



SALME 16

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL | SEPT-DIC 2021

Dossier
**El trastorno límite
de la personalidad:
el reto del manejo**

ENRIQUE OROZ
OBRA PLÁSTICA



Salud


Jalisco
GOBIERNO DEL ESTADO



EDITORIAL

Una personalidad saludable se expresa en la medida en que sus rasgos se adaptan a las circunstancias del ambiente externo y le permiten a la persona cierta flexibilidad para desempeñarse funcionalmente en su área social, laboral, interpersonal, recreativa, académica, entre otros. En contraste, los trastornos de la personalidad suelen caracterizarse por la inflexibilidad de rasgos predominantes en la persona, quien encuentra serias dificultades para la adaptación y funcionalidad en distintas áreas, lo que le genera malestar. De éstos, el trastorno límite de la personalidad representa un reto clínico, diagnóstico y terapéutico, tanto por su prevalencia (estimada en 1.5% de la población mexicana), alta comorbilidad y conductas de riesgo, como por su conducta autolesiva, amenazas suicidas recurrentes y el abuso de sustancias.

Es por ello conveniente resaltar la gran necesidad y pertinencia de contar con este número 16 de la revista *SALME* dedicado al trastorno límite de la personalidad, con destacadas contribuciones de especialistas en el área que nos permitirán hacer un recorrido desde las bases neurobiológicas y las perspectivas diagnósticas, explorar los modelos psicoterapéuticos basados en evidencia, ejemplificar su complejidad mediante un caso clínico, para finalmente difundir y promover un sólido protocolo de actuación frente al riesgo suicida desarrollado en nuestra institución y permita estandarizar las pautas de decisión clínica ante este delicado y frecuente fenómeno.

Agradecido con autores y lectores, espero que este número pueda servir como instrumento orientador y de ayuda en la práctica clínica de quienes atendemos estos trastornos, y su lectura, acompañada de la obra plástica de Enrique Oroz, sea tanto aprovechable como disfrutable.

Dr. Jesús Alejandro Aldana López
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

CONTENIDO

1 Editorial

3 Neurobiología del trastorno límite de la personalidad
DR. JOSÉ ALBERTO SÁNCHEZ GARZA

8 El trastorno límite de la personalidad
y sus modelos diagnósticos
DR. RAFAEL MEDINA DÁVALOS

14 Síntesis teórica y metodológica
de la terapia dialéctica conductual
MTR. CARLOS ALBERTO MARTÍN MOSQUEDA

25 Psicoterapia focalizada en la transferencia:
Un abordaje para la mejoría de la organización
límitrofe de personalidad
DRA. BEATRIZ PAULINA VÁZQUEZ JAIME / DRA. ELIZABETH YÁÑEZ SOTO

33 Trastorno límite de la personalidad
y trastorno antisocial de la personalidad bajo
tratamiento hospitalario por indicación judicial:
Revisión de un caso
DR. MANUEL ALEJANDRO LÓPEZ SANDOVAL / DR. CARLOS HUGO ISAAC
SERNA / DR. RAFAEL MEDINA DÁVALOS

41 Protocolo para la identificación, evaluación y manejo
del riesgo suicida en personas usuarias en CAISAME
Estancia Prolongada
DR. JESÚS ALEJANDRO ALDANA LÓPEZ / DRA. ANA VICTORIA CHÁVEZ
SÁNCHEZ / DR. MANUEL ALEJANDRO LÓPEZ SANDOVAL

Arte

57 Enrique Oroz
DISRUPTIVO



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Enrique Alfaro Ramírez
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO

Dr. Fernando Petersen Aranguren
SECRETARIO DE SALUD
DEL ESTADO DE JALISCO

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez
DIRECTORA GENERAL SALUD PÚBLICA

Dr. Arturo Múzquiz Peña
DIRECTOR GENERAL DE DESARROLLO
ESTRATÉGICO DEL SECTOR SALUD

Ana Lilia Mosqueda González
DIRECTORA GENERAL
DE REINGENIERÍA ADMINISTRATIVA

Lic. Maricarmen Rello Velázquez
TITULAR DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN
INSTITUCIONAL

INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

Dr. Francisco Javier Ramírez Barreto
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE
DE SALUD MENTAL (SALME)

Lic. Juan Ramón de la Cruz Torres
JEFE DEL DESPACHO DE LA DIRECCIÓN

Mtra. Imelda Barajas Maldonado
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Mtro. Gildardo Flores Fregoso
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN

Dr. Jesús Alejandro Aldana López
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Dr. Miguel Álvaro Hidalgo
DIRECTOR CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

Dr. J. Jesús Terrones
E.D.E. DIRECCIÓN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD MENTAL DE ESTANCIA BREVE

Dr. Rafael Medina Dávalos
EDITOR

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. César González González
Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Dr. Jaime Carmona Huerta
Dr. Rodrigo Antuan Durán Gutiérrez

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia
Dra. Blanca Elisa Real Peña
Dr. Israel Itzaman Jiménez Navarro

Neurobiología del trastorno límite de la personalidad

Dr. José Alberto Sánchez Garza ▪

Un paciente que está en el límite entre neurosis y psicosis, tanto como aquel cuya psicopatología desafía la categorización o aquel cuyos mecanismos son psicóticos, pero cuya conducta no justifica que sea tratado como psicótico.

CHARLES RYCROFT, 1968

3

El trastorno de límite de la personalidad (TLP) puede generar mucha confusión por el nombre. Algunos pacientes, al conocer el diagnóstico, llegan a preguntar: “¿Estoy en el límite de tener un trastorno de personalidad?”. Un abordaje más rústico sería describir que este trastorno se encuentra entre el límite de los síntomas *neuróticos* y los *psicóticos* (Tyrer, 2009).

Antes de explicar los hallazgos relacionados con los mecanismos subyacentes del TLP, es importante describir su clínica característica para comprender lo complicado que puede llegar a ser correlacionarlo con el funcionamiento cerebral.

Algunos de los retos diagnósticos en la clínica relacionados a este trastorno son que no existe suficiente tiempo para un abordaje completo durante las consultas, las múltiples comorbilidades psiquiátricas y los diversos fenotipos que existen (Million, 2000; Ellis *et al.*, 2008).

Hay dos exponentes importantes en los intentos por comprender y describir este trastorno y sus mecanismos subyacentes: Otto Kenberg y Marsha Lineham. Lineham (1993) describe el TLP con un mecanismo basado principalmente en la disfunción del sistema encargado de la regulación emocional. Esto se ve reflejado en que los pacientes se

encuentran vulnerables respecto a sus emociones y experimentan hipersensibilidad frente a estímulos que desencadenan una reacción emocional, además de una acentuada dificultad por regresar a su estado basal. Para Kernberg, por su parte, existe en el TLP una predisposición genética que se suma a un ambiente estresante (Kernberg, 1997; Swenson, 1989).

En la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* se describe para el TLP un patrón de inestabilidad en relaciones interpersonales, en la autoimagen, en la regulación afectiva y la presencia de impulsividad importante (American Psychiatric Association [APA], 2014). Más que en el abordaje de aspectos fisiopatológicos, el DSM-5 sigue basando su diagnóstico para TLP en criterios clínicos (Stone, 2013).

Son nueve los criterios diagnósticos del DSM-5 para este trastorno. Sin embargo, con la finalidad de acercarnos a su neurobiología, el TLP puede dividirse en tres categorías:

1. Desregulación emocional/afectiva.
2. Desregulación conductual.
3. Desregulación de identidad.

En la *desregulación afectiva* encontramos criterios de inestabilidad afectiva, ira inapropiada y esfuerzos constantes para evitar el abandono (real o imaginario). La *desregulación de identidad* se presenta como relaciones interpersonales inestables, alteración de la identidad

y sensación crónica de vacío. La desregulación conductual consiste en impulsividad, comportamiento suicida y/o autolesivo. Este factor contiene los aspectos más importantes a tomar en cuenta para el tratamiento, pues llaman la atención y conducen con frecuencia a la hospitalización (Sanislow et al., 2000; Clarkin, 1993).

Aunque nuestra finalidad es describir la neurobiología del TLP, es importante recordar que se trata de un trastorno cuyo origen es multifactorial y que, para su manifestación, se requiere la interacción entre factores biológicos, genéticos y ambientales.

FACTORES GENÉTICOS ASOCIADOS AL TLP

Existen estudios que hacen referencia a una relación genética para padecer TLP: de 35% en gemelos monocigóticos y de 7% en gemelos dicigóticos (Torgersen, 2000). En la actualidad, gracias a investigaciones más recientes, sabemos que el TLP tiene una heredabilidad de 46%, aunque existen estudios que afirman que puede llegar a ser de hasta 72% (Skoglund, 2019).

FACTORES AMBIENTALES ASOCIADOS AL TLP

Se ha descrito que las personas con TLP presentan antecedentes de trauma o maltrato en la infancia. Desafortunadamente, aún no conocemos la relación causal de esto con las alteraciones neurobiológicas. El maltrato en la infancia puede causar incluso cambios epigenéticos en los individuos afectados (Gescher, 2018; Feldman et al., 1995)

FACTORES BIOLÓGICOS ASOCIADOS AL TLP

Para describir las alteraciones neurobiológicas del TLP debemos mencionar el funcionamiento en la normalidad. En individuos sanos, el procesamiento de emociones negativas está servido por una red de regiones cerebrales que comprenden: la corteza prefrontal medial/ventral, la corteza del cíngulo anterior, la corteza insular y la corteza amigdalina (Phan, 2002). Las regiones descritas como mayormente involucradas en el TLP son el sistema límbico y la corteza prefrontal, en donde se da la regulación de la impulsividad, agresividad y reactividad emocional (Cattane, 2017). Los individuos con TLP tienen dificultades en la regulación de dichas emociones negativas.

Se ha encontrado en la bibliografía que pacientes con este trastorno son más sensibles que los controles sanos en cuanto a la identificación de expresiones emocionales en general, independientemente de la valencia, a las que responden más rápido y con más errores (Lynch *et al.*, 2006). Al replicar dicho estudio con una imagen de resonancia magnética funcional (IRMf) cerebral, se encontró que las personas diagnosticadas con TLP, al observar expresiones faciales neutras, tienen una mayor activación en el polo temporal derecho, amígdala, hipocampo, núcleos de la base y corteza orbitofrontal, en comparación con controles sanos (Wrege *et al.*, 2021).

En adolescentes de entre 13 a 17 años de edad con rasgos de TLP, se encontró que, al mostrar emociones

neutrales o de enojo, existe una hiposincronización entre la amígdala bilateral y la corteza del cíngulo anterior bilateral (Safar *et al.*, 2019).

En estudios con estímulos estresantes con carga emocional, se ha demostrado una falla en la activación de la corteza del cíngulo anterior en los pacientes con TLP. En trabajos más recientes de resonancia magnética con espectroscopia, se ha evidenciado un incremento en el metabolismo del glutamato en la corteza del cíngulo anterior. Estos niveles de glutamato también se correlacionan con la impulsividad presente en dichos pacientes (Hoerst, 2010).

Estudios de neuroimagen estructural y funcional han arrojado que en cierta red compuesta por regiones cerebrales existe una disfunción de suma importancia en la formación de los síntomas del TLP. Esta red está formada por el cíngulo anterior, la corteza prefrontal dorsolateral y orbitofrontal, el hipocampo y la amígdala (Leichsenring *et al.*, 2011). Se ha reportado que la corteza cingulada anterior derecha tiene un volumen reducido en un 26% (Tebartz van Elst, 2003). Otros estudios demostraron una disminución de volumen de 6.2% en la región frontal y prefrontal bilateral (Schmahl, 2007; Lyoo, 1998), y una reducción en promedio de 11 y 13% en el tamaño del hipocampo y la amígdala, respectivamente (Ruocco, Amirthavasagam & Zakzanis, 2012).

En cuanto a la neurotransmisión, podemos asociar la desregulación del afecto y la desregulación conductual con la alteración en la transmisión colinérgica y

serotoninérgica. Por su parte, la desregulación de la identidad se relaciona con alteraciones en la transmisión dopaminérgica (Siever, 1991, en Guendelman, Garay & Miño, 2014).

El papel del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) del glutamato también se ha descrito como central en los procesos cognitivos alterados y psicopatológicos de la enfermedad. Al estar involucrado en los procesos de neuroplasticidad, es importante su correlación con fenómenos de alteraciones cognitivas como déficits mnésicos, atencionales y relacionados con la cognición social. Estructuras involucradas en estas funciones y en la transmisión alterada del glutamato son: el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal dorsolateral y medial (Grosjean *et al.*, 2007, en Guendelman *et al.*, 2014).

La experiencia del dolor también tiene alteraciones en los pacientes con este trastorno, como es el caso del umbral del dolor. Sin embargo, se trata, más que de una incapacidad por detectar los umbrales, de que éstos se encuentran incrementados en condiciones de reposo y de estrés (Schmahl, 2006).

CONCLUSIONES

Los estudios neurobiológicos y las correlaciones cerebrales del TLP, tanto estructurales como funcionales, permiten comprender las manifestaciones psiquiátricas características (emocionales/afectivas, conductuales y de identidad). Al final, como en todos los trastornos mentales, el TLP es el resultado de interacciones muy complejas entre factores genéticos, biológicos y ambientales, entendiéndose como un proceso dinámico y multifactorial.

Con la evidencia disponible no podemos concluir una etiología clara. Existen limitaciones para conocer a fondo la neurobiología del TLP, siendo las principales la gran heterogeneidad de sus manifestaciones y comorbilidades psiquiátricas y que muchos de los estudios consultados son transversales. Dentro de la investigación del TLP, queda pendiente conocer si los cambios observados en el ámbito neurobiológico son secundarios a la enfermedad y a sus comorbilidades, o si ya existe un componente genético, pre o posnatal, relacionado a ellos de manera causal.

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA).** (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DMS-5*. American Psychiatric Association.
- CATTANE, N., ROSSI, R., LANFREDI, M., & CATTANEO, A.** (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-14.
- CLARKIN, J. F., HULL, J. W., CANTOR, J., & SANDERSON, C.** (1993). Borderline personality disorder and personality traits: A comparison of SCID-II BPD and NEO-PI. *Psychological assessment*, 5(4), 472.
- ELLIS, A., ABRAMS, M. & ABRAMS, L.** (2008). *Personality theories: Critical perspectives*. SAGE Publications.

- FELDMAN, R.B., ZELKOWITZ, P., WEISS, M., VOGEL, J., HEYMAN, M. & PARIS, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 36, 157-63.
- GUENDELMAN, S., GARAY, L & MIÑO, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista médica de Chile*, 142(2), 204-210.
- GESCHER, D. M., KAHL, K. G., HILLEMACHER, T., FRIELING, H., KUHN, J., & FRODL, T. (2018). Epigenetics in personality disorders: today's insights. *Frontiers in psychiatry*, 9, 579.
- HOERST, M., WEBER-FAHR, W., TUNC-SKARKA, N., RUF, M., BOHUS, M., SCHMAHL, C., & ENDE, G. (2010). Correlation of glutamate levels in the anterior cingulate cortex with self-reported impulsivity in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Archives of general psychiatry*, 67(9), 946-954.
- KERNBERG, O. (1997). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós
- LEICHSENDRING, F., LEIBING, E., KRUSE, J., NEW, A.S., & LEWEKE, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- LINEHAN, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline-personality disorder*. Guilford Press.
- LYNCH, T.R., ROSENTHAL, M.Z., KOSSON, D.S., CHEAVENS, J.S., LEJUEZ, C.W. & BLAIR, R.J.R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647-655.
- LYOO, I. K., HAN, M. H., & CHO, D. Y. (1998). A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 235-243.
- MILLON, T., MILLON, C. M., MEAGHER, S. E., GROSSMAN, S. D., & RAMNATH, R. (2004). *Personality disorders in modern life*. John Wiley & Sons.
- PHAN, K. L., WAGER, T., TAYLOR, S. F., & LIBERZON, I. (2002). Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16(2), 331-348.
- RUOCCO, A.C., AMIRTHAVASAGAM, S. & ZAKZANIS, K.K. (2012). Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(3), 245-252.
- SAFAR, K., SATO, J., RUOCCO, A.C., KORENBLUM, M.S., O'HALPIN, H. & DUNKLEY, B.T. (2019). Disrupted emotional neural circuitry in adolescents with borderline personality traits. *Neuroscience Letters*, 701, 112-118.
- SANISLOW, C.A., GRILO, C.M. & MCGLASHAN, T.H. (2000). Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1629-1633.
- SCHMAHL, C. & BREMNER, J.D. (2006). Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 40(5), 419-427.
- SCHMAHL, C., BOHUS, M., ESPOSITO, F., TREEDE, R. D., DI SALLE, F., GREFFRATH, W. & SEIFRITZ, E. (2006). Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 659-666.
- SKOGLUND, C., TIGER, A., RÜCK, C., PETROVIC, P., ASHERSON, P., HELLNER, C., ... & KUJA-HALKOLA, R. (2021). Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Molecular psychiatry*, 26(3), 999-1008.
- STONE, M.H. (2013). A new look at borderline personality disorder and related disorders: hyper-reactivity in the limbic system and lower centers. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(3), 437-466.
- SWENSON, C. (1989). Kernberg and Linehan: Two approaches to the borderline patient. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 26-35.
- TEBARTZ VAN ELST, L., HESSLINGER B., THIEL, T., GEIGER, E., HAEGELE, K., LEMIEUX, L., et al. (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*, 54, 163-71.
- TORGERSEN, S., LYGREN, S., ØIEN, P. A., SKRE, I., ONSTAD, S., EDVARDSEN, J., ... & KRINGLEN, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), 416-425.
- TYRER, P. (2009). Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(2), 86-95.
- WREGE, J.S., RUOCCO, A.C., CARCONE, D., LANG, U.E., LEE, A.C.H. & WALTER, M. (2021). Facial emotion perception in borderline personality disorder: differential neural activation to ambiguous and threatening expressions and links to impairments in self and interpersonal functioning. *Journal of Affective Disorders*, 284, 126-135.

El trastorno límite de la personalidad y sus modelos diagnósticos

Dr. Rafael Medina Dávalos ▪

8

El *trastorno inestable de la personalidad o trastorno límite de la personalidad (TLP)* es un padecimiento de gran relevancia debido a su severidad y a la alta demanda que requiere de los servicios sanitarios. Una parte significativa de la atención brindada por conductas suicidas se debe a personas con TLP. Que el personal de salud de atención primaria identifique esta condición permite disminuir el número de acciones inapropiadas y derivar a estos pacientes a servicios especializados de manera más oportuna.

El diagnóstico es un reto significativo aun para el personal del área de la salud mental debido a factores como la heterogeneidad de sus manifestaciones, la marcada inestabilidad de su sintomatología y el alto grado de comorbilidad psiquiátrica para esta población. Sin embargo, los nuevos modelos dimensionales buscan hacer más factible el diagnóstico, incluso para trabajadores de la salud no especializados.

Entre los dos grandes sistemas de clasificación de trastornos mentales —el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la American Psychiatric Association (APA) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)— no existían diferencias significativas en los marcos diagnósticos categóricos para el TLP. En ambos era fundamental que, antes de cumplir con los criterios clínicos específicos, se cumpliera con los criterios generales de un trastorno de personalidad, situación que muchas veces era soslayada, con el riesgo común de sobrediagnósticos.

- Coordinación de la Estrategia Estatal de Salud Mental "Tiempo de querernos", Departamento Clínicas Médicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UdeG.

La definición de la OMS para un trastorno de la personalidad, “una alteración profunda de cómo un individuo experimenta y piensa sobre sí, los otros y el mundo, que se manifiesta en patrones maladaptativos de la cognición, experiencia emocional y conducta”, es oportuna (Figueroa, 2018). El resto de los nuevos postulados generales para una patología del carácter de la CIE-11 se muestra en la Tabla 1. Para el DSM, los rasgos de personalidad patológicos deben iniciar al final de la adolescencia, ser persistentes, inflexibles y generar problemas de adaptación en el sujeto (ver Tabla 2).

La reciente propuesta del CIE-11 por una clasificación dimensional amplia de los problemas de personalidad da un giro significativo al diagnóstico de este tipo de

trastornos. Si bien con el modelo híbrido categórico dimensional de la sección III del DSM-5 se reducen de diez a seis los trastornos específicos, la propuesta de la OMS va mucho más lejos y sólo reconoce al trastorno antisocial y al TLP como padecimientos específicos, mientras que al resto los asigna a la categoría de “no especificados”, dando prioridad a la identificación de una personalidad patológica en general. Este modelo se enfoca en el nivel de severidad de los rasgos patológicos y los dominios clínicamente relevantes, y deja al final, y de manera opcional, la determinación de rasgos que puedan calificar como un “padecimiento más específico” (ver Tabla 3). La intención es facilitar el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, aun para personal no especializado,

Tabla 1. *Propuesta para trastorno de personalidad (CIE-11)*

-
- Alteración profunda de cómo un individuo experimenta y piensa sobre sí, los otros y el mundo, que se manifiesta en patrones maladaptativos de la cognición, experiencia emocional y conducta.
-
- Los patrones maladaptativos son relativamente inflexibles y están asociados con problemas significativos en el funcionamiento psicosocial que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales.
-
- La alteración se manifiesta a través de un rango de situaciones personales y sociales (es decir, no está limitada a relaciones o situaciones específicas).
-
- La alteración es relativamente estable en el tiempo y es de larga duración. Más comúnmente, el trastorno de personalidad tiene sus primeras manifestaciones en la niñez y es evidente en la adolescencia.
-

Fuente: OMS (s.f.).

Tabla 2. *Criterios generales de un trastorno general de la personalidad (DSM-5)*

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de cultura del individuo. Este patrón se manifiesta por lo menos en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón es perdurable, inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o en otra área de funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración. Su inicio puede remontar al menos desde la adolescencia o a las primeras etapas de la adultez temprana.

E. El patrón perdurable no se explica mejor con una manifestación o una consecuencia de un trastorno mental.

F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Fuente: APA (2014).

Tabla 3. *Esquema para el uso de la clasificación de trastorno de personalidad (CIE-11)*

1. Investigación de los criterios diagnósticos generales. **Si se cumplen, entonces:**

a. Investigación del grado de severidad y

b. Investigación de los dominios de la personalidad clínicamente relevantes.

c. **Opcional:** Determinación de los rasgos que cualifiquen como *borderline*.

Fuente: OMS (s.f.).

de una manera secuencial y sin priorizar la “etiquetación” de la persona con base sólo en algunas características. Igual que en el modelo híbrido de la APA, también da más relevancia a dimensiones generales de personalidad, aunque con diferencias que en el campo clínico pueden ser relevantes (ver Tabla 4).

El TLP, como entidad clínica, se caracteriza por una marcada inestabilidad en prácticamente todas las áreas de la persona, así como por una impulsividad significativamente desadaptativa. Algunos autores suman a esto una marcada dificultad para el manejo de la frustración. De manera más reciente, se ha intentado agregar el *cluster* de las dificultades en la cognición social, que en la práctica clínica termina por ser de fácil corroboración, ya que estos pacientes suelen manifestar problemas notorios para entender y procesar de manera correcta las emociones y la intencionalidad del otro, lo que constituye uno de los núcleos preponderantes de esta personalidad patológica. Así pues, independientemente de los criterios específicos que los sistemas diagnósticos exijan, el TLP se caracteriza por un patrón crónico de inestabilidad, intolerancia a la frustración, impulsividad y dificultad para entender a los demás, lo que genera un nivel de desadaptación y sufrimiento clínico de muy alto impacto.

En el modelo categórico del DSM-5 se exige el cumplimiento de por lo menos cinco de nueve criterios clínicos (ver Tabla 5). No todos son fácilmente identificables de primera

intención, pero algunos pueden ser lo suficientemente claros para sospechar un probable cuadro de TLP. Un historial de relaciones invariablemente intensas y conflictivas y conductas autolesivas como un patrón complejo respuesta, por ejemplo, pueden ser fenómenos muy sensibles para identificar el resto de los criterios que componen el diagnóstico. Las crisis constantes de ira, pérdida del control recurrente y conductas de alto riesgo personal, como sexo impulsivo, conducción temeraria y consumo reactivo de alcohol y/o psicoactivos, suelen ser la regla y explican el malestar tan significativo de esta población y de sus familiares. Sin embargo, es obligada siempre una perspectiva longitudinal al valorar un probable cuadro de trastorno de la personalidad. Una visión transversal podría estar sesgada por una cantidad inmensa de factores contextuales que generan falsas apreciaciones y errores en el diagnóstico, como en el caso del efecto directo del consumo de psicoactivos o el impacto de una relación compleja que no justifique un patrón relacional. Verificar el cumplimiento estricto de los ya mencionados criterios generales de este tipo de trastornos es una medida recomendable.

Cuando se corrobore el diagnóstico de TLP, habrá que precisar también la diagnosis del resto de la comorbilidad psiquiátrica. Sin ello, planificar un tratamiento y tener un pronóstico es realmente complicado. Es muy improbable encontrar casos de TLP sin la coexistencia de otros padecimientos. Trastornos por

Tabla 4. *Propuesta de dominio de rasgos del trastorno de personalidad (CIE-11)*

Rasgos de afectividad negativa. Se caracteriza principalmente por la tendencia a manifestar un amplio rango de emociones perturbadoras que incluyen angustia, rabia, autodesprecio, irritabilidad, vulnerabilidad, depresión y otros estados emocionales negativos, a menudo en respuesta a estresores percibidos o reales relativamente menores.

Rasgos disociales. El núcleo del dominio reside en un desprecio por las obligaciones sociales y las convenciones y derechos y sentimientos de los otros. Los rasgos incluidos en este dominio incluyen callosidad, falta de empatía, hostilidad y agresión, rudeza e incapacidad o falta de voluntad para mantener una conducta prosocial, a menudo expresada en una visión abiertamente positiva de sí mismo, categoría y una tendencia a ser manipulativo o explotador.

Rasgos de desinhibición. Se caracteriza por una tendencia persistente a actuar impulsivamente en respuesta a estímulos internos o ambientales inmediatos, sin tomar en consideración las consecuencias a largo plazo. Los rasgos en este dominio incluyen irresponsabilidad, impulsividad, no tomar en consideración los riesgos o consecuencias, distracción o imprudencia.

Rasgos anancásticos. Este dominio es un foco estrecho sobre el control y la regulación de la conducta propia y de los otros para asegurar que las cosas se conformen al ideal de las particularidades del individuo. Los rasgos de este dominio incluyen perfeccionismo, perseveración, constricción emocional y conductual, obstinación, deliberativo, ordenalidad y preocupación por seguir las reglas y obligaciones contraídas.

Rasgos de distanciamiento. El núcleo es la distancia emocional e interpersonal que se manifiesta en un marcado aislamiento social y/o indiferencia hacia las personas, aislamiento con muy pocas o sin figuras de apego, incluyendo evitación de no sólo relaciones íntimas, sino también de amigos cercanos. Los rasgos en el dominio de distanciamiento incluyen lejanía o frialdad en relación hacia otras personas, reserva, pasividad y falta de asertividad, y una reducción de experiencias y expresión de emociones, hasta el punto de una capacidad disminuida para experimentar placer.

Fuente: OMS (s.f.).

Tabla 5. *Criterios del trastorno de la personalidad límite (DSM-5)*

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figura en el criterio 5).
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figura el criterio 5).
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
 6. Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas o, rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
-

Fuente: APA (2014).

consumo de sustancias, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la personalidad son altamente prevalentes en esta población. Muchas veces, la causa de búsqueda de atención son las comorbilidades, como los episodios depresivos que, más que un factor excluyente, se deben considerar un factor coexistente. Manejar este tipo de casos como un trastorno depresivo sin considerar la alteración de la personalidad es un error extremadamente común. De hecho, al demostrarse que las mejores estrategias de intervención para el TLP son modelos psicoterapéuticos especializados, la intervención médico-psiquiátrica se restringe al proceso diagnóstico y al manejo de las imponderables comorbilidades psiquiátricas.

En conclusión, el diagnóstico de los trastornos de la personalidad

es una tarea clínica compleja pero indispensable para la práctica de la atención de la salud actual. El TLP en particular es un padecimiento prevalente, grave y de una alta demanda de atención de servicios. Identificar con prontitud el diagnóstico correcto suele implicar una reducción significativa de las consecuencias de un cuadro no manejado o tratado de manera incorrecta. El primer nivel de atención es altamente estratégico para la implementación de cualquier política pública que apunte a mejorar y ampliar los servicios de salud, en especial los de salud mental. Los nuevos modelos diagnósticos más abiertos buscan incrementar la sensibilidad para que incluso personal sanitario no especializado identifique este tipo de entidades que, por su trascendencia, obligan a ser visibilizadas y atendidas de la mejor manera posible.

LECTURAS RECOMENDADAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- FIGUEROA, G.** (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: la clasificación internacional de enfermedades CIE-11. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 56(4), 260-268.
- FUNDACIÓN UNAM.** (s.f.). *¿Qué es el Trastorno Límite de la Personalidad?* UNAM. <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/la-unam-te-explica-que-es-el-trastorno-limite-de-la-personalidad/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** (s.f.). *CIE-11. Clasificación Internacional de las Enfermedades, 11a. revisión*. Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/es>

Síntesis teórica y metodológica de la terapia dialéctica conductual

Mtro. Carlos Alberto Martín Mosqueda ▪

INTRODUCCIÓN

14

A inicios de la década de los setenta, Marsha Linehan y un grupo de investigadores de la Universidad de Washington revisaron los abordajes terapéuticos vigentes para las personas con intentos de suicidio recurrentes y conductas autolesivas. El equipo identificó distintos obstáculos para estas intervenciones, como la baja tolerancia al malestar, la inexistencia de un modelo clínico que guiara la intervención y el desgaste excesivo reportado por los clínicos tratantes debido a que el foco de atención cambiaba de una sesión a otra. Gracias a estas aportaciones, la terapia dialéctica conductual (DBT, por sus siglas en inglés) surge formalmente en la década de los noventa (Boggiano & Gagliesi, 2018).

En sus inicios, la DBT se centró en el tratamiento del trastorno límite de personalidad (TLP), una problemática severa que tiene como principales características: labilidad emocional, pensamiento polarizado, sensación de vacío crónico y abandono, conductas impulsivas y problemas de relación interpersonal (American Psychiatric Association, 2013).

La base de formación de la Dra. Linehan es la terapia cognitivo-conductual (TCC), con la que por muchos años buscó modificar el contenido rígido y disfuncional de las creencias centrales y los patrones de conductas desadaptativas de las personas con TLP (Beck, Freeman & Davis, 1995). Linehan comenzó con estrategias como el análisis conductual, la solución de problemas, exposición, modificación de conducta, entrenamiento en habilidades sociales, asignación de tareas, etcétera. Sin embargo, esta intervención no hacía énfasis en la relevancia de la relación terapéutica como

▪ Instituto Jalisciense de Psicoterapia Cognitivo-Conductual.

factor para el cambio ni integraba elementos de aceptación que la práctica de *mindfulness* puede lograr.

Es justo ahí, en la relación terapéutica y el apego al tratamiento, donde los clínicos reportan mayor cantidad de problemas. Los consultantes suelen provenir de múltiples intentos de tratamiento donde se han visto invalidados, confrontados y responsabilizados como obstáculos para el éxito terapéutico, además de que frecuentemente no son atendidos por profesionales con el entrenamiento y la capacitación acordes a sus necesidades. Por lo tanto, crear un ambiente validante dentro del espacio clínico significa para muchas de estas personas la primera experiencia de entendimiento, calidez y entrenamiento de habilidades que les permiten afrontar de diferente forma todo eso que les genera conflicto.

Una vez que Linehan y su equipo añadieron las estrategias de aceptación a las estrategias de cambio —una dialéctica que le dio el nombre a la terapia—, el foco de atención se movió y se observó un avance significativo en la reducción del caos intra e interpersonal de los pacientes (Vázquez, 2016). Así, los principios del budismo zen, los procesos de aprendizaje y la filosofía dialéctica constituyen la base teórica de la DBT.

PILARES TEÓRICOS

El budismo zen es una práctica filosófica, no una religión, que tiene como uno de sus fundamentos la búsqueda de aceptación. Ésta

se presenta cuando se observa al mundo tal cual es; se toma al sufrimiento humano como algo inevitable y se elimina la tendencia a querer evitarlo, pues sólo agrava y perpetua el problema; se admite que las cosas son perfectas tal como son, y se busca la sabiduría inherente en cada persona (Zuzuki, 2002).

Para la DBT no puede haber cambio si previamente no existe aceptación. Este punto se manifiesta a través de la *mente sabia*, que favorece la búsqueda de sabiduría y solución aceptando ambos estados de la mente: el racional y el emocional. Además, integra prácticas de *mindfulness* y establece como una de sus estrategias centrales la validación, la cual persigue un punto de verdad ante cada argumento, pensamiento o emoción, con lo que se aceptan las cosas tal y como son, sin intentar explicar o justificar la experiencia humana (Linehan, 1993).

Otro de los fundamentos de esta terapia es la aceptación radical, la cual se entiende como la aceptación de raíz: dejar de pelear con la realidad y de buscar los deseos, soltar los apegos, aceptando no sólo en la mente, sino también en el corazón y en el cuerpo. En palabras de Linehan: “*all the way*”; es decir, aceptar en todo el camino.

El segundo pilar teórico es la ciencia conductual, la cual, con base en los principios del aprendizaje, provee los medios para generar el cambio en las personas: observar y describir conductas sin agregar interpretaciones; generar hipótesis basadas en

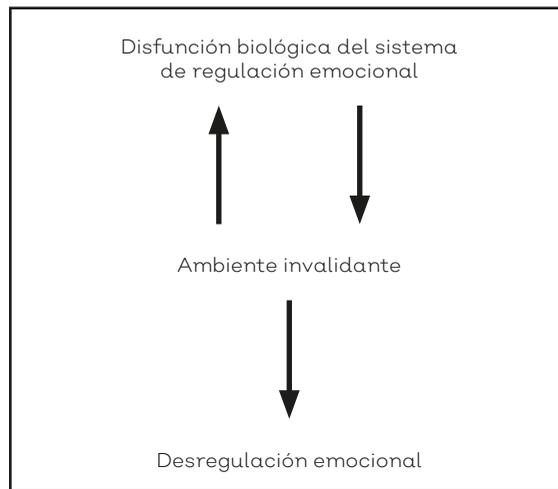
las variables que controlan la conducta; probar dichas hipótesis y aplicar intervenciones con rigor y fidelidad; recolectar datos, y analizar los resultados. El manejo de contingencias, la terapia de exposición, la solución de problemas, el análisis de la conducta y el entrenamiento de habilidades son las estrategias principales que se utilizan bajo este modelo.

Finalmente, el tercer pilar teórico es la filosofía dialéctica, la cual tiene tres principios fundamentales de visión de la realidad: 1) la realidad está formada por partes que se interrelacionan y forman un todo, por lo tanto, las conductas de un individuo no se pueden observar ni analizar de forma aislada, sino como un repertorio complejo dentro de un contexto; 2) la realidad no es algo estático sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis), de cuya síntesis se forma un nuevo grupo de fuerzas oponentes, y 3) la naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, más que el contenido o la estructura. Gracias a estos principios, la DBT permite al consultante integrar elementos de aceptación de sí mismo y de necesidad de cambio de las conductas de riesgo, con lo que se establece, tanto en su postura y argumentos como en los del terapeuta, una visión de realidad en la cual nadie tiene la verdad absoluta, pues el individuo y el ambiente guardan una relación transaccional continua (Linehan, 2003).

TEORÍA BIOSOCIAL

La DBT establece a la *desregulación emocional* como la base de la etiología del TLP. Esta desregulación se define como la incapacidad —incluso cuando se intenta seriamente— para cambiar o regular las claves, las acciones y las respuestas verbales y no verbales emocionales cuando es necesario (Linehan, Bohus & Lynch, 2007; Harned, Banawan & Lynch, 2006). Asimismo, propone reagrupar los criterios diagnósticos de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) de la siguiente forma: *desregulación emocional* para los criterios de labilidad emocional y problemas con la ira; *desregulación interpersonal* para las relaciones caóticas y el miedo al abandono; *desregulación del self* para los problemas de la identidad y la sensación de vacío; *desregulación conductual* para las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y las conductas impulsivas, y *desregulación cognitiva* para las respuestas disociadas y la ideación paranoide.

Para la DBT, la desregulación emocional es el resultado de la combinación de factores biológicos y ambientales, y la interacción a través del tiempo de la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante (ver Figura 1).

Figura 1. Modelo de la teoría biosocial

Fuente: Linehan, 1993, p. 49.

Vulnerabilidad emocional

Linehan propone que la vulnerabilidad emocional proviene de lo biológico y tiene tres características:

1. Una alta sensibilidad a los estímulos.
2. Una alta reactividad emocional.
3. Un lento retorno a la calma.

Los consultantes reportan una alta tasa de respuesta ante diversos estímulos tanto internos como externos, un nivel de respuesta emocional por encima de lo que observan en los otros y un retorno a la calma mucho más lento.

Crowell, Beauchaine & Linehan (2009) investigaron los factores biológicos y ambientales que se correlacionan con conductas impulsivas propias del TLP, y encontraron factores genéticos y familiares para deficiencias en el sistema serotoninérgico central, disfunción dopaminérgica, niveles elevados de vasopresina,

mutación del gen de la monoaminoxidasa, incremento de la rotación por acetilcolina, disfunción noradrenérgica y una respuesta elevada del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal.

Ambiente invalidante

Para que la vulnerabilidad emocional se sume a las dificultades de modulación es necesario crecer en un ambiente invalidante, el cual se define como:

un contexto en el que recurrentemente se responde en forma inapropiada a las experiencias privadas, donde se minimiza, trivializa o se responde de una manera extrema a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones.

Son tres las características del ambiente invalidante:

- A. Rechazo a la comunicación de experiencias privadas.

El ambiente invalida la comunicación de emociones negativas y su etiquetación.

- B. *Refuerzo intermitente de la escalada de expresión emocional.* El ambiente no responde o responde de forma extrema ante las expresiones de las experiencias privadas.
- C. *Sobresimplificación de la resolución de problemas.* Se trivializa el problema y se instruye a ignorar, suprimir o modificar la experiencia privada de la emoción.

Un ambiente invalidante contribuye a la desregulación de las emociones, ya que se fracasa a la hora de enseñar al niño a nombrar, modular la activación, tolerar el malestar, confiar en las propias respuestas emocionales y en la interpretación de la experiencia subjetiva de la emoción. (Linehan, 1993).

MODOS DE TRATAMIENTO

Terapia individual

Es para cada consultante que se integra en el tratamiento de la DBT estándar. Aunque el terapeuta individual es el responsable directo del caso, para esta terapia el consultante es abordado por todo el equipo de terapeutas: el individual, los entrenadores de habilidades y el resto del equipo de consultoría. Las principales funciones del terapeuta individual son: inhibir los hábitos maladaptativos y reemplazarlos por otros adecuados o sanos, mantener motivado al consultante, prestar especial atención a la relación terapéutica y repararla en caso de ser necesario. Regularmente, la visita

tiene una periodicidad de una vez por semana, con sesiones de 50 a 60 minutos, en donde se establece una agenda, se analizan las fichas de control diario para revisar el estado anímico del consultante entre sesiones, el uso de habilidades y el apego al tratamiento farmacológico. Si existen reportes de ideación suicida o crisis, cada sesión se comienza con un análisis funcional momento a momento, denominado "análisis en cadena", donde se observan los aspectos de vulnerabilidad, los antecedentes emocionales, cognitivos, ambientales y conductuales, la conducta problema, su detonante y las consecuencias a corto y mediano plazo. Este análisis permite la implementación de estrategias que deriven en un plan para resolver futuras problemáticas y la generalización del uso de estrategias, es decir, la aplicación de estas estrategias en los ambientes naturales del paciente. Cada sesión debe terminar con el establecimiento de tareas para llevar a cabo las estrategias y mantener los compromisos establecidos en el pretratamiento (Swenson, et al. 2001; Linehan, 1993).

Entrenamiento en habilidades

Este entrenamiento se hace preferentemente de forma grupal, en sesiones de 120 minutos, una vez por semana, a lo largo de un año. Se lleva bajo un formato psicoeducacional en donde se requiere un terapeuta y un coterapeuta. El primero, con el rol de líder, dirige la sesión centrándose en el contenido, controla el tiempo, revisa las tareas terapéuticas,

refuerza el cumplimiento, presenta las nuevas estrategias, orienta las prácticas necesarias para su aprendizaje y establece las tareas para las próximas sesiones. El coterapeuta se centra en el proceso, media la tensión entre los miembros del grupo o entre los consultantes y los terapeutas, está pendiente de la dinámica, ofrece explicaciones alternativas y ejemplos sobre el material presentado, se muestra validante y cálido con los consultantes y realiza el análisis de enlaces perdidos si alguno de los asistentes presenta conductas de impuntualidad, hostilidad o incumplimiento. Se busca establecer una dialéctica, por un lado, entre el terapeuta, que se apega más al modelo teórico, y el coterapeuta, que se muestra flexible y cercano, y por el otro, entre el entrenamiento de las estrategias que se centran en la aceptación con los bloques de *mindfulness* y tolerancia al malestar, y el entrenamiento de habilidades centradas en el cambio, con los bloques de regulación emocional y efectividad interpersonal. Para lo anterior se sigue el manual de entrenamiento de habilidades, el cual tiene una versión para el terapeuta que lo guía con fichas que establecen los objetivos de cada estrategia y lo llevan a paso a paso para su implementación. Además, existe una versión para el consultante, con ejercicios escritos que facilitan el aprendizaje y la generalización de estrategias a la vida cotidiana.

Las sesiones del entrenamiento de habilidades son: de orientación general, antes de integrarse al grupo; de orientación, en la

primera sesión de cada bloque de habilidades; de entrenamiento, propiamente dichas, y de cierre, al finalizar cada bloque. Los grupos son abiertos, se busca que sean homogéneos en cuestión de las problemáticas que presentan los consultantes y se establecen reglas como no compartir estrategias de autolesión, no vincularse entre los miembros del grupo, no tener más de cuatro faltas seguidas y mostrar el respeto y confidencialidad necesarios para llevar cualquier proceso grupal.

Pueden integrarse nuevos consultantes dentro de los bloques de *mindfulness* que se llevan entre las sesiones de tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal (Linehan, 2003; 2015; McKay *et al.*, 2007).

Coaching telefónico

Se denomina así al acompañamiento que el terapeuta individual hace al consultante, con el objetivo de permitir la generalización del uso de las habilidades aprendidas en los ambientes naturales. Las personas con desregulación emocional carecen de habilidades para pedir ayuda, por lo que el *coaching* telefónico facilita a los consultantes resolver este déficit y lidiar con emociones de culpa y vergüenza.

Los terapeutas inician el contacto y motivan a que después sea el consultante quien lo realice. Se establece una regla primordial: con el fin de no reforzar las conductas de autolesión, el contacto con el terapeuta debe hacerse antes de haberse lastimado, de lo contrario no se recibirá ayuda. Las llamadas deben ser cortas y centrarse en

orientar al consultante a utilizar estrategias y dar seguimiento para conocer la efectividad de lo implementado tanto en el proceso individual como en las sesiones de entrenamiento en habilidades.

En el proceso de terapia es importante utilizar esta estrategia para reparar la relación en caso de que el terapeuta considere que en la última sesión existió alguna fractura en la misma. Con ello, se busca reducir la probabilidad de deserción y que la dinámica en la siguiente sesión no sea hostil (Linehan, 1993).

La DBT es un tratamiento brindado por una comunidad de terapeutas en el que resulta esencial balancear la influencia que el profesional tiene hacia el consultante y viceversa.

Equipo de consultoría

Este elemento es sumamente importante para ayudar a los terapeutas a lidiar con el estrés y desgaste que genera trabajar con personas con desregulación emocional. Muchos profesionales presentan *burnout* y el equipo sirve como sostén para mantenerlos motivados y ayudarlos a desarrollar habilidades. Las reuniones son semanales y todos los terapeutas están invitados a participar. Se requiere de un secretario, un observador y un líder. Se busca mantener una postura dialéctica y asumir que nadie tiene la verdad absoluta. Por lo general, se intenta separar los asuntos administrativos para otro tipo de reuniones y que la duración de la consultoría no sea mayor a 90 minutos.

En las sesiones de consultoría se puede ayudar al terapeuta a:

- A. Mantenerse motivado y no dañar la relación terapéutica.
- B. Evaluar el caso.
- C. Aprender habilidades.
- D. Recibir apoyo.

Aunado a esto, se monitorea que los terapeutas se adhieran a los principios de la DBT, se evalúa el progreso de cada caso y se orienta en intervenciones o establecimiento de límites específicos (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Intervenir el ambiente

Aunque no forma parte de la propuesta de la DBT estándar, en muchas ocasiones es importante hacerlo para reducir los obstáculos que el contexto puede generar en el cambio de conductas o bien porque es invalidante y no permite avanzar en el proceso. Para intervenir el ambiente y dejar claro qué se espera de los allegados a los consultantes, se efectúan sesiones de psicoeducación donde se orienta a los familiares sobre las características de la desregulación emocional, validación, solución de problemas, manejo de contingencias y habilidades de *mindfulness* (Linehan, 1993) (Ver Tabla 1).

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Son dos las estrategias centrales de la DBT. Por la parte de la aceptación se encuentra la *validación*, que consiste en comunicar que las acciones, pensamientos, sensaciones y emociones son comprensibles y tienen sentido. La validación es la respuesta “sí” a la pregunta “¿puede esto tener sentido?” (Linehan, 1997).

Tabla 1. *Modos de tratamiento de la DBT estándar*

Modo	Función
Terapia individual	Aumentar la motivación
Entrenamiento en habilidades	Incrementar capacidades
Coaching telefónico	Generalizar el aprendizaje
Equipo de consultoría	Aumentar la motivación y habilidades del terapeuta
Intervenir el ambiente y sesiones familiares	Estructurar el ambiente

Fuente: Boggiano & Gagliesi (2018)

Uno de los grandes aportes de la DBT es la sistematización de las estrategias de validación. Éstas se dividen en seis niveles.

- *Nivel 1.* Estar atento, escuchando y observando, presente y despierto, con interés en lo que el otro dice y sin juzgar.
- *Nivel 2.* Entender, parafrasear y reflejar lo que el otro dice. Requiere ser precisos en el reflejo de las emociones, pensamientos y conducta del otro.
- *Nivel 3.* Expresar lo no verbalizado. Interpretar la emoción, pensamiento o conducta que el otro experimenta y que no ha expresado.
- *Nivel 4.* Validar de acuerdo a la historia de aprendizaje. La conducta, emoción y pensamiento son justificados y comprendidos cuando se ponen en el contexto de la historia de vida del consultante.
- *Nivel 5.* Validar de acuerdo al contexto presente. La conducta del consultante es comprendida, justificada, significativa y cobra

sentido si se pone bajo la lupa del contexto actual.

- *Nivel 6.* Ser radicalmente genuino. El terapeuta responde al consultante como un igual, sin fragilizarlo, resalta sus capacidades y virtudes, y al mismo tiempo confronta sus déficits y áreas de oportunidad.

En lo que respecta al elemento de cambio, la estrategia central es la *solución de problemas*, la cual consiste en un análisis momento a momento de la situación problema (análisis en cadena), que explica tanto los estímulos antecedentes como los consecuentes bajo los cuales se presenta la conducta desadaptativa. Con esta información se puede hipotetizar por qué ésta aparece y se mantiene. Las principales hipótesis de acuerdo a la DBT son:

1. No se cuenta con las habilidades en el repertorio conductual.
2. Existen conductas no habilidosas reforzadas en el pasado o las conductas habilidosas fueron no reforzadas o castigadas.

Tabla 2. Estrategias cognitivas de la DBT

Tipo de problema	Estrategia de solución
No se cuenta con las habilidades en el repertorio conductual	Entrenamiento en habilidades de <i>mindfulness</i> , tolerancia al malestar, regulación emocional o efectividad interpersonal
Existen conductas no habilidosas reforzadas en el pasado o las conductas habilidosas fueron no reforzadas o castigadas	Manejo de contingencias
Las respuestas emocionales interfieren con la conducta habilidosa	Exposición
Existe contenido cognitivo que interfiere con la conducta adaptativa	Modificación cognitiva

Fuente: Boggiano, J.P. y Gagliesi, P. (2018)

3. Las respuestas emocionales interfieren con la conducta habilidosa.
4. Existe contenido cognitivo que interfiere con la conducta adaptativa.

Una vez determinada la causa de la conducta problema, es importante ayudar al consultante a generar consciencia o *insigth* sobre sus antecedentes y consecuentes, y así orientar en las estrategias de solución, las cuales se presentan, entrenan y ensayan.

Manejo de contingencias

El terapeuta refuerza conductas adaptativas, castiga y extingue conductas desadaptativas, utiliza los principios del moldeamiento y establece límites al consultante.

Estrategias de exposición

Linehan (2015) distingue entre exposición formal e informal. La exposición formal sigue un protocolo estandarizado. Por su

parte, en la informal, la cual es la más frecuentemente utilizada, se le presentan al consultante estímulos que evocan respuestas emocionales intensas, bloqueando sus respuestas habituales de evitación y escape. Esto se hace en repetidas ocasiones hasta que la intensidad de la emoción disminuya y el consultante afronte de mejor manera las sensaciones alrededor de dicha emoción.

Modificación cognitiva

A diferencia de la TCC, en la DBT las estrategias cognitivas buscan los puntos válidos o adaptativos en el pensamiento del consultante. El foco no está en encontrar distorsiones cognitivas, sino en animar al consultante a modificar reglas disfuncionales que provienen de sus cogniciones y que no lo ayudan ni a disminuir sus emociones ni a vivir de acuerdo a lo que le es importante.

Por otro lado, es importante identificar los obstáculos que el consultante puede encontrar en la

implementación de estas estrategias y hacer un análisis de solución de estas barreras. Finalmente, se generan compromisos para su ejecución y se da seguimiento en las terapias individuales para reforzar el cumplimiento.

Efectividad

De acuerdo a los resultados de The Linehan Institute (s.f.), existen más de 20 artículos controlados randomizados que demuestran la efectividad de la DBT estándar para el tratamiento del TLP en adultos, así como 15 estudios sobre la efectividad al llevar a cabo solamente el grupo de entrenamiento de habilidades en adolescentes, bulimia, estrés postraumático, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos del estado de ánimo como depresión crónica y trastorno bipolar tipo II.

La DBT reduce 50% el riesgo suicida, 53% las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (CASIS) y 73% las hospitalizaciones por tentativa suicida. Presenta además un apego al tratamiento en un promedio de 73%, disminuye la desesperanza, la ira, la depresión y la dependencia a sustancias, y aumenta la adaptación general y social y la autoestima (Koons et al., 2001).

La DBT es una propuesta altamente efectiva que reduce costos a largo plazo; provee de sostén al consultante, familia y clínicos; permite evaluar, conceptualizar e intervenir con guías que se adaptan a la necesidad de cada paciente, y reduce la probabilidad de deserciones y recaídas. Es una esperanza para muchas personas que han sido desahuciadas a través de los años y de largos recorridos con clínicos no especializados que terminaron invalidándolas.

Una importante área de mejora en la aplicación de la DBT es el costo de la capacitación para el profesionalista en salud mental, pues este factor muchas veces dificulta el acceso del consultante a este protocolo.

Es importante generar políticas públicas que permitan que tratamientos como la DBT, probados para la atención de diversas problemáticas, sean aplicados en las principales unidades de atención pública y de seguridad social de todos los países. La DBT necesita ser de libre acceso para beneficiar a más y más pacientes y, tal como su autora lo estableció, diseminarla a lo largo del mundo para entonces “ayudar a que las personas logren una vida que valga la pena ser vivida” (Linehan, 1993).

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- BOGGIANO, J. & GAGLIESI, P.** (2018). *Terapia dialéctico conductual, introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Editorial Tres Olas.
- CROWELL, S.E., BEAUCHAINE, T.P. & LINEHAN, M.M.** (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.
- HARNED, M., BANAWAN, S. & LYNCH, T.** (2006). Dialectical behavior therapy: an emotion-focused treatment for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 67-75.
- KOONS, C.R., ROBINS, C.J., LINDSEY, J., LYNCH, T.T., GONZALEZ, A.M., MORSE, J.Q., BISHOP, G.K., BUTTERFIELD, M.I. & BASTIAN, L.A.** (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32, 371-390.
- LINEHAN, M.** (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- LINEHAN, M.** (1997). *Validation and psychotherapy*. En: A. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, pp. 353-392. American Psychological Association.
- LINEHAN, M.** (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos límite de personalidad*. Editorial Paidós.
- LINEHAN, M.** (2015). *DBT skills training manual, second edition*. Guilford Press.
- LINEHAN, M., BOHUS, M. & LYNCH, T.R.** (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotional dysregulation. En: J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, pp. 581-605. Guildford Press.
- MCKAY, M., WOOD, J.C. & BRANTLEY, J.** (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. New Harbinger Publications, Inc.
- SWENSON, C., SANDERSON, C., DULIT, R. & LINEHAN, M.** (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 72, No. 4, 307-324.
- THE LINEHAN INSTITUTE.** (s.f.). *Evidence for DBT*. Consultado el 7 de junio de 2021. <https://thelinehaninstitute-org/evidence-for-dbt/>
- VÁZQUEZ-DEXTRE, E.** (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista Neuropsiquiatría*, 79(2), 108-118.
- ZUZUKI, D.** (2002). *Budismo zen*. Editorial Kairós.

Psicoterapia focalizada en la transferencia: Un abordaje para la mejoría de la organización limítrofe de personalidad

Dra. Beatriz Paulina Vázquez Jaime¹

Dra. Elizabeth Yáñez Soto²

25

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por Kernberg (1987), con base en su modelo de organización de personalidad, para mejorar la estructura y funcionamiento de las personas con trastornos de personalidad límite. Para entenderla y aplicarla, es necesario conocer tanto el concepto de *organización de personalidad* con los criterios a evaluar (integración de la identidad, operaciones defensivas y la conservación de la prueba de realidad) así como la teoría de las relaciones objetales.

La eficacia de la psicoterapia focalizada en la transferencia ha sido evaluada en algunos estudios, los cuales han evidenciado mejoría en diferentes aspectos de los individuos: síntomas depresivos, ansiosos, funcionalidad global, suicidalidad, capacidad reflexiva y estilos de apego. Por lo tanto, es importante reconocerla como uno de los tratamientos terapéuticos más efectivos para los trastornos de personalidad y organización límite.

¹ Servicios de Atención Psiquiátrica, (SAP) Secretaría de Salud Gobierno Federal.

² Hospital de La Luz, Morelia, Michoacán.

LA ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

La organización estructural tiene la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre su etiología (predisposiciones biológicas y experiencias ambientales) y la manifestación de las conductas (Kernberg, 1987). La organización de la personalidad refleja las características del paciente: su grado de integración de identidad, los tipos de operaciones defensivas y la capacidad para mantener la prueba de realidad (Kernberg, 1987). Estos tres aspectos son evaluados al momento de realizar un diagnóstico de personalidad.

Grado de integración de identidad

La identidad es la capacidad del individuo para identificarse a sí mismo con todas sus características, la cual es continua en tiempo (presente, pasado y futuro). Implica la consolidación de las estructuras del yo, la continuidad del *self* y la concepción "global del mundo de los objetos" (Reyes & Russo, 2008).

La consolidación de la identidad es una parte importante del desarrollo adolescente, pues es la etapa en la que se presentan una crisis de identidad, resultado de las fluctuantes vivencias durante este periodo, y una brecha entre la percepción de uno mismo y las experiencias de otros en las percepciones del *self*. El grado de integración de la identidad será evaluado durante la entrevista, y se identificará la presencia o ausencia de difusión de identidad. (Clarkin,

Yeomans & Kernberg, 2016; Foelsch et al., 2015).

Operaciones defensivas

Son aquellos aspectos que ayudan a afrontar la ansiedad relacionada con los conflictos de sí mismo, es decir, que protegen al paciente del conflicto intrapsíquico. Abarcan mecanismos de defensa primitivos-maduros o de bajo-alto nivel (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2016).

Prueba de realidad

Se define como la capacidad para diferenciar el sí-mismo del no sí-mismo, es decir, el mundo interno del externo, la percepción y los estímulos, así como la capacidad para evaluar realmente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento. Es la capacidad para identificarse con los criterios sociales habituales de realidad o experimentar empatía (Foelsch et al., 2015).

Control de impulsos

Es el grado en el que el paciente experimenta deseos instintivos o emociones fuertes sin tener que actuar sobre ellos de manera inmediata (Reyes & Russo, 2008; Foelsch et al., 2015; Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000).

Efectividad sublimatoria

Es el grado en el que el paciente puede comprometerse con valores morales más allá de su propio interés y la capacidad de desarrollar recursos creativos (Kernberg, 1987).

ORGANIZACIÓN NORMAL DE LA PERSONALIDAD

Quienes cuentan con una organización normal de la personalidad tienen un concepto integrado y coherente del sí-mismo y de sus seres significativos, lo que se refleja en la propia identidad y la respuesta ante las situaciones. Además, pueden apreciar los atributos de la experiencia interna de los otros (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2016). Otra característica es el amplio espectro de vivencias afectivas que son capaces de modular sin perder el control de impulsos, lo cual se relaciona con la identidad y el nivel alcanzado por las operaciones defensivas. Por último, destaca un sistema integrado de valores internalizados: un sentido de responsabilidad personal, capacidad para automonitoreo, autoevaluación y autocríticas realistas para tomar decisiones de forma flexible (Kernberg, 1987; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2016; Labbé-Arocca, 2020).

Con base en lo anterior, se han identificado distintas organizaciones de la personalidad de acuerdo a la funcionalidad del individuo, las cuales pueden clasificarse de la siguiente manera:

- *Organización neurótica de la personalidad.* Se refiere a aquellos individuos con una identidad integrada y que cuentan con una organización defensiva centrada en la represión y otras operaciones defensivas de alto nivel. La

prueba de realidad permanece conservada.

- *Organización límite de la personalidad.* Se relaciona más con mecanismos defensivos primitivos basados en la escisión y se caracteriza por difusión de identidad. La prueba de realidad se mantiene, pero es frágil.
- *Organización psicótica de la personalidad.* Alude a individuos que utilizan mecanismos de defensa primitivos. Aquí, la prueba de realidad está francamente alterada. Se presenta el característico síndrome de difusión de identidad (Kernberg, 1987).

En el presente artículo se profundizará en la organización limítrofe de la personalidad.

ORGANIZACIÓN LIMÍTROFE DE PERSONALIDAD

Los individuos con una organización limítrofe de la personalidad experimentan emociones primitivas muy intensas y no vinculadas internamente entre sí. Esto hace que se inunden en su realidad y les resulte difícil valorar cognitivamente las situaciones de manera objetiva (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2016).

Una de las principales características de estos pacientes es el síndrome de difusión de identidad, el cual se define como el concepto pobremente integrado del sí-mismo y de los otros. Esta difusión se manifiesta en una autopercepción distorsionada (Kernberg, 1987) y en la ausencia o pérdida de la capacidad normal para la autodefinición,

autoevaluación y autocrítica. Se refleja en ansiedad o alteraciones emocionales en momentos importantes de la vida relacionados con la intimidad física, elección ocupacional y competencias, lo que repercute en la necesidad de mayor autodefinición psicosocial o del entorno (Foelsch *et al.*, 2015).

La difusión de identidad se distingue por una experiencia subjetiva del vacío crónico, baja tolerancia a la ansiedad, pobre control de impulsos, auto percepciones y conductas contradictorias que no pueden integrarse en una forma emocionalmente significativa para sí mismo, así como percepciones de los demás huecas, insípidas y empobrecidas (Kernberg, 1987; Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000; Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007).

Los pacientes límite utilizan *operaciones defensivas primitivas* (Kernberg, 1987; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2016), las cuales se describen a continuación:

- *Escisión.* Se caracteriza por la división de los objetos externalizados en “completamente buenos” y “completamente malos”.
- *Idealización primitiva.* Se aumenta artificial y patológicamente la cualidad de bondad o maldad. El sujeto crea imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas o completamente malas.
- *Identificación proyectiva.* Es la tendencia a seguir

experimentando el impulso, mayormente negativo, proyectado sobre otra persona. Genera temor al otro y predomina la necesidad de controlarlo.

- *Negación.* Refuerza la escisión. Se puede manifestar como falta de estrés, de ansiedad o de una reacción emocional respecto a una necesidad, conflicto o peligro inmediatos. El paciente canaliza su consciencia cognoscitiva y niega las implicaciones emocionales.
- *Omnipotencia y devaluación.* Activación de estados del yo que reflejan un sí-mismo grandioso y muy inflado en relación con la representación de los demás, despreciada y emocionalmente degradante.

En este sentido, los pacientes suelen tener afectos, emociones, pensamientos o conductas inapropiados que derivan en una prueba de realidad conservada pero sumamente frágil. Lo anterior lleva al concepto de *debilidad del yo*, que se mide por el grado en el que una persona puede tolerar una carga de tensión, el control de impulsos y la efectividad sublimatoria (Kernberg, 1987; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2016).

Así pues, un individuo con organización límite presenta una identidad fragmentada, mecanismos de defensa primitivos para contender con la angustia, una prueba de realidad conservada pero frágil y dificultades para la regulación emocional y de los

impulsos (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2016).

Con todo lo anterior, resulta más fácil entender la aplicación de la TFP como uno de los tratamientos más eficaces para este trastorno.

TERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

La TFP es uno de los tratamientos psicoterapéuticos más utilizados en trastornos graves de personalidad. Aunque surge de la psicoanalítica, se ha ido adaptando para cumplir las necesidades y modificar la estructura de los pacientes con organización límite. Dicho trabajo ha sido dirigido desde 1980 por el Dr. Otto Kernberg en el Instituto de Trastornos de la Personalidad, el cual depende del Hospital Presbiteriano y del Centro Médico de la Universidad Weill Cornell, ambos en Nueva York (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006; Clingor, Kenberg & Clarkin, 2007).

Para entender este abordaje, debemos conocer además la teoría de relaciones objetales y comprender la transferencia y su efecto dentro del proceso terapéutico. Entendamos la *transferencia* como la interacción diagnóstica de una conducta inapropiada que refleja la reconstrucción de las relaciones patológicas y conflictivas con los demás significantes en el pasado del paciente. Esto permitirá que durante el proceso liguemos las molestias del aquí-y-ahora con las experiencias del paciente en el allá-y-entonces.

Por su parte, las *relaciones objetales* se refieren a la combinación del temperamento y de las experiencias del bebé en las interrelaciones afectivamente intensas con sus cuidadores. Las alteraciones en esta trayectoria evolutiva pueden hacer que las experiencias negativas adopten un papel predominante en la mente en desarrollo (Foelsch *et al.*, 2015).

El individuo que se desarrolla de manera normal va generando una integración gradual de las representaciones buenas y malas del *self* y de los otros, que derivan en otras más complejas y, sobre todo, realistas. Una persona siempre tendrá características positivas y negativas con aspectos gratificantes y frustrantes de manera aleatoria. Sin embargo, los pacientes con estructura límite tienden a representaciones internalizadas totalmente buenas o malas, por lo que a lo largo del proceso terapéutico se hace énfasis en las diadas que se activan durante las sesiones, ya que éstas son los elementos constitutivos fundamentales de la estructura psicológica de la identidad.

Contrario a otros enfoques terapéuticos que intentan disminuir los síntomas por medio de control de la conducta, entrenamiento de habilidades o apoyo, en la TFP es fundamental una *entrevista estructural*, la cual es una valoración inicial completa cuyas preguntas nos permiten evaluar la función cognitiva y la existencia de posibles déficits intelectuales:

1. ¿Cuáles son sus razones para acudir a tratamiento?
2. ¿Cuáles son las expectativas del tratamiento?
3. ¿Cuál es la naturaleza de sus síntomas, problemas o dificultades predominantes?

Esta entrevista, centrada en la interacción paciente-terapeuta, valora de manera inicial la organización neurótica, límite y psicótica, así como la clarificación, la confrontación y la interpretación. Las características evaluadas son:

1. Grado de integración de identidad.
2. Mecanismos de defensa.
3. Prueba de realidad.

La *clarificación* se refiere a la identificación, descripción y elaboración de los contenidos cognitivos de los afectos intensos en términos de relaciones objetales; la *confrontación* es la exploración sutil y gradual de las contradicciones en la comunicación, las conductas o los estados de ánimo del paciente, y la *interpretación* apunta a las motivaciones defensivas que subyacen a la escisión y demás mecanismos de defensa. Por medio de la valoración de estos tres aspectos, podemos realizar el diagnóstico apropiado de la personalidad, evaluar la funcionalidad de los pacientes e identificar y explorar las diadas activadas.

Dado que este grupo de pacientes tiende a una gran heterogeneidad de síntomas, es complejo delimitar los tiempos para la TFP. Sin embargo, diferentes investigaciones refieren que el *acting out* es controlado a los seis meses de tratamiento y existen casos en que los mecanismos de defensa primitivos mejoran hasta el segundo año, siempre y cuando el paciente se sujete al contrato. Cabe mencionar que el proceso recomienda dos sesiones semanales.

Las preguntas más frecuentes de los pacientes sobre este enfoque son acerca de la duración y la manera en que la mejoría se evalúa. Los expertos han delimitado tres etapas.

La *etapa inicial* consiste en la entrevista estructural y la retroalimentación al paciente sobre su diagnóstico y los problemas a abordar. Antes de iniciar con las sesiones, se deberá realizar un contrato terapéutico para establecer los límites de trabajo, la realidad de la relación dentro del marco del tratamiento y las responsabilidades del paciente y del terapeuta. Esto ayudará a minimizar las ganancias secundarias asociadas a la enfermedad, ofrecer un lugar seguro para la dinámica del paciente, sentar las bases para interpretar el significado de las desviaciones y brindar un marco terapéutico estructurado que permita que la terapia se convierta en un elemento de anclaje en la vida del paciente. La internalización de los debates acerca del contrato de tratamiento suele convertirse en el primer vínculo interno con el terapeuta.

La *fase intermedia* se caracteriza por una disminución de las conductas de *acting out* y un aumento de la atención en la interrelación paciente-terapeuta. Pasamos de una transferencia antisocial, narcisista o paranoide, a la transferencia depresiva. Esto quiere decir que el paciente acepta y tolera mejor sus afectos negativos, aunque puede haber ciertas regresiones.

En la *fase final*, el paciente podrá experimentar una gama más plena de afectos y dominarlos cuando surjan. A su vez, contará con un mayor nivel de autoobservación, explorará con mayor facilidad los comentarios del terapeuta, tendrá mayor contención y tolerancia a la agresión/amor, mejorará su tolerancia a la fantasía, hará uso de la interpretación de los mecanismos de defensa y, por lo tanto, habrá cambios en los paradigmas transferenciales (Foelsch *et al.*, 2015).

EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN

Doering *et al.* (2010) realizaron un estudio clínico aleatorizado comparando un año de TFP con uno de tratamiento acostumbrado por psicoterapeutas experimentados de la comunidad. Los pacientes mejoraron en ambos procesos de psicoterapia. Sin embargo, en la TFP se encontraron: 1) una proporción de abandonos inferior; 2) una reducción de los intentos suicidas, internamientos hospitalarios y

síntomas asociados al trastorno límite de personalidad, y 3) mejorías significativamente mayores en la organización de personalidad y funcionamiento psicosocial.

La eficacia de la TFP ha sido evaluada en algunos estudios, los cuales evidencian mejoría en diferentes aspectos de los individuos: síntomas depresivos, ansiosos, funcionalidad global y suicidalidad, así como en la capacidad reflexiva y los estilos de apego (Doering *et al.*, 2010).

CONCLUSIONES

La organización de la personalidad es la base para la estabilidad del individuo. Alcanzarla requiere de numerosos factores a lo largo del desarrollo. La difusión de identidad es el criterio central de la organización límite, según Kernberg (1987). El conocimiento de los mecanismos de defensa y la evaluación de la prueba de realidad también son importantes para el diagnóstico de la personalidad. Kernberg, junto con otros expertos (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006; Clingor, Kenberg & Clarkin, 2007), ha desarrollado la TFP para su tratamiento. La evidencia apoya que ésta puede ser la intervención terapéutica que permite a los pacientes integrar todos los aspectos de su mundo interno para una experiencia de vida coherente y equilibrada respecto a sí mismos y los demás.

REFERENCIAS

- CALIGOR, E., KERNBERG O.F. & CLARKIN, J.F.** (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*, 1st ed. American Psychiatric Publishing.
- CLARKIN, J.F., YEOMANS, F.E. & KERNBERG, O.F.** (2006). *Psychotherapy for borderline personality. focusing on object relations*. American Psychiatric Publishing.
- CLARKIN, J.F., YEOMANS, F.E. & KERNBERG, O.F.** (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Desclée de Brouwer.
- DOERING, S., HÖRZ, S., RENTROP, M., FISCHER-KERN, M., SHUSTER, P., BENECKE, C., BUCHHEIM, A., MARTIUS, P. & BUCHHEIM, P.** (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *BJPsych*, 196, 389-295.
- FOELSCH, P.A., SCHLÜTER-MÜLLER, S., ODOM, A.E., ARENA, H.T., BORZUTZKY, A. & SCHMECK, K.** (2015). *Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT): una aproximación integral de la personalidad*. Manual Moderno.
- KERNBERG, O.F.** (1987). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. Manual Moderno.
- KERNBERG, P. WEINER, A.S. & BARDENSTEIN, K.K.** (2000). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. Manual Moderno.
- LABBÉ-AROCCA, N., CASTILLO-TAMAYO, R., STEINER-SEGAL, V. & CAREAGA-DIAZ, C.** (2020). Diagnóstico de la organización de la personalidad: una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat*, 58(4), 372-383.
- REYES, L. & RUSSO, A.** (2008). Descripción de la organización estructural de la personalidad de los adolescentes que cursaron primer semestre de un programa de psicología de la ciudad de Barranquilla. *Psychologia. Avances de la disciplina*, vol 2, num 2, 65-91.

Trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad bajo tratamiento hospitalario por indicación judicial: Revisión de un caso

Dr. Manuel Alejandro López Sandoval ¹

Dr. Carlos Hugo Isaac Serna ¹

Dr. Rafael Medina Dávalos ^{1,2}

33

INTRODUCCIÓN

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP) se caracteriza por un grupo de alteraciones interpersonales, afectivas y conductuales particulares. Típicamente se manifiesta con engaño, manipulación, falta de empatía, egocentrismo y autoevaluación exagerada (American Psychiatric Association [APA], 2014). También pueden presentarse otros rasgos sociopáticos de mayor impacto, como comportamiento violento e impulsivo (Marel *et al.*, 2013; Grant *et al.*, 2008).

Por su parte, el trastorno límite de la personalidad (TLP) es un patrón persistente de inestabilidad interpersonal y afectiva, deterioro en la autoimagen y déficit en el control de impulsos (Keuroghlian, Frankenburg & Zanarini, 2013; Hare, 1996; Leichsenring *et al.*, 2011). Se ha asociado a comportamientos impulsivos de resultados deletéreos, los cuales incluyen violencia, uso de sustancias y conductas sexuales de riesgo, entre otros (Gross *et al.*, 2002). A diferencia del TAP, el TLP es más diagnosticado en mujeres que en hombres, y la investigación en su relación con la

¹ Instituto Jalisciense de Salud Mental.

² Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

conducta antisocial aún permanece sin muchas respuestas (Gunderson, 2011; Kernberg, 1997).

Las personas que cumplen criterios de TLP, y que además presentan conductas delictivas o antisociales, tienden a reincidir (Marel et al., 2013; Leichsenring et al., 2011), por lo que podrían hacerse análisis predictivos en este sentido, particularmente en el caso de las mujeres (Gunderson & Links, 2008; Blackburn, 1975). Sin embargo, como se observara en el caso que aquí se estudia, la capacidad institucional para la atención de personas con este padecimiento, que además se encuentran involucradas en asuntos judiciales, se encuentra rebasada.

y miedo al abandono. Tras un corto de noviazgo, contrajo matrimonio y procreó hijos con su primera relación de pareja, con quien mantenía una diferencia etaria amplia.

Desde un inicio, dicha relación evidenció lucha de poder y violencia intrafamiliar por ambas partes, así como conductas temerarias que incluso vulneraban su integridad. La señora A refiere que, desde que se conocieron, su conducta la puso en alerta. Dicha exposición a lo temerario le atraía. Ahora reflexiona sobre la importancia de haberlo identificado como peligroso. Ella describe la actitud de su pareja como prepotente y agresiva, detonada por el consumo de alcohol:

34

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de A, una mujer en la cuarta década de la vida, que desde hace algunos años se encuentra, por orden judicial, bajo tratamiento hospitalario obligado en una institución psiquiátrica pública de México. Hija de un matrimonio con amplia diferencia de edades, la señora A es la mayor de sus hermanos. Estado civil: divorciada. Madre. Con escolaridad superior incompleta.

Desde su infancia mostró conductas como robos en supermercados, peleas recurrentes con iguales, oposición y desafío ante las figuras autoridad, las cuales persistieron en la adolescencia. Sus relaciones interpersonales siempre se caracterizaron por la inestabilidad, y oscilaban entre la devaluación e idealización, lo que derivó en sensación de vacío crónico

(...) pero, claro, desde que nos conocimos él me dio focos rojos, pero a mí me encantaba sentir eso, cada vez el juego me parecía más interesante. Ojalá en ese momento alguien me hubiera advertido que a lo que yo me estaba metiendo era muy, muy peligroso. En ese tiempo yo era muy sana, no tenía ningún problema fuera del común para una chava de universidad; siempre en todas nuestras citas hubo mucho alcohol, mucha prepotencia, mucho ego. Él se la pasaba gritándole a los meseros, a mí y a todo mundo. (Paciente A).

La paciente menciona carencia de cuidado constante por parte de sus progenitores. Asocia su sensación de vacío crónico con el sentimiento de soledad de su infancia. Se observa marcado deterioro en la autoimagen y sentido del yo, así como carencia de indicios

que le responsabilicen sobre las circunstancias y consecuencias de sus actos. También se percibe falta de responsabilidad en el cuidado de sus hijos, pues afirma no ser suficiente para hacerlo y se muestra ambivalente en su postura al respecto. Se refieren peleas y gritos con sus padres y otros familiares durante la estancia hospitalaria.

Así empezó [la sensación de abandono]. Yo veía que mi papá se iba, que no estaba, que se la pasaba de viaje, saliendo, llegando tarde y demás. (...) Pero por más que quiero, no puedo evitar sentirme así, abandonada.

He llorado mucho. Siento que nunca soy lo suficiente buena, ni como madre, ni como hermana, ni como paciente, mucho menos como hija. (...) Me peleaba mucho con mis papás, les grité horrible, les dije que no es posible que todavía me tengan aquí. (...) Mis hijos son lo mejor que me ha pasado, pero no sé cómo cuidarlos, y no sé qué hacer con ellos, lo que sé es que tienen una mamá que le gusta amarlos, así como soy en esta locura. Son lo mejor y yo que pensaba que nunca iba a preocuparme o sentir algo por alguien. (Paciente A).

En su adultez temprana se acentuaron las conductas manipuladoras hasta generar fraudes, específicos y genéricos, de gran impacto. Con relación a su forma de ser, menciona ausencia de sentimiento de culpa por estos actos; por el contrario, refiere haber experimentado placer. Para entonces se hicieron presentes

consecuencias legales al grado de privarla de su libertad, condición que se resolvió tras la reparación de los daños, por parte de su familia. Dicha dinámica se repitió en diferentes ocasiones. Se expresa juicio devaluador respecto a la crianza que sus padres ejercieron hacia ella:

(...) me pusieron una regañiza [después de que me sacaron de los separos] y me preguntaron que cuándo iba a sentar cabeza. ¡Hazme tú el favor! Si ellos eran los que nunca sentaron cabeza. Diario viviendo en la mentira y la apariencia. Si lo que les daba pena no era que yo pudiera estar presa, era que los demás supieran que su hija estaba presa. Muy poco me duró el susto y a la siguiente semana que me soltaron seguí con mis chingaderas. (Paciente A).

Durante su edad adulta se presentaron diversos episodios depresivos, así como intentos de suicidio que requirieron en una ocasión manejo hospitalario; el resto fue llevado en ambulatorio.

En su última reincidencia se dicta una sentencia jurídica con privación de la libertad en prisión y, después de algunos meses, una de tratamiento en una unidad hospitalaria psiquiátrica. Hace algunos años fue recluida en la institución psiquiátrica, donde su evolución ha sido, por demás, tórpida: presenta reiteradas incidencias por actitud devaluadora y retadora hacia el personal y las figuras de autoridad, y propicia riñas entre otras usuarias de cuyo estado psicótico o discapacidad

mental se aprovecha. Al respecto, afirma no sentir culpa.

(...) perdí mi libertad física, aquélla que disfrutaba plenamente. Para mí era tocar la cima, ser libre como el viento, y con ella hice todo lo que yo quise. Fue cuestión de horas cuando yo ya me encontraba con unas enormes paredes al frente, a lo lejos una torre donde nos estaban vigilando 24 horas. ¿Sabes qué es lo peor? Que no tenía miedo, ni poquito. Me estaba hasta acoplando.

(...) A Dante le faltó el décimo infierno en la *Divina Comedia*; sin duda alguna, ese décimo infierno sería este lugar. Desde que llegas, nada agradable, son unos gatos, y me divierto amenazándoles. (...) He llegado a creer que no tengo cabida en este lugar, y quizás ni en el mundo mismo. Me han cambiado de área y en ningún área doy una. (...) Cuando me pasaron a esta área había dos enfermeros y uno le gritó al otro, y yo le dije que era una estúpida por permitir que le gritaran, que no era más que el gato del gato del gato. (...) Y bueno, hasta me mandaron a una jefa a “ponerme en paz”, a decirme que tenía que ser respetuosa con el personal. ¡Haz tú el favor! Tal como si yo fuera una cría incapaz de controlarse. (...) Sé que lo que hice estuvo mal, pero no siento como culpa, pues. Más bien quisiera seguir armando más desmadres para sentirme viva, sentir que estoy aquí en la Tierra, que no estoy presa, que soy libre como el viento, que soy A y que mis dragones y mis demonios aquí están. (...) Estar aquí es estar estancada. Yo ya no puedo seguir estancada, porque si sigues así,

la vida se te va y ni cuenta te das. Y yo no quiero que mi vida pase aquí sin hacer nada. Digo, me siento libre, pero es por eso mismo que me desespero, porque la gente no hace nada por su vida, corren a un ritmo diferente del mío. (Paciente A).

Por petición formal, la paciente ha cambiado de equipo tratante cuatro veces. En diversas ocasiones ha inducido múltiples conflictos entre los empleados sanitarios. Por esta situación, el personal ha demostrado reacciones negativas y se han mencionado las dificultades que implica el manejo conductual y emocional de la paciente. También ha propiciado frecuentes riñas físicas entre usuarias del área, aparentemente por diversión, sobre las que reitera su carencia de culpa y responsabilidad.

En la valoración de su estado mental, A es una mujer de edad aparente similar a la cronológica: viste ropa hospitalaria; su actitud es seductora; su discurso es espontáneo, coherente, congruente; pensamiento de curso lineal; contenido del pensamiento sin ideas delirantes; pensamiento de tipo dicotómico; con nula tolerancia a la frustración; planeación a futuro de huida geográfica una vez concluido el proceso penal y puesta en libertad.

Yo soy A. No me voy vencer. Con todos mis dragones y demonios, estoy y estaré de pie. (...) O me voy o me quedo, no quiero andar con medias tintas. Estoy harta de siempre estar en medio y no tener una solución. Son ya

cinco años. (...) Me quiero ir de aquí, de la ciudad. Volver a sentirme libre. ¿A qué crees tú que me voy a quedar?, ¿para arriesgarme a que me vuelvan a encerrar? ¡Ni de loca! Sé que mi vida mejorará como nunca una vez que yo salga de aquí. (Paciente A).

Afecto oscilante, inestable. En la entrevista, por momentos se torna expansivo y eufórico. Sin embargo, tras preguntar respecto al proceso legal, se vuelve irritable y disfórico, llegando incluso al llanto. Interés emocional centrado en sí misma. Las figuras de apego son superficiales y existe un marcado deterioro en la autoimagen

¿Qué puedo yo hacer, las dos somos *border*? Ella es la que no tiene carácter, yo quiero amigas con carácter. (...) Ya sé que soy un monstruo como madre, como hija, como hermana. Soy lo peor. No sé cómo dejar de serlo, no sé realmente si quiero dejar de ser lo peor. (Paciente A).

Niega ideación suicida, ideación homicida o alteraciones de la sensopercepción. Estado de alerta íntegro. Orientada en tiempo, lugar y persona. Concentración y cálculo sin alteraciones. Memoria sin alteraciones. Juicio con capacidad de autocritica intelectualizada. Introspección intelectual. Conocimiento pleno de síntomas: los nombra e incluso enlista. Sin embargo, muestra poca participación emocional para cambio de estructura personal. Utiliza la intelectualización como mecanismo de defensa.

Sí, ya sé lo que pasa, ya sé que así soy, pero no sé cómo frenarme a la hora de actuar. Y, tú dime, ¿qué puedo hacer?, ¿cambiar? (Paciente A).

DIAGNÓSTICOS

- Trastorno antisocial de la personalidad (F60.2).
- Trastorno límite de la personalidad (F60.3).
- Antecedente de divorcio (Z63.5).
- Comportamiento antisocial del adulto con conducta delictiva, fraude genérico (Z72.811).
- Prisión y otros tipos de encarcelamiento (institucionalización por orden judicial) (Z65.1).
- Problemas relacionados con el sistema judicial, proceso legal abierto (Z65.1).

DISCUSIÓN

Desde algunos modelos teóricos, la personalidad antisocial puede ser vista como un subgrupo dentro de la categoría de la personalidad narcisista, dado que ambas presentan una misma constelación de rasgos caracterológicos (Kernberg, 1997). Al momento, la mayor parte de estudios que concluye la heterogeneidad del TAP se ha enfocado principalmente en población masculina (Gunderson & Links, 2008; Blackburn, 1975). Algunos teóricos argumentan que el TAP en la mujer representa la expresión fenotípica del TLP (Karpman, 1941; Verona & Vitale, 2006; Nicholls & Petrila, 2006).

Se ha descrito el manejo psicoterapéutico y farmacológico de las personas con trastornos de la personalidad; sin embargo, éste se vuelve por demás complicado

en personas involucradas en el sistema judicial. Dentro de estos tratamientos se ha propuesto el sistema penitenciario respecto a personas que delinquen y cuentan con el diagnóstico de un trastorno mental. Acorde a la información publicada por el Hospital de Alicante en España, los trastornos de personalidad fueron el segundo diagnóstico en frecuencia, sólo precedido por el de esquizofrenia. No obstante, se menciona que “se debería evitar el internamiento en los hospitales penitenciarios de personas con diagnóstico principal de trastorno de la personalidad” (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2016).

Históricamente, la psiquiatría en prisiones propició la creación de la psiquiatría forense. Esto favoreció al desarrollo del cuidado psiquiátrico para personas con conducta delictiva y con enfermedad mental bajo custodia y, en lo sucesivo, al propósito de construir hospitales para ello. Este objetivo se ha visto cada vez más lejano en el sistema penitenciario mexicano, que está por demás saturado.

CONCLUSIÓN

El tratamiento del TLP sigue siendo un área en constante cambio e investigación por parte de las neurociencias. La coexistencia con otros trastornos asociados sin duda representa un reto aún mayor. Esto puede ser por el posible traslape

entre las características clínicas, los mecanismos defensivos, los circuitos neurobiológicos y su interacción, lo cual puede conllevar a un pronóstico complejo, peor aún en personas inmersas en el sistema legal penitenciario.

¿Hasta dónde está el TLP afectando a la persona y en qué momento "comienza" a hacerlo? ¿Realmente existe una “separación” o es más bien una “integración” psicopatológica?

En términos clínicos, no es posible separar a la persona, sino integrarla como tal vez no pudieron hacerlo con sus propios mecanismos defensivos. La ampliación de hospitales psiquiátricos penitenciarios tendría la finalidad de contar con infraestructura, personal capacitado y procedimientos de atención a personas con enfermedad mental y con problemas legales vigentes. Un área de investigación futura podría ser explorar la comorbilidad de TLP y TAP en población penitenciaria, ya que describir las diferencias caracterológicas de estos trastornos excedería los límites de esta publicación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No hay conflicto de interés.

CLÁUSULA

El caso está adaptado para fines académicos y de confidencialidad.

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición. Editorial Médica Panamericana.
- BLACKBURN, R.** (1975). An empirical classification of psychopathic personality. *British Journal of Psychiatry*, 127, 456-460.
- GRANT, B.F., CHOU, S.P., GOLDSTEIN, R.B., HUANG, B., STINSON, F.S., SAHA, T.D., SMITH, S.M., DAWSON, D.A., PULAY, A.J., PICKERING, R.P. & RUAN W.J.** (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 69, 533-45.
- GROSS, R., OLFSON, M., GAMEROFF, M., SHEA, S., FEDER, A., FUENTES, M., LANTIGUA, R. & WEISSMAN, M.M.** (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med*, 162, 53-60.
- GUNDERSON, J.G.** (2011). Borderline personality disorder. *N Engl J Med*, 364, 2037-42.
- GUNDERSON, J.G. & LINKS, P.S.** (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide*, 2nd ed. American Psychiatric Press, Inc.
- HARE, R.D.** (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder: A case of diagnostic confusion. *The Psychiatric Times*, 13(2), 39-40.
- KARPMAN, B.** (1941). On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: The symptomatic and the idiopathic. *Journal of Criminal Psychopathology*, 3, 112-137.
- KERNBERG, O.** (1997). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós.
- KEUROGHLIAN, A.S., FRANKENBURG, F.R. & ZANARINI, M.C.** (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res*, 47, 1499-506.
- LEICHSENRING, F., LEIBING, E., KRUSE, J., NEW S.A. & LEWEKE, F.** (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- MAREL, C., MILLS, K.L., DARKE, S., ROSS, J., SLADE, T., BURNS, L. & TEESON, M.** (2013). Static and dynamic predictors of criminal involvement among people with heroin dependence: Findings from a 3-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 600-606.
- NICHOLLS, T.L. & PETRILA, J.** (2006). Gender and psychopathy: an overview of important issues and introduction to the special issue. *Behav Sci & L*, 23, 729-41.
- SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.** (2016). *Hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria. Propuesta de acción*. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto/Coordinación de Sanidad.
- VERONA, E. & VITALE, J.** (2006). Psychopathy in women: assessment, manifestation, and etiology. En: C.J. Patrick, *Handbook of Psychopathy*, pp. 415-436. Guilford Press.

Es Tiempo de Querernos



#TiempoDeQuerernos

conoce las estrategias de
acompañamiento, prevención y
atención psicológica que la estrategia
Quererte en Casa tiene para ti:

<https://quererteencasa.jalisco.gob.mx/>



Protocolo para la identificación, evaluación y manejo del riesgo suicida en personas usuarias en CAISAME Estancia Prolongada

Dr. Jesús Alejandro Aldana López¹
Dra. Ana Victoria Chávez Sánchez²
Dr. Manuel Alejandro López Sandoual³

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986), el suicidio se define como “un acto con resultado fatal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. La conducta suicida es el conjunto de comportamientos relacionados con la intencionalidad de comunicar, actuar o ejecutar un acto autodestructivo que podría acabar con la propia vida. Implica un *continuum* que va desde las fantasías de muerte, autolesiones, ideación y amenazas, hasta los gestos e intentos suicidas. Se trata de un problema multifactorial que resulta de la interacción de variables biológicas, genéticas, psicológicas, sociológicas y ambientales.

1. Médico psiquiatra. Subdirector de Desarrollo del Instituto Jalisciense de Salud Mental.
2. Médico psiquiatra. Jefa de Enseñanza, Investigación y Capacitación de caisame Estancia Prolongada.
3. Médico residente de Psiquiatría del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

El suicidio es un fenómeno global, con significado existencial, impactante, que afecta todas las esferas de la sociedad y que ha acompañado al hombre durante su existencia. Se estima una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, y existen amplias diferencias según edad y género. De quienes lo intentaron y fallaron, una tercera parte tuvo otro intento en el curso del año siguiente. Los antecedentes personales de intentos suicidas son uno de los factores de riesgo más asociados a la posibilidad de un futuro suicidio.

En el mundo, aproximadamente 800 mil personas mueren al año por suicidio, lo que equivale a una muerte de este tipo cada 40 segundos (OMS, 2014). Se estima que por cada suicidio consumado existen múltiples intentos fallidos previos, los cuales son el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado. En México, en 2016 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) emitió un comunicado de prensa a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, en el cual menciona que 6 291 muertes fueron por esta causa, lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 mil habitantes. De los 6 291 fallecidos por suicidio, 5 116 eran hombres y 1 173 mujeres. El ahorcamiento, sofocamiento o estrangulación fue el medio principal, con un total de 80.8%, seguido por disparo con arma de fuego, con 7.7%. Los principales métodos utilizados por los hombres fueron el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (82.8%) y disparo con arma de fuego (8.8%); las mujeres recurrieron al ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación

(74.5%) y al envenenamiento (18.3%). El comunicado menciona que en Jalisco ocurren 7.7 suicidios por cada 100 mil habitantes.

FACTORES DE RIESGO

El riesgo suicida se estima mediante el juicio clínico del profesional, valorando factores de cada persona en un momento determinado de su vida y ante estresores específicos. Los factores de riesgo se pueden clasificar en *modificables* e *inmodificables*. Los primeros se relacionan con variables sociales, psicológicas y contextuales, y pueden modificarse con el manejo clínico. Los inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y su cambio es ajeno a las intervenciones clínicas.

Por otra parte, los factores protectores de suicidio son aquéllos que disminuyen la posibilidad de suicidio en presencia de factores de riesgo. Se dividen en *personales* y *sociales o ambientales* (Brent, Oquendo & Reynolds, 2019).

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Con base en el Sistema de Manchester (Dieppe, 2009), el cual hace sus clasificaciones en función de la situación clínica o categorías sintomáticas cerradas, se ha recomendado el triage del riesgo suicida. Para éste, la conducta de la persona usuaria puede ser muy variada, desde los gestos suicidas hasta un compromiso vital, sin pasar por alto encontrarse bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva o en estado de agitación psicomotriz. Se recomienda asegurar la atención dentro de la primera hora de su

Tabla 1. Factores de riesgo y factores protectores asociados al suicidio

Factores de riesgo asociados a suicidio		Factores protectores de suicidio	
Modificables	Inmodificables	Personales	Sociales o ambientales
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo mayor. • Trastorno del espectro de la esquizofrenia. • Trastornos de ansiedad. • Trastornos por consumo de sustancias. • Trastornos de la personalidad. • Salud física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Heredabilidad. • Sexo (hombre). • Edad (adolescentes/ adultos jóvenes y edad geriátrica). • Estado civil. • Situación laboral y económica. • Creencias religiosas. • Conducta suicida previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad en resolución de conflictos o problemas. • Tener confianza en uno mismo. • Habilidad para relaciones sociales e interpersonales. • Flexibilidad cognitiva. • Tener hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar y social, así como su calidad y fuerza. • Integración social. • Creencias o prácticas religiosas. • Adoptar valores culturales. • Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en persona usuarias con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

llegada al servicio de consulta externa tras la detección de ideación suicida o, en caso de tentativa, dentro de los primeros diez minutos posteriores (Robles García, 2005). Se propone realizar el tamizaje o triage mediante cuatro preguntas clave: 1) ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?, 2) ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?, 3) ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?, 4) ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas? (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012)

ESCALAS DE EVALUACIÓN PARA LA IDEACIÓN-RIESGO DE SUICIDIO

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo. Se cuenta hasta el momento con dos herramientas básicas: la entrevista y las escalas de evaluación. Aunque estas últimas son útiles para apoyar a la toma de decisiones, no sustituyen al juicio clínico, por lo que deben considerarse un apoyo o complemento de éste.

Existe una amplia gama de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio que suelen basarse en la valoración directa de ideas/conductas suicidas y factores de riesgo asociados. Sin embargo, aún no existen indicadores específicos con un suficiente poder predictivo que permitan asegurar y garantizar los resultados finales de la intervención (Belsher *et al.*, 2019).

ESCALA SAD PERSONS

Diseñada por Patterson y colaboradores (1983), su nombre corresponde al acrónimo en inglés formado por la inicial de los diez ítems que la componen (masculino; edad <20 o >45 años; presencia de depresión; intento previo; abuso de alcohol; ausencia de pensamiento racional; apoyo social inadecuado; plan elaborado; sin pareja; problemas de salud). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Un total inferior a

Tabla 2. Escala SAD PERSONS

Explore la presencia de los siguientes factores de riesgo para suicidio. Valore la ausencia/ presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Suma el total y obtenga una calificación para estimar el nivel de riesgo suicida de la persona usuaria.

	Acrónimo en inglés	Traducción al español	Valor/Calificación	
S	Sex	Masculino	0/1	
A	Age	<20 o >45 años	0/1	
D	Depression	Presencia de depresión	0/1	
P	Previous attempt	Intento previo	0/1	
E	Ethanol abuse	Abuso de alcohol	0/1	
R	Rational thinking loss	Ausencia de pensamiento racional	0/1	
S	Social support lacking	Apoyo social inadecuado	0/1	
O	Organized plan for suicide	Plan elaborado	0/1	
N	No spouse	Sin pareja	0/1	
S	Sickness	Problemas de salud	0/1	
Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio. Entre 3 y 4 indica riesgo moderado. Entre 5 y 6, riesgo alto. Entre 7 y 10, riesgo muy alto.			Total	0-10

Fuente: Adaptado de Patterson et al. (1983).

2 indica bajo riesgo de suicidio; entre 3 y 4, riesgo moderado; entre 5 y 6, riesgo alto, y entre 7 y 10, riesgo muy alto. El instrumento cuenta con una sensibilidad de 75% (95% CI 8-24) y especificidad del 97% (Runeson et al., 2017).

ALCANCE

Este documento condensa la información clínica relevante para la identificación, evaluación

y manejo de la conducta suicida para los profesionales de las áreas implicadas: psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería. La población diana son aquellos adolescentes, adultos o personas de la tercera edad que presentan riesgo de suicidio, ideación o conductas suicidas, tanto en las áreas de hospitalización, como de consulta externa y rehabilitación.

Tabla 3. Graduación del riesgo suicida y acciones

Riesgo	Acciones
Bajo (presencia de ideación suicida, sin planificación)	Si la persona usuaria se encuentra en consulta externa o en hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de comunicación de sentimientos e ideación suicida. • Centrarse en aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de conflictos empleadas en el pasado. • Citas a consulta externa de forma regular, por lo menos cada semana.
Medio (ideación suicida y planificación suicida no inmediata/no estructurada)	Si la persona usuaria se encuentra en consulta externa: <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo, trabajar comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades personales de solución de conflictos. • Explorar alternativas para la resolución de conflictos diferentes al suicidio. • Pactar contrato de “no suicidio” (conseguir que la persona se comprometa a no llevar a cabo el suicidio): <ul style="list-style-type: none"> • Sin contactar personal sanitario. • Por un periodo específico. • Contactar a la familia o a otros miembros de la red de apoyo. Si la persona usuaria se encuentra en hospitalización, además: <ul style="list-style-type: none"> • Considerar mantenerla bajo vigilancia estrecha en las áreas de observación dentro de la respectiva zona de hospitalización.
Alto (plan estructurado, inmediato y factible)	Si la persona usuaria se encuentra en consulta externa: <ul style="list-style-type: none"> • Hablar tranquilamente con la persona y alejar los objetos con los cuales se pudiera dañar. • Salvaguardar su integridad mediante hospitalización. Si la persona usuaria se encuentra en hospitalización, además: <ul style="list-style-type: none"> • Trasladarla a unidad psiquiátrica con el fin de mantener vigilancia estrecha.

Fuente: Adaptado de OMS (2000).

La elaboración y aplicación de este protocolo para la atención del riesgo suicida ayudará a la toma de decisiones sobre su manejo, a disminuir variabilidad en la práctica clínica y, en consecuencia, a prevenir consecuencias fatales y tratar las conductas suicidas suscitadas en nuestra población.

LÍMITES DEL PROTOCOLO

Inicia desde el reporte espontáneo por parte del persona usuaria o familiar, la detección incidental de conducta suicida de una persona usuaria por parte del personal, así como en la evaluación sistemática y

consulta de las personas usuarias. Finaliza tras la reducción del riesgo suicida y el control de sus factores asociados.

JUSTIFICACIÓN

El presente protocolo brinda un panorama actual del país y del estado. Brinda información actualizada y precisa acerca de las características sociodemográficas y clínicas de la población que presenta alguna conducta o ideación suicida. Es fundamental con respecto al compromiso de los estados miembro de la OMS —incluyendo a México— de trabajar en las medidas que

Tabla 4. Criterios para la hospitalización de persona usuaria con conducta suicida. Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario

<p>Necesidad de ingreso Después de un intento de suicidio o de un intento abortado, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persona usuaria con psicosis. • Intento de suicidio violento, casi letal, premeditado. • Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate. • Presencia de planes o ideación suicida persistente. • Persona usuaria lamenta haber sobrevivido. • Persona usuaria hombre, mayor de 45 años, con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida. • Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de situación estable de vida. • Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de atención. <p>El ingreso puede ser necesario En presencia de ideación suicida con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicosis. • Plan específico de alta letalidad. • Importantes intentos de suicidio previos. • Enfermedad psiquiátrica persistente y grave. • Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves. • Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar para un tratamiento ambulatorio. • Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electroconvulsiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de adecuada relación médico-persona usuaria o incapacidad para realizar seguimiento ambulatorio. • Ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes, pero evidencia a través de evaluación psiquiátrica que sugiera alto riesgo de suicidio. <p>Alta desde el servicio de urgencias con recomendaciones de seguimiento: Después de un intento de suicidio o en presencia de ideación/plan, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La conducta suicida es reacción a eventos precipitantes, particularmente si la visión de la persona usuaria de la situación ha cambiado desde su llegada al servicio de urgencias. • Métodos/planes e intento de baja letalidad. • La persona usuaria tiene una situación vital estable y de apoyo. • La persona usuaria es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento y con posibilidad de contactar al terapeuta si se está actualmente en tratamiento. • El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización. • La persona usuaria tiene ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos graves, se dispone de situación vital estable y de apoyo y existe posibilidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios.
--	--

Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association (2003).

conduzcan a reducir las muertes por suicidio en un 10% para el 2020. La meta es también para el 2030 reducir en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante promoción a la salud y bienestar mental. Se implementa con el fin de realizar acciones de identificación y evaluación del espectro de la ideación y conducta suicidas, sus factores de riesgo, factores protectores y manejo en caso de detección.

La OMS ha realizado recomendaciones sobre cómo evaluar el riesgo de suicidio en atención primaria, las cuales se

adaptan del mismo modo a una unidad especializada como la nuestra. Asimismo, el diseño del algoritmo y árbol de decisiones sigue las sugerencias de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en función de los factores identificados.

OBJETIVO

Brindar a individuos con riesgo de conductas suicidas atención oportuna y basada en la evidencia en los servicios de hospitalización y de consulta externa del CAISAME Estancia Prolongada, contemplando el uso de instrumentos estandarizados de evaluación de conducta suicida que ofrezcan un

sustento en la toma de decisiones, así como estandarizar la notificación con fines estadísticos de conducta suicida a través de un formato interno basado en el *Cuestionario de suicidio o intento de suicidio* del INEGI.

- Hacer partícipes a la familia y allegados en el proceso de evaluación y tratamiento.
- Garantizar la privacidad, confidencialidad y respeto de la persona usuaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de riesgo suicida en la población atendida en el CAISAME Estancia Prolongada.
- Estandarizar la forma de evaluar la conducta e ideación suicidas de la población atendida en CAISAME Estancia Prolongada .
- Estandarizar el manejo cuando se identifiquen factores de riesgo para la conducta e ideación suicidas en la población atendida en CAISAME Estancia Prolongada .
- Establecer protocolo de actuación ante el diferente espectro de la fenomenología suicida.
- Ofrecer al profesional de salud mental del CAISAME Estancia Prolongada, incluidos enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social y medicina general, aspectos de identificación, evaluación y manejo de la conducta e ideación suicidas.
- Generar evidencia y estadística interna del fenómeno suicida en el CAISAME Estancia Prolongada, identificando áreas para investigación futura.

CONDICIONES GENERALES Y POLÍTICAS DEL PROCEDIMIENTO

El manejo de la ideación y la conducta suicidas deberá siempre incluir:

- Apoyo individual y familiar.
- Coordinación entre profesionales del equipo multidisciplinario.
- Atención de patología de base.

Evaluación psicopatológica y social básicas

Tanto en consulta externa como en hospitalización, tras un episodio de ideación o conducta suicida se debe realizar una evaluación psicopatológica y del medio social, así como de factores psicológicos, contextuales y de riesgo.

Criterios de derivación a psiquiatría

En caso de que la ideación o tentativa suicida sea identificada por otro profesional del equipo multidisciplinario (trabajo social, psicología, enfermería), la decisión final sobre la derivación a valoración por psiquiatra y su carácter urgente o no urgente se hará mediante una valoración global de estos criterios.

Triage

Todas las personas usuarias que acudan a la unidad deberán ser evaluadas con el cuestionario Dieppe de triage para asegurar su atención al menos dentro de la primera hora de su llegada, en el caso de consulta externa, o de su valoración en el área, en caso de encontrarse hospitalizado.

Notificación y reporte

En caso de una tentativa reciente o ideación suicida detectadas en el área de hospitalización o en consulta externa, se deberá reportar en nota clínica y formato para el registro en un lapso no mayor a 48 horas después del episodio.

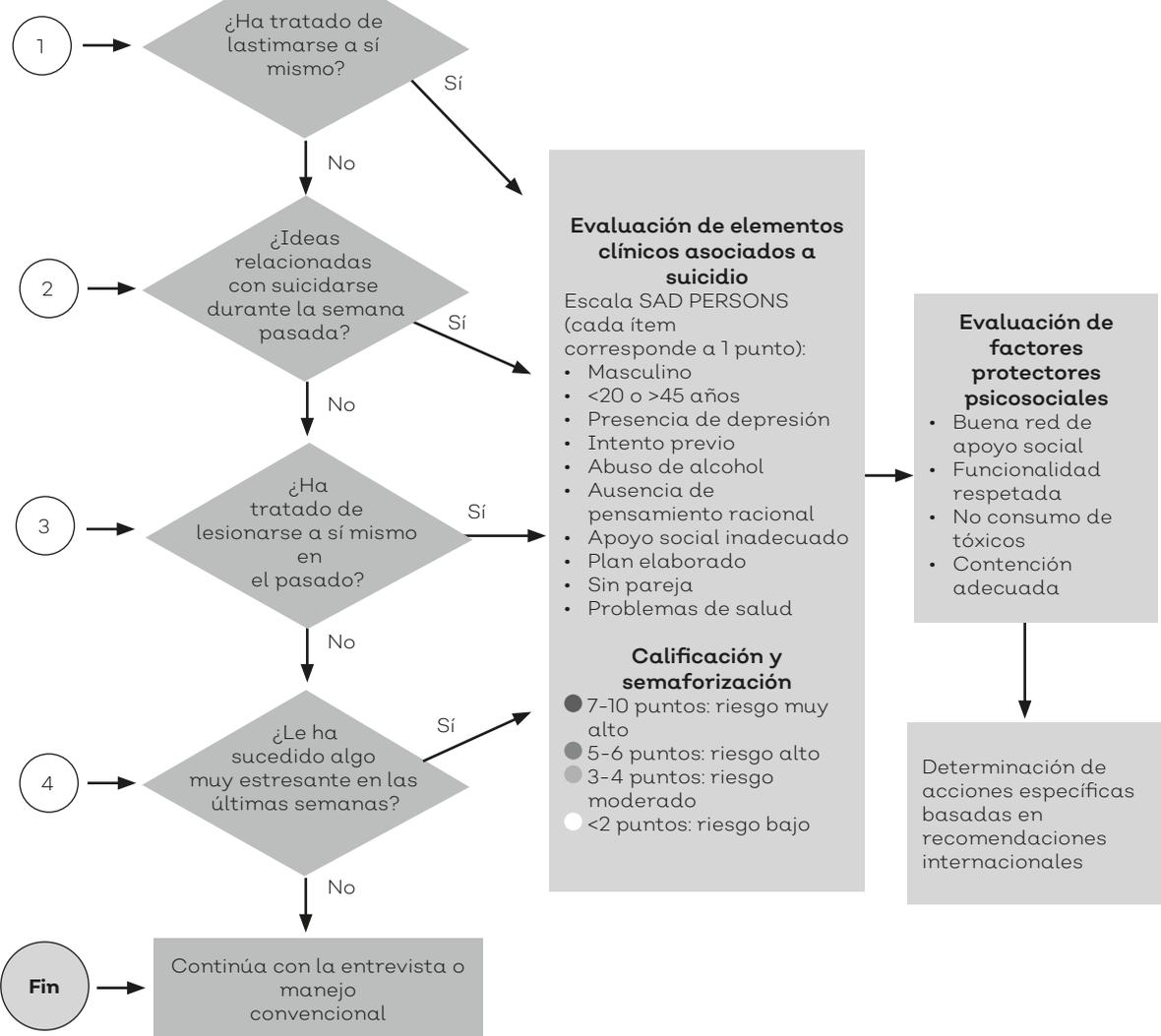
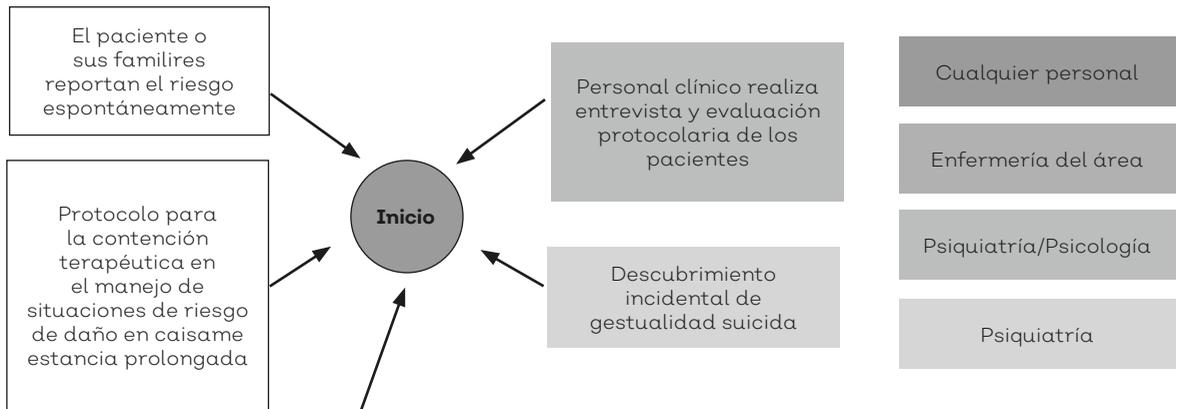


Diagrama de flujo de tentativa suicida en consulta externa

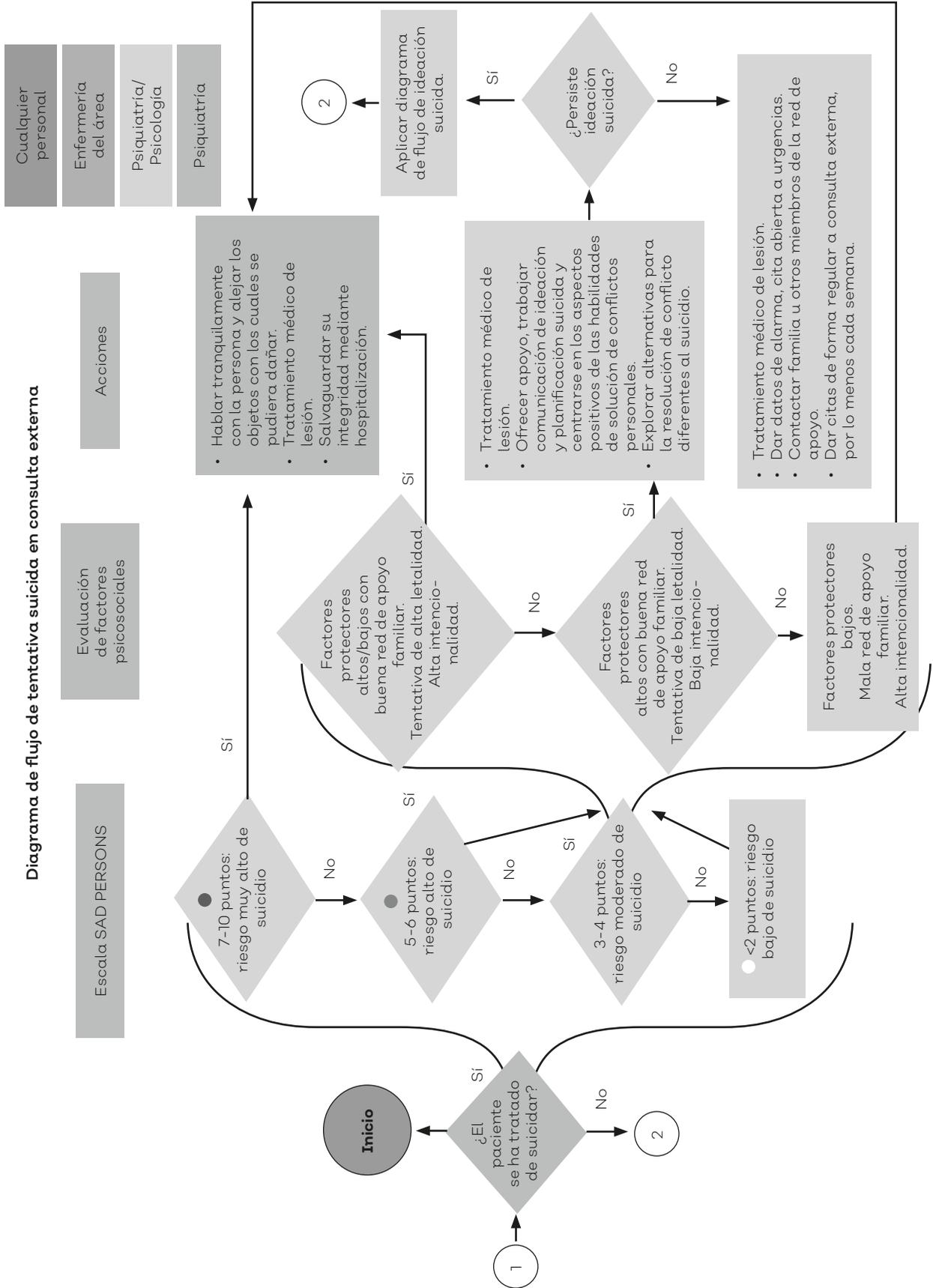


Diagrama de flujo de tentativa suicida en hospital

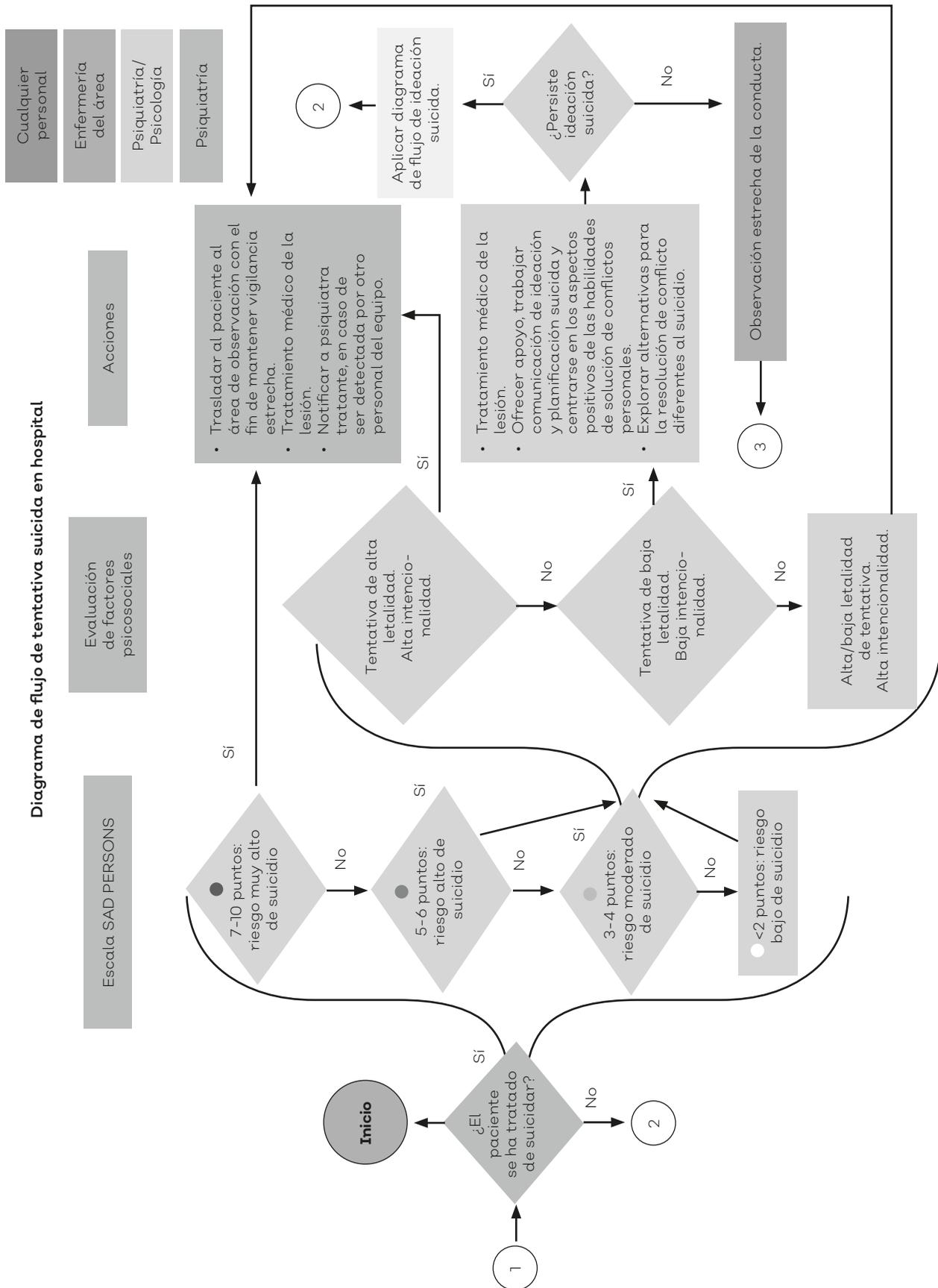


Diagrama de flujo de ideación suicida en consulta externa

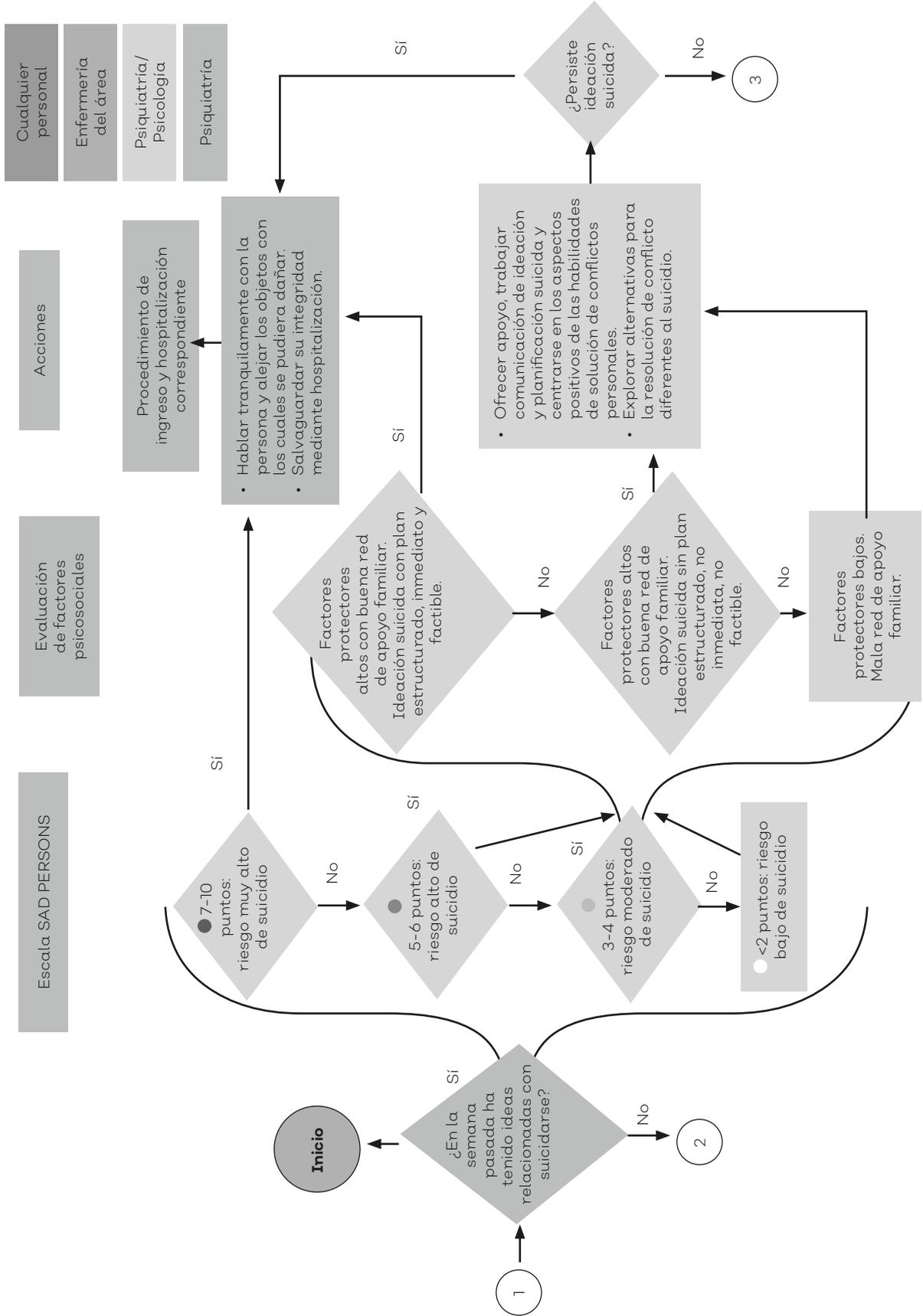
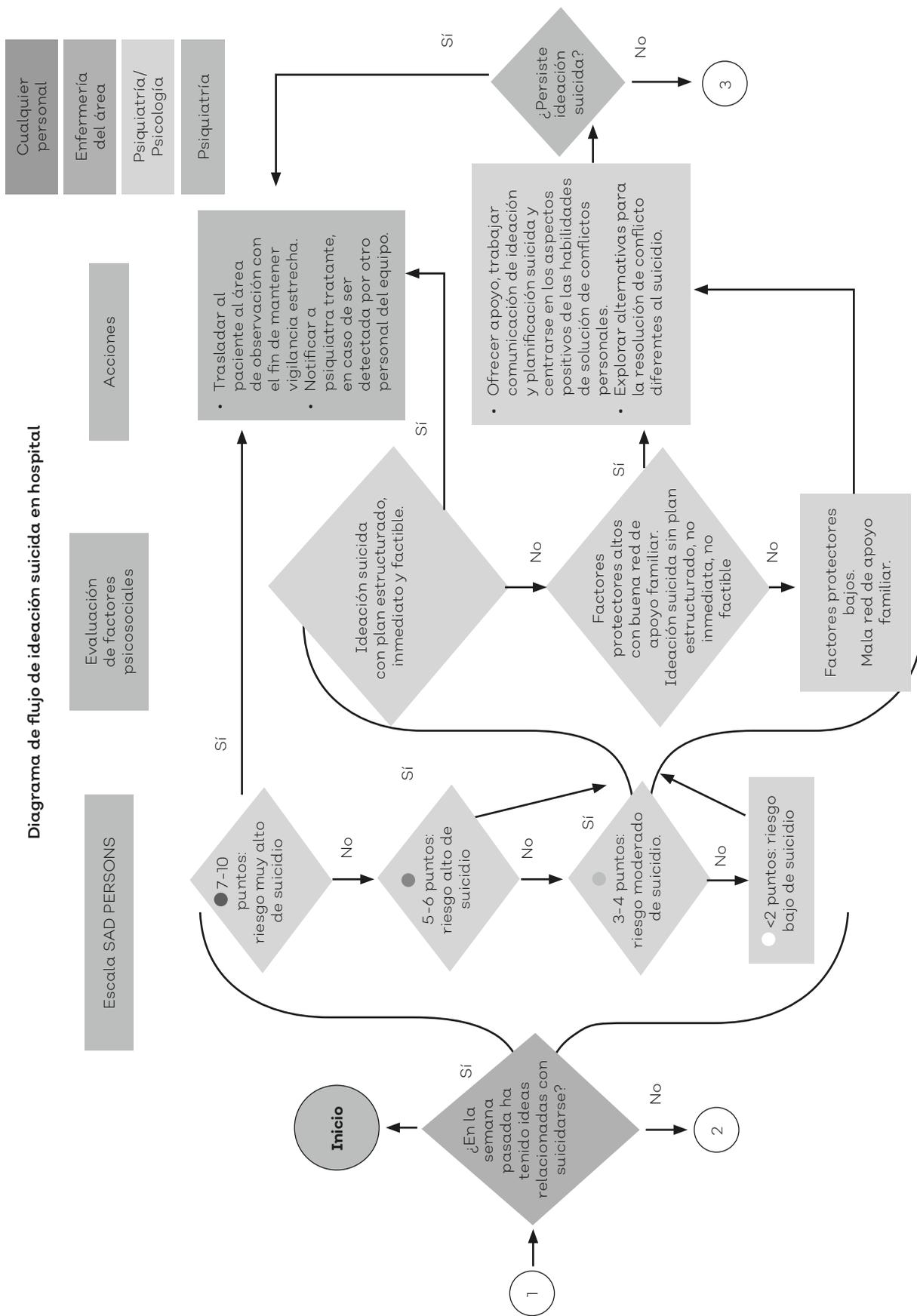


Diagrama de flujo de ideación suicida en hospital



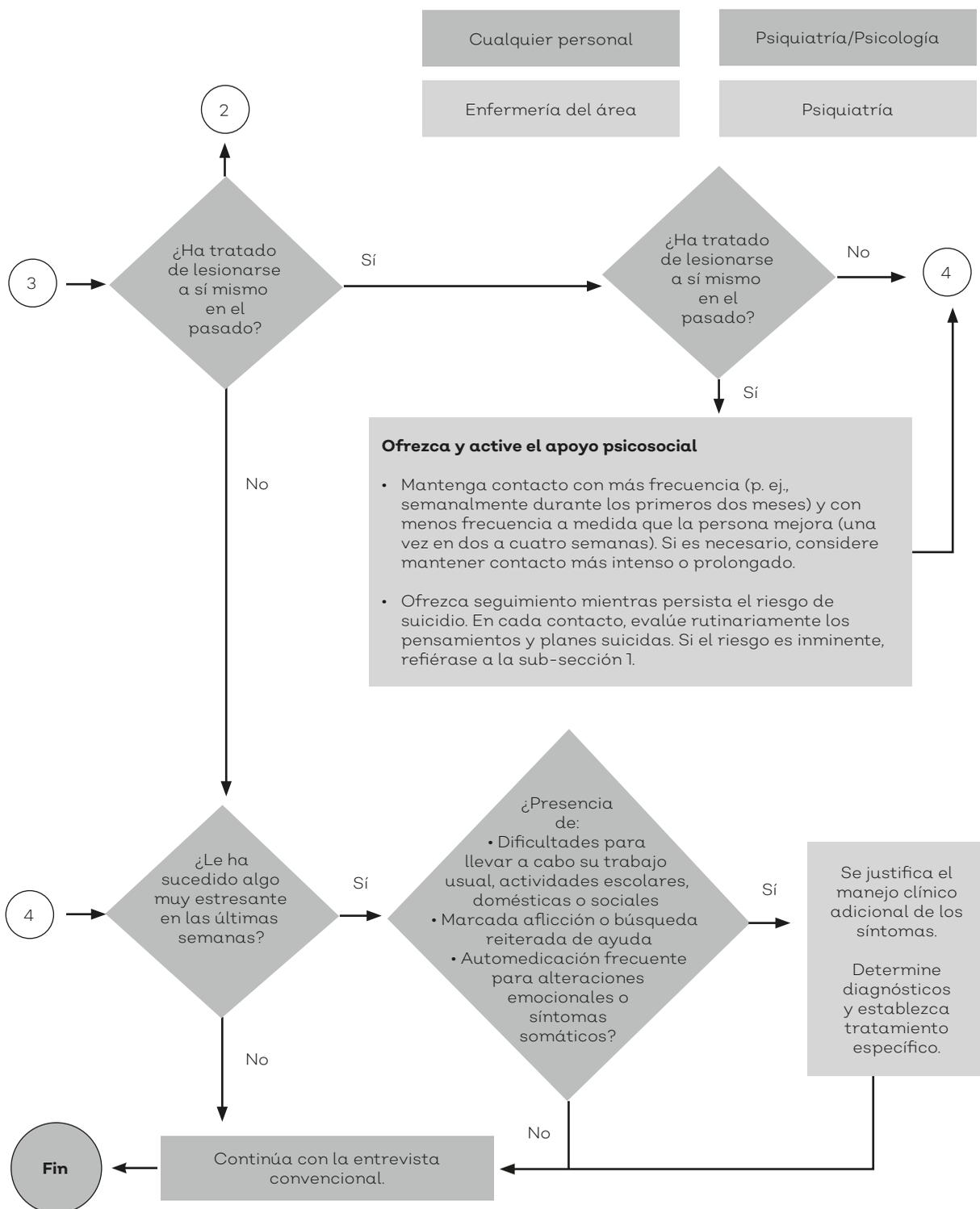


Tabla 5. Glosario

Concepto	Definición
Protocolo	El protocolo médico es un método científico con alta rentabilidad asistencial, docente y de investigación en el cual se fija por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica. Es aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas.
Persona usuaria	Toda persona que padece un trastorno mental y del comportamiento que emplea los servicios de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
Riesgo de daño	Situación clínica de emergencia en la que ocurren lesiones o tiene potencial de generarlas. Se realiza por una persona ya sea hacia sí misma o en contra de los demás.
Conducta autolesiva / riesgo suicida	La persona usuaria puede estar en riesgo provocarse a sí misma lesiones intencionales o suicidarse, o presentar acciones/comportamientos destructivos para la propia seguridad o salud.
Riesgo de daño a los demás	La persona usuaria puede estar en riesgo de causar daños a otras personas o alentar/involucrar a otros en esa causa.
Alta letalidad	Posibilidad de que el acto llevado a cabo realmente cause la muerte del sujeto.
Manejo ambulatorio	Persona usuaria que acude a visita a un establecimiento de salud para diagnóstico o tratamiento sin pasar la noche en el mismo.
Ideas de muerte	Pensamientos relacionados con la propia muerte, pero no con el suicidio.
Ideación suicida	Pensamientos relacionados con el suicidio, con una intención de realizarlo y con presencia o no de un plan estructurado para llevarlo a cabo.
Gesto suicida	Conductas encaminadas a quitarse la vida que no llegan a provocar un daño tisular. Generalmente son detenidas por el individuo o por terceros.
Intento suicida	Conducta encaminada a quitarse la vida que provoca un daño tisular y que, posterior a su realización, no consigue la muerte.
Suicidio consumado	Muerte autoinfligida con suficiente evidencia para inferir que la persona intentaba morir.
Triage	Término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar. Se define como la revisión clínica y sistemática de todos los individuos que acuden al servicio de urgencias, mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia y el tiempo en que será atendido.

Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. American Psychiatric Association Publishing.
- ARSENAULT-LAPIERRE, G., KIM, C. & TURECKI G.** (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(37), 1-11.
- BEAUTRAIS, A.L., COLLINGS, S.C.D. & EHRHARDT, P.** (2005). *Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- BELSHER, B.E., SMOLENSKI, D.J., PRUITT, L.D. ET AL.** (2019). Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry*, (6), 642-651. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0174
- BERTOLETE, J.M. & FLEISCHMANN, A.** (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7(2), 6-8.
- BOBES GARCÍA, J., GINER UBAGO, J. & DAIZ, J.** (2011). *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Triacastela.
- BORGES, G., OROZCO, R., BENJET, C. & MEDINA-MORA, M.E.** (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Méx*, 52(4), 292-304.
- BORGES, G., OROZCO, R. & MEDINA-MORA, M.E.** (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública Méx*, 54(6), 595-606.
- BRENT, D.A., OQUENDO, M.A. & REYNOLDS, C.F.** (2019). Caring for suicidal patients. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0927
- CARRIGAN, C.G. & LYNCH, D.J.** (2003). Managing suicide attempts. *Prim. Care Companion J. Clin Psychiatry*, 7(12), 1617-1628.
- CHÁVEZ-HERNÁNDEZ, A. & MACÍAS-GARCÍA, I.** (2015). Understanding suicide in socially vulnerable contexts: Psychological autopsy in a small town in Mexico. *Suicide Life Threatening Behavior*, 46(1), 3-12.
- CHINCHILLA, A., CORREAS, J. & VEGA, M.** (2003). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Masson.
- DIEPPE, C., STANHOPE, B. & RAKHRA, K.** (2009). Children who harm themselves: development of paediatric emergency department triage tool. *Emerg Med J*, 26(6), 418-20.
- GÓMEZ-CHAM, A.** (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Rev Med Clin Condes*, 23(5), 607-615.
- HAWTON, K. & VAN HEERINGEN, K.** (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-81.
- HOROWITZ, I.M., WANG, P.S., KOOCHEER, G.P., BURR, B.H., SMITH, M.F., KAVLON, S. & CLEARY P.D.** (2001). Detecting suicide risk in pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 107(5), 1133-1137.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA.** (2001). *Cuestionario de suicidio. Forma PEC-6-36. Modelo 2001*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA.** (2011). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA.** (2018). *Comunicado de prensa Núm. 410/18. 7 de Septiembre de 2018*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ" & SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO FEDERAL.** (2016). *Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales*. Secretaría de Salud.
- MELHEM, N.M., PORTA, G., OQUENDO, M.A. ET AL.** (2019). Severity and Variability of Depression Symptoms Predicting Suicide Attempt in High-Risk Individuals. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 603-613. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4513
- MEDINA-MORA, M.E., BORGES, G., BENJET, C. & LARA C.** (2003). *Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica*. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.** (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL.** (s.f). *Preventing suicide. Program Activities Guide*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://louisvilleky.gov/document/programactivitiesguidepdf>
- NOCK, M.K., BORGES, G., BROMET, E.J., CHA, C.B., KESSLER, R.C. & LEE, S.** (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30(1), 133-154.
- O'CARROL, P.W., BERMAN, A.L., MARIS, R.W., MOSCICKI, E.K., TANNEY, B.L. & SILVERMAN, M.** (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 26(3), 237-252.
- OQUENDO, M., CURRIER, D. & POSNER, K.** (2009) Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*, 2(2), 63-65.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Departamento de Salud Mental y Toxicología. Organización Mundial de la Salud. www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OFICINA REGIONAL PARA EUROPA.** (Septiembre de 1986). Grupo de trabajo para prevención del suicidio en suicidios consumados e intentos de suicidio. (documento ICP/PSF 017(S))
- PATTERSON, W.M., DOHN, H.H., BIRD J. & PATTERSON, G.A.** (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 4, 348-349.
- ROBLES GARCÍA, R., AGRAZ PÁEZ, A., ASCENCIO GUIRADO, M., MERCADO SALCEDO, E. & HERNÁNDEZ MUÑOZ, L.** (2005). Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Esp Psiquiat*, 33, 292-7
- RUNESON, B., ODEBERG, J., PETERSSON, A., EDBOM, T., JILDEVIK ADAMSSON, I. & WAERN, M.** (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS one*, 12(7), e0180292. doi:10.1371/journal.pone.0180292
- SAKINOFSKY, I.** (2007). Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. *Can J Psychiatry*, 52(6S1), 71S-84S.

Disruptivo



ENRIQUE OROZ



ENRIQUE OROZ

La pintura de Enrique Oroz refleja una violenta cuanto fructífera revaloración de los símbolos de la historia del arte y de la cultura pop. Al artista nacido en 1965 en Ciudad Obregón, Sonora, y residente desde su infancia temprana en Guadalajara, le obsesionan temas fundamentales: el erotismo y la religiosidad, que es tanto como decir que la vitalidad sin freno y el misterio de la muerte son los temas predominantes de su obra.

El artista ha expresado, con respecto a su interés en el arte religioso: “lo que hago es reinventar ese tipo de pintura a partir de la historia y del presente, incursionando en un mundo pictórico agotado y generando un nuevo lenguaje, (...) tratar de crear una pintura posible, en constante diálogo con la realidad, y de paso sacudir el polvo del espectador en una ciudad como Guadalajara, donde se acostumbra a observar el arte, la pintura, de manera en exceso pasiva”.

De formación preponderantemente autodidacta, Enrique Oroz es un pintor libérrimo cuyas imágenes tienen fuertes reminiscencias de los grandes maestros, así como inserciones desafiantes de íconos de la cultura popular, como señala Rubén Bonet: “atmósferas que remiten al esperpento de Goya combinado con un Warhol de bajo presupuesto y guiños a los aspavientos neoexpresionistas de Pollock”. La exaltación del alcoholismo como forma de vida es notoria en las

obras y en la manera en que el artista ve el mundo, pero esto no altera el enorme control que ejerce sobre sus ejecuciones.

Pintor en ascendente demanda, Enrique Oroz ha expuesto su obra en Guadalajara en la Galería de Arte Moderno, el Museo de las Artes de la Universidad de Guadalajara, la Casa Vallarta, el Ex Convento del Carmen, el Museo Raúl Anguiano y el Instituto Cultural Cabañas, entre otros espacios. Su exposición individual *Bizarro* se presentó en 2008 en la Galería de la Secretaría de Hacienda de la Ciudad de México, y el Museo de Arte de Zapopan (MAZ) expuso en 2012 su muestra *A mano armada*. En el extranjero ha exhibido su obra en Les Beaux-Arts de Saint-Étienne, Francia, en 2006, y en el Taller de Tony Wolfenberger en Zurich, Suiza, en 2007. Obras suyas forman parte de la Colección del Pueblo de Jalisco del Instituto Cultural Cabañas del acervo del Museo Álvaro Carrillo Gil, la Colección del Museo de Arte Contemporáneo Ateneo de Yucatán, la Colección del Museo de las Artes de Guadalajara (MUSA), la Colección del Museo Internacional de Arte de la Fundación Black Coffee Gallery.

Además, el maestro Oroz fue integrante del Sistema Nacional de Creadores del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes de 2014 a 2016.

Jorge Pech Casanova





Judas



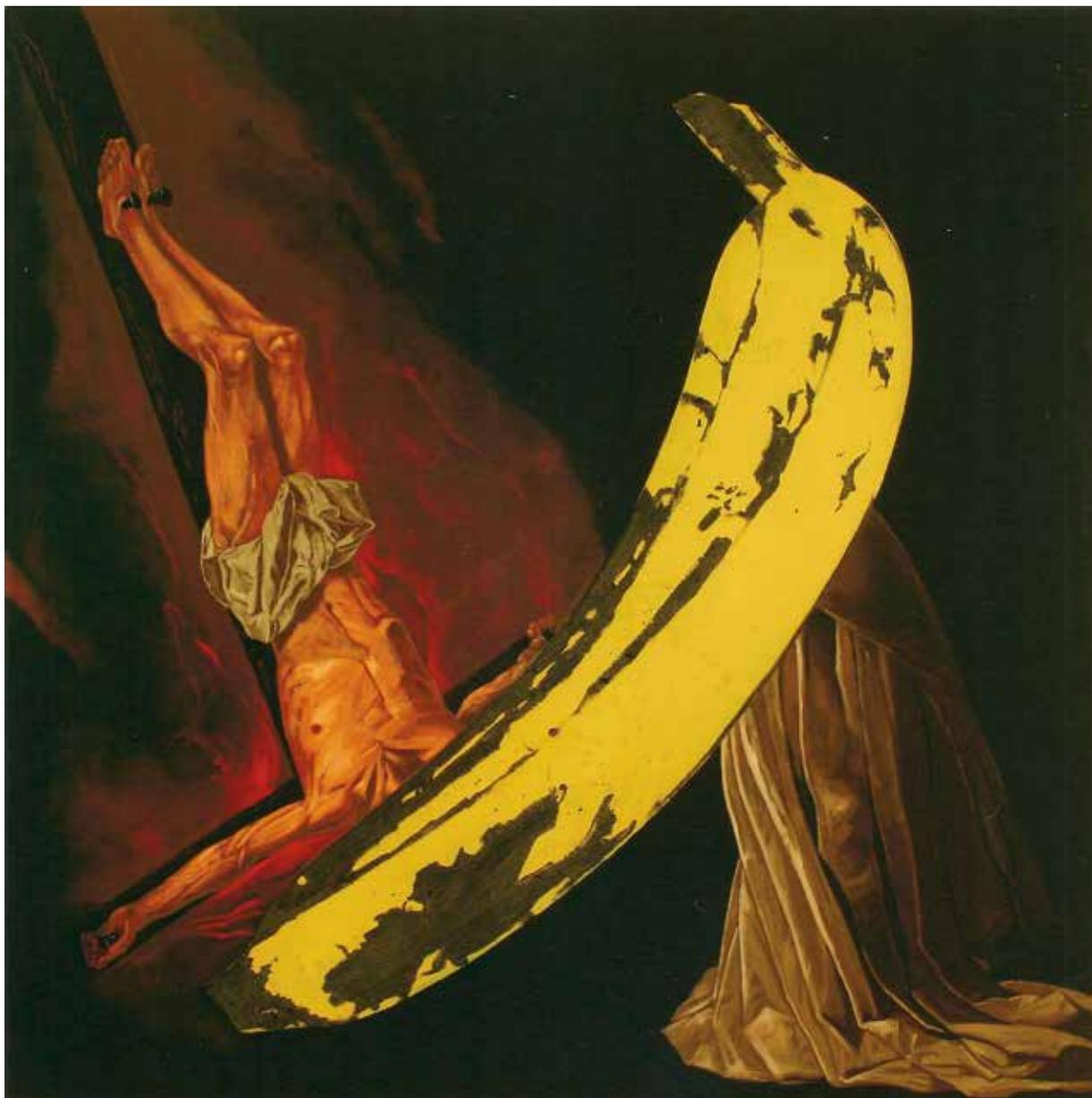
Anthraz







Hombre siendo torturado con música de fondo

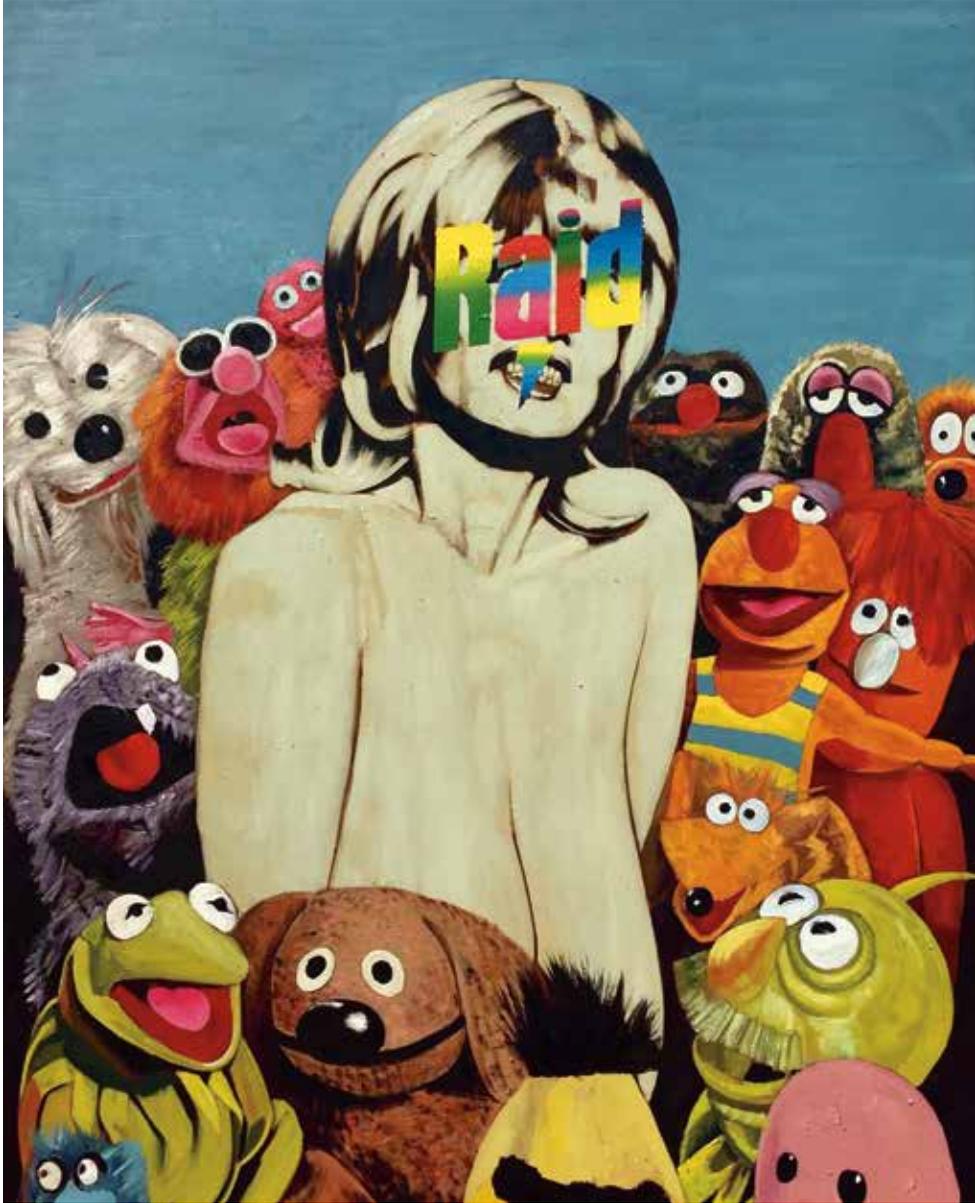


Aparición de la santísima banana

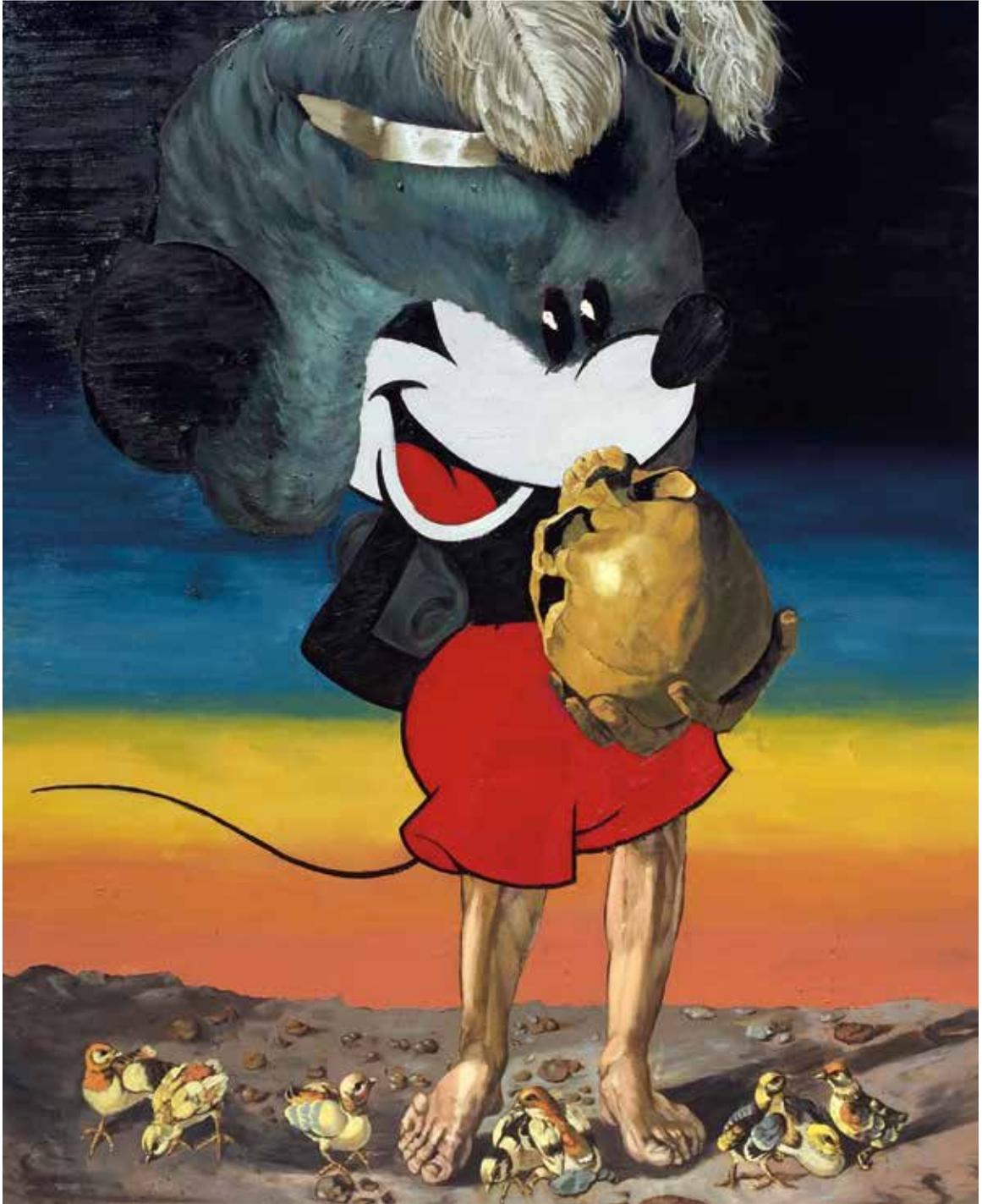




La muerte de las bohemias y las estrellas







Micky con peluca, pollos y cráneo









Lady Vader II



Coqueta de inframundo

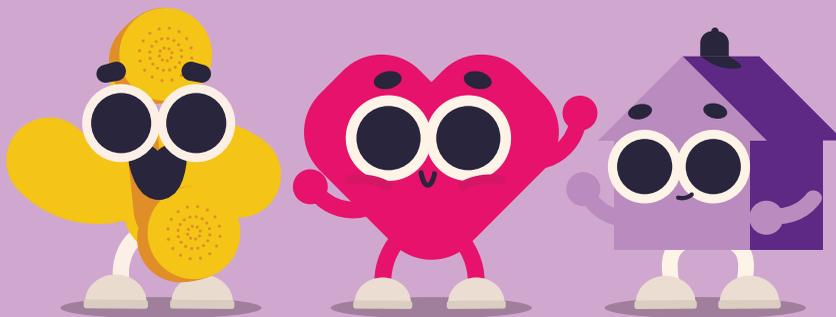
Profesional de la salud

Paramédicos, seguridad, enfermería, psicología, trabajo social, archivo, cocina, mantenimiento, medicina, administración.

Mantente en forma emocional durante esta emergencia sanitaria por COVID-19, **si necesitas ayuda,**

queremos escucharte, llámanos al:

075 24 hrs. 365 días al año.



Si necesitas ayuda emocional o psicológica,

queremos escucharte, llámanos al:

075 24 hrs. 365 días al año.

