

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Dificultades en la atención del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad en la internación psiquiátrica. Un caso de estudio.

Salgado, Matias.

Cita:

Salgado, Matias (2014). *Dificultades en la atención del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad en la internación psiquiátrica. Un caso de estudio. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/198>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/vvY>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA. UN CASO DE ESTUDIO

Salgado, Matias

Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Argentina

RESUMEN

En este trabajo se presenta el tratamiento de una paciente con trastorno límite de la personalidad internada en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Dr. T. de Alvear. Se presentan el desarrollo del abordaje del espacio de psicoterapia individual incluyendo las intervenciones del mismo, y aportando a su vez información acerca de los otros espacios que formaron parte del tratamiento: la entrevista psiquiátrica y la terapia familiar. Se describen las dificultades que se presentan a lo largo de las entrevistas, en las que la paciente por lo general evita comunicarse mostrando una actitud indiferente ante las intervenciones del terapeuta. Se realiza una breve reseña acerca de las generalidades del trastorno límite de la personalidad; luego se presenta la singularidad del caso. Se concluye con algunas reflexiones acerca del mismo y sobre de las dificultades en el establecimiento de la alianza terapéutica en pacientes con este tipo de trastorno.

Palabras clave

Trastorno límite de la personalidad, Internación, Tratamiento

ABSTRACT

DIFFICULTIES IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER INPATIENT'S ASSISTANCE. A CASE OF STUDY

In this paper, we present the treatment of an inpatient woman with borderline personality disorder admitted at the "Psychiatric Emergency Hospital Dr. T de Alvear". Development of individual psychotherapy treatment is presented along with information regarding other treatments received: psychiatric interview, and family therapy. The difficulties encountered during the interviews, in which the patient usually avoids contact showing an indifferent attitude to the therapist's interventions are described. A brief overview about the borderline personality is made; then the uniqueness of the case is presented. We conclude with some considerations about this and the difficulties in establishing the therapeutic alliance with patients with this type of disorder.

Key words

Borderline personality disorder, Inpatient, Treatment

Generalidades del Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) implica un patrón generalizado de inestabilidad afectiva, dificultades severas en las relaciones interpersonales, en el control impulsivo, y alteración de procesos cognitivos -por ej.; las representaciones del self- (Skodol et al. 2002; Salgueiro y Palavezzatti, 2008) que se presenta en diversos contextos y que comienza al inicio de la edad adulta (DSM 5, 2013).

Se trata de pacientes severamente perturbados y multiproblemáticos. Presentan tantos conflictos -incluso algunos de vida o muerte-

que resulta difícil dirigir el tratamiento (Gagliesi, 2007). Se estima una prevalencia en la población del 2% al 6%. Representa el 10% de los pacientes ambulatorios y el 20% de los pacientes hospitalizados (Philips et al. 1999; Leiderman et al. 2004; DSM 5, 2013), alcanzando el 49% en adolescentes internados (Bateman, Fonagy, 2010). El TLP se relaciona con un peor resultado en cuanto a tratamientos de trastornos del Eje I, como por ej.: depresiones, bulimia y abuso de sustancias (Kosten & Kosten, Rounsaville, 1989; Phillips & Nierenberg 1994; Ames-Frankel et al. 1992; Coker, Vize, Wade, Cooper, 1993; Linehan, 1999).

El conjunto de criterios políticos para el TLP (al menos 5 de 9 criterios en el DSM) otorga como resultado 151 -posibles y diferentes- combinaciones de criterios para realizar su diagnóstico. Ante esto, algunos modelos cognitivos proponen entender al TLP como un *espectro* en el que habría que distinguir pacientes con personalidad: a) límite evitativa/dependiente, b) límite histriónica/narcisista, y c) límite antisocial/paranoide (Layden et al. 1993). Por otro lado, Skodol (2002) señalan que es válido pensar el diagnóstico de TLP como muchos trastornos del Eje I. Autores que se inclinan hacia modelos dimensionales afirman que la mejor manera de entender a los trastornos de la personalidad (TP) es como amplificaciones de rasgos normales (Paris, 1998). Dada esta heterogeneidad clínica, se han llevado adelante distintos análisis, los cuales ubican las dimensiones centrales de la psicopatología TLP en una estructura de 2 factores consistente en: 1) inestabilidad en las relaciones interpersonales y la identidad, 2) desregulación afectiva (Rosenber & Miller, 1989). Otros autores amplían la estructura con un tercer factor: 3) la impulsividad (Clarkin et al. 1993; Sanislow et al. 2000; Sanislow et al. 2002). Según el modelo *biosocial* (Linehan, 1993) el TLP es producto de una transacción entre el nivel de vulnerabilidad emocional de una persona y las respuestas invalidantes de su entorno. Según Linehan, la vulnerabilidad a las experiencias emocionales y la desregulación emocional son el núcleo del factor individual en este trastorno (ver también Fruzzeti, 2002). Esta vulnerabilidad se manifiesta en tres aspectos: a) alta sensibilidad a los estímulos emocionales; b) alta reactividad a los estímulos emocionales; c) retorno lento al estado basal luego de la desregulación emocional (Keegan, 2004).

Un problema grave y frecuente entre los pacientes con TLP es el abuso de sustancias. Quienes cumplen criterios de TLP tienen mayores probabilidades -que personas con otros trastornos- de cumplir a su vez con criterios de abuso de sustancias (excepto aquellos con TP Antisocial) no debiéndose esto enteramente a la superposición de criterios diagnósticos (Linehan et al. 1999). En pacientes internados, la comorbilidad con el abuso de alcohol llega al 52%, y el con abuso de sustancias al 46% (Kroger et al. 2006). A su vez, los pacientes con TLP y comorbilidad de abuso de alcohol/sustancias están más perturbados y presentan una psicopatología más severa que los TLP sin abuso (Linehan et al. 1999; Links et al. 1995). Los pacientes internados reflejan la misma relación (Kroger et al. 2006).

Las experiencias infantiles adversas tales como *abuso, negligencia o descuido* se encuentran frecuentemente implicados en el desarrollo de TP. Se ha encontrado que en el TLP esta relación es más pronunciada que en el resto de los TP (Battle et al. 2004). Skodol (2002) señala que: *una historia de abuso sexual infantil, un primer contacto psiquiátrico a temprana edad, la agresión, el abuso de sustancias, y la cronicidad de los síntomas* constituyen los predictores de peor pronóstico en el TLP.

En cuanto al diagnóstico diferencial, el Trastorno Bipolar se considera como la patología con mayor dificultad para diferenciar con el TLP (Leiderman et al. 2004). Los pacientes con TLP se distinguen claramente por mayores conflictos de separación/abandono; y en la expresión de sus emociones y necesidades (Perry & Cooper, 1986). En relación al TP por Dependencia, si bien tanto este como el TLP se caracterizan por el miedo al abandono, este último reacciona ante el abandono con sentimientos de vacío, ira, o con demandas; mientras que el *Dependiente* reacciona con un incrementado sosiego y sumisión; buscando rápidamente una relación de reemplazo que le provea de cuidado y soporte (DSM 5, 2013). En cuanto al curso, Fonagy y Bateman (2006) desataron la polémica al señalar que *“En una gran mayoría de los casos el TLP se resuelven naturalmente dentro de los 6 años”*. Esta afirmación fue duramente criticada y calificada como *“Insostenible”* por parte de Ashman & Haig (2006). Otros autores señalan que *sin* tratamiento las características del TLP podrían sostenerse de por vida; y que en pacientes ambulatorios, se puede ver una mejoría en el primer año; recién después de 10 años de trat. se puede observar que el 50% no cumple más con los criterios diagnósticos (DSM 5, 2013).

Caso Laura

Datos básicos de identidad y referencia social.

Laura es una mujer de 29 años, argentina, soltera. Vive en el GBA con su padre. Es de clase medio-baja. Actualmente desempleada. Trabajó como camarera, promotora y modelo. Baila Flamenco y actúa. No ha tenido parejas estables. Es la menor de tres hermanas. La mayor cursó una internación psiquiátrica por un intento de suicidio. La segunda es Psicóloga, y están distanciadas. Su madre falleció hace 4 años; era paciente psiquiátrica con múltiples intentos de suicidio e internaciones. Laura cursó la primaria y secundaria con dificultades. Repitió 4to año. Le restan tres materias para terminar 5to. Abandonó el último tratamiento un mes atrás (en Centro Provincial de Adicciones). No tiene internaciones previas.

Evaluación e Internación en Guardia

Ingresa al Hospital de Emergencias Psiquiátricas Dr. T. de Alvear acompañada por su padre. Presenta: *“Intensa angustia, deterioro y aislamiento psicosocial, abuso de alcohol, y cocaína, hipertimia displacentera, labilidad afectiva, cortes con cuchillo, impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Reiterados abandonos de tratamiento”*. Recibe como diagnósticos presuntivos: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno del Control de los Impulsos, y Abuso de Sustancias. Se evalúa *“riesgo cierto e inminente”*. La misma paciente solicita internarse. *Medicación:* Risperidona 3mg/d + Lorazepam 6.25mg/d + Prometazina 25mg/d. Durante este periodo se presenta: *reticente; no colabora; distímica; hipobulica. Surgen conflictos con otros pacientes por los que quiere abandonar la internación; y con su padre quien se opone a esto; [Ella le dice:] “Yo me quedo, pero vos no volvés a pisar este lugar (y se marcha de la entrevista)”*. Permanece en la guardia por dos semanas. El cuadro se estabiliza y se decide su pase a sala. Al consultar acerca de la decisión de continuar la internación, el psicólogo que la siguió durante este periodo me señala: *“Le falta conciencia de enfermedad. Dice que acá está como en un*

viaje de egresados”; *“Que en el hospital se siente desconectada de sus problemáticas”*.

Admisión en “Sala de internación Mujeres”

El tratamiento está conformado por psicoterapia individual, entrevista psiquiátrica y farmacología, y entrevistas familiares. La admisión psiquiátrica señala: *“ánimo triste, clinofilia y apatía, labilidad afectiva. Consumo de alcohol y cocaína sin reconocer adicción. Antecedentes de síntomas ansiosos: ataques de pánico y flashbacks en relación al fallecimiento de su madre con imágenes que remitieron con Sertralina. Personalidad ciclotímica de base: “Mis amigos me dicen que días estoy re mal y al día siguiente bien”. Sin ideas de muerte, suicidio, fuga y/o auto-heteroagresividad”*. Diagnóstico presuntivo: Trast. Bipolar tipo II vs. TLP. Se incorpora Quetiapina y se disminuye Risperidona.

Entro en contacto con Laura en la admisión del espacio de psicoterapia. Como motivo de internación -apenas- dice una frase: *“Por depresión, alcohol y drogas”* y guarda silencio. Socializo el dispositivo y la intención del espacio. Entonces, de a poco comenta que hace 3 o 4 meses: *“Estaba bajón. Venía con una vida que no era vida”*; *“Había llevado el colchón al living”*; *“Estaba todo el día ahí”*; *“Hasta que me hice unos cortes. Pero no me quería matar; quería llamar la atención”*; *“Ahí llame a mi papá y a la ambulancia porque dije: esto no da para más”*. Luego extiende la evolución de su padecimiento. Señala que el sufrimiento se ha ido incrementando desde el fallecimiento de su madre; teniendo a su vez cuestiones que *“son de toda la vida”* (aludiendo al malestar pero sin dar detalles).

Con un discurso obtuso, en principio no expresa una clara atribución sobre la causa de su malestar: *“No sé; por todo”*. Luego, angustiada corre un poco el velo: *“Por todas las pérdidas que tuve en estos últimos años; la muerte de mi mamá, la de mi tía, la separación de una pareja”*. Aclara sobre lo último: *“Él era el hombre ideal”*; *“Me llamaba y yo no quería hablarle”*; *“Después él se alejó”*; *“Quise hablar con él pero ya se había cansado”* (*¿Por qué no querías hablarle?-) “No sé; no quería [silencio]”*. Al referirse a su madre se angustia; dice que falleció súbitamente en su casa, pero evita profundizar el tema. En relación a tratamientos anteriores dice: *“Nunca hice tratamiento a raja tabla”*; *“Cuando me pongo mal me aíso y no quiero hablar con la psicóloga, la psiquiatra, con nadie”*.

Durante la entrevista mantiene una actitud indiferente, evitativa, por momentos hostil. Reticente a interiorizarse en su historia, impresiona ansiosa; impaciente; irritable. La mayor parte del tiempo evita el contacto visual, mira al piso, por la ventana, al costado. Esto cambia cuando se angustia y sus ojos se llenan de lágrimas (por ej. simplemente al decir el nombre a su sobrino): allí me mira fijamente; para luego desviar el tema. Laura oscila entre la indiferencia y el llanto; evidenciando dificultades para poner en palabras, reconocer y regular sus emociones. La percepción en lo que respecta a su participación en la generación de las dificultades que padece es muy baja. Minimiza sus conductas y efectos; inclusive las autolesivas. Dice que actualmente puede controlar el consumo, que ya no siente necesidad de tomar alcohol *“No lo tomo porque me gusta, sino porque me siento bien”*; y que la cocaína *“hoy me da asco”*.

A lo largo de la entrevista Laura despliega el material *a cuenta gotas*. La información es a veces contradictoria pero a ella no le resulta conflictivo. Al intentar enlazar mínimamente algunos hechos o conductas con su malestar, Laura suele responder de manera indiferente: *“Si, Ponele”*. No tiene planes de trabajar ni de completar sus estudios; y no parece motivada a encausar un nuevo tratamiento.

Relato Historizado de su vida. Datos recopilados desde los tres espacios.

Laura nace en 1984 sin complicaciones en el parto. Durante el

embarazo fallece su abuelo materno. En el '85 fallece su abuelo paterno. Durante la infancia vivió con su familia nuclear y su abuela materna quien sufría de Alzheimer: "Se escapaba, se perdía". En el '89 dicha abuela fallece. Ese mismo año Laura es llevada a iniciar tratamiento: "Yo no sé por qué". Su madre era adicta al juego, depresiva, con múltiples intentos de suicidio, e internaciones psiquiátricas. "Tuve una infancia complicada"; "Tuvimos mucho baile en mi familia (...) Ella amenazaba que se iba a matar cuando se peleaba con mi papá"; "Yo no entiendo, cómo estando nosotras... cómo es que se quería matar". Las descripciones de su madre la suelen tener a ella misma -de forma explícita o tácita- como referencia (y viceversa) por ej.: "Ella también era paciente psiquiátrica"; "Mi hermana me puso otros límites, como a mí mamá"; "Se murió en mi cama". A los 17, Laura sufre de un "episodio de ausencia" luego de la muerte de un amigo. A sus 18, se separan sus padres (con posteriores idas y vueltas). Con sus hermanas intentan ir a vivir con su madre pero regresan con su padre "Porque siempre había que internarla". Cursó la primaria y la secundaria con dificultades, sin terminar esta última. A los 19 años comienza a trabajar como promotora, más adelante como modelo, y camarera. A sus 22 fallece su abuela paterna; internan a su hermana mayor; y Laura comienza a consumir alcohol con frecuencia. En el 2009 su madre, con 57 años, fallece repentinamente. Laura presencia su muerte y "sale corriendo". Incrementa aún más su consumo de alcohol. A lo largo de los años realiza varios tratamientos pero no logra sostenerlos. En el 2012 nace su sobrino; Laura comienza tratamiento en un CPA. Desde inicios del 2013 comienza a consumir cocaína. Hace 4 meses fallece su tía paterna "Mi papá se deprimió mucho. Estaba muy flaco, tirado en la cama. Eso me puso muy mal". Conoce al hombre "Ideal" pero no logra formar pareja con él. Se aísla de sus amistades. Realiza salidas nocturnas, en las que consume alcohol en forma excesiva, también cocaína -especialmente las noches previas a compromisos laborales- "Si un día me pasaba de rosca no la contaba. Mezclaba pastillas con medicación, con alcohol, con drogas". Vuelca su tiempo a estar en la cama "Apenas me levantaba iba a comprar alcohol"; "Ya no tomaba trabajos"; "No iba a los castings; salía la noche anterior sabiendo lo que iba a pasar"; "Es esta cosa autodestructiva que tengo"; "Me autoboicoteo"; "Me auto exijo demasiado". Se agudizan los conflictos con su padre. El día previo a la internación discuten y este le echa de su casa. Laura piensa que la internación servirá: "Para que reaccionen"; "Ya pasó lo mismo con mi hermana". Dice: "Me han hecho mucho daño. Toda la vida"; "Todo lo que lo no quería que me pasara, y viví como hija, ahora me está pasando".

Vínculo con su Padre

La relación entre Laura y su padre es un constante oscilar entre recriminaciones y demandas de afecto. Sus críticas y reclamos de autonomía se eclipsan con su empecinada búsqueda de cuidado y dependencia. Cada nuevo "proyecto" de Laura despierta en su padre rechazo y una gran agitación que expresa a través de frases "desalentadoras": "No me vengas otra vez con cosas que vas a abandonar". Él se queja de que no volverá a dejarse arrastrar por el entusiasmo, y que dejará de responder a los requerimientos de Laura "[Meses atrás] Él me dijo que hasta acá me ayudaba más no". Sin embargo lo hace, por ej.: "[Durante un permiso] Ella me pidió que le compre zapatillas. Después se enojó y me las tiró por la cabeza porque no le gustaban". Ella, entre su indiferencia, y su emocionalidad lábil actúa un papel que genera cada vez más rechazo en su familia y amigos. Su padre, quien no puede disimular sus expresiones de mal humor y ambivalentes expectativas entra en constantes conflictos con Laura. Es común que durante semanas enteras no

cruzan palabra ni saludo. En otras ocasiones sucede lo contrario "Ella se me mete en la cama cuando miro tele". No logran advertir que ambos han conformado una *dependencia afectiva patológica* (Fernández-Álvarez, 2000). Tras del fallecimiento de su tía, su Padre habría movido algunas fichas: "Siento que él me pide que madure"; "El resto me dice que ya estoy grande para vivir con mi papá, que me tengo que ir, pero sin las peleas yo estoy cómoda".

Curso del tratamiento

El caso de Laura se trata de un cuadro grave con historia de cronicidad que se encuentra fuera de la urgencia. Múltiples aéreas de su vida se encuentran afectadas (social, familiar, laboral, etc.). Utiliza la evitación en general, y más específicamente, el abuso de alcohol (y otras drogas) como estrategias dominantes de afrontamiento. La presente internación habría cobrado el mismo valor evitativo, con el cariz de una conducta aprendida que parecería buscar un cambio *circular*; como decía el lema del príncipe Lampedusa "Qué algo cambie para que no cambie nada" (Fernández-Álvarez, 1992). Su nivel de resistencia es alto, se muestra poco permeable, rígida y se la ve vulnerable. Su red social de apoyo es escasa y se ha convertido en un factor de mantenimiento. Las experiencias terapéuticas previas (suyas y de su familia) son muchas y no han obtenido buenos resultados. La intensidad y la especial vulnerabilidad a su emocionalidad negativa, junto a la presencia de grandes cambios de ánimo generan: en los demás *rechazo*, y en ella una constante *auto-invalidación*. Esto impacta de forma directa y negativa en su sensación de identidad personal. Así, es vista como inmadura, distante, indiferente. Laura presenta dificultades con la intimidad; esto, sumado a una alta reactividad al contexto produce en ella mucho sufrimiento. Si bien su angustia es genuina, también se vuelve una manera de canalizar y expresar sentimientos de hostilidad. Después de unos días, a nivel farmacológico pasan a eliminarle la Risperidona y a incluir Litio.

Las entrevistas avanzan y Laura continúa con la misma actitud indiferente, sosteniendo atribuciones externas al hablar de sus problemas. Esto sucede en los tres espacios de tratamiento. Insiste en qué son los demás quienes deben cambiar para que ella esté mejor. Esto provoca dos efectos distintos. Los psiquiatras comienzan a reducir la frecuencia y extensión de las entrevistas llegando a ser estas de menos de 5 minutos. A su vez, el equipo de familia comienza a comentarle lo "*divertida y graciosa*" que parece cuando se enoja y discute con su padre.

El dilema con el que me voy encontrando es: ¿cuál es el mejor modo de ayudarla? Tanto por la complejidad del caso, por la escasa red familiar y social, y por las distintas perspectivas que estaba tomando el equipo. Como señala Bowlby (1989) "*Solo cuando el terapeuta es consciente de los constantes rechazos a los que el paciente puede haber estado sometido de niño cada vez que buscaba consuelo y ayuda, y de su temor a quedar sometido a algo semejante por parte del terapeuta, éste puede ver la situación existente entre ambos tal como la ve su paciente*". Mantengo el foco en promover la alianza terapéutica, y el acento en la validación de su experiencia emocional sin ubicarla en el rol de víctima (Suarez, 2008). Así nos detenemos a trabajar acerca de sus conductas autolesivas (Gagliessi, 2010). Comenzamos a explorar y trabajar sobre las conductas que disminuyen su calidad de vida, en las que Laura ubica al consumo de alcohol y cocaína. Atento de no juzgar, de a poco vamos trabajando sobre su actitud no colaborativa.

Cuando superviso el caso me recomiendan llevar adelante la exploración preguntando por "*sensaciones*", porque aparecía como un tema más neutral; por ej.: (¿No te pasa que antes de tomar alcohol te sentís mal?-) "Mmm... Si" (¿Lo sentís en alguna parte del cuerpo?-)

“Es como algo en el pecho”. De esta forma continuó explorando distintos cuadros y situaciones de forma gradual teniendo muy presente su evitación emocional, y entendiendo a su labilidad como el reflejo de la dificultad para regular las emociones. Cuando se niega a continuar hablando de algún tema lo mantengo indirectamente un momento y acuerdo con ella retomarlo la vez siguiente. De esta manera empezamos a explorar un poco más su malestar. Este proceso demanda mucho tiempo; como señalaba Freud (1914) es una prueba de paciencia para uno y una ardua tarea para el otro.

Sesiones después Laura me dice: *“Hay algo que no le conté a nadie: estuve con un chico de acá. Yo no quería, no estaba en mis planes, se fue dando... Ahora no lo quiero ver”*; *“Si él se acerca yo me alejo; si estamos en grupo no le hablo”*. Por primera vez Laura puede ubicar un problema que busca cambiar; un patrón de relación disfuncional con las personas que la atraen, a quienes evita luego de sentir intimidad. Angustiada señala: *“No lo hago a propósito, es más fuerte que yo”*. Así comenzamos a trabajar sobre su estilo de personalidad; las emociones y pensamientos que solían ponerse en juego y el conjunto de conductas que solía llevar adelante. Laura misma trae a escena a la evitación y el miedo. Esto representó un cambio ya que empezaba a hablar de cuestiones que antes evitaba y/o negaba.

Este trabajo permitió de a poco ser ampliado y generalizado, logrando observar su conducta también en otras situaciones y áreas (laboral, académicas y social). De este modo Laura llega a divisar un conflicto más extenso (Fernández-Álvarez, 1992); es decir, que algo inherente a su estilo era el punto de partida -al menos de algo- de su padecimiento. Tímidamente empieza a señalar muchas de sus conductas cumpliendo el papel de estrategias evitativas; por ej.: las salidas -con excesos- previo a compromisos laborales, el consumo de alcohol frente a emociones desagradables, no hablar de ciertos temas, y mostrarse indiferente o enojarse con los demás para no sentir angustia. Este nivel de trabajo no es continuo; en muchos momentos se muestra como el primer día. Le resulta difícil sostenerlo durante toda la entrevista; lo demuestra retomando una actitud indiferente, reticente. A pesar de esto, sí durante la sesión se sigue trabajando, ella misma vuelve a hablar de su malestar; por ej.: cuando comenta que el paciente con quien había tenido relaciones se iba de alta, indiferente dice: *“Mejor. Yo me voy a sentir más aliviada [silencio] (¿Por qué?-) Estar así es bastante tenso [silencio] (¿Así?) Separados [silencio] (Están separados...-) No sé, algo pasó. Viste como soy que también un día dejo de hablarle, no sé... yo lo veo como conmigo... enojado o no sé qué... [silencio]”* Más adelante: *“El me dijo que me hago rogar”*, se angustia y llora (¿Qué es lo que te angustia?-) *“Es como que otra vez no lo sé manejar, y me alejo... siento como que me terminan odiando. Es que no puedo, no puedo... me tengo que alejar... Siento que piensa como que yo no tengo sentimientos, pero no es así”*; *“Yo no soy así, por dentro es distinto a lo que demuestro”*. En otra sesión dirá que el hecho de no lograr formar una pareja: *“Me tiene bajoneada”*; *“Estoy negada [silencio] (¿Cómo sería negada?-) Y sí, negada, sí alguien me quiere o sí se interesa en mí evidentemente lo espanto, empiezo a alejarlo, todo como para que se vaya... estoy negándome a alguien que se fije en mí o que vea algo bueno en mí, lo rechazo”*.

A medida que el trabajo pudo avanzar, Laura continuo ubicando cuestiones que le generaban miedo y evitaba; estableciendo a su vez la diferencia entre sus pensamientos y emociones, y los de los demás. Este trabajo se iba enlazando con su biografía, con su historia -pero muy sutilmente- ya que al hablar de sus vínculos familiares era cuando se mostraba más impermeable, defensiva, y donde no dejaba espacio para los grises.

En la medida en que Laura comenzó a tener mayor conciencia de

trastorno (Fernández-Álvarez, 1992) mejoró su actitud. Este aspecto, junto a la ausencia de conductas autolesivas, y a la disminución considerable en el consumo de alcohol -y sus efectos- (confirmado por su padre) condujo a pensar en su externación. Laura había pasado del *“viaje de egresados”* a hablar de sus problemas y conflictos. Teniendo presente que la hospitalización prolongada podría ser iatrogénica y generar un aumento en la pasividad y las conductas de dependencia (Carlsson, 2009; CatSalut, 2006) se procedió a evaluar el alta lo antes posible. A esta altura el plan farmacológico era: Quetiapina 125mg/d + Litio 750mg/d + Lorazepam 125mg/d. Días antes del alta expresó sus miedos por tener que enfrentar ciertas cuestiones, como trabajar y terminar el secundario pero refiriendo motivación por realizarlo. Espontáneamente señaló: *“Siento que cambié y que me llevó muchas cosas de la internación (¿Cómo cuáles?) Por ejemplo yo antes no quería trabajar, me decían que trabaje y yo ggh... (gesto de asco) yo no!; y ahora tengo ganas de empezar (...) quiero terminar las 3 materias (...) Me di cuenta que esas cosas dependen de mí”*. El tratamiento en internación duró 2 semanas en guardia y 5 en sala. Laura actualmente sostiene tratamiento combinado por Consultorios externos del Hospital Alvear.

Alianza terapéutica, algunas puntualizaciones y estrategias

Este caso puso en primer plano las dificultades que pueden presentarse a la hora de promover, establecer y sostener una alianza de trabajo con algunos pacientes. Por esto me gustaría citar algunas consideraciones sobre el tema. Según Beck (2007) la relación terapéutica en sí misma puede ser un agente poderoso de cambio. Es considerada un factor predictor del éxito del proceso psicoterapéutico (Corbela et al. 2009). Sin embargo, uno de los primeros problemas que se presentan con pacientes con TLP es que la gran mayoría de los profesionales refieren tener dificultades en establecer la alianza. A su vez, los pacientes y sus familias suelen cambiar de tratamiento al no cumplir estos con las expectativas de alivio esperadas. Se suele decir que los pacientes entran *“desesperados”* y abandonan *“desesperanzados”* por sentirse incomprendidos y criticados (Gagliesi, 2007). Sumado a la severidad del cuadro, el tratamiento del TLP se encuentra frecuentemente comprometido por el incumplimiento y la baja adherencia (Linehan, 1999; Koldobsky, 2004). Por lo tanto, establecer una alianza terapéutica adecuada con estos pacientes es un desafío y, a la vez, condición de posibilidad de tratamiento (Keegan, 2004). Incluso, algunos autores señalan que las intervenciones con pacientes TLP son eficaces en la medida que exista una fuerte alianza terapéutica (Eastwick y Grant, 2005). Según Bolwby (1989) *“La alianza terapéutica aparece como una base segura (...) desde la que el paciente puede explorar los modelos representativos de sí mismo y de sus figuras de apego con el fin de volver a evaluarlos y reestructurarlos a la luz de la nueva comprensión adquirida y de las nuevas experiencias vividas en la relación terapéutica”* (ver también Fernández-Álvarez, 2000). Según Keegan (2004) es común que los pacientes con TLP consulten por las inhibiciones derivadas de un trastorno del ánimo o de ansiedad. Una estrategia frecuente es la de trabajar en primer lugar la patología del eje I, orientando a su vez a establecer una relación terapéutica sólida que se afiance sobre los eventuales logros terapéuticos.

Para representar lo complejo que resultó este caso y todos los interrogantes que generó concluimos citando las consideraciones que Gagliesi (2007) realizó acerca de la dificultad diagnóstica del TLP; *“Posiblemente sea un ejemplo claro del estado confusional de nuestro trabajo: Pacientes que no responden a nuestra práctica acusados de no hacer demasiado o lo suficiente para cambiar, cuando en realidad no podemos rendirnos a las evidencias de las limitaciones de nuestro quehacer”*.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition-Rev) Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition) Washington, DC: American Psychiatric Association
- Ames-Frankel J., Devlin, M., Walsh, T., Stnsser, V., Sadik, C., Oldham, J., Rouse, S. (1992) Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *J Clin Psychiatry* ;53:90-96.
- Ashman, D., Halgh, R., (2006) Correspondence. *British Journal of Psychiatry*, 188, 585-588. United Kingdom
- Bateman A., Fonagy P. (2010) Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*;9:11-15.
- Battle, C., Shea, M., Johnson, D., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M., Sanislow, C., Skodol A., Gunderson, J., Grillo, C. McGlashan, T., Morey, L. (2004) Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord.*;18(2):193-211.
- Beck, J. (2007) *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Barcelona: Gedisa
- Bowlby, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Carlsson, G. (2010) Validez de los criterios de internación en conductas suicidas: por qué, cuándo, cómo. *Rev. Arg. De Psiquiat. Vertex*, Vol. XXI: 27-34. Buenos Aires: Polemos
- Cat Salut.; Grup de Treball sobre el trastorn Límit de la Personalitat (2006) *Trastorno límite de la personalidad (TLP)*. Edición: CatSalut. Barcelona
- Clarkin, J., Hull, J., Hurt, S., (1993): Factor structure of borderline personality disorder criteria. *J. Personal Disord* 7:137-143.
- Coker, S., Vize, C., Wade, T., Cooper, P. (1993) Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. *InrJ Eat Disord.*;13: 35-40.
- Corbela, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L., García, F. (2009) Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* Vol. XVIII, 125-133.
- Eastwick, Z. & Grant, A. (2005). The Treatment of People with Borderline Personality Disorder: A Cause for Concern?. *Mental Health Practice*, 8 (7), 38-41.
- Fernández-Álvarez, H. (1992) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós
- Fernández-Álvarez, H. (2000) Dependencia afectiva patológica. *Revista argentina de Clínica Psicológica*. IX, 3, 271-282.
- Fernández-Álvarez, H. (2008) *INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé*. España: Desclée de Brouwer
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006) Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188,1-3
- Freud, S. (1914) Recordar repetir reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En *Obras Completas* Vol XII. Buenos Aires: Amorrutu editores.
- Fruzzetti, A. (2002) Dialectical-behavior therapy of borderline personality and related disorders. En Kaslow, F. & Patterson T. (eds.) *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*, vol. 2. 215-240. John Wiley and Sons, New York.
- Gagliesi, P. (2007) *Nosografías en Salud Mental*. Revista Clepios, 2, Vol. XIII, 79.
- Gagliesi, P. (2007) *Terapia dialéctica conductual en el tratamiento del desorden límite de la personalidad*. Revista Persona Vol 7-Supl 1. Argentina. Disponible en <http://www.iaepd.com.ar/revista/persona#>
- Gagliesi, P. (2010) *Un protocolo para asistir a personas con ideas suicidas en la práctica clínica*. Vertex 89, Vol XXI,42-54. Buenos Aires: Polemos
- Keegan, E. (2004) *Abordaje cognitivo del Trastorno Límite de la Personalidad*. VERTEX 2004, Vol. XV - Nº 58, 287-294. Buenos Aires: Polemos.
- Koldobsky, N. (2004) Actualidad de los Trastornos de la personalidad. *Rev. Arg. De Psiquiat. Vertex*, Vol. XV: 309-310. Buenos Aires: Polemos.
- Kosten, R., Kosten, T., Rounsaville, B. (1989) Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *J Subst Abuse Treat.*;6: 163-168.
- Kroger, C., Schweiger, U., Sipos, V. (2006) Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy* 44. 1211-1217
- Layden, M., Newman, C., Freeman, A., Morse, S., (1993) *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*. Boston: Allyn and Bacon
- Leiderman, E., Buchovsky, S., Jiménez, M., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F., Giordano, S., Lipovetzky G., (2004) *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Límite de la personalidad: Una encuesta a profesionales*. VERTEX Vol. XV, 58, 280-286. Buenos Aires: Polemos.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J., Kanter, J., Comtois, K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*, 8(4), 279-292.
- Links, P., Heslegrave, R., Mitton, J., van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: Consequences of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 9-14.
- McGoldrick, M.; Gerson, R. (1985) *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa
- Paris, J. (1998): Personality disorders in sociocultural perspective. *J Personal Disord* 12:289-301.
- Perry, J., Cooper, S. (1986) A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc*; 34:863-893.
- Phillips, A., Nierenberg A., (1994) The assessment and treatment of refractory depression. *J Clin Psychiatry*. 55:20-26.
- Phillips, K., Gunderson, J.(1999) Personality disorders, en *American Psychiatric Press textbook of Psychiatry*, 3rd ed. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Washington DC, American Psychiatric Press, 795-823
- Pizarnik, A. (2010) *Antología poética*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México
- Rosenberg, P., Miller, G., (1989) Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders. *J Abnorm Psychol* 98:161-169.
- Sanislow, C., Grilo, C., McGlashan, T. (2000): Factor analysis of DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 157:1629-1633.
- Sanislow, C., Grilo, C., Morey, L., Bender, D., Skodol, A., Gunderson, J. (2002) Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *American Journal of Psychiatry*; 159:284-290.
- Salgueiro M., Palavezzatti, M.C. (2008) El dominio en el trastorno de personalidad límite. En Fernández-Álvarez (comp.) *Integración y Salud Mental. El proyecto AIGLÉ 1977-2008* (pp337-364). España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Skodol, A., Gunderson, G., Pfohl B., Widiger, A., Livesley, J., Siever, L. (2002) The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*; 51:936-50.
- Skodol, A., Siever LJ, Livesley W., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T. (2002) The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*; 51:951-63.
- Suarez, M. (2008) *Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad*. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, Vol 37, 1, 149-163.