

Sintomatología relacional en pacientes con TLP desde una perspectiva
sistémica¹.

Relational symptomatology in patients with BDP from a systemic
perspective.

Emilio Gutierrez Garcia,

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología y Unidad "Venres
Clínicos" del Servicio de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad
de Santiago de Compostela, Campus Sur, 15782, Santiago de
Compostela

E:mail: emilio.gutierrez@usc.es

Titulo corto: TLP y perspectiva sistémica

Palabras Clave. Trastorno límite de la personalidad, Enfermedad,
Síndrome, Trastorno, Signos, Síntomas, Parte Sana-Parte Enferma

Keywords. Borderline personality disorder, Disease, Illness, Syndrome,
Disorder, Sign, Symptoms, Healthy Side - Sick Side

¹ Este artículo es una versión ampliada de la ponencia presentada a las **Primeras Jornadas Gallegas de Trastornos de la Personalidad**, celebradas en La Coruña del 3 al 5 de Diciembre de 2009

Resumen

A lo largo del artículo se revisan algunas distinciones que suelen ser pasadas por alto a la hora de entender el significado del proceso de diagnóstico y del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (TLP) en concreto, desde su aparición dentro de los DSM. Se señalan las diferencias entre las enfermedades físicas y los trastornos mentales y la permeabilidad de los síntomas a los procesos de aculturación. La heterogeneidad inherente al propio diagnóstico TLP desde los criterios actuales supone una fuente de incertidumbre desde la que contemplar la ausencia de tratamientos adecuados para este trastorno. Finalmente se ofrece un acercamiento al TLP desplazando el foco de la parte enferma y de los síntomas hacia la parte sana del paciente

Abstract

This paper reviews the distinctions between key concepts which are often overlooked in the understanding of the diagnostic process and the term Borderline Personality Disorder itself, in particular, since the appearance of the first definition of the disorder in the DSM III. The distinction between physical illnesses and mental disorders is highlighted, as well as the permeability of symptoms to the process of acculturation. The intrinsic heterogeneity of the BPD diagnosis derived from the current criteria entails a source of uncertainty which may explain the lack of effective treatment strategies for the disorder. Finally, an alternative approach for the management of BPD is proposed which displaces the focus on the symptoms and the sick side of patients towards the healthy aspect of the patient.

Una perspectiva significa fundamentalmente una posición de observación, aunque habitualmente se suele confundir con una opinión acerca del fenómeno en sí mismo. Desde un punto de vista sistémico la sintomatología relacional no es una descripción objetiva de algo que exista en los pacientes con un diagnóstico TLP, sino una exigencia del sesgo sistémico, obligado a contemplar las conductas en el contexto interpersonal inmediato que ocurren. Así pues, el título no pretende crear una tensión de matiz ontológico, la pretendida existencia real e independientemente de perspectiva alguna, de una sintomatología relacional en los pacientes con TLP. Desde un principio el autor acepta que este aspecto, la sintomatología relacional, no pertenece a la esencia misma de los TLP, sino que es una deformación desde una perspectiva, en este caso la sistémica.

Si tuviéramos que buscar dos sentencias emblemáticas que describen esta perspectiva sistémica, dos de las mejores serían: El mapa no es el territorio y el nombre no es la cosa nombrada, atribuida a Alfred Korzybski (1879 – 1950), y “Lo que inquieta al hombre no son las cosas, sino las opiniones acerca de las cosas” de Epicteto de Frigia, (50-135 d.C.).

Trasladadas al ámbito del diagnóstico TLP significan reconocer la perversión epistemológica y científica de elevar el resultado del proceso de elaboración de un diagnóstico, un proceso pobremente fiable basado

en una estructura tan endeble como: “al menos cinco de los nueve criterios”, en un resultado pretendidamente objetivo, la esencia TLP.

La historia del diagnóstico TLP, lo cual implica la propia existencia de los TLP, se remonta a su aparición en el DSM-III. Hasta la actualidad, y con la perspectiva de una nueva revisión para el 2012-13, hasta el momento se han producido seis ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –más conocido por las siglas DSM de su denominación en inglés (1-6). Los sucesivos DSM se revisan a intervalos regulares y en cada nueva edición aparecen nuevos trastornos, otros se eliminan, y los criterios diagnósticos para muchos trastornos sufren reformulaciones con cada nueva edición².

Con la publicación de la tercera versión (3) se produce un cambio importante al situar el énfasis en un modelo pretendidamente descriptivo y atóxico, lo que supuso un abandono del fuerte matiz psicoanalítico en las versiones anteriores. Esto supuso un reconocimiento explícito del hecho que en la mayoría de los trastornos la etiología es desconocida. Con respecto al listado de trastornos el DSM-III, casi supuso un aumento del doble del número de trastornos y debido al claro matiz descriptivo, su volumen creció apreciablemente hasta las 494 páginas.³ A partir de su aparición en el DSM-III, los TLP pasaron de ser un trastorno apenas conocido entre los profesionales de la salud mental a diagnosticarse de

² En su primera versión El DSM-I, listaba 106 trastornos, a los que dedicaba 130 páginas. En el DSM-II, publicado en 1968, los trastornos listados habían aumentado hasta 182, pero los criterios no se habían descrito de forma muy precisa, aumentando sólo 4 páginas la edición anterior.

³ Las dos últimas versiones publicadas no han supuesto un gran crecimiento en el número de trastornos, 292 en el caso del DSM-III-R (4), y 297 en el DSM-IV (59), aunque el número de páginas ha crecido espectacularmente, sobre todo en la última versión - 567 págs. en el DSM-III-R, frente a las 886 págs del DSM-IV y las 1323 páginas del DSM-IV- TR (6).

forma cada vez más habitual y a edades más tempranas. Sin embargo, la pretendida objetividad del DSM-III queda en entredicho cuando se refiere al diagnóstico TLP.

Como se señala en la traducción española:

“El DSM-III-R puede ser considerado como “descriptivo” puesto que las definiciones de los trastornos se limitan a describir las características clínicas. Estas características consisten en signos y síntomas conductuales fácilmente identificables, como desorientación, alteración del estado de ánimo o agitación psicomotora, que exigen una inferencia mínima por parte del observador....Sin embargo, en algunos trastornos, sobre todos los de la personalidad, los criterios obligan a un nivel de inferencia mayor. Un ejemplo sería el de que los criterios para determinar el Trastorno Límite de la Personalidad exige que existan “alteraciones de la identidad, manifestadas por incertidumbres sobre diversos temas relacionados con la identidad, tales como la auto-imagen, la identidad sexual, los objetivos a largo plazo, la elección de carrera, las pautas de amistad, los valores y las lealtades” (4, p. XXVIII-XXIX)

Así pues, se impone una cierta cautela ya que el propio DSM reconoce que el diagnóstico de TLP implica un cierto grado de inferencia. Estas matizaciones con respecto al diagnóstico TLP no pretenden ser un pataleo antipsiquiátrico, sino el reconocimiento de que un

diagnóstico psiquiátrico es algo más que un rótulo descriptivo, debido a las connotaciones sociales, legales, laborales que conlleva y que suponen recortes en detrimento de la responsabilidad, de la autonomía y la competencia personal. Este proceso de vaciado comienza con el acto denotativo del diagnóstico en el que supuestamente se pone nombre a una anomalía. Sin embargo, este acto creativo también encierra un fuerte componente connotativo, peyorativo y estigmatizador, donde la propia denominación "límite" tiene unas evocaciones de fuerte marginalidad. A partir de ese momento, el diagnóstico actúa como un elemento catalizador que cosifica en una "enfermedad" lo que hasta ese momento era pura singularidad y/o extravagancia.

Sin embargo, es necesario recalcar que los trastornos mentales no son enfermedades en sentido estricto, si por enfermedades entendemos aquellas alteraciones estructurales o funcionales a nivel físico y/o neurológico que causan anomalías en el equilibrio homeostático (7,8). El término enfermedad puede entenderse como proceso (Disease) o como estado (estar/sentirse enfermo –illness), usada esta segunda acepción para referirse expresamente a la experiencia personal que el paciente tiene de su enfermedad. Sin embargo, ambas acepciones no son términos sinónimos ya que es posible para una persona padecer una enfermedad, sin sentirse enfermo, (padecer objetivamente una condición médica definida, pero asintomática), o bien sentirse y estar enfermo sin tener propiamente una enfermedad, como cuando una persona vive una

experiencia normal como una condición médica, o cuando se medicaliza una situación de no enfermedad (9).

Debido a esta confusión potencial, el término trastorno sea más adecuado para referirse a los padecimientos del DSM recogiendo así la acepción estrictamente funcional de esos diagnósticos. De hecho, los trastornos mentales son más acertadamente denominados como síndromes, donde se resalta la asociación de varias características clínicamente reconocibles, signos y síntomas, que a menudo ocurren juntos, de modo que la presencia de un rasgo alerte de la presencia de los demás. En justicia, además, el término síndrome⁴ se utiliza para subrayar el estado de ignorancia acerca de la causa que subyace a esas manifestaciones que tienden a covariar de paciente a paciente.

Sin embargo, esta distinción entre trastorno mental y enfermedad médica lejos de aclararse en el DSM-IV-TR, se ofrecen como sinónimos suministrando una perversa continuidad entre la dimensión física y psicológica del ser humano: “Los términos “trastorno mental” y “enfermedad médica” se usan ampliamente a través de todo el manual... Hay que señalar que éstos son solo términos de conveniencia y, por

⁴ El término *síndrome* (del griego *syndrome* "simultaneidad").. se ha utilizado para designar los trastornos caracterizados por series similares de síntomas etiológicamente no específicos. La utilización de la palabra solía tener un carácter provisional, con la esperanza de que una vez confirmado ese estado, se reemplazaría por un término más preciso...El significado de *síndrome* siguió siendo en gran medida el mismo desde los tiempos de Hipócrates hasta bien avanzado el siglo XVII, cuando Thomas Sydenham llegó a la conclusión de que *síndrome* y *enfermedad* eran sinónimos, y la primera de estas palabras desapareció virtualmente de la literatura durante casi dos siglos por considerarse una denominación superflua. A finales del siglo XIX se produjo un redescubrimiento del término (10)

tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. (6, p. XXXIII)

Estas disquisiciones, más difíciles de reconocer en castellano que en inglés por ejemplo, tiene consecuencias reales negativas para las personas cuando un diagnóstico TLP desborda su indefinición natural como síndrome, o trastorno, y usurpa semántica y experiencialmente el dominio específico de la enfermedad. Así un paciente con un diagnóstico TLP (del cual puede haber un bajo acuerdo y discrepancia entre diferentes evaluadores) pasa a ser vivido por los pacientes y familiares, como el resultado del padecimiento de una auténtica enfermedad. Estar diagnosticado, o tener un diagnóstico se iguala a estar enfermo o tener una enfermedad, lo cual es incorrecto e injusto cuando no se respetan los límites de la metáfora.

Además es necesario señalar, además de la distinción señalada, otra distinción más: la diferencia entre signos y síntomas y las consecuencias que la ausencia de reconocimiento de esa diferencia pueden acarrear. Los diagnósticos psiquiátricos, como tales síndromes rotulan conjuntos de signos y síntomas que tienden a aparecer conjuntamente sin poder atribuirles una causa conocida (11) y el diagnóstico TLP, al igual que la mayoría de los trastornos mentales, implica fundamentalmente la evaluación de síntomas. Pues bien, a diferencia de los signos, que son directamente observables y que no necesitan del concurso del paciente, los síntomas necesitan del relato de los propios pacientes. La

popularidad de los TLP, desde su aparición con el DSM-III, y la epidemia de diagnósticos y su debate en los medios de comunicación corren el riesgo de facilitar un proceso de aculturación por medio del cual se esté “enseñando” a los pacientes y a sus familiares a formalizar las quejas en lenguaje TLP, y así contribuyendo a crear la ola de nuevos casos ⁵ .

Este proceso de aculturación es pernicioso pues crea la demanda por medio de la popularización de la oferta, como ha ocurrido en uno de los trastornos del que, curiosamente, se realizan más reivindicaciones como ejemplo de un trastorno TLP erróneamente diagnosticado, la anorexia nerviosa:

‘The most interesting clinical observation that we could add here relates to the effect of placing such individuals in a group therapy treatment program primarily attended by women with classical North American anorexia nervosa. The inevitable outcome seems to be that over the course of 2 months the women of Chinese or Indian origin acculturate to the dominant culture of the program, gradually abandoning their original rationale for food avoidance and developing a fear of fatness, a drive for thinness, and body image distortion! It is of course not certain that this represents an improvement, although it does allow for a more homogeneous group. *(La observación clínica más interesante que podemos hacer al respecto tiene que ver con el resultado que se produce al incorporar a estas personas a*

⁵ De forma similar a lo que ocurre con los Trastornos por Estrés Postraumático, o el Déficit de Atención por Hiperactividad entre otros.

un programa de tratamiento grupal, al que asisten fundamentalmente mujeres con la clásica anorexia nerviosa vista en Norte América. El resultado inevitable es que, en el curso de dos meses, las mujeres de procedencia china o hindú son aculturizadas por la cultura dominante del programa, abandonando gradualmente su explicación original para no comer, a la vez que desarrollan un miedo a engordar, el afán por la delgadez y una imagen corporal distorsionada! No estamos muy seguros de que esto representa una mejoría, aunque este cambio configura un grupo más homogéneo. (12, p. 13).)

Este crecimiento de la oferta de nuevos trastornos refrendada, como hemos señalado, por el aumento del número de categorías excepcionales de experiencia humana en los códigos DSM, hace que cada década que pasa tengamos más probabilidad de tener más depresiones, más ideas suicidas, más niños con déficit de atención, y más TLP. Estos nuevos trastornos se ven acompañados por la urgencia en la demanda de nuevos especialistas y de nuevos tratamientos. Como resultado de esta creciente “cultura terapéutica” (13) que nos hace dependientes e incapaces para vivir nuestras propias vidas, la profesionalización de la vida es tal que cada vez es más difícil vivir por uno mismo, y donde la terapia se ha convertido en un medio más para cultivar la vulnerabilidad en las personas. Además, como señala Furedi (13), el regreso al emocionalismo nos invita a sentirnos traumatizados, deprimidos, indefensos e impotentes ante experiencias que no ha mucho tiempo se consideraban rutinarias.

En este sentido el atolondramiento diagnóstico que hace que las personas confundan tener un diagnóstico con estar enfermas

En definitiva, por todas las observaciones anteriores, el diagnóstico TLP, además de la connotación negativa que conlleva, supone un etiquetado con un peligro inherente a aumentar la despersonalización del paciente al constituirse en un rasgo de identificación prominente, propuesta para la definición de la relación con los demás y a cuya luz pasa a ser percibido. Una vez hacemos una distinción es imposible ver como un todo aquello sobre lo que hemos realizado la distinción. Una vez que un diagnóstico cobra vida y pasa al primer plano, es difícil volver a ver integrada a esa persona por las características de fondo que le definían con anterioridad. Además, al carecer de un tratamiento eficaz un problema adicional es que el diagnóstico TLP llegue a sobrevivir a los propios síntomas, cuando estos incluso se amortiguan o desaparecen.

El diagnóstico en el caso de las enfermedades físicas es crucial ya que de ese aspecto depende la selección adecuada del tratamiento, cuyo mecanismo de acción neutraliza, inhibe, o revierte la acción de los agentes que mantienen o causan el desequilibrio en el sistema, o los destruye directamente. Esta noción de necesidad de un diagnóstico correcto y de la especificidad del tratamiento de una enfermedad que es la base del concepto de tratamiento de elección, como puede contemplarse en cualquier capítulo de la serie House, es incompatible como metáfora para los trastornos mentales en general y los TLP en

particular. Esta inutilidad del propio diagnóstico para la selección del tratamiento es reconocida incluso en el DSM-IV cuando se refiere a la elección de tratamiento:

“Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV.” (6, p. XXXIII)

Como es palmario, no existe ningún tratamiento eficaz para los trastornos TLP, o mejor dicho ningún tratamiento mucho más eficaz que otro para los TLP, un fenómeno generalizado para todos los trastornos listados en el DSM-IV. La conclusión de la Guía elaborada por el National Institute for Health and Clinical Excellence –NICE (14) hace un comentario al respecto: *“En caso del grupo de trabajo que desarrollo la guía para los TLP, tanto para la medicación como las terapias psicológicas se encontraron muchas menos pruebas de eficacia que las sugeridas por las guías anteriores, en particular la confeccionada por la American Psychiatric Association en 2001”* (15, p. 35). Sin embargo, al igual que con otros trastornos, por ejemplo la anorexia nerviosa, en mi experiencia, consciente de que no es más que mi experiencia, nunca he visto pacientes tan al borde del envenenamiento farmacológico como a las personas que han recibido un diagnóstico TLP. Ningún tipo de medicación tiene la indicación específica para el tratamiento de los TLP

(16), lo cual no es extraño, ya que ¿cómo algo que en su esencia es algo heterogéneo puede llegar a ser la diana de fármacos que una vez que cruzan la barrera hematoencefálica se caracterizan por su acción generalizada sobre receptores distribuidos por todo el SNC?

Asombrosamente, la solución para esa ausencia de especificidad, es un coctel lleno de efectos secundarios. En el primer párrafo nos referíamos al hecho que el diagnóstico TLP exige el cumplimiento de al menos cinco síntomas de una lista de nueve posibles. Esto significa que el diagnóstico TLP puede ser recibido por dos pacientes que sólo comparten un solo síntoma. ¿Puede haber una noción de heterogeneidad más evidente?

Desde luego, cuando Kiesler (17) escribía su influyente artículo sobre los mitos de la uniformidad no podía ni imaginar que el futuro le depararía un ejemplo tan cristalino como la ficción de pensar que dos personas con diagnóstico TLP son más iguales entre sí que diferentes.

Podríamos hacer la misma pregunta que a los fármacos con respecto a los tratamientos psicológicos y sus principios activos. En este caso la situación es aún más indeterminada y patética ya que si los supuestos inhibidores de la recaptación de serotonina se sabe que al menos actúan en el espacio sináptico, ¿dónde actúan las terapias ómnibus, eufemísticamente caracterizadas como la “tercera ola”⁶, tales como la Terapia dialéctico-conductual (DBT, de sus siglas en inglés) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, siglas en inglés)?

⁶ La primera ola la supuso la propia modificación de conducta y la segunda ola los tratamientos cognitivo-conductuales (CBT, siglas en inglés)

La DBT suele ser mencionada como el tratamiento de elección para los trastornos TLP (sobre todo en mujeres), y suele presentarse con el marchamo de terapia con soporte empírico (EST de las siglas “empirically supported therapy”), o tratamientos basadas en evidencia. Sin embargo esta consideración de EST de la DBT es fruto tanto del relajamiento en el estándar de calidad de los ensayos clínicos aleatorizados (RCT, siglas en ingles), como del propio ensimismamiento de los clínicos con sus protocolos (18), como concluye una revisión reciente:

First, the third wave treatment RCTs published so far have used a research methodology that is significantly less stringent than CBT studies published during the same years and in the same journals. Second, the mean effect size was moderate for both ACT and DBT studies. Third, at this time no third wave therapy fulfils the criteria for empirically supported treatments. (En primer lugar, los RCT

sobre los tratamientos de la tercera ola publicados hasta ahora han utilizado una metodología de investigación significativamente menos rigurosa que los estudios sobre la CBT publicados durante los mismos años y en las mismas revistas.

Segundo, el tamaño de efecto medio es moderado tanto para los estudios sobre DBT como para los ACT. Tercero, en la actualidad ninguna terapia de la tercera ola satisface los criterios para ser considerados como tratamientos empíricamente validados. (19, pp. 314-315)

Volviendo otra vez al ejemplo de los fármacos, cuyo desarrollo esta lucidamente descrito en *“La invención de los trastornos mentales”* (20), los fármacos deben de superar la comparación con el placebo, para ser considerados eficaces. Es decir el funcionamiento de una molécula química debe dissociarse del contexto de una relación terapéutica, aspecto que no es nada fácil como lo revela un reciente artículo del Newsweek con respecto a los antidepresivos (21). Sin embargo, las terapias psicológicas son relación terapéutica dentro de una relación terapéutica. Cuando la técnica es un principio simple (exposición, prescripción, relajación) aún quedan algunas posibilidades, pero los tratamientos que aspiran a convertirse en EST son paquetes ómnibus complejos que confunden técnica concreta con principios terapéuticos (22).

Además, una salida socorrida para la realización de estudios RCT como estrategia para conseguir tratamientos EST, consiste en la manualización de los tratamientos⁷. Sin embargo, no importa que los tratamientos estén estructurados, manualizados y protocolizados (lo cual exige compararlo con un placebo con esas mismas características), ya que la eficacia de los tratamientos psicológicos tienen que competir con dos principios que suelen solaparse a los principios terapéuticos de cualquier tratamiento y que son característicos de la experiencia humana, TLP incluidos: La tendencia inexorable a mejorar y la imprevisibilidad del cambio. Ambos

⁷ La crítica a la estrategia RCT, o la duda acerca de la pretendida entidad como EST de algunos tratamientos no significa para el autor una renuncia de que en un futuro puedan ser existir terapias eficaces, sino el penoso reconocimiento de que los psicólogos clínicos, se encuentran en la actualidad ante una demanda clínica que supera con creces su capacidad de respuesta terapéutica (23)

aspectos desborda una y otra vez los modelos terapéuticos que intentan encauzar con pseudo-protocolos el devenir de las personas a través de fases, etapas, formatos y supuestos ingredientes activos.

TLP: De la Parte Enferma a la Parte Sana.

Para finalizar, quisiera referirme a una estrategia clínica para el trabajo clínico con pacientes con alteraciones graves del comportamiento (ya sean puntuales o continuadas) presentada hace años (24) y que como actitud terapéutica permite una posición frente al paciente y sus familiares sin esconderse tras reificaciones pseudo-objetivas. Esta propuesta, que supone un mayor énfasis en la Parte Sana de los pacientes con TLP, es una salida ante los problemas señalados más atrás que tienen que ver con los riesgos inherentes al diagnóstico irreflexivo y la ausencia de tratamientos eficaces⁸. El tratamiento convencional para la mayoría de los trastornos DSM se asienta en un supuesto implícito del cual raramente somos conscientes. Este modelo implícito, o modelo de infección es el resultado del trasvase del modelo médico a los problemas mentales. Según este modelo, que se representa en la parte superior de la Figura 1, tanto la personalidad, la identidad, como el comportamiento de los pacientes TLP estaría mediatizada por un trastorno nuclear que se

⁸ Las acotaciones acerca del diagnóstico realizadas más atrás no desconocen el papel paliativo, organizador e incluso terapéutico del diagnóstico. Con el nombre de Principio de Rumpelstilskin, se reconoce, como en el cuento del *Enano Saltarín* cuando su poder maléfico desaparece al adivinar su nombre, el efecto positivo que conlleva el diagnóstico para reducir la culpa, la desmoralización, el desamparo y la alienación al comunicar que la experiencia personal, por dolorosa que sea, ya ha sido descrita y compartida con otros seres humanos.

manifestaría de forma expansiva. Este trastorno nuclear, o bien inunda puntualmente todas las facetas de su vida en un momento determinado de crisis, o bien le incapacita de forma continuada en un área determinada, como por ejemplo las relaciones interpersonales.

Insertar aprox. aquí la Figura 1

Este *Modelo de Infección*, por medio de la exposición a un tratamiento inspirado en dicho modelo, acaba conformando mediante un proceso de asimilación, o de acomodamiento, tanto la auto-imagen del paciente y la que los demás tiene de él y por lo tanto la relación. En este modelo, adecuado para las lesiones orgánicas, se dispone de un *canon, o patrón de restitución*, de modo que la persona afectada sólo tiene que esperar a que el tratamiento tenga efecto sobre la parte enferma. En este modelo la curación se produce cuando funcional, o estructuralmente el desempeño del órgano afectado se acerca al canon o patrón de restitución (así se puede juzgar cuando una tibia, o un hígado estructural y dinámicamente se encuentran dentro de los parámetros normativos de funcionamiento normal). Según ese modelo de recuperación, el enfermo debe adoptar la actitud pasiva (de ahí la denominación de paciente) hasta que el tratamiento tenga su efecto y después de un período de convalecencia o rehabilitación volver a ser "el mismo de antes". El progreso se mide en

una dimensión dicotómica según la cual el paciente está sano, o está enfermo.

Sin embargo, uno de los efectos indeseados (propiamente iatrogénicos) de ese modelo de infección, aplicado a los trastornos mentales, consiste en el menoscabo de la competencia, la responsabilidad y autonomía de los pacientes, hasta unos límites en los que el crecimiento se detiene. La ausencia de un patrón de restitución, o de una referencia universal de salud mental, localizado a una cultura en el mejor de los casos, se agudiza en las personas que reciben un diagnóstico de TLP, ya que el diagnóstico es un acto que corona una trayectoria vital en la que las persona ha tenido dificultades para mantener su comportamiento dentro de los márgenes de la normalidad, como se ilustra en la Figura 2. En este caso, estas personas carecen incluso de un marco de referencia útil dentro de su propia historia personal para progresar. Ni tan siquiera la frecuente demanda de “Que las cosas vuelvan a ser como eran antes” puede materializarse pues el antes, en términos de un buen ajuste premórbido, no era muy diferente.

Insertar aprox. aquí la Figura 2

Frente a este modelo implícito de infección, el "*Modelo Parte Sana - Parte Enferma*" (Modelo PS-PE) presenta a los familiares y al paciente una propuesta de enfermedad alternativa según el cual el paciente está sano

y enfermo. Es decir, la enfermedad del paciente no tiene por qué tener asociado la dejación total de responsabilidades, ni la incompetencia del paciente. Aceptar que el paciente tiene dificultades reales, pero que no es totalmente irresponsable de todos sus actos y que la interacción es una fuente potencial de estrés, ante la cual el paciente no se encuentra en las mejores condiciones para afrontar, no supone aceptar una óptica fatalista, pero aun así no se contrapone a la conexión con la Parte Sana del paciente.

Conectar con la PS de los pacientes significa establecer la relación por medio de la PS, y no con los déficits que caracterizan el propio trastorno TLP que, a la postre, acaban usurpando su identidad como personas y sirviendo de base para que profesionales y familiares definan su relación con el paciente por medio de los síntomas. Es necesario señalar que al hablar de la PS del paciente no estamos hablando del resultado de una evaluación objetiva de los recursos, lados fuertes y habilidades que no estén contaminados por el proceso de enfermedad. Conectar con la PS del paciente es más bien una propuesta basada en el "**como sí** el paciente tuviera una Parte Sana". Lo importante de establecer la relación con la PS, con su componente de profecía auto-cumplida, reside también en su funcionamiento como antídoto contra la progresiva invasión del modelo de infección en la vida del paciente (desde la experiencia de sí mismo hasta sus expectativas) y de sus familiares. Incluso, la guía NICE hace hincapié en comunicar a los pacientes que la recuperación puede ser completa y que los pacientes pueden llevar vidas

plenas, por lo que es proporcionar optimismo y esperanza a los pacientes
(25)

En los últimos años, dentro de la terapia familiar sistémica autores como Steve De Shazer (26) y Michael White (27) han realizado una apuesta fuerte de reconducir la quintaesencia de la psicoterapia deslizándose por los márgenes del problema, centrándose en las excepciones que marcan la irrupción de la parte sana del paciente, o creando una fuerte tendencia a externalizar, objetivar y parcializar el problema liberando la novedad dentro de los sistemas saturados por el problema. El supuesto implícito de este trabajo pasa por la realización de una potente alianza con la parte sana del paciente planteando, en contraposición con el modelo de infección, que la parte sana puede crecer hasta compensar la importancia de la parte enferma, como se ilustra en la parte inferior de la Figura 1.

Finalmente, el desarrollo de la competencia del paciente, o cómo hacer crecer la Parte Sana se presenta como una alternativa que no implica que desaparezca la Parte Enferma. De hecho, se acepta que mientras se está trabajando ocurran crisis y recaídas más o menos importantes. En esos casos, el re-encuadre implícito al enfoque en la PS no tiene que abandonarse ya que el desarrollo de la parte sana es independiente de la PE, es decir que no tiene que desaparecer la enferma para que aparezca la PS. El paciente y sus familiares sólo tienen que concentrarse en hacer crecer su Parte Sana para que la relación entre ambas partes arroje una razón positiva hacia la Parte Sana. A la vez, el terapeuta inspirado en este

modelo, al no sucumbir a la metáfora deficiente del diagnóstico que mitifique la Parte Enferma como una pérdida objetiva frente a un *canon o patrón de restitución* inexistente de salud mental, transmite anchura de realidad, como se representa de forma diferente, en términos de competencia en la parte derecha de la Figura 2.

El planteamiento de este modelo PS-PE, es intuitivo y fácil de entender y de utilizar como referencia tanto para el paciente como para el terapeuta. Además este modelo, permite una re-estructuración llena de optimismo y de un antídoto contra la impostura artificial del diagnóstico que como una profecía auto-cumplida conlleva un concepto de enfermedad inadecuado, erróneo y perjudicial en potencia, pues es una defectuosa radiografía de la Parte Enferma. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia del estudio longitudinal de Vermont (28-30) consideraron que el elemento más importante de su mejoría y, en algunos casos su recuperación completa, fue la esperanza: "*Alguien creyó en mí -alguien me dijo que podría tener la oportunidad de recuperarme- y en mi propio empeño*" (31, p. 766). El trabajar con esperanza pone en marcha las capacidades naturales de autocuración de cada paciente y estimula el proceso estableciendo una sensación de eficacia personal. Como señala el hijo de Eugen Bleuler, autor de uno de los estudios de seguimiento a largo plazo, el mejor tratamiento para los pacientes esquizofrénicos es "*que los terapeutas se relacionen de una forma activa y constante con los aspectos sanos del paciente*

psicótico” (32, p.244). Si esto es importante para los que están “del otro lado”, cuanto más importante será para aquellos que están en el límite.

Referencias.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, 1952.
2. American Psychiatric Association- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.). Washington, DC, 1968.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC, 1980.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., Revised). Washington, DC. 1987. Trad. Castellano: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona : Masson 1990.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC. 1994.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revised). Washington, DC,2000. Trad. castellano: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona: Masson, 2002.
7. Boorse C. On the distinction between disease and illness. Philos Public Aff, 1975, 5:49-68.
8. Emson HE. Health, disease and illness: matters for definition. Can Med Ass J, 1987, 136:813-817.
9. Stevens L. Does Mental Illness Exist? 1999. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.antipsychiatry.org/exist.htm>> [Consulta: 12 febrero 2008].

10. Jablonsky S. Síndrome: un concepto en evolución. [en línea]. ACIMED 1995, 3:30-38. Dirección URL: <http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol3_1_95/aci06195.htm> [Consulta: 22 noviembre 2009].
11. Jablonski S. Syndrome: le mot de jour. Am J Med Gen, 1991, 39:342-346.
12. Woodside DB, Twose R. Diagnostic issues in eating disorders: historical perspectives and thoughts for the future. (pp. 1-19) .In T.D. Brewerton (ed.) Clinical Handbook of eating disorders: An integrated approach New York: Marcel Dekker, Inc., 2004.
13. Furedi F. Therapy culture: cultivating vulnerability in an uncertain age. London: Routledge, 2003Begley S. The depressing news about antidepressants. Newsweek, Enero 29, 2010.
14. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline personality disorder: The NICE guideline on treatment and management. Clinical guideline no. 78. London: RCPsych Press, 2009.
15. Tyrer P, Haigh R. The generation of a guideline: National Institute for Health and Clinical Excellence recommendations for the treatment of borderline personality disorder. Personality and Mental Health, 2010, 4: 34–38.Bleuler M. The long term course of the schizophrenic psychoses. Psychol Med, 1974,4:244-254.
16. Chanen AM. The National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for borderline personality disorder: More realistic than nihilistic. Pers Ment Health, 2010, 4: 41–44.

17. Kiesler DJ. Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychol Bulletin*. 1966, 65:110-136.
18. Corrigan P W. Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies, *Behav Therapist*, 2001, 24;189-193.
19. González Pardo H, Pérez Álvarez M. La invención de los trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente?. Madrid: Alianza Editorial, 2007
20. Öst LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis, *Behav Res Ther* 2008, 46:296–321.
21. Begley S. The depressing news about antidepressants, *Newsweek*, January 29, 2010.
22. Westen D, Novotny CA, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumption, findings and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 2004,130: 631–63.
23. Baker T B,McFall RM, Shoham V. Current status and future prospects of clinical psychology toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychol Sci Pub Int*, 2009,9:67-103.
24. Gutierrez E. La alternativa de la parte sana en el modelo psico-educativo. *Sistemas Familiares*, 1998, 14: 49-60
25. Dimeff LA. The future is appearing bright for people with BPD in England and Wales: A critique of the NICE BPD guidelines. *Pers Ment Health*2010, 4: 39–40

26. De Shazer S. Clave para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós, 1986.
27. White M, Epston E. Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993.
28. Harding CM Brooks G, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont logitudinal study of persons with severe mental illnesses: I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later, *Am J Psychiat*, 1987,144, 718-726.
29. Harding CM Brooks G, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont logitudinal study of persons with severe mental illnesses: II Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiat*, 1987,144, 727-735.
30. Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hosp Community Psych*, 1987, 38:477-486.
31. Harding C. La interacción entre los factores biopsicosociales, el tiempo y la evolución en la esquizofrenia. En Shriqui CL, Nasrallah HA. (Eds.) Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Edimsa 1996.
32. Bleuler M. The long term course of the schizophrenic psychoses. *Psychol Med*, 1974,4:244-254.

Figura 1.

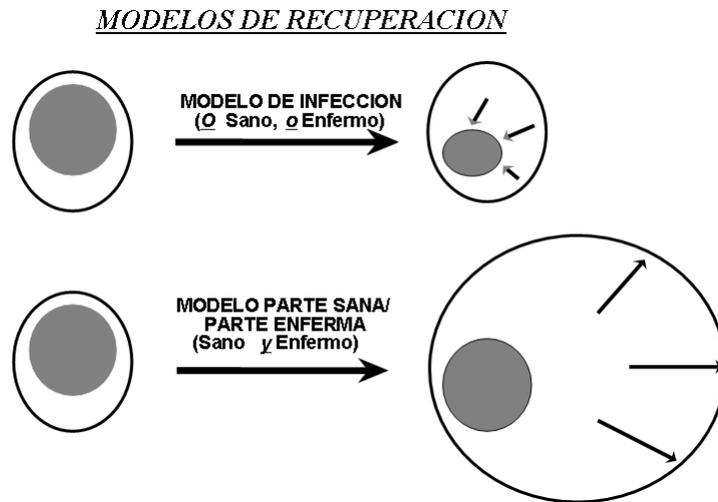


Figura 2.

