

Propuesta de enfoque psicofarmacológico y psicoterapéutico inicial en pacientes con diagnóstico de cinco subtipos diferentes de Trastorno Límite de la Personalidad

María Cecilia Colombo

*Licenciada en Psicología
Jefe de Residentes Psicología Clínica, Hospital General de Agudos "Dr I. Pirovano"
Especialista en Terapia Cognitivo Conductual
Psicoterapeuta DBT*

Alejandro Hedderwick

*Médico Residente de Psiquiatría, Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"
Ayudante de Primera, I Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA*

Natalia Tauguinás

*Licenciada en Psicología
Residente, Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"
Psicoterapeuta DBT*

Demián Rodante

*Médico Residente de Psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Braulio A. Moyano"
Ayudante de Primera, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
Farmacoterapeuta DBT, Fundación Foro
E-mail: demianrodante@hotmail.com*

Resumen

La evidencia muestra que el Trastorno Límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de la personalidad más frecuentemente diagnosticado. Sin embargo, los criterios diagnósticos son muy heterogéneos, sugiriendo englobar dentro de un mismo constructo a pacientes muy distintos entre sí. A pesar de su gravedad, no existen tratamientos estandarizados para este grupo de pacientes. En Servicios de Agudos de Salud Mental, nos encontramos con este problema. Las numerosas propuestas que se han postulado son poco claras, y no han llegado a un consenso definitivo. Según la clasificación de Oldham, el TLP se puede dividir en los siguientes subtipos: Afectivo, Impulsivo, Agresivo, Vacío y Dependiente. En este trabajo, se propone hipotetizar una primera aproximación psicoterapéutica desde la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT), y el enfoque psicofarmacológico inicial para cada subtipo de TLP.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad - Subtipos - Terapia dialéctica comportamental - Tratamiento psicofarmacológico.

PROPOSAL OF INITIAL PSYCHOTERAPEUTIC AND PSYCHOPHARMACOLOGICAL APPROACH IN PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF 5 DIFFERENT SUBTYPES OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

The evidence shows that borderline personality disorder (BPD) is the most frequently diagnosed personality disorder. However, the diagnostic criteria are very heterogeneous, suggesting that very different patients may be included within a single construct. Despite its severity, there are no standardized treatments for this group of patients. We find the same problem in the Acute Mental Health Services. The numerous proposals that have been put forward are unclear and have not reached a final consensus. According to Oldham's classification, BPD can be divided into the following subtypes: Affective, Impulsive, Aggressive, Empty and Dependent. In this paper, we propose a psychotherapeutic initial approach from the Dialectical Behavioral Therapy (DBT) perspective and an initial psychopharmacological approach for each subtype of BPD.

Key words: Borderline personality disorder - Subtypes - Dialectical behavioral therapy - Psychopharmacological treatment.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de la personalidad más frecuentemente diagnosticado, por lo que representa el 10% de los pacientes ambulatorios y del 15 al 25% de los pacientes hospitalizados (1, 2). Al menos el 75% de los TLP presentan intentos de suicidio (3), siendo la tasa de muerte por esta causa

del 5-10% (4, 5, 6). El DSM IV-TR ofrece una definición demasiado amplia del TLP (3), posibilitando la existencia de tantos subtipos de pacientes como combinaciones posibles de criterios (combinación de 5 de los 9 criterios operacionales propuestos -ver Tabla 1-). No sorprende que los pacientes con el mismo diagnóstico sean muy disímiles entre sí, explicando la gran heterogeneidad de este constructo clínico (7).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para Trastorno Límite de la Personalidad (F60.3 - 301.83) (3)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:
1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los «síntomas suicidas» (criterio 5) son el motivo principal por el cual estos pacientes son internados. En algunas situaciones, la indicación de internación no mejora la vida en estos consultantes, sino que aumenta las posibilidades de reinternación en un futuro. Con consultantes con diagnóstico de TLP, la sugerencia general es evitar la internación (6); sin embargo, muchas veces no podemos evitarla, siendo necesario en estos casos tener en cuenta si la misma es aversiva o funciona como refuerzo de la conducta para este paciente. En el caso de requerir una internación se recomienda que la misma sea breve (24 a 72 horas) y considerar si la internación es a causa de una conducta respondiente u operante (8, 9, 10).

La psicoterapia es el tratamiento central basado en la evidencia para este desorden, esté o no presente el factor suicidabilidad (5). La terapia dialéctico comportamental (DBT) ha demostrado claros beneficios en el abordaje de estos pacientes (11).

DBT es un enfoque introducido por primera vez por Marsha Linehan en los Estados Unidos a principios de 1990 (12) que evolucionó de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para crear un tratamiento posible para pacientes severamente perturbados y multi-problemáticos, siendo inicialmente los primeros trabajos de investigación centrados en mujeres con numerosas tentativas de suicidio y auto-excoriaciones (11, 13). Las bases teóricas en las que se sustenta la DBT provienen fundamentalmente de las terapias conductuales, contemporáneas o de tercera generación. Se define a este modelo como una intervención de tipo conductual de última generación ya que se trata de una intervención multidimensional que enfatiza la utilización de los principios del cambio humano más que la aplicación de un tratamiento estructurado universal (14). En otras palabras, la tercera ola es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos

enfaticando el uso de estrategias de cambio basados en la experiencia del paciente tendiendo a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos, en lugar de tender a la eliminación de problemas claramente definidos (15, 16).

DBT se basa en la teoría dialéctica y biosocial del TLP. Dialéctica significa evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones. El balance entre estrategias de cambio y de aceptación forma la dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento siendo ésta su base filosófica: se trabaja arduo para balancear cambio y aceptación, dos fuerzas o estrategias aparentemente contradictorias (11, 13). El principio fundamental de la teoría biosocial sostiene que el principal trastorno en el TLP es la desregulación de las emociones, siendo ésta el resultado conjunto de una disposición biológica (alta sensibilidad, intensa respu-

ta a estímulos emocionales y lento retorno a la calma) y cierto contexto ambiental (un ambiente invalidante que tiende a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada) (11, 17, 18). El encuadre de la DBT combina psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, asistencia telefónica y tratamiento psicofarmacológico de ser necesario. Las estrategias centrales de este modelo son las de cambio (ver Tabla 2) -manejo de contingencias, modificación cognitiva, entrenamiento en habilidades y exposición- y las de validación (ver Tabla 3) -conductual, cognitiva y emocional-. Está estructurada sobre la base de un modelo de etapas en el desarrollo del trastorno, siendo el objetivo terapéutico global ayudar a los pacientes a crear y mantener una vida que valga la pena ser vivida, de acuerdo a sus valores básicos. Las intervenciones apuntan, en forma jerárquica, a los factores que atentan contra este objetivo (14).

Tabla 2. Estrategias centrales de cambio DBT (11, 17).

Entrenamiento en habilidades	Manejo de contingencias	Exposición	Modificación cognitiva
Brinda herramientas prácticas que posibilitan el trabajo sobre las diferentes habilidades mejorando la calidad de vida del paciente: -Mindfulness -Efectividad Interpersonal -Regulación emocional -Tolerancia al malestar	Utilización de principios de aprendizaje operante aplicados a la relación terapéutica: -Refuerzo de conductas adaptativas - Extinción de conductas desadaptativas - Contingencias aversivas por parte del terapeuta	Se utiliza para reducir y exponer al paciente a emociones como la vergüenza, culpa, enojo y miedo.	Se validan aspectos del contenido y estilo del pensamiento del paciente, al mismo tiempo que se enfatiza en flexibilizar el mismo, logrando mayor funcionalidad y efectividad.

Tabla 3. Estrategias Centrales de Aceptación DBT (11, 17).

Validación emocional	El terapeuta ofrece oportunidades para la expresión emocional Empatiza y acepta las emociones del paciente Escucha de una manera no juiciosa y compasiva la expresión emocional del paciente El terapeuta lo ayuda a observar y etiquetar sus emociones El terapeuta lee las emociones (imagina cómo se siente el paciente a partir de saber el evento precipitante) El terapeuta comunica al paciente que sus emociones son válidas
Validación Conductual	El terapeuta ayuda al paciente a observar y etiquetar su propia conducta El terapeuta ayuda a diferenciar la conducta de los motivos inferidos y etiquetas juiciosas El terapeuta ayuda a identificar los <i>debería</i> El terapeuta contrarresta los <i>debería</i> El terapeuta acepta las conductas del paciente incluyendo los <i>debería</i> que se autoimpone El terapeuta valida la decepción del paciente sobre su propia conducta
Validación Cognitiva	El terapeuta ayuda al paciente a observar y describir sus propios procesos de pensamiento El terapeuta identifica constructos utilizados por el paciente para organizar el mundo El terapeuta ayuda al paciente a evaluar los hechos y diferenciar los eventos de interpretaciones El terapeuta busca la "pepita de verdad" en la forma en que el paciente ve los eventos El terapeuta ayuda al paciente a reconocer la mente sabia El terapeuta respeta las diferencias en los valores

Oldham ha propuesto un sistema de subtipificación basado en teorías de la etiología del TLP (19, 20). Este modelo sugiere que los «síntomas suicidas» (criterio 5) son especialmente prevalentes cuando predomina la desregulación del afecto o del control de los impulsos por sobre los otros síntomas.

Oldham propone 5 subtipos (Afectivo, Impulsivo, Agresivo, Dependiente y Vacío) (21):

Subtipo afectivo

Este subtipo es presentado como una forma atípica de trastorno del estado de ánimo, moderadamente heredable. Puede presentar conductas o gestos suicidas en respuesta a estresores interpersonales o ambientales. Es característica la desregulación emocional (19, 20, 21). Por esto, es importante el diagnóstico diferencial con el Trastorno Bipolar (TBP) tipo II (22).

Subtipo impulsivo

Una forma de trastorno del control de los impulsos, en donde el temperamento innato está orientado a la acción; por ejemplo, pacientes con conductas de autoinjurias impulsivas como cortes o quemaduras, u otra conducta autodestructiva como abuso de sustancias, atracones, conducta temeraria, promiscuidad sexual, entre otros.

Subtipo agresivo

Estos pacientes frecuentemente se tornan intensos e inapropiadamente enojados o irritables (23) debi-

do a un temperamento constitucional primario (24) o como una reacción secundaria a un trauma temprano, abuso o negligencia (25). Existe evidencia que sugiere que la agresividad encontrada en pacientes diagnosticados de TLP podría correlacionarse con niveles reducidos de serotonina del sistema nervioso central (26).

Subtipo dependiente

Este subtipo se caracteriza por presentar marcada intolerancia a la soledad. Los pacientes son marcadamente condescendientes, obedientes, aferrándose a las relaciones, y con un alto temor al abandono. Predominio de criterio 1 y 6 de TLP (ansiedad) (3). Estos pacientes suelen ser mayores en edad, y presentarían menor riesgo de suicidio consumado ya que poseen menor número de intentos de suicidio y menor abuso de sustancias (23).

Subtipo vacío

Los pacientes con este subtipo se caracterizan por una falta de estabilidad en el sentido de identidad (self) o autoimagen. Describen experimentar una sensación interna de vacío, y una falta de independencia en la direccionalidad de objetivos propios.

En la Tabla 4 se enumeran y describen los criterios predominantes en cada subtipo de TLP (ver Tabla 4).

El objetivo de este trabajo es hipotetizar un enfoque psicoterapéutico, principalmente desde el modelo DBT, y psicofarmacológico particular para cada subtipo de TLP.

Tabla 4. Características de los 5 subtipos de TLP, modificado de (21).

Subtipo	Criterios predominantes	
1: Afectivo	Criterio 6 inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (disforia y ansiedad)	Criterio 5 comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
2: Impulsivo	Criterio 4 impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo.	Criterio 5 comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
3: Agresivo	Criterio 8 ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira	Criterio 6 inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (irritabilidad)
4: Dependiente	Criterio 1 esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado	Criterio 6 inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (ansiedad)
5: Vacío	Criterio 7 sentimientos crónicos de vacío	Criterio 3 alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo (self) acusada y persistentemente inestable

Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica respecto de las prácticas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas basadas en la evidencia que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los pacientes con TLP.

Respecto de la propuesta psicoterapéutica, se realizó una búsqueda manual y electrónica del abordaje psicoterapéutico basado en DBT de pacientes con diagnóstico de TLP.

Respecto de la propuesta psicofarmacológica, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en Medline de la evidencia disponible sobre el tratamiento psicofarmacológico de pacientes con diagnóstico de TLP desde la publicación de la guía de tratamiento de la APA para Trastorno Límite de la Personalidad en 2001 hasta la actualidad.

Utilizando el sistema de subtipificación propuesto por Oldham (19, 21), se realiza una propuesta teórica de enfoque psicofarmacológico y de las distintas estrategias psicoterapéuticas basadas en el modelo de Linehan para cada subtipo en particular.

Tratamiento psicoterapéutico de cada subtipo de TLP

Si bien el trabajo con estos pacientes desde el modelo DBT requiere del uso completo de todas las habilidades y técnicas a lo largo del tratamiento, como así también de grupo de habilidades para los pacientes y reuniones de equipo para los profesionales, la propuesta descripta a continuación se focalizará en la atención específica para momentos agudos de crisis de estos pacientes en particular que se encuentren en tratamiento ambulatorio.

Subtipo afectivo

Siendo éste el subtipo más heredable y, en consecuencia, con mayor carga biológica, la primera línea de tratamiento será la psicofarmacológica, siendo uno de los principales objetivos de la psicoterapia trabajar con los pacientes sobre la importancia del compromiso y la adherencia al tratamiento psiquiátrico. Si consideramos a este grupo como una forma atípica de trastorno del estado de ánimo, entenderemos la importancia que conlleva trabajar sobre la reducción de vulnerabilidades biológicas, siendo necesario preservar un buen equilibrio nutricional, del sueño, del ejercicio, el chequeo de las enfermedades físicas, y evitar el uso y/o abuso de sustancias (11, 17). Sabemos que generalmente tendemos a reaccionar de una manera más emocional cuando nos encontramos en situaciones de estrés físico o ambiental, más aún cuando tenemos cierta vulnerabilidad biológica a cambios anímicos, volviéndose un eje central en el trabajo psicoterapéutico.

En estos pacientes predomina la inestabilidad afectiva (criterio 6) y los comportamientos, ideas e intentos suicidas (criterio 5), por lo que es fundamental hacer hincapié en la importancia de la asistencia telefónica antes de que ocurra la conducta problema, para favorecer el uso de habilidades y adherencia al tratamiento.

Linehan recomienda que el contacto telefónico sea breve, directivo y enfocado en el uso de habilidades ya que si se convierte en una charla cálida y contenedora se estarían reforzando la aparición de las crisis a cambio de contención y atención. Uno de los objetivos de la asistencia telefónica es proveer la oportunidad de reducir las conductas desadaptativas que le sirven al paciente para regular su estado de ánimo (28).

Considerando que este subtipo es emocionalmente intenso, trabajaremos con habilidades de regulación emocional que ayuden a los pacientes a controlar sus emociones (11, 17). Cuando el umbral emocional es muy alto se recomienda recurrir a habilidades para sobrevivir a las crisis, sobre todo aquellas centradas en cambiar la fisiología del cuerpo con otras sensaciones intensas: modificación de temperatura corporal, ejercitación física intensa, ingesta de alimento picante. En aquellos momentos en que las estrategias de regulación emocional no sean efectivas y no se puedan evitar eventos, emociones o circunstancias dolorosas de la vida, se requerirá utilizar estrategias guiadas por la tolerancia al malestar (11, 17), siendo el objetivo central de las mismas no empeorar la crisis actual y aceptar la realidad tal y como se nos presenta. Algunas de estas habilidades consisten en reducir el contacto con los estímulos emocionales a través de la distracción, o reemplazar los sucesos negativos por otros más positivos. Asimismo nos serviremos de la validación emocional (17, 28) para ayudar a los pacientes a expresar la emoción, a observarla y describirla de manera no juiciosa, separando la descripción de lo que sentimos, de la descripción de los eventos que la generaron, experimentando el estado emocional actual sin intentar cambiarlo.

Subtipo impulsivo

Es importante resaltar que en este subtipo se privilegiará también el abordaje psicofarmacológico, su adherencia al mismo, con el cumplimiento de las indicaciones y el uso de asistencia telefónica en momentos de crisis.

En lo que respecta al tratamiento psicoterapéutico es fundamental destacar que al ser pacientes con severa dificultad en manejar sus impulsos (criterio 4 y 5), las primeras intervenciones a realizar van a ser privilegiando la validación conductual y generando habilidades de tolerancia al malestar. La validación conductual se basa en la noción de que todas las conductas son causadas por eventos y esto -en principio, al menos- es comprensible (17, 28). Los pacientes muchas veces no son conscientes ni de la conducta ni de los efectos de sus conductas en los otros, siendo la tarea del terapeuta buscar la validez en la respuesta del paciente y comunicar ese aspecto de la conducta. Para esto el terapeuta debe enseñar a observar la conducta, con el fin de lograr describir la misma y su patrón conductual, lo cual se hará a partir de la técnica de análisis en cadena, siendo el primer paso en la resolución de problemas (17, 28, 29). El propósito del análisis en cadena es entender cuál es el problema, qué lo causa, qué interfiere con su resolución y qué recursos existen que serán de ayuda para resolverlo. Esta primera parte

de la resolución de problemas se acompaña de estrategias de insight (resaltar, observar y describir, comentar lo implícito en la conducta y evaluar las dificultades en la aceptación) y estrategias didácticas como proveer información y facilitar material de lectura. Una vez producido el insight se deben generar patrones de respuesta más adaptativos lo que da lugar al segundo paso de la resolución de problemas, el cual está centrado en el cambio, empleándose para ello el análisis de solución, junto con estrategias de orientación y de compromiso para implementar la solución elegida.

Suelen ser pacientes que se caracterizan por sus crisis implacables, entendiendo las mismas como un patrón de respuesta en el que un disparador inicial genera un dolor emocional intenso del cual el paciente escapa a través de acciones impulsivas a causa de su falta de habilidad para tolerar el malestar o disminuir el dolor (30). Es por eso que la habilidad que se abordará inicialmente en este subtipo es la de tolerancia al malestar, que ha sido también descrita para el subtipo afectivo (11, 17) e implica la habilidad de percibir el propio ambiente sin querer que éste sea diferente, aceptando la realidad tal cual es en el momento presente. La aceptación es la vía para transformar el sufrimiento que no se puede tolerar en dolor que podamos soportar y con el cual podamos hacer algo diferente a lo que se venía haciendo hasta ese momento y que resultaba inefectivo para el paciente. En otras palabras, se trata de aprender a manejar el dolor con habilidad, adoptando una buena predisposición a la terquedad, redirigiendo la mente a la aceptación una y otra vez -eligiendo aceptar la realidad tal cual es y experimentando el dejar de luchar contra la misma para disponernos a ella de forma abierta y flexible (17).

Subtipo agresivo

Al tratarse de pacientes con ira inapropiada e intensa (criterio 8) y con dificultad para controlarla, el trabajo con ellos privilegiará estrategias de validación emocional. Esto generará la ocasión para la expresión emocional y el reflejo de la emoción con el fin de validarla, sin escalarla al mismo tiempo (17, 28). Son pacientes que a su vez presentan una marcada inestabilidad afectiva (criterio 6) por lo que el manejo de habilidades de regulación emocional (11, 17) va a ser fundamental para ayudarlos a controlar sus emociones. El recurso de bloquear la tendencia de acción y hacer acción opuesta (11, 17) a lo que la emoción impulsa suele ser de gran utilidad con estos pacientes.

De la misma manera que las habilidades de regulación emocional ayudan a estos a pacientes a regular sus emociones evitando la conducta problema, las habilidades de efectividad interpersonal pueden serles de gran ayuda para manejar los conflictos interpersonales, hacer pedidos o negarse frente a determinadas situaciones. Son pacientes que suelen confundir la agresividad con la asertividad, pensando que si no informan sobre lo que les pasa o lo que sienten con firmeza y alta intensidad no serán escuchados ni tenidos en cuenta, resultando, a los ojos de los demás, explosivos y bruscos en su forma de relacionarse. A largo

plazo, este tipo de interacción no hace más que romper lazos interpersonales, retroalimentando la sensación del paciente de no ser escuchado ni comprendido por otros.

Subtipo dependiente

Se caracteriza por ser un subtipo con mayor capacidad de insight, con lo cual el abordaje se puede componer desde un inicio de una mayor cantidad de técnicas cognitivas respecto de los subtipos anteriores, que tienden más en un inicio a técnicas de corte conductual. Se recomienda utilizar estrategias de modificación cognitiva (17, 31) para abordar patrones estables de dependencia, los cuales, según varios teóricos (19) se deben a cierta intolerancia de las figuras primarias en el desarrollo de la autonomía de los niños. Hay que considerar que parte de estos patrones pueden generarse en la misma alianza terapéutica, siendo el campo por excelencia para trabajar los mismos la clarificación de contingencias (17, 32), reforzando en las sesiones las conductas adaptativas-aquellas conductas que queremos incrementar- para que luego las mismas sean generalizadas a interacciones cotidianas. Siempre debemos intentar proporcionar refuerzos naturales a la conducta adaptativa, ya que este estilo de refuerzos son aquellos que el paciente recibirá en su vida diaria (11, 17). Es en este punto también que se privilegiarán técnicas de efectividad interpersonal (11, 17), logrando que los pacientes perciban que pueden modificar patrones relacionales sin por eso menoscabar la relación establecida ni dejar de lado su respeto personal. En este proceso quedará claro que las contingencias o reglas para una persona pueden no aplicarse para otras y que lo importante es comenzar a registrar qué funciona o qué es efectivo para cada uno en un contexto determinado, relacionándose el paciente de a poco con habilidades de conciencia plena o mindfulness.

La DBT plantea tres estados mentales: mente emocional -cuando los pensamientos y las conductas son controladas por el estado emocional, los impulsos y el humor-, mente racional -son los pensamientos y las conductas gobernadas por la razón, la lógica y los hechos empíricos- y la mente sabia -que es la integración entre mente emocional y mente racional. Las habilidades de mindfulness son aquellas que usamos para equilibrar la mente emocional y la mente racional, buscando como objetivo llegar a una mente sabia. Asimismo el modo de llegar a la mente sabia es a través de la participación con conciencia, estar presente en el momento actual, y con actitud no sentenciosa y efectiva (11, 17).

Todas estas habilidades, arriba mencionadas, deben acompañarse de validación emocional y cognitiva (17, 28), con el fin de trabajar sobre cierto sentimiento de inestabilidad afectiva (criterio 6).

Se trabajará también con técnicas de exposición (17, 31, 33), sobre todo la intolerancia a la soledad que caracteriza a este grupo (criterio 1), entendiendo que desde DBT todo procedimiento basado en la exposición no es estructurado sino que se combina para desbloquear la evi-

tación emocional que presentan algunos pacientes frente a determinadas situaciones, enseñándoles de forma gradual a enfrentar aquellas emociones a las que temen.

Subtipo vacío

Por último se encuentran aquellos pacientes que presentan un sentimiento crónico de vacío (criterio 7) y una alteración de la identidad (criterio 3). En el trabajo psicoterapéutico se utilizarán estrategias de validación cognitiva (17, 28) siendo la tarea del terapeuta reconocer, verbalizar y entender los pensamientos, creencias y esquemas del paciente, comenzando a generar cierto sentido de coherencia interna del self. Se usarán técnicas de modificación cognitiva (17, 31), con el fin de abordar patrones de alteración de la identidad de sentido del sí mismo, lo cual se vislumbra en estos pacientes en la inconsistencia emocional que presentan y en la falta de predictibilidad a lo largo del tiempo en situaciones similares. Según Adler y cols. (31) estos patrones podrían deberse a las experiencias de los niños respecto a la inconstancia de sus padres y a la falta de empatía de los mismos, ya que esto podría interferir en el establecimiento de la confianza básica y del desarrollo de la identidad gestándose una identidad poco integrada y con fluctuaciones constantes, lo que hace que dichos pacientes modifiquen constantemente su modo de ver-

se a sí mismos, a los otros y a la realidad.

Las habilidades del modelo DBT de «sendero del medio» (11, 17) también resultarán importantes ya que tienen como objetivo ayudarnos a trabajar sobre pensar y actuar de forma dialéctica, flexible e integrada, sirviéndonos de ellas aquí para lograr de a poco generar un sentido más integrado del self. Asimismo, nos serviremos de las habilidades de mindfulness o de conciencia plena (11, 17) para trabajar sobre aceptar y tolerar los sentimientos de vacío, apuntando a estar atentos al momento presente sin juzgarlo ni evitarlo.

Si bien escapa a los fines de este trabajo cabe destacar que los últimos dos subtipos descriptos- dependiente y vacío- son aquellos, a nuestro parecer, que desde un inicio de la psicoterapia se beneficiarían más de técnicas pertenecientes a la Terapia Cognitiva Estándar (34) y al Modelo de Esquemas de Jeffrey Young (35). Frente a la mayor capacidad de insight de estos pacientes, trabajar sobre la modificación de esquemas extremos e inflexibles resultaría beneficioso, cuestionando y flexibilizando el modo negativo de verse a sí mismos y al mundo, los cuales son los generadores de la activación emocional intensa, perpetuando conductas desadaptativas que alejan a las personas de la vida que quieren vivir.

En la tabla 5 se encuentran resumidas las estrategias psicoterapéuticas recomendadas para cada subtipo (ver Tabla 5).

Tabla 5. Abordaje psicoterapéutico desde el modelo DBT para cada subtipo de TLP.

	Afectivo	Impulsivo	Agresivo	Dependiente	Vacío
Estrategias de Aceptación	Validación Emocional	Validación Conductual	Validación Emocional	Validación Emocional y Cognitiva	Validación Cognitiva
	Regulación Emocional		Regulación Emocional	Efectividad Interpersonal	Mindfulness
Estrategias de Cambio	Tolerancia al Malestar	Tolerancia al Malestar	Efectividad Interpersonal	Manejo de contingencias	Sendero del medio
	Manejo de Contingencias	Manejo de Contingencias		Modificación Cognitiva	Modificación Cognitiva
				Exposición (a la soledad)	Exposición (al vacío)

Tratamiento psicofarmacológico de cada subtipo de TLP

Numerosos autores han agrupado los diferentes criterios según DSM IV-TR (3) de acuerdo a la dimensión sintomatológica alterada, en un esfuerzo por aproximarse a la patogenia del TLP, organizándolos en 4 clusters hacia dónde dirigir el target farmacológico (34):

- Desregulación afectiva
- inestabilidad afectiva
- enojo inapropiado
- Desregulación cognitivo-perceptuales
- Disociación/paranoia (estresores)

- Desregulación impulsivo-conductual
- Impulsividad
- Conducta suicida o automutilaciones
- Desregulación interpersonal
- Esfuerzos frenéticos (miedo) por evitar el abandono relaciones inestables y caóticas
- Desregulación de la identidad (self)
- Sentimientos crónicos de vacío (falta del sentido en sí mismo)
- Alteraciones de la autoimagen.

La ansiedad y la sintomatología depresiva son consideradas como síntomas secundarios en el TLP.

El siguiente abordaje psicofarmacológico propuesto está dirigido principalmente al episodio agudo, manteniendo principalmente los fármacos estabilizadores del ánimo como fármacos de base del TLP. Se especifica este último punto en la propuesta de cada subtipo en particular.

Subtipo afectivo

Los fármacos que han demostrado mayor evidencia en el abordaje farmacológico de las dimensiones sintomáticas predominantes de este subtipo son el ácido valproico (VLP) y el antipsicótico atípico aripiprazol (ARP) (36, 37).

Por otra parte, MacKinnon y cols. consideran la inestabilidad afectiva como un problema dimensional relacionado con los cambios de humor y síntomas afectivos asociados; sostienen que la inestabilidad afectiva del TLP y el «Rapid mood switching» del TBP tienen la misma genética, por lo que sería más útil considerar a todos los pacientes con inestabilidad afectiva dentro de una misma categoría (espectro bipolar), ya que fenomenológicamente es lo fundamental, acercándose al origen biológico del problema. Este hecho, sumado a respuestas farmacológicas similares, indicarían que al menos un subtipo de TLP sería una forma atípica de presentación un trastorno afectivo primario (bipolar) (38). Por su parte, Akiskal conceptualiza al TLP como una variante «oscura» del TBP de tipo II, caracterizada por sintomatología afectiva crónica con humor irritable y temperamento ciclotímico, a diferencia del TBP tipo II clásico (39).

En un ensayo de 8 semanas randomizado, doble ciego, controlado con placebo de reciente publicación (2014, en prensa) (40), Black y cols. compararon 3 grupos de pacientes que cumplían criterios de TLP según DSM IV-TR a los que fueron asignados 150 mg/día de Quetiapina XR, 300 mg/día de Quetiapina XR y placebo. Los participantes tratados con 150 mg/día de Quetiapina XR (dosis bajas) tuvieron una reducción significativa en la severidad de los síntomas según la Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder en comparación con los que recibieron placebo. Los efectos adversos fueron más frecuentes en los participantes que recibieron 300 mg/día de Quetiapina XR (dosis moderadas), siendo este último el grupo que presentó mayor tasa de abandono antes de la finalización del ensayo (40). Teniendo en cuenta la íntima relación propuesta entre este subtipo y el TBP tipo II, se sugiere el uso de Quetiapina (QTP) como primera línea de tratamiento, incluso como psicofármaco de mantenimiento, para este subtipo de TLP (40, 41, 42, 43).

Subtipo impulsivo

La recomendación es el uso de estabilizadores del ánimo (EA) como topiramato (TPM) o lamotrigina (LTG), o antipsicóticos (ASG) como ARP u olanzapina (OLZ) (36, 37). Dada la disponibilidad en nuestro medio, la risperidona (RSP) podría ser otra opción.

Tanto el subtipo afectivo como el impulsivo comienzan con conductas suicidas a edades más tempranas y presentan mayor número de intentos de suicidio previos en comparación con los otros subtipos, siendo los de mayor riesgo (23). Se recomienda entonces la combinación de AP con EA, en un primer momento, hasta lograr el efecto de estos últimos. Luego de la etapa aguda, podría intentarse el retiro del AP. Teniendo en cuenta el importante riesgo suicida de estos subtipos, el Litio (Li) debe ser una opción dada su eficacia antisuicida (44, 45). Así, un esquema de inicio potencialmente útil en nuestro medio para un paciente TLP impulsivo con alto riesgo suicida sería farmacoterapia combinada con Li + RSP (dada la latencia del efecto antisuicida-antiimpulsivo del Li, mientras que para uno afectivo sería QTP + Li).

Una revisión de 2014, reúne la evidencia disponible sobre la eficacia de Clozapina (CLZ) en el tratamiento de TLP. La CLZ podría ser una opción de tratamiento beneficiosa para formas severas de TLP, especialmente para el control de los síntomas psicóticos, la impulsividad y las automutilaciones, así como también para reducir los días de “enhanced observation”, uso de contenciones y para mejorar el funcionamiento global del paciente (46). La CLZ podría tratarse entonces de una opción válida para pacientes con alto riesgo suicida, refractarios a psicoterapia y a otros tratamientos psicofarmacológicos. Sin embargo, esta revisión no encontró ensayos controlados randomizados, incluyendo sólo casos y serie de casos (46).

Debe tenerse en cuenta también que la recomendación original de la APA (47) en 2001 sobre el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) para la dimensión de desregulación emocional y desregulación impulsivo-conductual fue desestimada en todas las revisiones subsiguientes hasta la fecha (36, 37, 48, 49, 50). En un metanálisis de 2010, Igenhaver y cols. cuestionan ampliamente la Practice Guideline for the treatment of Patients with Borderline Personality Disorder de la Asociación Americana de Psiquiatría. Sus resultados no validan el uso de Antipsicóticos Típicos (APT) ni el de ISRS en la dimensión de descontrol conductual-impulsividad, ni su potenciación con APT (51). El uso de ISRS se desestima como primer o segundo paso para el control de la desregulación emocional, o su potenciación con APT (51). En resumen, los ISRS deben dejar de ser recomendados como primera línea para el tratamiento de la desregulación afectiva y la conducta impulsiva debido a la poca evidencia de que pacientes con TLP se benefician con el agregado de estos fármacos, y deberían ser recomendados sólo en episodio depresivo mayor o trastorno de ansiedad comórbido (36).

Subtipo agresivo

Las recomendaciones internacionales son similares a las del subgrupo anterior (OLZ, ARP, LTG, TPM), agregándose el VLP (36, 37). Sin embargo, teniendo en cuenta los hallazgos neurobiológicos mencionados (26), el pequeño número de pacientes que responden a anti-

depresivos podría corresponder a este subtipo, haciendo de los ISRS fármacos potencialmente útiles sólo en este grupo de pacientes. Se impone la necesidad de estudios prospectivos acotados a este subtipo para evaluar la eficacia de este grupo farmacológico. Por otra parte, dado que las conductas suicidas no son nucleares en estos pacientes, sería racional abordarlos con esquemas de EA en monoterapia.

Subtipo dependiente

El criterio 1 no representa un target farmacológico (36), y sólo en el caso de que síntomas del criterio 6 se manifiesten con intensidad, la indicación sería un EA con buen perfil de efectos adversos tales como TPM o LTG (36, 37).

Subtipo vacío

No hay evidencia acerca de la utilidad de psicofármacos en las dimensiones que predominan en este subgrupo de pacientes.

Es de suma importancia evitar el uso de benzodiacepinas (BZD) en todo paciente con TLP, dado el potencial de abuso de estos fármacos e incluso la evidencia de empeoramiento clínico con descontrol conductual (49). Para casos de insomnio, se recomienda el uso de antihistamínicos como Prometazina (52). Finalmente, en caso de aparecer sintomatología de la dimensión cognitivo-perceptiva en cualquiera de estos subtipos, el abordaje se hará con AP. Existe evidencia a favor tanto para los típicos (Haloperidol) como para los atípicos (ARP, OLZ) (36, 51); se prefiere estos últimos por su perfil de efectos adversos, teniendo en cuenta que los llamados «microepisodios psicóticos» son de breve duración y generalmente no requieren medicación por más de una semana (52).

En la tabla 6 se encuentran resumidas las recomendaciones psicofarmacológicas para cada subtipo (ver Tabla 6).

En la tabla 6 se encuentran resumidas las recomendaciones psicofarmacológicas para cada subtipo (ver Tabla 6).

Tabla 6. Abordaje psicofarmacológico según clínica de cada subtipo de TLP.

Subtipo	Recomendaciones	Propuesta
Afectivo	EA: VLP	QTP
	AP: ARP	QTP + Li si hay riesgo suicida
Impulsivo	EA: LTG/TPM	RSP + EA, luego EA en monoterapia
	AP: ARP / OLZ	RSP + Li si hay riesgo suicida
Agresivo	EA: LTG/TPM / VLP	EA en monoterapia
	AP: ARP / OLZ	ISRS (?)
Dependiente	EA: TPM / LTG	EA en monoterapia (algunos casos)
Vacío	No hay recomendaciones para el uso de fármacos en este subtipo	

Conclusiones

La distinción de estos subtipos puede ser de importancia en términos de pronóstico y abordaje terapéutico. Los subtipos más frecuentes son el afectivo, impulsivo, y luego el dependiente (23). Parece ser fundamental la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y su implementación temprana hasta alcanzar estabilidad en la regulación emocional y control de los impulsos (19) para los subtipos 1, 2 y 3. Por otro lado, los subtipos 4 y 5 pueden beneficiarse con un adecuado abordaje psicoterapéutico (23). Es importante destacar que todas las técnicas pueden ser de utilidad para cada subtipo de TLP descripto por Oldham (19, 21). Ahora bien, lo anteriormente expuesto es un intento de pensar qué habilidades de cambio y qué tipo de validaciones pueden resultar más beneficiosas para cada subtipo al inicio de un tratamiento

psicoterapéutico. No podemos dejar de resaltar -ya que es la esencia del modelo de DBT- la importancia de balancear las técnicas durante el tratamiento y tomar una posición dialéctica facilitando el juego de estrategias de cambio y de validación (11, 30).

En la clasificación se destaca la ausencia de subtipos que expresen el criterio 2 o el criterio 9 de TLP como predominantes (ver Tabla 1), a lo que el mismo Oldham establece que la clasificación se encuentra actualmente en revisión (21). Por esto, la propuesta de un nuevo enfoque psicoterapéutico y psicofarmacológico para cinco subtipos distintos de TLP es provisoria.

Agradecimientos: al Dr. Federico Rebok por el apoyo y la atenta lectura del manuscrito ■

Referencias bibliográficas

- Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*, 2009 May; 166(5):530-9.
- Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, American Psychiatric Publishing. The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2005.
- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*. 2004 Jun; 18(3):226-39.
- American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158(Oct suppl).
- Paris J. Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services* 2002; 53:738-742.
- Clarkin JF, Widiger T, Frances A, Hunt SW, Gilmore M: Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Abnorm Psychol* 1983; 92:263-275.
- Gagliesi P. Un Protocolo para asistir a personas con ideas suicidas en la práctica clínica. *Vertex Rev. Arg. De Psiquiat*. 2010, Vol. XXI: 42-48.
- Caballo, V.E.: "Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta". Editorial Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., 1998.
- Pryor Karen. No lo mates... ¡enséñale! El arte de enseñar y adiestrar. Modelado, reforzamiento positivo y técnicas de modificación de la conducta. Kns Ediciones, 2006.
- Linehan M: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford, 1993.
- O'Connell B. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014; 2:518-525.
- Linehan, M: Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders. Guilford, New York, NY, 1993.
- Keegan, E. Abordaje cognitivo del Trastorno Límite de la Personalidad. *Vertex. Rev. Arg de Psiquiat*. 2004 vol. XV: 287-94.
- Hayes, SC. Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press, 2004.
- Hayes, SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004; 35:639-665.
- Linehan, MM: Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite, Paidós, Buenos Aires, 2003.
- Apfelbaum S, Gagliesi P. El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex Rev. Arg. De Psiquiat*. 2004, Vol. XV: 295-302.
- Oldham JM: Integrated treatment planning for borderline personality disorder, in *Integrated Treatment of Psychiatric Disorders*. Edited by Kay J. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, pp 51-77.
- Oldham JM: A 44-year-old woman with borderline personality disorder. *JAMA* 2002; 287:1029-1037.
- Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006 Jan; 163(1):20-6.
- Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res*. 2001 Nov Dec; 35(6):307-12.
- Rebok F, Teti G, Fantini A, Cárdenas-Delgado C, Rojas S, Derito MNC, Daray FM. Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide attempt. *Psychiatr Q*. 2014 Sep 2. [Epub ahead of print].
- Kernberg O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 1997 Spring; 11(1):93-104.
- Siever LJ. Relationship between impulsivity and compulsivity: a synthesis. In: Oldham JM, Hollander E, Skodol AE, editors. *Impulsivity and Compulsivity*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1996.
- Gagliesi, P., Lencioni. G.: Asistencia Telefónica: Una Aproximación Desde La Terapia Dialéctica Comportamental en pacientes borderline, Fundación Foro, 2004.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter 8: Core Strategies: Part I. Validation". New York: Guilford Press, 1993.p.221-49.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter 9: "Core Strategies: Part II. Problem Solving". New York: Guilford Press, 1993. p.250-91.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter 7: "Dialectical Strategies". New York: Guilford Press, 1993.p.199-220.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter Chapter 11: "Change Procedures: Skills Training, Exposure, Cognitive Modification". New York: Guilford Press, 1993.p.329-70.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter 10: "Change Procedures: Contingency Procedures". New York: Guilford Press, 1993.p.292-328.
- Foa, E; Hembree, E; Rothbaum, B. Terapia de Exposición Prolongada para TEPT: Procesamiento emocional de experiencias traumáticas. SAPsi Editorial, Buenos Aires, 2008.
- Beck, A. T.; Freeman, A. y otros: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad, Buenos Aires, Paidós, 1995.
- Young, J.: Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Schema-focused Approach, Sarasota, FL., Professional Resource Exchange, 1990.
- Lieb K et al., Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials, *The British Journal of Psychiatry* (2010) 196, 4-12.
- National Health and Medical Research Council, Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder, Melbourne: *National Health and Medical Research Council*; 2012.
- Mackinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders* 2006; 8:1-14.
- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord*. 2003 Jan; 73(1-2):49-57.
- Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC. Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014 Jun 27.
- Belli H et al. Borderline Personality Disorder: Bipolarity, Mood Stabilizers and Atypical Antipsychotics in Treatment, *J Clin Med Res*. 2012 October; 4(5): 301-308.
- Pfennig A et al., The diagnosis and treatment of bipolar disorder: recommendations from the current s3 guideline,

- Dtsch Arztebl Int. 2013 Feb; 110(6):92-100.
43. Yatham LM et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders* 2013; 15: 1-44.
44. Baldessarini RJ et al., Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review, *Bipolar Disorders* 2006; 8: 625-639.
45. Toro Martinez E, Tratamiento farmacológico de la conducta agresiva impulsiva, *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2012, Vol. XXIII: 281 - 286.
46. Beri A, Boydell J. Clozapine in borderline personality disorder: A review of the evidence. *Ann Clin Psychiatry.* 2014 May; 26(2):139-44. Review.
47. APA, Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder, Octubre 2001.
48. Herpetz SC et al., WFSBP guidelines for biological treatment of personality disorders, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2007; 8(4): 212-244.
49. Abraham PF Calabrese JR, Evidence-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? *Journal of Affective Disorders* 111 (2008) 21-30.
50. Paris J, Pharmacological treatments for personality disorders, *International Review of Psychiatry*, June 2011; 23: 303-309.
51. Igenhover T. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(1):14-25.
52. National Collaborating Centre for Mental Health, Borderline personality disorder: treatment and management, London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009.



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar