



XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

EL MUNDO CONTRA MI

Santiago A. Pina Franco, María Gavilán Morales, Cecilia Calero Mora, Natividad Megías Simarro, Manuel Martínez-Carlón Bueso, Pablo Botías Cegarra, María Isabel Ibernón Caballero, Pilar Chacón Martínez, Javier Sánchez Sánchez, María de los Angeles Carrillo Córdoba

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
2. CSM Mar Menor Murcia
3. CSM Aguilas

santiagopinafranco@gmail.com

RESUMEN

En salud mental es necesario el disponer de recursos especializados para cada tipo de pacientes, en la Región de Murcia contamos con un programa de trastornos de personalidad que está a la última en cuanto a abordaje y manejo de esa enfermedad. Presentamos el caso de una mujer de 36 años que ingresa en Hospital Virgen de la Arrixaca tras gesto autolítico con psicofármacos, alcohol, cocaína y una pequeña dosis de amoníaco. Como antecedentes destaca un diagnóstico de trastorno de personalidad tipo mixto desde los 18 años que ha seguido malos controles por salud mental y varios gestos autolíticos con providencia de rescate de los cuales 1 precisó ingreso, la paciente vive en el domicilio materno y nunca ha trabajado más de 2 meses. Durante el ingreso fue tratada por los servicios de medicina interna y otorrinolaringología y posteriormente por psiquiatría donde hace crítica total del gesto mostrando preocupación por lo sucedido. Se estabiliza totalmente y se gestiona acudir a programa de trastorno de personalidad donde es aceptada y comienza a acudir a terapia con psiquiatras, psicólogos y enfermeros especialistas en trastornos de personalidad consiguiendo que la paciente tome conciencia de su enfermedad y que consiga trabajo que actualmente mantiene. Vemos la importancia de mantener un seguimiento y crear programas adecuados para cada tipo de paciente de salud mental puesto que tienen en numerosas ocasiones un perfil crónico que necesita de supervisión y ayuda para evitar una recaída que en nuestro caso podría haber tenido consecuencias gravísimas.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de personalidad son un grupo de entidades dentro de la psiquiatría que se caracterizan por un patrón desadaptativo de comportamiento persistente y profundamente arraigado que se manifiesta de manera inflexible como una modalidad estable de respuesta frente a las situaciones sociales y personales que acontecen. Históricamente, se ha considerado que los trastornos de la personalidad obedecen a anomalías del desarrollo psicológico del sujeto, pero en los últimos años se han evidenciado una serie de alteraciones neurobiológicas, principalmente en el trastorno límite y el esquizotípico, que modifican las consideraciones etiopatogénicas hasta ahora sostenidas. Aunque se suelen iniciar en la infancia o adolescencia, el diagnóstico no debe hacerse nunca antes de los 18 años, ya que es a partir de entonces cuando podemos empezar a hablar de una estructura de personalidad permanente. Sólo existe una excepción: el trastorno antisocial o disocial, que se puede diagnosticar a partir de los 14 años. Uno de los trastornos que más llaman la atención en Salud Mental son los clásicamente llamados del grupo B, se caracterizan por ser sujetos inestables e inmaduros y, a menudo, conflictivos. Algunos autores han relacionado etiológicamente este subgrupo con los trastornos afectivos, con el trastorno por abuso de sustancias y con los trastornos somatomorfos. Dentro de estos destaca el trastorno límite de personalidad que se caracteriza primariamente por disregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas. El perfil global del trastorno también incluye típicamente una inestabilidad generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación. Es, con mucho, el más común de los trastornos de la personalidad. Se estima que su prevalencia oscila entre un 0,2% y un 1,8% de la población general. De ellos el 76% son mujeres. Los estudios prospectivos sugieren en lo que se refiere a las tasas de remisión, que alrededor del 60% a los 6 años deja de cumplir criterios diagnósticos. De hecho suele evidenciarse en la mayoría de los casos una estabilización clínica a partir de los 35-40 años. El abordaje de los trastornos de la personalidad depende de la combinación de dos estrategias fundamentales: tratamiento farmacológico y tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo dichas estrategias no son iguales de eficaces en todos los trastornos y hay que valorar la mejor opción o valorar la combinación de ambas en función de cada tipo. Se han utilizado psicofármacos tales como antidepresivos, estabilizadores del ánimo, benzodiacepinas, neurolepticos, y distintas psicoterapias. Para Millon, la propia personalidad es la que debe guiar la terapia mediante la combinación de las distintas técnicas existentes según las diversas características problemáticas de la personalidad del paciente. Son escasos los estudios sobre la eficacia clínica de las diferentes psicoterapias utilizadas pero entre las más utilizadas se encuentran la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoterapia dinámica breve y la terapias dialectico-conductual.

EL MUNDO CONTRA MI

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años remitida desde camas de urgencias por gesto autolítico con fármacos, alcohol y pequeña dosis de amoníaco.

Como antecedentes personales destaca prótesis en labio superior, mamoplastia de aumento, consumo de cocaína desde los 20 años, adicción al metilfenidato inhalado desde hace 1 año con finalidad recreativa, ex alcohólica desde hace 2 años, y fumadora de tabaco desde los 16 años. A nivel psiquiátrico, ha sido diagnosticada de trastorno de la personalidad mixto; trastorno de conducta alimentaria tipo Bulimia en remisión, y varios intentos autolíticos previos precisando un ingreso en Servicio de Psiquiatría en 2013 por ingesta de lorazepam, fluoxetina y sulpirida. Una visita a urgencias por agitación a principios de 2015 con diagnóstico de intoxicación por metilfenidato nasal.

Actualmente vive en domicilio con su madre. No tiene ningún oficio y permanece en casa sola durante todo el día mientras su madre está trabajando. Sólo realiza salidas para comprar medicamentos. No ha llevado un tratamiento crónico de forma irregular.

La paciente cuenta que estando en domicilio intentó suicidarse cogiendo todas las pastillas que tenía a su alcance y las ha ingerido, así como alcohol, cocaína y una pequeña cantidad de amoníaco. A la paciente la encuentra su hermana en domicilio tras ser avisada por ella sin pérdida de conocimiento y sin haber presentado vómitos.

La exploración física resulta normal y avisan a psiquiatría para valoración.

La exploración psicopatológica muestra una paciente consciente, vigil, orientada en persona. Aspecto descuidado. Discurso incoherente, saltígrado, contenido delirante ("el rubifen está estropeando mi casa", "mi paladar está caído"). No clínica afectiva mayor. No otras alteraciones de la sensopercepción. No hay contenido autorreferencial del pensamiento, ni ideas de perjuicio ni de persecución. No ideas de control ni robo del pensamiento. No hiporexia. No insomnio. No ansiedad psíquica ni física. No hace crítica del intento autolítico. Se realiza ingreso, los distintos análisis resultan normales.

Tras valoración por MI y ORL la paciente pasa a psiquiatría iniciando tratamiento neuroléptico. En pocos días cede la clínica psicótica realizando la paciente crítica total del gesto autolítico y mostrándose muy preocupada por las consecuencias graves que podría haber tenido. Se plantea la posibilidad de ingresar en programa de Trastorno de Personalidad y la paciente acepta.

Tras ser dada de alta la paciente entra en programa de Trastornos de la Personalidad en el Centro de Día del Hospital Psiquiátrico Román Alberca de El Palmar (Murcia) donde sigue terapia con psiquiatras, psicólogos y enfermeros especialistas en Salud Mental.

DISCUSIÓN

En lo que concierne concretamente al trastorno de personalidad límite, Stern (1938) describió por primera vez a los pacientes límite. Los situó entre la psicosis y la neurosis, y destacó que no respondían a terapia psicoanalítica habitual. Después de varias formulaciones relacionadas con concepciones amplias de la esquizofrenia prevaleció el concepto de Kernberg (1967) de organización límite de la personalidad. Éste, recogía diversos de los actuales trastornos de la personalidad y tendía a identificar pacientes iracundos, manipuladores y problemáticos. Con el desarrollo de un síndrome descriptivo, en gran parte obra de Gunderson y Singer (1975), fue viable realizar los estudios que permitieron su delimitación.

Etiopatogénicamente, los trastornos de personalidad son heredables, como también lo son los rasgos que bajo ellos subyacen. Respecto a la herencia del TLP, hay que señalar la impulsividad, el neuroticismo y la labilidad afectiva. La impulsividad como rasgo suele agregarse en familias, y de hecho, los principales trastornos observados en parientes de primer grado de TLP no son los trastornos afectivos sino el abuso de sustancias y el trastorno antisocial de personalidad. La mayoría de pacientes describen experiencias infantiles conflictivas, y hasta la mitad de ellos algún tipo de abuso sexual. Los meta-análisis realizados hasta el momento, con todo, sólo muestran una correlación moderada entre abuso sexual y TLP, o entre trauma infantil y conductas auto-agresivas. La evidencia actual apuntaría hacia un impacto diferencial de las experiencias infantiles en relación al tipo de procesamiento cognitivo y del perfil de rasgos de personalidad.

Clínicamente se caracteriza por síntomas en un gran y disperso abanico de dominios: desregulación emocional, impulsividad, inestabilidad en las relaciones personales y disfunciones cognitivas. Aún así, actualmente no se requiere que se presenten síntomas en todas estas áreas, por lo que los cuadros calificados de TLP pueden ser muy heterogéneos.

El diagnóstico debería seguir a la obtención de una historia personal cuidadosa, en la que se estableciera la presencia de patrones de inestabilidad afectiva e impulsividad, que se iniciaran temprano en el desarrollo y que se mostrarán consistentes durante el tiempo y en diferentes contextos.

La inestabilidad afectiva propia del TLP se define habitualmente como la aparición brusca de emociones muy intensas, con un lento retorno al nivel basal. Típicamente, el estado de ánimo fluctúa radicalmente, incluso en el curso de un mismo día, desplazándose habitualmente de la tristeza y la desmoralización a la ira. Estos cambios afectivos suelen estar relacionados con acontecimientos vitales. Independientemente a la inestabilidad afectiva, se presenta el sentimiento crónico de vacío.

EL MUNDO CONTRA MI

La impulsividad es otro rasgo nuclear del TLP, y probablemente aquel que condiciona mayores problemas clínicos como autolesiones o autointoxicaciones. Conductas que suelen asociarse a alta impulsividad son el abuso de tóxicos, las conductas suicidas crónicas, la automutilación o las explosiones de ira (agresividad afectiva o impulsiva). La inestabilidad interpersonal en el TLP puede ser primaria o secundaria tanto a la inestabilidad afectiva como a la impulsividad, y se suele traducir en una biografía tormentosa, marcada por relaciones inestables y conflictivas. En este ámbito, también se ubica la intolerancia a la soledad y la propensión a la dependencia.

Los pacientes con TLP pueden desarrollar síntomas asociados a la alteración del contenido del pensamiento como episodios psicóticos breves, pensamiento paranoide no delirante, pseudo-alucinaciones o despersonalización, habitualmente en relación a estrés agudo.

Durante el curso del trastorno, la principal complicación es la consumación del suicidio, que en distintos estudios longitudinales se cifra entre 3-10%. Habitualmente, consuman suicidio los pacientes mayores de 30 años, que no han experimentado mejora con varios tratamientos o bien que no han realizado tratamiento alguno. La condición que conlleva un peor pronóstico en esta área es la asociación del TLP con un abuso severo de tóxicos.

A la hora de tratarlo los estudios realizados hasta la fecha no han encontrado un tratamiento farmacológico efectivo y duradero. Además, también es conocido que en muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad los síntomas desadaptativos pueden ser transitorios y remitir sin tratamiento farmacológico. El abordaje terapéutico farmacológico está orientado a mejorar los síntomas más desadaptativos en cada paciente. Las evidencias que se derivan de los estudios para el tratamiento general del TLP indican que algunos tratamientos farmacológicos pueden hacer disminuir síntomas concretos en los pacientes con TLP. Entre estos encontramos antiepilépticos, antipsicóticos, antidepresivos.

Con respecto al tratamiento psicoterapéutico, tanto la evidencia disponible como la experiencia clínica aconsejan que el núcleo del tratamiento del TLP consista en psicoterapia.

Se han descrito múltiples técnicas terapéuticas.

- Intervenciones psicológicas breves: Terapia Cognitiva Asistida por Manual (TCAM).
- Psicoterapias individuales: Terapias cognitivo-conductuales. Terapias de orientación dinámica. Terapias integradoras y otras técnicas Terapia cognitivo-analítica (CAT). Terapia guiada por el paciente (Millon) y terapia interpersonal.
- Programas de psicoterapia: Terapia dialéctico-comportamental (TDC). Terapia basada en la Mentalización (TBM).

También están las comunidades terapéuticas y la arte-terapia.

EL MUNDO CONTRA MI

Para finalizar cabe recordar la importancia de concienciar a la sociedad y al sistema de salud de la necesidad de que se aprueben recursos como el que se dispone en la Región de Murcia de Trastornos de Personalidad puesto que la evidencia muestra que la farmacología no es del todo eficaz y se necesita un abordaje mas intenso y especifico que ayude al paciente con trastorno de personalidad a superar su malestar y convivir con el resto de la sociedad sin que esto suponga una carga para él ni para el sistema.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-V-TR, Breviario: Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson, 2014.
2. Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Kaplan and Sadock Sinopsis de Psiquiatría Clínica. 10ª ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
3. Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Espasa Libro, 2003.
4. Stoffers JM, VöllmBA, Rücker G, Timmer A,Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *CochraneDatabase of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art.No.:CD005652.DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.