fuente importante para conocer cómo la mente integra la experiencia de la vigilia en la compleja red de los procesos mnésicos. De hecho, el que ahora se entienda mejor cómo se procesa la memoria durante el sueño, ha permitido que el análisis de las ensoñaciones vuelva a ocupar un plano clínico relevante. La detección e interpretación de patrones en los sueños le puede permitir al clínico tratar mejor a aquellos pacientes que responden parcial o inadecuadamente a las intervenciones terapéuticas.

La frecuencia y densidad de los periodos de movimientos oculares rápidos (MOR) del sueño fisiológico, se asocian con la consolidación de la memoria. Se ha comprobado por medio de estudios polisomnográficos que cuando se reducen los periodos MOR, los sujetos relatan sueños con una cantidad menor de imágenes visuales y un contenido emocional reducido. Si bien todas las etapas del sueño contribuyen a los procesos de aprendizaje y de memoria, la etapa MOR parece permitir un acceso más amplio y directo a su integración. Por lo tanto se considera que las ensoñaciones, lejos de carecer de un papel fisiológico, constituyen un proceso mental continuo que le permite al individuo modificar las memorias de acuerdo al contenido emocional que éstas contengan. Lo que algunos investigadores en el campo han denominado la “hipótesis secuencial” del contenido emocional de los sueños, considera que el análisis de éstos, en la medida que se van presentando a lo largo del periodo del dormir, es un recurso invaluable para conocer cómo la persona relaciona y concilia su experiencia consciente con el pasado. Los sueños le dan al clínico información relativa a la forma en que el paciente progresa en la organización y resolución de los sentimientos conflictivos. Lo más frecuente es que el tono emocional de los sueños tienda a cambiar de negativo a positivo en la medida en que avanza el periodo del dormir. De esta manera cuando las preocupaciones del individuo en su vida consciente son importantes pero manejables, se puede observar un control progresivo de los sentimientos negativos de una ensoñación a otra. Por el contrario, cuando el sujeto ante sus problemas adopta una actitud negativa o bien de resignación, la secuencia de los sentimientos oníricos puede no mostrar progreso y el último sueño de la noche termina siendo tan negativo como el primero. Esta hipótesis ha llevado al desarrollo de estrategias de intervención onírica que podrían considerarse como de tipo conductual, en las que el terapeuta enseña al paciente (aunque parezca complicado) a modificar el significado emocional de los propios sueños. Por ejemplo, una de estas técnicas se conoce como el método RISC y consiste en ayudar al paciente a: 1) reconocer que un sueño está siendo negativo, 2) identificar el contenido que atemoriza, 3) suspender o terminar el sueño, aun si para ello se requiere

despertar y abrir los ojos y 4) cambiar o intentar cambiar la acción del sueño hacia algo positivo. La dificultad más evidente para implementar estas técnicas es que se requiere que el sujeto desarrolle destrezas para recordar, registrar e intervenir en las ensoñaciones mientras duerme sin que esto altere la cantidad y calidad del sueño fisiológico. Si bien no todos tienen capacidad para ello, ésta se puede ir adquiriendo con los intentos repetidos. Para facilitar el recuerdo y el registro de las ensoñaciones, los investigadores les hacen a los sujetos una serie de recomendaciones que facilitan el proceso. Ejemplos de éstas son: irse a dormir de la manera habitual, dormir hasta que se presente un despertar espontáneo, una vez despierto mantenerse tranquilo y dirigir los pensamientos hacia lo que recuerda que se soñó, revivir mentalmente el contenido del sueño, escribir o grabar en audio un título para recordarlo posteriormente y anotar la reacción emocional que se produjo si es que se presenta alguna. La mayor parte de la información proveniente del estudio de los sueños inmediatamente después de haberlos soñado, se originó en los centros de investigación sobre el sueño. En estos laboratorios del dormir se utilizan procedimientos complicados que requieren conectar al sujeto a un equipo polisomnográfico y despertarlo en cada fase MOR para que relate lo que sueña; ahora esto tiende a simplificarse. Se están desarrollando monitores computarizados ligeros y transportables, con los que el sujeto puede conectarse en su casa noche tras noche y prefiar el sistema del equipo para que el aparato lo despierte cada vez que se presente un determinado número de MOR. Este procedimiento, que preserva el contenido de los sueños sin la distorsión que suele producirse cuando se recuerdan hasta la mañana siguiente, permite el registro de tres o cuatro sueños cada noche.

La interpretación del contenido onírico puede ayudar a entender mejor las emociones que acompañan a un buen número de entidades clínicas. Entre éstas se pueden incluir el trastorno de estrés postraumático y a los pacientes alexitímicos o a los sujetos severamente deprimidos, entre otros más. A quien interpreta se le sugiere que, una vez que cuente con un buen número de sueños del paciente, busque los temas que tiendan a la repetición e identifique polaridades emocionales opuestas que permitan darle un valor positivo o negativo al contenido.

Se puede considerar que el enfoque freudiano de la interpretación de los sueños, que fue fundamental en la práctica psicoanalítica de inicios del siglo XX, se ha retomado con renovado interés pero ahora con un giro diferente, probablemente más relacionado con las técnicas cognitivo-conductuales de psicoterapia. Los procedimientos han cambiado y a los anteriores se ha agregado la información procedente del estudio neurobiológico del sueño. Además de tomar en cuenta la forma en que ocurre el procesamiento de la memoria para darle un valor clínico a los sueños, la información proveniente tanto de los estudios de imágenes cerebrales, como de las pruebas neuropsicológicas, ha abierto nuevas vías que permiten entender mejor su significado. Todo esto deberá comprenderse sin dejar de considerar también como

valiosos los procedimientos tradicionales de la interpretación de los sueños, como por ejemplo el análisis de los elementos oníricos en cuanto a su contenido simbólico. Durante un tiempo y posiblemente debido a la eficacia de los medicamentos, se consideró irrelevante estudiar los sueños de los pacientes. Ahora es claro que si al empleo de los fármacos se añade una intervención clínica que utilice el registro e interpretación de sueños y posiblemente su modificación, el resultado final tendrá que ser mejor.

(Carlos Berlanga)

### **Bibliografía**

SOLMS M: *The Neuropsychology of Dreams*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 1997.  
CARTWRIGHT R: Understanding dreams: tapping a rich resource. *Current Psychiatry*, 4(5):15-21, 2005.

## **Psicoterapia breve para la enfermedad de Alzheimer**

■ El manejo psicoterapéutico para quienes atienden a los enfermos con Alzheimer ha sido documentado con claridad como una alternativa para reducir el estrés. Sin embargo, poco o casi nada se ha estudiado en relación con este tipo de tratamientos en los mismos pacientes. Es por ello que llama la atención la aparición de un estudio en relación con este tema, en el que se describe un procedimiento metodológico adecuado y confiable. Los autores consideran como justificación para su trabajo que las intervenciones psicoterapéuticas en las fases tempranas de la enfermedad, pueden generar beneficios en el sentido de dotar a los sujetos con el reconocimiento y la aceptación de su futuro como un proceso de declinación y pérdidas. La negación suele ser un mecanismo de defensa utilizado tanto por los enfermos como por los familiares, por lo que el ayudar a romperlo puede generar beneficios. Existen informes anecdóticos sobre la implementación de terapias psicodinámicas y de intervenciones orientadas hacia el manejo de las emociones, pero no se había hecho hasta ahora un estudio sistemático de la psicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. Por medio de un ensayo clínico controlado, los autores se propusieron determinar si una intervención con psicoterapia en estos sujetos podría tener un efecto benéfico en sus funciones cognitivas, sus emociones y su bienestar global. El estudio comparó la eficacia de una intervención con psicoterapia interpersonal con la de un tratamiento habitual, efectuando valoraciones de los sujetos al inicio, a las seis semanas y a los 3 meses posteriores. Para incluirlos en el estudio, los pacientes debían tener criterios clínicos de enfermedad de Alzheimer y una calificación de al menos 15 puntos en el examen abreviado del estado mental (MMSE). Además, tenían que hallarse viviendo en casa con alguna persona que se hiciera cargo de ellos. Quienes estuvieran recibiendo medicamentos (antidepresivos o inhibidores de colinesterasa), deberían estar en una fase de estabilidad y de control. Por medio de una selección aleatoria los pacientes se asignaban a dos grupos de tratamiento: el habitual y el que además contaba con una intervención con psicoterapia. Esta última consistía en 6 sesiones de psicoterapia interpersonal llevadas a cabo por psicoterapeutas con experiencia y en la misma casa de los sujetos. De manera breve, el objetivo principal de la terapia fue la identificación de los

conflictos interpersonales o de las dificultades que estuvieran generando malestar emocional. El terapeuta y el paciente trabajan juntos para encontrar y probar soluciones y para implementar cambios que favorezcan la adaptación. A este procedimiento general, los investigadores le hicieron modificaciones para hacerlo más adecuado al tipo de pacientes que se iba a estudiar. Se les aplicó, tanto a los pacientes como a los familiares que se hacían cargo de ellos, una batería de escalas clinimétricas que pudieran evaluar y cuantificar los estados emocionales, cognitivos y de función global de los sujetos.

Estudiaron a un total de 40 sujetos, asignando 20 a cada grupo de tratamiento. La mayoría de ellos estaba bajo el cuidado del cónyuge; 15% recibía algún antidepressivo y dos terceras partes de la muestra recibían un inhibidor de la colinesterasa. Todos completaron la fase de estudio y de seguimiento. No se encontraron diferencias en ninguna de las escalas aplicadas que pudieran diferenciar a los sujetos que recibieron psicoterapia de los que no la recibieron. En cuanto a los cuidadores, en una escala hubo una tendencia a responder mejor a las condiciones conflictivas en los que cuidaban a los sujetos que recibieron el manejo con psicoterapia. Sin embargo, esta diferencia no tuvo un rango significativo desde el punto de vista estadístico. Tampoco se encontraron diferencias cuando se dividió a la muestra de acuerdo con el grado de deterioro cognitivo (MMSE arriba o abajo de 24 puntos). No obstante, los cuidadores de los menos deteriorados se beneficiaron más de la intervención, en el sentido de que presentaron una tendencia a culpabilizarse menos de la situación de los pacientes.

Los autores consideran que si bien no hubo un efecto claro en cuanto a la eficacia de la implementación de una maniobra psicoterapéutica, el valor de su estudio consiste en que se demostró que es posible adaptar técnicas de psicoterapia interpersonal para los pacientes con deterioro cognitivo. Consideran también que hay varias limitaciones que podrían explicar los resultados de su trabajo. Entre ellas, la principal consiste en que, muy probablemente, la dosis de la intervención fue baja ya que seis sesiones no fueron suficientes para lograr cambios. Es muy probable, a decir de ellos, que un tratamiento a mayor plazo pueda generar cambios más definidos. Por otra parte, la muestra del estudio es pequeña por lo que habría que comprobar los datos obtenidos con los que se logren en muestras mayores. Finalmente, también es posible que los instrumentos clinimétricos utilizados no sean lo suficientemente sensibles para identificar cambios en estos aspectos funcionales y cognitivos.

Este tipo de estudios, si bien aún con resultados negativos, tiene relevancia ya que abre posibilidades de atención para todos estos pacientes que presentan padecimientos crónicos y severos y cuyas posibilidades de ayuda son muy limitadas.

(David Silva Pérez)

## Bibliografía

BURNS A, GUTHRIE E, MARINO-FRANCIS M y cols: Brief psychotherapy in Alzheimer's disease. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 187: 143-147, 2005.

# Las diferencias de género en la depresión. Nuevos datos

■ Uno de los hallazgos más contundentes en epidemiología clínica psiquiátrica es el predominio de la depresión en el género femenino. La mayoría de los estudios encuentra un radio promedio no ajustado

de 2.1 para el caso de los datos a lo largo de la vida y de 1.7 en el caso de la presencia de un episodio actual. En relación con la población general, los datos muestran una prevalencia de 12.9% en las mujeres y de 7.7% en los hombres para al menos un episodio a lo largo de la vida. No obstante, se ha puesto poca atención en determinar si estas diferencias tienen relación con la presencia de otro tipo de psicopatología en comorbilidad. El estudio nacional de comorbilidad llevado a cabo en los Estados Unidos de Norteamérica encontró que dentro de las comorbilidades más frecuentemente asociadas con la depresión están la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria. En el caso de las mujeres, hay un predominio importante de asociación entre ansiedad y depresión. De acuerdo con algunos investigadores en el campo, la mayor frecuencia de ansiedad-depresión puede ser un factor que explique en parte el predominio depresivo en el género femenino, ya que por lo general la comorbilidad impacta en la forma de presentación de los cuadros y en la respuesta a los tratamientos.

Tomando en cuenta estos antecedentes, se analizaron los datos provenientes de un estudio clínico multicéntrico que evaluó a sujetos con depresión mayor (DM), no psicóticos y evaluados en el campo de la consulta médica externa quienes recibieron tratamiento de acuerdo con parámetros estandarizados y que denominó Alternativas Secuenciales de Tratamiento para la Depresión (STAR-D). Estos datos provienen de una primera muestra conformada por 1500 sujetos en los que se analizaron las similitudes y diferencias por género en la presencia y tipo de la sintomatología depresiva. En esta fase del proyecto se ha incluido a pacientes entre 18 y 75 años de edad, con el diagnóstico de DM de acuerdo con los criterios del DSM-IV TR y con una intensidad al menos moderada (>14 puntos en la Escala de Depresión de Hamilton). Algunas de las características clínico-demográficas de la muestra incluyeron los siguientes datos: la edad fue de  $40.5 \pm 13.2$  años (promedio  $\pm$  desviación estándar), un 75% fue de raza blanca, 65% provenía de la consulta del especialista, 62.8 % fue de sexo femenino, 41 % casados, 59% tenía empleo y 55.5% de ellos documentó antecedentes familiares de depresión. La calificación inicial en la escala de Hamilton fue de  $20.4 \pm 6.6$  (promedio  $\pm$  desviación estándar). Al analizar los datos clínicos encontrados y al compararlos entre géneros, el estudio encontró algunos datos de interés: las mujeres tuvieron una tendencia a presentar el primer episodio depresivo en edades más tempranas, y la duración del episodio índice en ellas fue significativamente mayor. Así, también el antecedente de al menos un intento suicida fue documentado con mayor frecuencia en las mujeres. En cuanto a la presencia de síntomas asociados, las mujeres presentaron con una frecuencia significativamente mayor que los hombres sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada, al trastorno de somatización y bulimia; los hombres, por el contrario, mostraron mayor frecuencia de asociación con síntomas obsesivos y con problemas relacionados con el consumo y el abuso de sustancias y de otros compuestos psicoactivos. Al analizar las diferencias en cuanto a los síntomas específicos, los autores encontraron que las mujeres presentaron -con una proporción notoriamente mayor que los hombres- síntomas tales como: aumento de apetito y de peso, baja energía, quejas somáticas, molestias gastrointestinales y excesiva sensibilidad interpersonal. Por el contrario la presencia de pérdida de peso y de agitación psicomotriz fue mayor en los hombres. Un 13.7% de los hombres y 20.4% de las mujeres reunieron manifestaciones clínicas suficientes para considerarlos como portadores de una DM con características atípicas. Finalmente, a pesar de que en las mujeres la severidad del cuadro tendió a ser mayor, la ideación suicida estuvo mucho más presente en los hombres.

De igual manera que otros estudios, el presente trabajo corrobora la diferencia en la prevalencia de la depresión entre géneros. Sin

embargo, debido a que este estudio tenía como finalidad buscar tratamiento, un dato importante fue que tanto los hombres como las mujeres buscaron de manera similar recursos para el alivio de sus síntomas. Este dato descarta el concepto frecuentemente enunciado de que la población femenina solicita con más frecuencia ayuda médica y que esto explicaría las diferencias de prevalencia entre géneros. El inicio más temprano de los síntomas en las mujeres puede estar ligado a que en ellas la pubertad se presenta más prematuramente que en los hombres. En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica encontrada, los datos documentados coinciden con lo ya previamente publicado. La mayor presencia de síntomas ansiosos en las mujeres y de abuso y dependencia en los hombres, son similares a lo encontrado tanto en los estudios clínicos como en los epidemiológicos. Es factible que el mayor abuso y dependencia en los hombres sea la razón de que haya en ellos una mayor frecuencia de agitación psicomotriz y de ideación suicida.

Si bien estos datos, a decir de los autores, son meramente exploratorios, reproducen mucho de la información ya previamente establecida en esta área. El proyecto completo contempla la inclusión de más de 4000 pacientes, por lo que habría que esperar si al final de la obtención de la muestra total estas diferencias se siguen manteniendo. Un aspecto importante que no fue abordado en esta ocasión, es el del impacto que pueden tener en estas diferencias los factores psicosociales. Algunos investigadores en el campo consideran que las diferencias por género en la depresión pueden tener otras explicaciones más que las puramente biológicas. Aspectos tales como la capacidad de adaptación a las pérdidas afectivas o bien a los cambios que se presentan a lo largo del ciclo vital podrían explicar en parte las diferencias que aquí se encuentran. Es posible que por el momento, la información más importante que este estudio esté arrojando, sea la de la ausencia de diferencias en cuanto a la búsqueda de ayuda entre géneros. No obstante, estos tipos de trabajo con poblaciones clínicas extensas, son ideales para corroborar o modificar lo que conocemos o intuimos por la experiencia clínica cotidiana.

(Mónica Flores Ramos)

## Bibliografía

MARCUS SM, YOUNG EA, KERBER KB y cols.: Gender differences in depression: findings from the STAR-D study. *J Affective Disorders*, 87:141-150, 2005.

# Psicoterapia de los trastornos de la personalidad. Segunda parte

## Trastorno de la personalidad límite

■ Los pacientes con trastorno de personalidad límite (TPL) son difíciles de tratar, pues requieren alivio inmediato a su gran malestar, disforia, impulsividad, micro episodios psicóticos, relaciones inestables y sentimientos de vacío. Se trata de un trastorno crónico y el riesgo de suicidio en estos pacientes es alto. Kernberg relaciona al TPL con la fijación durante la fase de separación-individualización de Mahler. Según él, estos pacientes reviven repetidamente la crisis infantil en la que temen que sus intentos de separación de su madre terminen en su desaparición y abandono. Las razones para

la fijación se deben a una alteración en la disponibilidad emocional de la madre durante este periodo; el componente importante de esta fijación es la falta de la constancia objetal que da lugar a la intolerancia a la separación y la soledad. La teoría de Kernberg enfatiza el significado del exceso constitucional de la agresión oral en los TPL, lo que reduce su habilidad de integración de las buenas y malas imágenes del *self* y de los otros.

Se han destacado la labilidad afectiva, la impulsividad y la extroversión como rasgos en estos pacientes. Según Paris estos rasgos deben ser “amplificados” en un entorno desfavorable; sin embargo, las investigaciones publicadas no han demostrado ningún patrón específico. Se ha señalado que tiene que haber predisposición más estrés para que haya un TPL. En psicoterapia hay que tener en cuenta la labilidad emocional y la impulsividad, que al interactuar entre sí y con el entorno, provocan los síntomas típicos de estos pacientes.

En opinión de Paris, sólo una minoría de los pacientes será adecuada para una psicoterapia de larga duración. También Kernberg es de la opinión de que sólo se debe asumir la carga que supone el tratamiento de los pacientes con TPL cuando hay una probabilidad razonable de éxito. Con aquéllos menos idóneos para la psicoterapia a largo plazo queda la intervención durante las crisis (urgencias) y algo de psicoterapia de apoyo, individual o en grupo, según permitan los recursos disponibles. Se ha documentado que el abordaje conductual de estos pacientes presentó pruebas de eficacia.

En general, hay poco optimismo respecto al tratamiento psicoterapéutico del TPL: es muy probable que los pacientes lo abandonen, actúen de forma destructiva y sean demasiado exigentes con el terapeuta. Un factor importante es la naturaleza de la alianza terapéutica, porque tienen mucha dificultad para ver a su terapeuta como una figura útil que trabaja en colaboración con ellos para lograr objetivos mutuos. Stern señaló que los pacientes límite no eran aptos para los métodos psicoanalíticos tradicionales, puesto que tendían a la regresión.

Un aspecto esencial dentro de los TPL es la propensión al comportamiento suicida y parasuicida. Hay cierta evidencia de que una forma particular de intervención denominada terapia conductual dialéctica puede ayudar a disminuir la conducta parasuicida. Diversos estudios también demuestran la utilidad de un abordaje psicodinámico en el tratamiento de estos pacientes, tanto en índices clínicos como económicos. Existen problemas especiales en el tratamiento del TPL: 1) *contra-transferencia* por la ira intensa que les domina; 2) *mantenimiento de límites* sexuales y no sexuales; 3) *suicidabilidad* crónica que no es meramente manipulativa, lo que agota al terapeuta por el estrés; 4) *historias de trauma infantil*, los pacientes con TPL se caracterizan por distorsionar los recuerdos de manera negativa.

No hay que esperar que la terapia resuelva todos los problemas. Pocos sujetos se recuperan completamente; con frecuencia mejoran con el tiempo, pero tienen dificultades con las relaciones íntimas. Por tanto, la mejoría va ligada al desarrollo de competencia profesional y no tanto a la búsqueda de una intimidad interpersonal. Paris considera que los pacientes con este trastorno permanecerán vulnerables de por vida y pueden necesitar asistencia intermitente o esporádica.

## Trastorno de la personalidad narcisista

La psicoterapia del trastorno de personalidad narcisista (TPN) es un reto, por ser este trastorno el paradigma de la patología egosintónica. Kohut entendía esta patología como una falta de empatía asociada con un fallo parental en reflejar los sentimientos del niño, o bien como un fallo en la idealización al sufrir el niño

una pérdida temprana y traumática de la imagen positiva de un padre. Si no se le reflejan los sentimientos, el niño se siente solo y con falta de cohesión interna, y puede desarrollar la grandiosidad como mecanismo de defensa contra este sentido de fragilidad. La terapia que propone Kohut consiste en empatizar con el paciente y aceptar sus idealizaciones. Kernberg considera el narcisismo como agresivo más que como defensivo. Su teoría enfatiza distorsiones en la psique del TPN que crearían una imagen del mundo incompatible con la empatía, la preocupación por los demás o el amor. El terapeuta tiene que confrontar esta visión distorsionada de la realidad.

No se conocen los mecanismos precisos por los que los rasgos narcisistas se amplifican con la experiencia. Hay que tener en cuenta que la psicoterapia puede reforzar el narcisismo, ya que le da a estos pacientes toda la atención y autoobservación que precisan. Cualquier terapia para este trastorno requiere confrontación con el paciente para reducir su grandiosidad; el problema técnico es confrontarle sin dañar sus sentimientos ni provocar ira narcisista. Hay quien cree que la grandiosidad se produce por una baja autoestima y que, por tanto, al narcisista hay que aumentársela.

Hay que seleccionar a los pacientes entre aquellos que sufran lo bastante como para desear un cambio y sean capaces de formar una alianza con el terapeuta. El narcisismo es más alto en la juventud y Kernberg ha sugerido que quienes lo padecen sólo son tratables cuando se suavizan algo al llegar a la edad mediana.

La primera meta de la terapia es que entiendan y consideren las necesidades de los demás. En cuanto a las tácticas que hay que emplear, es muy importante centrarse en los conflictos actuales con otras personas e identificar los modelos de conducta inadaptada. Es necesario que el terapeuta conozca y acepte sus propias necesidades narcisistas. La intensa desvalorización del terapeuta por parte del paciente puede hacerle sentir inútil, impotente, así como dañado y enfadado. No se recomienda la psicoterapia de grupo en el TPN como tratamiento exclusivo. Algunos autores sugieren que es mayor el beneficio combinando la terapia individual y de grupo.

### Trastorno de la personalidad histriónica

Se afirma que el trastorno de la personalidad histriónica puede ser tan frecuente en hombres como en mujeres, aunque quizás a los hombres se les diagnostica más como narcisistas. Se ha descrito un modelo explicativo en el cual este trastorno se desarrollaría cuando en la familia la mujer (niña) está demasiado apegada a su padre y distanciada de la madre, es decir, cuando existe una situación edípica. Otro factor importante puede ser la ausencia del padre o la debilitación de la figura masculina. Muchos de los problemas de las histriónicas son los hombres en su vida y quizá la ausencia paterna las lleva a la búsqueda de un sustituto idealizado que ningún hombre puede llenar adecuadamente. Otro modelo se ve en las pacientes histriónicas con una relación íntima, retorcida y complicada con una madre también histriónica en la cual la hija, si es extrovertida, busca la atención masculina histriónicamente. Al momento de trabajar con rasgos histriónicos lo más difícil es la extroversión que constantemente requiere estímulo y atención. También hay que trabajar la labilidad emocional que pone al individuo a merced del entorno. El paciente histriónico se caracteriza por establecer desde el inicio una alianza terapéutica en la que el terapeuta es valorado como "útil". Sin embargo, se necesita

confrontar las expectativas inconscientes del paciente sobre la capacidad del terapeuta para conocer intuitivamente su mundo intrapsíquico. Se recomienda enseñar al paciente a identificar sus deseos y pensamientos profundos frente a la superficialidad que actuaría como defensa.

La modificación de estilos cognitivos es un paso previo a cualquier tipo de interpretación. El trabajo terapéutico sobre la transferencia constituye la principal herramienta para el cambio. Estos pacientes pueden beneficiarse con la terapia grupal.

### Trastorno de la personalidad antisocial

Los pacientes con el trastorno de personalidad antisocial no son del todo conscientes de las otras personas como individuos separados con necesidades propias. No han desarrollado la capacidad de sentir culpa o ansiedades depresivas. En este trastorno, la característica básica de la psicopatología desde el punto de vista dinámico es la profunda alteración del desarrollo del super yo. Habitualmente se describen cinco características clínicas que contraindican la psicoterapia individual en estos pacientes: 1) historia de comportamiento violento y sádico hacia otros, que haya resultado en muerte o daños graves, 2) ausencia total de remordimiento o racionalización de este comportamiento, 3) inteligencia muy superior a la media o por el contrario, cercana al retraso mental, 4) historial de incapacidad para desarrollar lazos afectivos y 5) una reacción contratransferencial de miedo intensa en los clínicos experimentados. El terapeuta no ha de mostrarse neutro ante los comportamientos antisociales del paciente ni empatizar con dichos comportamientos.

(Mónica Patricia del Río Cabrero)

### Bibliografía

RUBIO GI, PEREZ U, SANTOS GJM y cols: Psicoterapia de los trastornos de la personalidad. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 32(1):37-52, 2004.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito  
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación  
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones  
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco  
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles  
Díaz y Elizabeth Cisneros.

