

### Introducción

En un Ateneo realizado anteriormente se discutió sobre el diagnóstico de la paciente, quedando pendiente una serie de interrogantes con relación a la problemática social de estos pacientes y sobre cuál es el lugar que ocupa el hospital como institución en el manejo de estas situaciones.

Si bien planteamos la historia de PJ, la idea es pensar cuál debe ser la estrategia de trabajo con este tipo de pacientes.

Nos enfrentamos a una realidad, estos pacientes llegan al hospital, consultan con alta frecuencia (a veces diariamente) y sienten al hospital como un referente.

En ocasiones, frente al desborde que generan, se plantea si el hospital puede no hacerse cargo de ellos.

Resulta difícil encontrar una solución por la complejidad del problema, pero nos interesa acordar cuál sería la forma de trabajo o la forma de abordar la situación (actualmente el abordaje pocas veces se hace en equipo).

### Historia clínica

PJ. Paciente de sexo femenino, de 36 años de edad.

Tiene tres hijas (10 años, 8 años y 14 meses), de diferentes compañeros. Las dos mayores viven con los padres de la paciente y la menor se encuentra en un Hogar del INAU.

La paciente ha estado en situación de calle. Vivía últimamente en una casa de salud que abandonó en las últimas semanas. Recibe una pensión por incapacidad.

Se trata de una paciente muy conocida en el Hospital Vilardebó. Recibe asistencia en la Policlínica.

Antecedentes familiares: padre alcoholista y violento.

Antecedentes personales psiquiátricos de reiteradas consultas en Emergencia y de múltiples internaciones en este hospital. Su primera consulta fue a los 14 años.

Motivan sus consultas un importante malestar subjetivo con ansiedad masiva y angustia, crisis de excitación psicomotriz, crisis clásticas y/o intentos de autoeliminación en un contexto de impulsividad frente a frustraciones o a la no satisfacción inmediata de sus necesidades.

Interesa destacar los rasgos de personalidad de la paciente y su curso de vida donde predomina la inestabilidad en todas las áreas, fundamentalmente en la esfera afectiva con franca incapacidad de mantener vínculos estables, positivos.

Si bien la paciente fue presentada en un Ateneo hace seis años, decidimos discutir nuevamente su caso, dado que la problemática mantiene vigencia y está pendiente una solución para el abordaje de estas situaciones.

Por otro lado, esta paciente es representante de tantos otros pacientes que concurren regularmente a este hospital.

Con anterioridad, fue vista como un trastorno de personalidad grave de tipo borderline.

Desde el año 1999 a la fecha, ha concurrido muy frecuentemente al hospital con sus características de personalidad y de funcionamiento. Ha tenido una evolución muy poco favorable; en estos últimos años se agregaron a su historia sucesos vitales que complican aun más su situación.

### Coordinación

#### **Patricia Labraga**

Médica Psiquiatra.  
Ex Profesora Adjunta de  
Clínica Psiquiátrica. Facultad  
de Medicina. Universidad de  
la República.

#### **Alba Pastorini**

Asistente Social.

Colaborador

#### **Danielo Rolando**

Médico Psiquiatra

Hace cinco años la paciente sufrió un accidente de tránsito (en el contexto de una crisis) con politraumatismos y traumatismo encefalocraneano. Requirió ingreso a CTI durante 20 días. Presentó convulsiones post TEC, con diagnóstico de epilepsia post-traumática. Recibe tratamiento con difenilhidantoína 3 comp./día.

En el año 2003 consultó por retraso menstrual; luego se confirmó el embarazo (con el padre de su hija tiene vínculos esporádicos). Su sentimiento con respecto a este embarazo fue ambivalente. Poco tiempo después, ingresó en el hospital por escasa contención y por la indicación de realizar reposo absoluto por amenaza de aborto. Mantuvo trastornos conductuales en sala. Posteriormente, realizó ingesta de cuerpo extraño, extrayéndosele un cubierto de mesa de la cavidad estomacal.

Hace varios meses nació su tercera hija. La paciente intentó hacerse cargo de la niña con apoyo de un familiar, sin lograr conseguirlo. Actualmente, está en un hogar del INAU.

Esta paciente ha recibido distintos tratamientos farmacológicos, antidepresivos, estabilizantes del ánimo y antipsicóticos, incluida la clozapina (por sugerencia del Prof. Murguía). Tuvo respuesta bastante favorable a este último fármaco en condiciones de internación, pero luego del egreso no mantuvo el tratamiento. Últimamente recibe tratamiento con neurolepticos de depósito (pipotiazina 100 mg). Se hicieron distintos abordajes en el área psicológica y de rehabilitación a lo largo de estos años.

## Historia social

A continuación se transcribe la historia social de la paciente donde quedan claros sus aspectos biográficos y de funcionamiento. La entrevista fue realizada en el domicilio particular de sus padres.

Nombre: PJ.

No se puede identificar un domicilio estable; actualmente recorre varios albergues, los cuales abandona. Manifiesta que esto depende de su estado de ánimo y también de con quién esté.

“A veces prefiero quedarme en X, estoy con mis amigos”. “Otras veces voy al refugio. El refugio es una «cueva», además te tiran para afuera a las siete de la mañana”.

Familia natural: madre de 63 años, padre de 75 años, varios hermanos.

La madre muestra su libreta de matrimonio. De ese matrimonio nacieron varios hijos.

El padre trabajó como obrero de la construcción, la madre es ama de casa.

Padre: “Siempre estuvimos en este lugar, es una sucesión, nunca se arreglaron los papeles”. “Siempre vivimos para nuestros hijos. Trabajé mucho; la madre también vivió para ellos”.

Madre: “P era una niña muy tranquila cuando era chica, no decía nada y no protestaba”. “Cuando empezó la escuela en un colegio de hermanas, presentaba algunos problemas de conducta, pero no era agresiva. Repitió tercer año”.

Cuando terminó 6°, las hermanas no la aceptaron más en el colegio, en tanto sus hermanos hicieron el liceo en ese lugar. Pasó al liceo público; ahí concurrió hasta 2° año. No terminó 2° año.

Refiere su madre: “Era inteligente pero había algo que no le permitía continuar”.

“A los 15 años empezaron los problemas serios. El primer episodio de agresividad importante ocurrió cuando le pegó a una compañera con una tabla en la cabeza. Del liceo la derivaron para su estudio al Hospital de Clínicas (Psiquiatría). Luego fue derivada al Hospital Musto. Tuvo varias internaciones y sucesivamente se escapaba. Estuvo mucho tiempo internada en la Sala 23 del Hospital Vilardebó. Después que se fue de esa sala empezó el calvario. Comenzó a vivir en casa nuevamente, no tenía horarios, se levantaba a cualquier hora y se iba a la calle. No la podíamos retener. La agresividad iba en aumento; por ejemplo, estábamos almorzando y tiraba todo de arriba de la mesa. Ahí venía la policía, la ambulancia; los vecinos ya sabían y llamaban. Cuando estaba embarazada estaba más tranquila. No le entregaron a su primera hija, tuvimos que intervenir pero nos costó muy

caro. Venía, insultaba, gritaba y pateaba. Había momentos en que lograba la calma, pero le duraba poco. Es la tranquilidad que precede a la tormenta. Hace más de dos años un juez le prohibió la entrada a la casa”.

–¿Cómo reaccionó?

–**Madre:** Muy agresivamente, gritaba que me iba a matar. Las niñas ya están acostumbradas. Ella es buena con sus hijas, siempre les trae cosas. Creo que como madre es buena pero no puede estar mucho tiempo con ellas; no puede, se descontrola. Las niñas le tienen miedo por sus actitudes. Por ejemplo, a veces va a buscarlas a la escuela y ellas se ponen muy nerviosas y no quieren que vaya. También viene a visitarlas regularmente, les trae juguetes y ropa y juega con ellas; las niñas se sienten bien en esos momentos. Ha hecho muchos intentos de suicidio. Siempre se termina lastimando. Siento que a veces nadie la quiere.

Refiere su padre: “Hace mucho que no la trato, sólo un saludo. Ya estoy acobardado; día a día me voy dando cuenta de que nunca mejorará. Ella era sana hasta los 14 años y a partir de ese momento empezó con los desatinos”.

–¿Cómo sería la solución para la vida de P?

–**Padre:** Pienso que tendría que estar en un lugar internada y que cada tanto pudiera visitarnos y visitar a otros. Ella no tiene personalidad, no puede manejarse sola; a su vez nosotros no la podemos tener acá porque ella no permite que nosotros le digamos nada. Siempre hizo lo que quiso, nunca logró una estabilidad.

–**Madre:** Es difícil encontrar una solución, tendría que existir un lugar donde le pudieran controlar la medicación y atenderla cuando entra en ataques. El último parto fue muy malo. Su hija menor está internada en el INAU. Nosotros no podemos hacernos cargo de otra hija de ella. Estamos muy viejos y cansados y tenemos por delante la educación de las niñas.

Se trata de una familia de valores, unida por los mismos y eso tal vez es lo que ha permitido la contención, a pesar de las grandes dificultades.

## Comentarios

Los objetivos de la presentación de esta historia clínica se relacionan a la situación puntual de esta paciente, y de otros pacientes similares, que consultan regularmente en el Hospital Vilardebó. Esta paciente, al igual que otros, consultan frecuentemente en los distintos sectores del Hospital: policlínica, emergencia, servicio social, rehabilitación, y por sus características generan dificultades en los equipos de atención.

A continuación se transcriben las opiniones de los técnicos que han realizado el seguimiento y tratamiento de la paciente en estos años y de los técnicos que participaron en esta instancia de discusión.

**AS Alba Pastorini:** La familia de PJ tiene la vida organizada en torno al trabajo. El padre trabajó siempre, actualmente está jubilado; su madre, ama de casa, siempre se ocupó de organizar la vida familiar. Se observa orden en el entorno y preocupación por la salud y la educación de los integrantes.

Con respecto a la paciente y al tema de su enfermedad, sentí que todos los integrantes tienen un gran desconcierto, no entienden muchas de las cosas que pasan.

Da la sensación de que ellos han intentado hacer cosas pero se han vistos desbordados y, por ende, muy frustrados.

**Dr. Lizardo Valdez:** Creo que una de las características de este tipo de pacientes es que generan esto que ahora pasa acá: distintos técnicos tenemos en determinados momentos distintas versiones o situaciones; con algunos una situación empática buena y con otros de rechazo. Algo de las dificultades de aprehender a la paciente y a su familia, me parece que termina sucediendo con los miembros del equipo de salud. Muchas veces ese tipo de dificultades termina implosionando hacia dentro del equipo y haciendo que tengamos dificultades y empecemos a pelearnos entre nosotros en relación con esta situación. Esto me parece que también es un elemento semiológico a manejar.

**Dra. Claudia Ceroni:** Yo también quiero señalar la exigencia y el agotamiento que generan en los equipos estos pacientes. Quería compartir algunos comentarios de la época en que trabajamos con esta paciente, hace varios años, durante su primer embarazo. El seguimiento en esa época movilizó mucho al equipo: el equipo tuvo verdaderamente un compromiso muy importante con la paciente, y ella no respondía. Venía esporádicamente, desconfiaba de si nosotros realmente la queríamos ayudar o perjudicar respecto a la tenencia de su hija. Esto estaba enmarcado sin duda en sus rasgos de personalidad, donde también está lo paranoide, más allá de su impulsividad y conductas heteroagresivas. Recuerdo de ese embarazo su ambivalencia respecto a esa niña; fue muy difícil, ya que al comienzo durante un largo tiempo ella quería hacerse cargo de su hija, con oscilaciones posteriores. Nosotros seguíamos a la paciente desde antes de quedar embarazada, e hicimos en el equipo una labor preventiva con relación a la anticoncepción. Obviamente, ella no pudo escuchar y quedó embarazada en una relación de pareja sumamente inestable. La acompañamos en el embarazo, nos costó muchísimo en ese momento tomar contacto con la familia, los citamos varias veces y los padres no vinieron. Finalmente, cuando la beba iba a nacer, el padre de la paciente concurre y dice que ellos se van a hacer cargo de la niña. En ese momento se había pensado en la adopción, se hicieron informes al Hospital Pereira Rossell y hubo toda una movilización en torno a eso. La paciente hizo un duelo muy importante, a su manera, pero manifestando una angustia muy intensa al no poder hacerse cargo de su hija. Después de tenerla, estuvo varios meses internada en este hospital. Iba a ver a la hija, pero cada vez que lo hacía se generaban problemas en la familia, por lo que finalmente el juez decidió que ella no podía acercarse.

Actualmente, por lo que estamos viendo, la paciente está en la misma situación o peor que en aquel momento. Creo que es importante destacar que ella forma parte de los más graves de los trastornos graves de la personalidad. Me parece que, además, teniendo en cuenta la seria patología, se fue sumando toda esta historia que ella misma generó

por su trastorno, de rechazo por parte de la sociedad y por parte, incluso, de los equipos: abandonos, rechazos, que generan todavía más marginación, más déficit en la paciente, más agresividad y mayores complicaciones en su historia.

**Dr. Luis Villalba:** En esta paciente borderline se puede precisar más el diagnóstico en lo que son las áreas más problemáticas, que tienen que ver con la impulsividad y las relaciones interpersonales. Comparto la idea de que estos pacientes nos frustran y generan divisiones en los equipos. En otros países se generan equipos especializados en el tratamiento de estos pacientes, que incluyen todo el arsenal terapéutico que tiene la psiquiatría: los fármacos, la psicoterapia, la internación y son equipos que se guían por protocolos racionales. Y son coherentes, o sea que muchas de las dudas que la paciente nos genera hoy, estarían limitadas en la medida que se hacen cosas racionales con relación a la evolución del trastorno. Pienso además que los equipos tienen que tener firmeza, y que esto tiene que ir junto a la flexibilidad. En nuestro país hay múltiples formas de tratar a estos pacientes; una de esas, es este hospital, pero creo que no hay equipos formados específicamente para su tratamiento.

La historia de esta paciente es desgraciada desde todo punto de vista, también desde lo que es la relación con los equipos de salud mental.

Se trataría de establecer con la persona que ahora la está tratando, una alianza terapéutica, pautándole una hora de asistencia fija y determinar que en los momentos de descompensación va a estar internada. Para estos pacientes nos falta la red intermedia, lo que son los hospitales de día, lo que son los lugares a medio camino, que aún no tenemos en este país.

**Dr. Danilo Rolando:** Este caso en particular nos permite profundizar la reflexión sobre esta temática en general, que es un problema de salud, y posiblemente en el caso particular de esta paciente es poco lo nuevo que se pueda hacer. Por carencia de

datos estadísticos precisos entre nosotros, debo recurrir a los datos que proporcionan autores norteamericanos que señalan que un 23% de los pacientes internados en centros asistenciales psiquiátricos son trastornos de personalidad borderline, 11% de los pacientes externos y 2% de la población general.

Si además tenemos en cuenta el alto índice de comorbilidad, ya que la mitad de los border tienen trastornos del estado de ánimo, y el 25% consumo de sustancias, se comprende que constituyan un serio problema de salud mental.

Con relación a esta patología, podemos observar que las preocupaciones de los autores en el ámbito psiquiátrico son cada vez menores por las sutilezas e hipertrofia de las teorías y las técnicas, apuntando a la convergencia e instrumentación de medidas terapéuticas prácticas y de resultados validados empíricamente y en la investigación científica. Esta es una necesidad que tenemos aún en el debe, en el sentido de aportar algo a la solución de este tema, a la constitución de equipos que deberían tener la especialización como un equipo de CTI, para todos sus miembros y donde los terapeutas tengan la posibilidad de intercambio, dentro de un marco de apoyo terapéutico (para ellos mismos). Los recursos terapéuticos que han mostrado ser más útiles en medios especializados de otros países son de carácter institucional, integrativos y secuenciales, que comprenden la psicoeducación (para el paciente y la familia), la creación de grupos de familiares, la instrumentación de recursos terapéuticos de control de impulsos (mediante psicoterapia y farmacoterapia), técnicas específicas de rehabilitación en régimen de hospital de día, el aprendizaje de habilidades sociales y desarrollo de conductas adaptativas, el tratamiento psicoterapéutico enfocado en las problemáticas actuales de los pacientes. Estos serían los aspectos prioritarios del tratamiento y si se sortean con éxito podemos eventualmente plantearnos la posibilidad de instrumentar una psicoterapia que apunte a la re-estructuración de la personalidad, del tipo de las terapias psicoanalíticas modificadas para trastornos graves de la personalidad, como la psicoterapia focalizada en la transferencia (de Clarkin J, Yeomans F. y Kernberg O) o la terapia de mentalización de P. Fonagy.

La evolución de esta paciente nos vuelve escépticos en cuanto a la eficacia de las medidas terapéuticas que podamos instrumentar, pero tampoco podemos dejarnos ganar por el sentimiento de impotencia que nos inocular. No caben dudas de que en su tratamiento a lo largo de los años se han implementado recursos terapéuticos que han consumido mucha energía de los profesionales tratantes, pero todavía tenemos que brindarle asistencia (sigue siendo una paciente por más que buena parte de sus problemas actuales sean de orden social), en el marco de un equipo técnico que se aproxime a las características que hemos señalado, que racionalice y comparta las medidas que se tomen. Si esto no se logra, sucede lo que se mencionaba con respecto a la fragmentación en el equipo, esto de “tomar partido” por ella, por los padres, el derecho de la paciente a procrear, los derechos de los niños, que nos lleva a tener una visión fragmentada de la problemática.

Creo que esta paciente todavía puede beneficiarse de un enfoque terapéutico farmacológico y psicoterapéutico, que si no puede ayudarla a cambiar puede permitirle asumir sus trastornos de un modo más adaptativo.

Una medida que Gunderson indica en pacientes, quizá no tan graves, es la terapia grupal, con un enfoque interpersonal y donde se busca la conformación de redes sociales de las que carecen estos pacientes. Si esto se complementa con terapia familiar puede lograrse alguna mejoría en su situación existencial. Por lo demás, se debe evitar la iatrogenia de las hospitalizaciones prolongadas, pero también habrá que internarla cuando esté en momentos críticos, agudos, de riesgo.

De todos modos es posible que la evolución de esta paciente sea negativa, como se ve en el grupo de pacientes borderline que terminan teniendo una vida terrible, con una alta tasa de suicidio.

**Dra. Carina Ricciardi:** El período en que me tocó seguirla ambulatoriamente fue de idealización para conmigo; yo tomé la parte buena de la escisión, me tocó ser depositaria de eso. Aun así, creo que fue una de las etapas en las que funcionó mejor, porque es como

dicen sus padres: en los embarazos ella parece estabilizarse transitoriamente y organizarse en sus conductas, y eso está descrito para algunos cuadros psiquiátricos. La policlínica le ofreció en ese momento un seguimiento semanal, con el mismo técnico; además la nurse jefa del servicio, con vasta formación y experiencia en salud mental, también le brindaba espacios alternativos cuando yo no estaba disponible, y además se trabajó en conjunto con el sector de rehabilitación, en los aspectos psicosociales, siempre con mucha flexibilidad, tolerando las faltas, las transgresiones, etc.. En ese período, prácticamente no se usó medicación, solo ocasionalmente, y en esa época fue cuando nos dio más gratificaciones en toda esta historia tan nefasta. Era de esperar que esto durara poco; cuando tuvo a su hija, tuvimos que hacer un informe en conjunto al juez, todos los técnicos tratantes de sala, de policlínica y rehabilitación. Fue un informe adverso a la paciente, porque, describiendo las cualidades de su personalidad, con su curso de vida, su impulsividad y lo que estaba demostrando en los primeros meses de vida de la niña, era evidente que no podía hacerse cargo sola del desempeño del rol maternal en forma adecuada. Así, el juez dictaminó las medidas cautelares. Escotomizando mi visión, lo que a mí más me ha preocupado de la paciente es el sufrimiento subjetivo brutal que ha tenido ella en todos estos años que la conozco en relación con el vínculo con sus hijas. Esto ha sido algo constante, que le genera muchas veces angustia masiva, que llega a ser psicótica, requiriendo internaciones breves, y generándole conductas impulsivas brutales como crisis clásticas en el domicilio, que no es de extrañar que las repita en el hogar del INAU en algún momento, o en algún hogar sustituto donde viva su hija menor. Ella transgrede todo; es inteligente y trata de contactarse con los jueces, de conseguir abogados de oficio que la defiendan, de asesorarse con asistentes sociales.

Igualmente, creo que tiene algunos aspectos sanos que son los que tendríamos que reforzar para establecer una estrategia con expectativas modestas, con pautas más o menos coherentes, de equipo, con límites claros. Una de las cosas que se le puede ofrecer es un técnico psiquiatra estable, preferentemente con un perfil más psicoterapéutico, y un asistente

social de referencia. Creo que ella puede, por períodos de la evolución, responder relativamente bien a esto; incluso ha demostrado agradecimiento y aprecio por varios de los que la hemos seguido por un tiempo prolongado, más allá de las vicisitudes, las escisiones, las ambivalencias.

Por otro lado, me parece que tendríamos que asesorarla como equipo, intentando atenuar las acciones más impulsivas y nefastas que terminan tornándose en contra de ella, y en contra del vínculo de la paciente con sus hijas, para que de modo progresivo se pueda adecuar a un régimen de visitas con las hijas que están con los abuelos y eventualmente con la hija que está en INAU.

En cuanto a la estrategia farmacológica, yo diría que una medicación de depósito es lo adecuado, por la mala adherencia que ha demostrado a otros tratamientos farmacológicos, y creo que el otro punto es que, responsablemente, debemos ofrecer opinión técnica sobre el control de la natalidad en esta paciente, no necesariamente con técnicas definitivas de esterilización, pero sí intentando una alianza con ella en ese sentido. La paciente tiene aspectos relativamente sanos y momentos en los que puede reflexionar, y creo que esas son las mejores instancias para intervenir, con el objetivo de hacer egodistónicas algunas de sus actitudes egosintónicas, basándonos en ese sufrimiento subjetivo que yo siempre percibo en ella. Dentro del equipo de técnicos que la siga, se podría seleccionar el más capaz de tolerar algunos aspectos de su agresividad e impulsividad, aunque sabemos que los logros van a ser moderados a mínimos. Podría integrarse un equipo de voluntarios que se ofrezcan a trabajar, en un número de cinco o seis para una paciente única, y dispuesto a tener logros magros. Creo que es lo que se le podría ofrecer, reconociendo que hasta ahora hemos asistido a un deterioro global de su funcionamiento, propio de su grave trastorno de personalidad, sin poder realizar intervenciones eficaces en el ámbito del Hospital Psiquiátrico.

**Dra. Cristina Fulco:** Desde el punto de vista terapéutico yo pensaba que con este tipo de pacientes se oscilaba entre la omnipo-

tencia y la impotencia. Me preguntaba cuál sería la situación de tratamiento ideal para esta paciente si existiera una infraestructura adecuada. A esta paciente la pondría en una terapia individual, reforzando en un comienzo la alianza terapéutica, la pondría en una terapia grupal para un funcionamiento con mejor integración a los grupos, y algo que no se ha dicho mucho acá: el trabajo con la familia. Me parece fundamental trabajar con ella y su familia, integrados a un tratamiento de terapia familiar, donde también estuvieran sus hijas para favorecer un contacto que no sé si se ha hecho y si se podría instrumentar. Con estos pacientes se genera un circuito que funciona en el orden agresor-agredido: ella arremete en un rápido pasaje al acto, con incapacidad de contener a nivel psíquico sus impulsos, pero al mismo tiempo produce en el equipo terapéutico intensa frustración que genera agresividad. El hecho de que la paciente “rebote” de un lado para otro, creo que nos habla del nivel de intolerancia del equipo terapéutico y de la institución, que es necesario analizar. Pienso que es imprescindible pensar estos problemas desde diferentes vértices que lleven a buscar distintos recursos terapéuticos como los ya mencionados a nivel individual, grupal y familiar, además del tratamiento psicofarmacológico y las internaciones breves cuando sea necesario.

Un tema crucial es el que tiene que ver con salud mental y derechos humanos: con relación a la anticoncepción pienso que se debe armar una red que ofrezca a la paciente diferentes abordajes además de la psicoeducación sobre medidas anticonceptivas, el uso del DIU y otros recursos que le permitan en la medida de lo posible ser sujeto activo de las decisiones a tomar.

Otro aspecto a destacar es el hecho de que la paciente está mejor durante los embarazos y entonces podríamos plantearnos qué puede significar esto: ¿será que la situación de embarazo llena transitoriamente ese sentimiento de vacío que está tan presente en ella?, ¿sustituye en algo las carencias a nivel representacional que son las que pueden explicar el pasaje al acto?

De todos modos, creo que estaríamos de acuerdo en la necesidad del múltiple abordaje

en pacientes con estas características, para generar una malla que permita articular y dar sentido tanto al sentimiento de vacío como a los elementos fuertemente depresivos que les son característicos.

**AS A. Pastorini:** Trabajando en el hospital he visto la importancia que tiene para estos pacientes el hecho de tener un referente estable. Es más importante hacerlos pensar las situaciones y no actuar tanto, porque en general ellos hacen que en la urgencia uno actúe; entonces, en este rebote cada uno que los ve, les dice algo o actúa en forma diferente, transformándose en un mensaje contradictorio y por ende, enloquecedor.

A Servicio Social llegan muchos de estos pacientes solicitando en forma urgente que se les ayude a resolver necesidades básicas: ¿dónde pueden dormir?, ¿dónde pueden ir a comer?, ¿cómo trasladarse?, etc.. Y me he enfrentado a no saber qué hacer. Sin embargo, he tratado de ir pensando con otros posibles soluciones. Cuando se comienza a desglosar en parte el problema, se puede evitar que el mismo se transforme en un dilema, se van encontrando distintas estrategias que van permitiendo pequeñas soluciones. Esto permite aliviar la tensión y crear un clima de mayor confianza, revirtiendo la situación inicial de incertidumbre y enojo.

Por todo esto he llegado a pensar que sería importante empezar una experiencia piloto de un equipo que estuviera formado por personas con un entrenamiento adecuado, ya que estos pacientes no podrían ser atendidos por personas sin formación específica, porque se produce en el entorno todo tipo de alteraciones.

Un equipo que estuviera suficientemente entrenado para abordar este tipo de pacientes, funcionando en el hospital con una frecuencia de tres a cuatro veces a la semana. Deberían ser referidos al equipo que al conocer al paciente sabrían cómo manejar las diferentes situaciones y cómo ir resolviéndolas. Esto no quiere decir que se producirá una cura, pero sí se lograría un manejo más adecuado debido a que se centralizaría la atención.

Creo que es importante encontrar una estrategia de tratamiento para estos pacientes, ya que no pueden quedar sin atención. El Estado tiene la obligación de hacerlo.

**Dr. Vicente Pardo:** En el caso de esta paciente creo que es poco lo que se puede hacer. Cuando un paciente no puede recibir cosas buenas, incorporar o introyectar, es muy difícil tratarlo. De ahí a ser omiso, de ahí a no hacer nada, de ahí al nihilismo, evidentemente que no. El hospital no puede decir que no atiende a un paciente, aunque lo que pueda hacer sea poco. El tema de conformar equipos con este tipo de pacientes fronterizos que no son consumidores, es una larga historia en este país y todos los intentos quedan en una formulación teórica.

Desde el punto de vista farmacológico, creo que a la paciente hay que neuromodularla antes de hacer cualquier cosa, porque hoy en día se sabe que pacientes con trastornos de personalidad, además de haber padecido mudanzas múltiples, inestabilidad, amenazas, violaciones, etc., tienen una vulnerabilidad neurobiológica que también es significativa y de la cual cada vez sabemos más.

Creo que la clozapina es quizá la que ha dado un poco más de resultado como para darle a esta paciente una mayor estabilidad, porque es un muy buen estabilizador.

**Dra. C. Ceroni:** El tratar a los pacientes con trastornos graves de la personalidad desde la rehabilitación, es un tema que venimos conversando desde hace mucho tiempo, en la reunión Intercentros que reúne mensualmente a los centros que trabajamos en esta área. Hay una cierta omisión del sistema de salud hacia estos pacientes, en el sentido de que por lo general su perfil no está incluido dentro de los criterios de admisión de los Servicios de Rehabilitación, ya que generan problemas al integrarse en los grupos. Estamos excluyéndolos, en definitiva, de todos los grupos de tratamiento o, si no, nos hacemos cargo solo por un tiempo. De alguna manera distorsionan tanto al resto de los pacientes que al fin los derivamos a otro lugar, y nadie termina por hacerse cargo realmente de ellos. Pienso que

la atención de estos pacientes, exceptuando las hospitalizaciones, no tendría que hacerse en el hospital. Creo que tendría que realizarla un equipo de rehabilitación que trabaje con ellos en algún centro, que los mantenga por fuera de la órbita del hospital y más cerca de la comunidad.

**Dra. Eva Palleiro:** Estos pacientes con trastornos de personalidad requieren de una institución, que puede ser un hospital o un centro, pero es fundamental la institución que les brinde un marco referente imprescindible y un abordaje multidisciplinario. Deberíamos revisar que los sistemas paternalistas médicos no funcionan; por lo menos la experiencia argentina ha demostrado que el paternalismo médico no sirve, ya que no solamente se llega a un burn out más rápido del equipo de salud, puesto que son frustrados constantemente por ellos, sino que además fracasan porque los pacientes tienen una incapacidad de introyectar lo que el equipo le quiere dar. Si bien el sistema debe ser institucional, no debe estar organizado en forma paternalista, sino con mayor simetría. En este sentido, aparecen como privilegiados los abordajes grupales múltiples, en donde existe heterogeneidad de casos, de familias.

En suma: el abordaje que privilegio para un paciente fronterizo con estas características es el multifamiliar, integrado por la familia y los pacientes de diferentes patologías. Y es el contexto de grupo grande que permite ir tramitando las desidentificaciones que obviamente están, y de alguna manera es lo que habilita o da nuevos factores de identificación, que le permiten al paciente introyectar figuras de identificación normogénicas, que vayan gestando un esbozo de sí mismo, más verdadero, más auténtico que le permita abandonar los personajes o falso self, que son a los que constantemente estos pacientes acuden. En el caso de esta paciente es un constante desencuentro de personajes de falso self, que lo único que provoca es mayor frustración, mayor violencia y mayor pasaje al acto. Es necesario revertir esto terapéuticamente. Los grupos multifamiliares que mencioné son los que están dando mayores resultados. Por lo menos en la Argentina, los equipos de García



Badaracco están demostrando resultados muy buenos con estos pacientes fronterizos desde hace 46 años.

**Dra. Sandra Romano:** Creo que aunque se estableciera una estrategia de trabajo por un equipo especializado, sería bueno que desde ese equipo se hiciera una orientación o una pauta de trabajo hacia el resto del sistema. Porque de cualquier manera la paciente va a llegar a la emergencia, va a ir a otros lugares y es necesario tener una coherencia con respecto a cuáles son las acciones que se van a emprender en cada lugar. Más allá de que el equipo de referencia esté instalado en un hospital o en otro centro sería conveniente que hubiera una pauta de trabajo general para este tipo de pacientes o para cada uno de estos pacientes.

**Ps. Rossi:** Ya que se hizo hincapié en los tratamientos grupales y familiares, me parece que también hay que hacerlo en el tratamiento individual. En el caso de esta paciente debería haber un profesional que se hiciera cargo en forma lo más permanente posible y disponible en lo más permanente posible, y que fuera un referente personal, además de los otros tratamientos, un referente personal y único.

**Dr. Osvaldo do Campo:** Por lo que venimos conversando esta paciente condensa prácticamente un buen sector de la consulta de los equipos de salud mental comunitarios. Todavía no tenemos el tratamiento para este tipo de enfermos tan graves; tenemos recursos, pero parecería que cuesta mucho contenerlos. Este tipo de situaciones nos deja la posibilidad de plantear todos los tipos de terapia, todos los tipos de fármacos, todo tipo de acciones. La psiquiatría frente a los grandes cuadros psiquiátricos y a las diferentes nosografías, tiene en las búsquedas etiológicas y en su comprensión un factor crucial, que ha mejorado los pronósticos. Por ende, sería bueno saber cómo es la inteligencia de esta paciente y ver si hay otros estudios que nos permitan pensar algún recurso etiológico en la terapéutica.

El otro punto que yo quiero rescatar es el gran trabajo que hacen los compañeros en las unidades periféricas con este tipo de pacientes. Este tipo de pacientes tiene que ser protegido con un enfoque de riesgo; son pacientes riesgosos para ellos y para otros, por otras comorbilidades como uso de sustancias, impulsividad, transgresiones, etc.. Esto ocurre con frecuencia cada vez mayor, evolucionan en la periferia sin contención y cada vez se generan mayores problemas.

**Dr. Mario Orrego:** Las características clínicas predominantes, más allá del diagnóstico categorial de trastorno de personalidad fronterizo, transcurren en las dimensiones de vulnerabilidad extrema e inestabilidad. No puede moderar ningún tipo de experiencia humana, sea una emoción, un sentimiento, una idea, una manifestación instintiva etc.; todo acontecimiento intrapsíquico le determina un estado crítico y consecuentemente al final, llora a gritos, rompe cosas, disrupciona.

Respondiendo a la pregunta concreta que efectúa el equipo, debe realizarse una planificación estratégica que abarque la existencia de la crisis y la intercrisis. Por lo menos a nivel de las estructuras sanitarias, tendríamos que incorporar un protocolo que organizara las acciones y estableciera qué es lo que hay que hacer en cada momento de estos pacientes.

En la crisis, el Hospital Psiquiátrico, altamente especializado en la estructura sanitaria, tiene que hacerse cargo de la agudeza mediante internación, contención y tratamiento estabilizador durante una breve estadía en sala de asistencia intensiva.

En la intercrisis un concepto clave a recordar es que también requieren institucionalización, una estructura sanitaria que proceda con criterios técnico profesionales para interpretar, procesar el descontrol y sostener el programa farmacológico; no la infraestructura de una “casa de salud”, vivienda de allegado solidario o contratado y comunidades en situación de calle.

La gravedad se hace ostensible en el patrón clínico: comienza con problemas de conducta en la primera infancia, se agravan en la evo-

lución, complican y vuelven refractarios a los tratamientos tradicionales: rehabilitación, psicoterapia, farmacoterapia y ECT.

Es un proceso de disconductas que implican incapacidad para moderar el psiquismo y procesar la información.

En función de la inestabilidad se le destruyen los proyectos, porque aunque los planifique, en el curso de su ejecución se descontrola –antes de toda previsión– al exponerse al imperio de los hechos. Este proceso queda lamentablemente ilustrado en la visita esporádica que realiza a las hijas; parte de un proyecto idealizado respecto a lo que debe hacer una buena madre, pero cuando se encuentra en situación, al cabo de un rato, termina frustrándose, perdiendo el control, gritando y asustando a las niñas. Adviértase las dificultades de rehabilitar un rol que se encuentra sostenido en registros genéticos del instinto de protección a la cría.

Lo que se identifica es la fuerza de la patología y su potencialidad destructiva; lo difícil es precisar qué factores etiopatogénicos están siendo prevalentemente determinantes a cada momento para lograr pertinencia en las intervenciones.

Los criterios generales terapéuticos comprenden la prioridad de estabilizar el psiquismo.

Las intervenciones tienen que ser muy prudentes, y fundamentalmente dirigidas a moderar lo que se encuentra fuera de control, que no sólo son los impulsos, sino también los contenidos intrapsíquicos.

Requieren una especie de disminución de la movilización de los conflictos de su existencia. Se debe recordar que las intervenciones pueden tener un resultado paradójico; a veces tratando de profundizar en psicoterapia empeoramos la situación.

Un problema adicional en la elaboración del programa farmacológico lo constituye la epilepsia postraumática (secuela de IAE con TEC grave). Se encuentra medicada con fenitoína, que no es de elección en la comorbilidad con trastorno psiquiátrico; la elección del anticonvulsivo es clave para contribuir a la estabilización y control de los factores biológicos relacionados a la disfunción neuronal.

La indicación de clozapina no es deseable por el riesgo dosis/dependiente de complicar la epilepsia; ha de recordarse que la opción requiere cobertura anticonvulsiva no concomitante con carbamazepina, por la potenciación de depresión medular.

Tenemos que tener claro que la asistencia de esta población de pacientes puede constituirse en un problema ético si es excluida de los programas de asistencia. Respecto a este tema, jerarquizo el riesgo de la actuación irracional contratransferencial de la institución. Estos pacientes no sólo pueden ser excluidos de la asistencia sino que también pueden ser maltratados por la estructura sanitaria; debemos recuperar una posición técnica profesional para la consideración de estos pacientes a pesar de la movilización que nos producen.

A continuación se adjunta bibliografía sugerida por el Dr. Danilo Rolando.

## Bibliografía

**Akhtar S.** Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment, United States of America, Jason Aronson; 1992, pp. 5-419.

**Akiskal H.** Borderline disorders. Psych Clin N Amer 1981; 4(1):25-46.

**Alarcón RD, Foulks E, Vakkur M.** Personality Disorders and culture Clinical and Conceptual Interactions. New York: John Wiley and sons; 1998, pp. 3-310.

**Beck AT, Freeman A.** Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Barcelona-Buenos Aires: Paidós, 1995, pp. 1-545.

**Beck JS.** Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York: Guilford Press; 1995, pp. 1-338.

**Bellochfuster A, Fernández Álvarez H.** Trastornos de la Personalidad. Madrid: Editorial Síntesis; 2002, pp. 9-255.

- Benjamin LS.** Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York-London: Guilford Press; 1996, pp. 1-427.
- Berdichevsky Linares F.** Autoritarismo, Personalidad y los Naufragios de la izquierda. Buenos Aires; 1998, pp. 17-441.
- Bergeret J.** La depression et les états-limités. Manual de psicología patológica. Paris: Payot; 1974.
- Bowlby J.** Vínculos afectivos: Formación, desarrollo, pérdida. Madrid: Morata; 1986.
- Bowlby J.** Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós; 1989.
- Bowlby J.** El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- Bradley SS.** Non physician Psychotherapist- Physician Pharmacotherapist: a New Model for Concurrent Treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13, 307-322.
- Casullo MM.** Las Técnicas Psicométricas y el Diagnóstico Psicopatológico. Buenos Aires: Paidós; 1988.
- Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg O.** Psychotherapy for Borderline Personality. New York: Jhon Wiley & Sons; 1999.
- Cloninger CR.** Personality and Psychopathology. Washington: American Psychiatric Press; 1999, pp. 3-524.
- Coccaro EF.** Serotonergic Studies in Patients with Affective and Personality Disorders Correlates with Suicidal and Impulsive Aggressive Behavior. *Arch. Gen Psychiatry* 1989; 46:587-599.
- Davidson RJ, Jackson DC, Kelen NH.** Borderline Personality Disorder. *Psych Clin N Amer* 2000; 23(1):1-239.
- Dio Bleichmar E.** El Feminismo Espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la fe mineidad. Madrid: Adotraf; 1985, pp. 7-231.
- Drfman Lerner B.** Pacientes limítrofes. Diagnóstico y Tratamiento, Buenos Aires: Lugar Editorial; 1992, pp. 7-279.
- DSM-IV. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Washington; 1999, pp. 1-886.
- Echeburúa E.** Personalidades Violentas. Madrid: Pirámide; 1994, pp. 1-301.
- Erikson EH.** Growth and crises of the healthy personality. In: Symposium on the Healthy Personality. New York: Josiah Macy Jr. Foundation; 1959, pp. 91-146.
- Fauman MA.** Study Guide to DSM-IV. Washington-London: American Psychiatric Pub; 1994, pp. 1-401.
- Fonagy P.** Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Edit Spaxs; 2004.
- Fonagy P, Target M.** Jugando con la realidad. I. Teoría de la Mente y el Desarrollo Normal de la Realidad Psíquica. *Int J Psycho-Anal* 1996; 77:217.
- Fonagy P, Target M.** II. El desarrollo de la realidad psíquica desde una perspectiva teórica. *Int J Psycho-Anal* 1996; 77:459.
- Fonagy P, Target M.** III. La persistencia de la realidad psíquica dual en pacientes borderline. *Rev Urug de Psicoanálisis* 2001; 94:14-47.
- Gabbard GO.** Treatments of Psychiatric Disorders. Washington DC: American Psychiatric Pub; 1995, pp. 1-1411.
- Psiquiatría psicodinámica en la Práctica Clínica. 3ª edición. Madrid: Edit. Médica; 2002.
- Gradillas V.** Trastornos de la personalidad en la práctica médica. Barcelona: Masson; 2002, pp. 1-171.
- Grinker RR, Werble B, Drye RC.** The Borderline Syndrome. New York: Basic Book; 1968.
- Grostein JS, Solomon MF, Lang JA et al.** El paciente Borderline. Conceptos emergentes en diagnosis, psicodinámica y tratamiento. Buenos Aires: Editorial Catari; 1992, pp. 7-190.
- Gunderson JG.** Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide. Washington: American Psychiatric Publishing; 2001, pp. -329.
- Gunderson J, Gabbard G.** Psychotherapy for Personality Disorders. Washington: American Psychiatry Press; 1999, pp. 1-167.

**Gunderson J, Gabbard G.** Psychotherapy for Personality Disorders. Review of Psychiatry, Vol 19. Washington DC: American Psychiatric Pub; 2000.

**Hall CS, Lindzey G, Campbell J.** Theories of Personality. New York: Wiley and sons; 1998, pp. 1-740.

**Helling G, Luyn B, Dalewijk H, Luyn JB.** Personalities: Master Clinicians Confront the Treatment of Borderline Personality Disorders, United States of America, Jason Aronson; 2001, pp. 4-363.

**Herman JL, Perry JC, Van Der Kolk BA.** Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1989; 146:490-495.

**Kernberg O.** Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies. New Haven-London: Yale Univ Press; 1984, pp. 3-375.

**Kernberg O, Selzer MA, Koenigsberg H, Carr AC, Appelbaum AH.** Psicoterapia Psicodinámica de pacientes Limítrofes. New York: Basic Books; 1999, pp. 3-132.

**Kernberg O.** Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico. Buenos Aires: Paidós; 1997.

**Kernberg O.** Trastornos Graves de la personalidad. México: Manual Moderno; 1987, pp. 1-349.

**Kernberg O.** La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós; 1991.

**Knight RP.** Borderline States. Bull Menninger Clin 1953; 17(1)1-12.

**Kohut H.** Análisis del Self. Buenos Aires: Amorrortu. Traducción de la versión en inglés de 1971.

**Koldobsky N.** La Personalidad y sus Desórdenes. Buenos Aires: Salerno; 1995, pp. 1-396.

**Linehan MM.** Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York-London: The Guilford Press; 1993, pp. 1-558.

**LivesleyWJ.** The DSM-IV Personality Disorders. New York-London: Guilford Press; 1995, pp. 1-516.

**LivesleyWJ.** Practical Management of Personality Disorders. New York: The Guilford Press; 2003, pp. 1-420.

**Mahler MS.** A study of the separation-individuation process, and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. Psychoanal Study Child 1971; 26:403-424.

**Masterson JF, Rinsley DB.** The Borderline Syndrome. The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. Int J Psychoanal 1975; 56:163-177.

**Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron D.** Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective. Washington: American Psychiatric Pub; 1996, pp. 3-360.

**Millon T.** Trastornos de la Personalidad. Mas allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998.

**Millon T, Davis R, Millon C, Escovar L, Meagher S.** Personality Disorders in Modern Life. New York: Wiley; 2000, pp. 1-581.

**Oldham JM, Riba MB.** Review of Psychiatry. Washington DC-London: American Psychiatric Press; 1994, pp. 1-803.

**Paris J.** Borderline personality disorder. Etiology and treatment. Washington DC: American Psychiatric Press; 1993.

**Paris J.** Nature and Nurture in Psychiatry. A predisposition-Stress model of Mental disorders. Washington: Guilford Press; 1999, pp. 3-286.

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder, Washington, American Psychiatric Association. 2000.

**Rosenbluth M.** Treating Difficult Personality Disorders. San Francisco: Jossey-Bass; 1997, pp. 1-219.

**Rubio Larrosa V, Pérez UA.** Trastornos de la Personalidad. Madrid: Elsevier; 2003, pp. 1-381.

**Soloff PH.** What's new in personality disorders? An update of pharmacologic treatment. *J Pers Disorder* 1990; 4:233-243.

**Sperry L.** Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV Personality Disorders. New York: Brunner/Mazel; 1995, pp. 1-245.

**Spitzer R.** Crossing the border into borderline personality and borderline Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36:17-24.

**Stone MH.** Treatment of borderline patients. *Psychiatr Clin N Am* 1990; 13:265-285.

**Stone MH.** The role of Pharmacotherapy in the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. *Psychopharmacol Bull* 1989; 25:564-571.

**Stone MH.** The Fate of Borderline Patients. New York: Guilford Press; 1990.

**Suárez Richards M.** Introducción a la Psiquiatría. Buenos Aires; 1995, pp. 1-492.

**Tyrer P.** Personality Disorders: diagnosis, management and course. Oxford: Wright, Butterworth Scientific; 2000, pp. 1-214.

**Young JE.** Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, Florida: Professional Resource Press; 1999, p. -83.

**Zanarini MC.** Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder. Washington: American Psychiatric Press; 1997, pp. 1-247.

**Zuckerman M.** Psychobiology of personality. Cambridge: Cambridge University Press; 1991, pp. 1-482.