
CASO CLÍNICO

Trastorno grave de personalidad. Abordaje desde un Hospital de Día.

Y. ESPINA JIMÉNEZ*, J. SEMPERE PÉREZ**

*Psicóloga clínica. **MIR Psiquiatría
Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. Madrid.

Introducción

Presentamos el caso de un varón de 29 años que, por sus características psicopatológicas (diagnóstico de trastorno *borderline* de la personalidad) y sociofamiliares, se constituye en ejemplo de paciente de “difícil” abordaje terapéutico y usuario de múltiples recursos de salud mental (Unidad Hospitalización Breve, Centro de Salud Mental, Hospital de Día). A continuación, trataremos de realizar una aproximación al caso para, posteriormente, centrarnos en el abordaje último, llevado a cabo desde el Hospital de Día, que comprende la intervención terapéutica con la familia y que, pensamos, ha hecho cambiar nuestra visión y expectativas en torno al paciente, ya que éste nos ha permitido ver más allá de la “etiqueta” diagnóstica individual, para descubrir la compleja dinámica relacional que subyace en el trastorno, abriéndose así una nueva vía de actuación para el cambio hacia la salud.

Presentación del caso

Datos biográficos

Parto y desarrollo psicomotor normal. Enuresis hasta los 14 años. Emigra, junto con su familia, desde un pequeño pueblo a una gran ciudad a los cuatro años de edad. Es el quinto de 10 hermanos (gemelo de otro varón). Desde los seis hasta los 14 años permanece en un internado. Refiere haber sufrido abusos sexuales por parte de compañeros y castigos por el profesorado en este internado “porque no obedecía las normas”. Historia de malos tratos físicos por parte de su madre: en una ocasión le rotó las piernas con alcohol y le prendió fuego -persiste una cicatriz-. No obtuvo el grado escolar. A los 16 años se incorporó al mundo

laboral en una empresa de bisutería. Cumplió el servicio militar sin ninguna dificultad. Tras licenciarse, trabajó durante cinco años en la fábrica de bisutería, de donde fue despedido por problemas con el encargado. Posteriormente, trabajó en una fábrica de cinturones y, esporádicamente, como pintor. Desde hace tres años no trabaja y apenas se relaciona con nadie, excepto los familiares directos.

Antecedentes familiares

Madre diagnosticada de trastorno de la personalidad, con historia de varios ingresos psiquiátricos hace aproximadamente 20 años, motivados por intentos autolíticos y que coinciden con la repartición de los hijos entre la familia y las instituciones. Sigue tratamiento psicológico actualmente, con frecuentes descompensaciones en las que presenta elevada ansiedad y tendencia a la clinofilia.

Abordaje terapéutico desde los Servicios de Salud Mental

Contactó por primera vez con nuestros servicios en diciembre de 1996, al ser ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) tras un intento autolítico grave por ingesta de psicofármacos. Tras el alta, acude al Centro de Salud Mental (CSM) utilizando este servicio siempre con carácter de urgencia, lo cual motiva que no pueda llevarse a cabo una terapia reglada. Se evidencia una importante conflictiva familiar, personal y social, que es difícil recomponer ante la escasa colaboración del paciente y de sus familiares, a los que no es posible reunir. En abril de 1997 ingresa de nuevo en la UHB tras otro intento autolítico con psicofármacos, el cual llegó a requerir un ingreso previo de 48 horas en la UCI del hospital general. En junio de 1997 se pro-

grama desde el CSM el ingreso en el hospital de día, ante la persistencia de ideación suicida.

Tratamiento en el hospital de día

Se inicia el tratamiento en julio de 1997, tras el alta de un tercer ingreso en la UHB. Desde la primera entrevista se pone de manifiesto un discurso contradictorio, ausencia de conciencia de enfermedad, quejas de malestar y vacío, risas inadecuadas que, posteriormente, mostraron carácter defensivo, y actitud infantil y desafiante ante los terapeutas si sus demandas no son atendidas en el acto.

Se pauta tratamiento farmacológico con Fluoxetina (20 mg/día), Clorazepato Dipotásico (75 mg/día) y Trifluoperazina (5 mg/día).

Los objetivos pactados con el paciente en un principio son la contención ante los intentos de suicidio precedentes y la persistente ideación autolítica. Posteriormente, se plantea pasar al abordaje terapéutico. Para ello, se recurre a encuadres individuales y grupales donde se trabajan la falta de empatía y dificultad para establecer vínculos maduros, la toma de conciencia de sus actuaciones y la adquisición de aprendizaje para la autorresponsabilización.

Durante su estancia en el hospital de día se ponen de manifiesto conductas teñidas por la inmadurez, narcisismo, incapacidad para experimentar sentimientos de culpa y establecer relaciones adultas e incapacidad de amar. Se observan rasgos paranoides en los que el paciente aparece como víctima ante el “ataque” de los demás. Actúa en cortocircuito ante la mínima frustración. Espera que la familia o la sociedad, a través de la institución sanitaria, reparen el daño causado. No tiene conciencia de enfermedad, por lo que no hay demanda explícita de tratamiento, pero sí utiliza a la institución para eludir responsabilidades.

La relación terapéutica es ambivalente; por una parte, provoca rechazo dada su actitud actuadora y querulante y, por otra, cuidados por lo infantil, frágil e inseguro que el paciente resulta ser.

Durante su estancia en el hospital de día son frecuentes las urgencias e ingresos en la UHB (más de 12 ingresos en menos de un año), que entorpecen la dinámica de trabajo establecido. En febrero de 1998, tras un nuevo ingreso por intento autolítico grave, se decide planificar una estancia larga, con el fin de actuar sobre la dinámica establecida de “puerta giratoria” y aportar un nuevo abordaje del caso. Se introduce en este momento la indicación terapéutica de intervención familiar, coincidiendo con un momento de alta crispación en la familia, con demandas y descalificaciones a la institución y una actitud que, lejos de ser de colaboración, entorpece cualquier intento terapéutico.

Intervención familiar

Convocamos a los familiares convivientes con tres objetivos principales:

1. Hacer un diagnóstico de la situación familiar que nos ayudara a entender mejor la etiopatogenia del caso.
2. Intervenir sobre las expectativas y demandas de la familia, en un momento de alta tensión con la institución: familiares querulantes con respecto al tratamiento que recibe el paciente, depositación total de la responsabilidad de la evolución del caso en los profesionales, actitud de desconfirmación de sus terapeutas, de la que le hacen partícipe.
3. Actuar sobre la dinámica familiar introduciendo cambios que repercutan en la sintomatología del paciente, tratando así de detener la escalada conductual de éste, caracterizada por las múltiples urgencias e ingresos hospitalarios, amenazas e intentos de suicidio.

La intervención con la familia fue llevada a cabo por la psicóloga responsable del paciente y un MIR de psiquiatría. La primera dificultad fue conseguir traer a la familia a consulta. Tras varias negativas y citas perdidas, se aprovechó el ingreso anteriormente mencionado para convocarles a través de una carta explicativa, dirigida al padre de familia. A continuación se resume sintéticamente el proceso llevado a cabo:

Febrero de 1998: tras la primera convocatoria acuden a sesión la madre, los dos hermanos que aún viven en la casa y el paciente, que es trasladado desde la UHB. No aparece el padre, que es excusado por su mujer “porque él no puede abandonar su trabajo. Es el único que aporta dinero en casa”. Se les explica el motivo de la convocatoria familiar y la imposibilidad de llevar a cabo la evaluación de la familia sin la presencia del padre. Surge un cúmulo de reticencias desde la madre, que indica que “mi marido jamás vendrá. El enfermo es mi hijo y nosotros no tenemos nada que ver”; a las que siguen el cuestionamiento de todo el trabajo terapéutico llevado a cabo desde nuestros servicios de salud mental, con descalificaciones hacia la institución y sus integrantes y la proyección en éstos de toda la responsabilidad de la evolución del paciente. Respondemos a las agresiones apelando a la corresponsabilización, aceptando nuestras dificultades para ayudar al paciente, pero devolviéndoles que gran parte de la responsabilidad también recae en ellos y en su colaboración con el marco de tratamiento que proponemos, recogiendo, asimismo, su rabia por el sufrimiento que la situación les provoca. Conseguimos así el “enganche” de la familia, que acepta venir a la próxima sesión con el

consentimiento, por parte de la madre, a que el marido también acuda. Remitimos, en cualquier caso, una nueva convocatoria por carta a nombre del padre.

Marzo de 1998: se mantienen dos entrevistas familiares. En la primera de ellas (5 de marzo), reconstruimos la historia familiar y elaboramos el mapa de familia. Acuden todos los convocados, es decir, los convivientes en casa, que se distribuyen en la sala de forma análoga a como lo harán en el resto de las sesiones: ambos padres juntos, con los hijos sentados a los lados. El paciente siempre se sitúa en un extremo, apartado incluso por un asiento libre del resto de familiares. Las características que más llaman la atención en esta familia son:

- La madre, omnipresente, en torno a la cual gira todo y que apenas deja hablar a los demás. Encasillada en el papel de enferma, que ella misma señala continuamente con el beneplácito del marido (“la pobrecita ha estado siempre enferma. Ella no se puede llevar disgustos”) y que trata de utilizar como eximente de todas sus responsabilidades (crianza de los hijos, trabajo, depositación en instituciones) y como medio de que se le provea de atención (narra su dura biografía, sobre todo, en relación con su emigración a Madrid).
- El padre, periférico, “dominado” por la enfermedad de la madre y carente de autoridad, a pesar de sus habituales intentos de confirmación (“yo mando en casa”).
- El hermano gemelo, aliado con el paciente y que actúa como portavoz de éste.
- El desinterés general del hermano pequeño.
- El paciente, aparentemente imperturbable, casi desafiante a través de su sonrisa e inoculando rabia en cada comentario sobre las deudas pendientes con sus padres, a las que, sin embargo, no es capaz de poner nombre (“yo nunca he sabido expresar lo que siento”).
- La desestructuración de la familia: resto de hijos con problemas de drogas, económicos, etc. Pelea abierta de los padres con varios hijos por motivos económicos, en la que el resto de los miembros parecen tomar parte.

Acabada la primera entrevista, el padre muestra su resistencia a volver a una segunda, con el acuerdo de la madre. Conseguimos que den su consentimiento tras la petición del paciente y el pacto que éste establece con su padre (“si tú eres capaz de venir, yo voy a ser capaz de no volver a suicidarme”). Previamente, los padres habían mostrado su temor ante el inminente alta de la UHB, igual que el paciente (“si mi madre sigue metiéndose en la cama y descalificándome, no sé qué voy a hacer”).

En la segunda entrevista, continuamos la evaluación de la familia. El paciente es capaz de introducir el tema de los malos tratos infringidos por su madre, sobre todo a través de comparaciones con otros hermanos: sale a relucir la figura del hermano siguiente en edad, figura prestigiosa actual de la familia y hacia el que el paciente no oculta sus celos. Se dibuja la figura del paciente “abandonado” y que no acierta más que a provocar nuevos “abandonos”. Somos capaces de hablar de “terapia para todos” y no encasillar al paciente como único motivo de la intervención.

Abril de 1998: tras no acudir a una cita (excusándose en motivos laborales del padre) se les vuelve a convocar por carta. Se mantiene una entrevista en este mes, en la que se evidencia una más estrecha vinculación de todos los miembros con los terapeutas. Se respira en la entrevista una atmósfera de tranquilidad, probablemente, también relacionada con la estabilidad clínica del paciente. Éste, en cualquier caso, continúa desafiante y escasamente colaborador. Nos hacemos eco de la evolución clínica de la madre, que no a vuelto a tener sus “crisis de nervios”.

Mayo de 1998: realizamos la entrevista justo a la semana siguiente de que el paciente protagonizara un desafortunado episodio durante una urgencia en la UHB (llevó una pistola que trató de sacar durante la entrevista con el psiquiatra de guardia con la intención, según refiere, de “amenazar con matarme si no me ingresaban”). Trabajamos la gravedad de los hechos y la responsabilización del paciente hacia sus actos, rebatiendo el papel de la enfermedad como eximente e introduciendo estratégicamente el desafío: “la enfermedad como cobardía: el miedo a ser sano y aceptar las responsabilidades”. Se crea en esta entrevista un clima de alta tensión y expresión de emociones, que llegan a su cénit cuando el paciente verbaliza de forma abierta las deudas pendientes con su madre, en relación con los malos tratos. Esto provoca que la madre abandone la consulta y, posteriormente, una vez de vuelta, que podamos, al fin, introducir la reconciliación entre ambos con el señalamiento de la tendencia a la actuación similar de madre e hijo. A nivel analógico, son capaces de unirse en la consulta, promover un diálogo en el que padre y hermano actúan como reforzadores. El hermano es capaz de abandonar su actitud culpabilizadora hacia la madre y reconfirmar los movimientos que se introducen.

Paralelamente a la intervención familiar, continúa el trabajo terapéutico a nivel individual y grupal. La impresión de la terapeuta responsable del caso es que el

paciente presenta una actitud progresivamente más constante en el tratamiento, aunque continúa la sensación de “como si no fuese con él”. Su actitud inicial de tratar de saciar la demanda rápida y puntualmente apenas se ha modificado y sigue sin evidenciarse ansiedad ni culpa ante las conductas desmedidas que, en menor proporción, siguen produciéndose, aunque se señala el hecho de que empieza, al fin, a hablar en primera persona.

Discusión

El Hospital de Día es, posiblemente, el contexto que más posibilidades ofrece a la hora de plantear una intervención terapéutica, dado que permite compaginar e integrar diversos modelos de intervención con una alta disponibilidad de tiempo y en un espacio definido. Sin embargo, a menudo esta oportunidad es desaprovechada al no hacerse uso de algunos de los recursos terapéuticos necesarios. Cualquier profesional se alarmaría al comprobar que una patología psiquiátrica severa no es atendida en su vertiente biológica a través de la prescripción de psicofármacos, por ejemplo. Pero sólo algunos incluirían en su actitud terapéutica el trabajo con la familia del paciente cuando, a nuestro entender, este punto es, como mínimo, equiparable en su trascendencia al resto de abordajes y fundamental para la evolución favorable del paciente.

En el caso que nos ocupa, hemos tratado de resumir en breves puntos cómo la intervención familiar contribuyó a:

- Realizar un nuevo planteamiento de la situación por parte de los propios terapeutas, que conseguimos, así, ver más allá del paciente “incómodo” y sin expectativas, para reencontrarnos con un paciente cuyos síntomas adquieren valor comunicacional dentro de su

entorno. Pasamos de una atención focalizada en los síntomas a la comprensión global del problema, al detenernos a analizar la realidad relacional que subyace en el proceso.

- Lograr un contexto de colaboración con la familia que, como vimos, cesaron en sus quejas acerca de la institución y en su tendencia a la depositación del paciente para tomar un papel de corresponsabilización en la evolución del caso.
- Disminuir el clima de tensión intrafamiliar, ofreciendo a cada uno de los miembros de la familia un espacio y un tiempo para expresar y compartir con los terapeutas y con los demás familiares su malestar.
- Iniciar acciones sobre la dinámica familiar, que permitan desmontar el juego relacional implicado en la etiopatogenia del caso, el cual se empieza a intuir en estas primeras sesiones (relación de la pareja parental, posicionamiento de los hijos). Ello, posiblemente, abra el camino a la reorganización de la familia y a la posibilidad de negociación entre los miembros, promoviéndose así la diferenciación del paciente y la adhesión a otro papel en la familia que no implique ser “un enfermo”.

Somos conscientes de que el trabajo con la familia no ha hecho sino comenzar y de que nuestra aportación será escasamente fructífera, si no es reforzada con posteriores sesiones familiares que avancen en la consolidación del cambio. En cualquier caso, el mérito del éxito terapéutico, si se produjera, no sólo debe ser atribuido a las intervenciones realizadas con la familia, sino, también, al resto de las intervenciones llevadas a cabo en el dispositivo del Hospital de Día (psicoterapia individual, grupal y de medio), sobre las que hemos preferido no extendernos en la redacción de este caso.