



# Lucrecia: un trastorno de personalidad Borderline

Isabel Carreira<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Centro de Salud Mental del Este "El Peñón"

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

## RESUMEN

Uno de los cuadros que suscita mas controversia entre los especialistas, es el Trastorno de Personalidad Borderline (TPB), tanto por la dificultad de determinar la definición diagnóstica, la comorbilidad frecuente de este trastorno con otros del eje I del DSM IV (1), la variabilidad en la presentación del cuadro clínico y la presencia de características compartidas con otros trastornos de personalidad.

## INTRODUCCIÓN

Lucrecia acudió a la emergencia del hospital psiquiátrico, referida de un hospital general con el diagnóstico de "episodio psicótico".

Era una joven y atractiva mujer de 24 años, con apariencia adolescente, soltera, sin hijos, con nivel de instrucción de bachiller. Se presentó bien arreglada, consciente, orientada, hiperproséxica, en continuo movimiento durante la entrevista; decía no poder estar quieta en un solo lugar. Su lenguaje era coherente pero taquilálico, con verborrea. El curso del pensamiento acelerado, con ideas sobre-valoradas (por ejemplo: "soy demasiado buena gente y todos me quieren; quiero ser cantante de rock y puedo tocar cualquier instrumento porque sé demasiado solfeo"). Mostró labilidad afectiva con fácil paso de la risa al llanto, sin pausa. Sin alteraciones sensorio-perceptivas y con conciencia parcial de enfermedad; atribuía su sintomatología al consumo de drogas.

Sus familiares refirieron que en los últimos 15 días había presentado insomnio, irritabilidad, agresividad física y verbal con los familiares, deseos de deambular continuamente y agitación psicomotriz.

Ingresó con la siguiente impresión diagnóstica:

1. Abuso de sustancias: cannabis, cocaína.
2. Psicosis debida a drogas.
3. ¿Psicosis maníaco-depresiva en fase maníaca?

Antecedentes familiares relevantes

- Padre homosexual.
- Hermano menor con diagnóstico de psicosis por consumo de drogas.

Antecedentes personales relevantes

Consumo de drogas desde los 18 años con marihuana semanalmente y mescalina en 2 oportunidades, en un período de tiempo de 3 meses.

Primera hospitalización 1 mes después de la suspensión brusca del consumo de drogas, con sintomatología caracterizada por ilusiones y agitación psicomotriz. Egresó con tratamiento farmacológico (haloperidol VO) que abandonó 4 meses después por mejoría, al tiempo que reinició el consumo de drogas.

Segunda hospitalización a los 20 años por sintomatología maníaca, luego del consumo de sustancias. Para ese momento Lucrecia tenía 2 meses de embarazo, el cual concluyó por aborto terapéutico. Fue tratada con Carbonato de Litio durante 2 años aproximadamente, en los cuales no consumió drogas. Abandonó entonces el tratamiento y nuevamente recayó en el consumo de marihuana y cocaína.

Datos relevantes de la biografía

Lucrecia proviene de una unión legal, es la tercera de 5 hermanos. Vivió con los padres y hermanos hasta la edad de 3 años, cuando los padres se separaron al quedar al descubierto la conducta homosexual del padre. La paciente conoció el motivo del divorcio de los padres en su adolescencia temprana y su desarrollo fue aparentemente normal hasta el final de la misma, cuando inició el consumo de cannabis, inducida por amigos.

Estableció su primera relación de pareja a los 20 años con un hombre 15 años mayor que ella, con características psicopáticas de personalidad, consumidor de cannabis, cocaína y heroína. Al poco tiempo tuvo su segunda crisis, embarazo y aborto terapéutico ya señalados. Mantuvo la relación, intensa e inestable, y el consumo de drogas hasta los 24 años.

A los 21 años Lucrecia abandonó la casa materna y fue a vivir con una hermana mayor en el hogar del padre y su pareja homosexual. Estos mantenían una unión estable de varios años, aprobada por la paciente. Decía de su padre: "él es un sinvergüenza, un irresponsable, pero me encanta". "Me siento bien viviendo con ellos, mi padre me cuida mucho". Regresó a vivir con la madre porque la hermana no toleró la homosexualidad del padre.

No demostró interés por continuar estudios superiores, e interrumpió dos carreras técnicas porque deseaba trabajar "para ganar dinero e independizarse de la familia".

Su historia laboral es inestable: trabajó como "anfitriona" en un restaurant, camarera en un café y una heladería, pero se aburría con facilidad. Tenía dificultad para aceptar los límites impuestos y se comportaba impulsivamente, con poca tolerancia a exigencias y frustraciones. Su desempeño fue errático e irresponsable, con fugas frecuentes al mundo irreal que le proporcionaba la droga.

Sus vínculos afectivos con familiares y amigos son superficiales, inmaduros y caracterizados por la ambivalencia. A la madre la describe como "manipuladora" y mantiene con ella una relación simbiótica, de dependencia, altamente conflictiva.

## EVOLUCIÓN

Permaneció hospitalizada durante 2 meses. Evolucionó satisfactoriamente una vez iniciado el tratamiento con haloperidol: cesó la agitación psicomotriz, disminuyó notablemente la inquietud, el curso del pensamiento se hizo normal, desaparecieron las ideas de sobrevaloración y el insomnio al tercer día de tratamiento. Persistieron la labilidad afectiva y el comportamiento impulsivo. A los 12 días de hospitalización, Lucrecia se fugó durante una salida al patio, pero, recogida por la ambulancia en las inmediaciones del centro hospitalario, regresó sin oponer resistencia. Al referirse al incidente decía estar muy triste por no poder actuar "como un adulto normal" y lloró largamente pidiendo "otra oportunidad" para demostrar que quería poner de su parte y curarse. Posteriormente fueron frecuentes las amenazas de suicidio y de fuga para luego mostrarse dócil, afectuosa y atenta con pacientes que se encontraban en peores condiciones que ella, con promesas de buen comportamiento, para luego añadir: "me tengo que ir rápido de aquí, porque estas locas me enferman".

Lucrecia se caracterizó por altibajos en su comportamiento; trataba de seguir las normas para conseguir algo a cambio: salidas al patio, permisos, con poca tolerancia a la frustración cuando no era complacida ([Ver figura 1](#)). Se mostró inmadura, con un comportamiento superficial e inconsistente. Al regresar de los permisos de salida con la familia solía decir: "Me comporté como un adulto, no como una niña". Sin embargo, hacía cosas como salir "escondida" a ver al ex -novio para cobrarle cierta cantidad de dinero que le debía.

Fueron frecuentes los episodios caracterizados por conductas disruptivas y demandantes, a veces hostil con otras pacientes, pasando de la idealización a la denigración tanto del personal médico y de enfermería, como de la familia y de sus amigos drogadictos.

Aproximadamente después de 7 semanas de hospitalización, ingresó el hermano menor de Lucrecia quien, al saberlo, se tornó ansiosa e irritable. Pidió ser dada de alta: "Porque no aguanto más a estas locas de aquí". Manifestó estar desesperada por irse a su casa y estar con su familia. Estuvo renuente a recibir los medicamentos aunque luego los aceptó sin resistencia. Los permisos de salida fueron más frecuentes y prolongados y la paciente mostró un comportamiento más adecuado en el entorno familiar y social. Poco después egresó con el diagnóstico de: Trastorno de Borderline de la Personalidad y Abuso de sustancias.

Durante su hospitalización llegó a recibir establemente 15mg/día de haloperidol VO. Egresó con la indicación de mantener un régimen diario de 5 mg del medicamento y sesiones semanales de psicoterapia durante un período de 5 meses. Inicialmente acudió con regularidad y puntualidad

pero pronto empezó a faltar o ausentarse durante una o dos semanas. Las fluctuaciones en el estado de ánimo fueron frecuentes. Inició relaciones de pareja superficiales y circunstanciales, sin el uso de anticonceptivos durante la relación sexual. Sin embargo, no reincidió en el consumo de sustancias y evitó el contacto con sus "amigos drogadictos". Su desempeño laboral fue errático, con quejas frecuentes de sentimientos de "aburrimiento, soledad o vacío" [\(Ver figura 2\)](#). No ha sido capaz de organizar su vida de manera productiva, pero en los períodos de calma ha podido hacer algunos progresos: estudiar y mantener un mejor desempeño social en actividades bien estructuradas. Ha logrado algo de estabilidad en sus vínculos familiares y ha controlado en cierto grado su conducta impulsiva y auto-destructiva.

Una vez desaparecida la sintomatología psicótica, Lucrecia mostró rasgos de personalidad inmadura, dependiente, histriónica y narcisista; con fluctuaciones frecuentes en el estado de ánimo y evidente dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales. Estas características hacen frecuente el abandono prematuro de los tratamientos, las interrupciones frecuentes y la poca tolerancia a la frustración.

Exámenes complementarios practicados durante la hospitalización

- Test Viso-motor de Laureta Bender que mostró algunos indicadores de organicidad cerebral [\(Ver figura 3\)](#).
- Electroencefalograma con trazado dentro de límites normales.

## COMENTARIOS

Uno de los cuadros que suscita más controversia entre los especialistas, es el Trastorno de Personalidad Borderline (TPB), tanto por la dificultad en determinar la definición diagnóstica, la comorbilidad frecuente de este trastorno con otros del eje I del DSM IV (1), la variabilidad en la presentación del cuadro clínico y la presencia de características compartidas con otros trastornos de personalidad.

Existe una comorbilidad frecuente con depresión mayor, trastorno afectivo bipolar, trastornos disociativos, síntomas psicóticos y otras formas de deterioro orgánico. También son problemas frecuentes los intentos o actos suicidas recurrentes, las conductas auto-destructivas o impulsivas, el comportamiento violento y el uso de sustancias (2).

Lucrecia presentó al ingresar evidentes síntomas psicóticos y un estado de ánimo exaltado que sugirieron la posibilidad de un Trastorno Bipolar en fase maníaca. Los datos biográficos y la historia de sus relaciones interpersonales apuntan, sin embargo, a un problema crónico de la personalidad con exacerbaciones y cambios relativamente rápidos. La inestabilidad afectiva, el consumo de sustancias y la relativa respuesta rápida de sus manifestaciones psicóticas al tratamiento, al igual que su mejoría en entornos y situaciones relativamente estructuradas, dan mayor peso al diagnóstico de Trastorno de Personalidad Borderline.

Frecuentemente es difícil establecer si algunos pacientes deberían diagnosticarse como un TPB o un Trastorno Bipolar o recibir ambos diagnósticos. Puede tenerse una visión contrastante de

un paciente con estados de ánimo cambiantes e impulsividad y el desacuerdo podría conducir a la administración de un tratamiento inadecuado (3).

El paciente borderline se beneficia de un tratamiento que haga énfasis en la psicoterapia de orientación dinámica, expresiva, con un encuadre bien estructurado que combine en una proporción adecuada el apoyo, la interpretación, los límites y las intervenciones directivas. También se sugieren programas que incluyan la terapia familiar, la terapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia, en aquellos casos cuya sintomatología así lo amerite (4).

Cuando estos pacientes encuentran relaciones interpersonales que les brindan apoyo y continencia en un entorno bien estructurado, emerge su capacidad para el trabajo colaborativo en la terapia y se atenúa la conducta auto-destructiva e impulsiva que los caracteriza.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. American Psychiatric Association, 1994.
2. Quaytman M, Shaferstein S: Treatment for severe borderline personality disorder in 1987 and 1997. Am J psychiatry 1997; 154:8.
3. Bolton A, Gunderson J: Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. Am J psychiatry 1996; 153:9.
4. Wheelis J, Gunderson J: A little cream and sugar: psychotherapy with a borderline patient. Am J Psychiatry 1998; 151:1.

## IMÁGENES

