

Los trastornos de personalidad: una experiencia entre el nihilismo y el masoquismo terapéutico en las unidades de hospitalización psiquiátrica

Ana González Rodríguez* y Cari Avedillo de Juan**

En los últimos años, la proliferación del diagnóstico psiquiátrico “trastorno de la personalidad” es tan rápida, diríamos alarmante, que está a punto de convertirse en una epidemia. Cualquier persona que pase por la urgencia hospitalaria y tenga la suerte o desgracia de ser atendida por un psiquiatra y, más aún, si le atiende un residente de psiquiatría, tiene un altísimo riesgo de salir de allí con un informe en el que se le adjudique el diagnóstico de trastorno de personalidad. Riesgo mayor si se tomó pastillas, se intoxicó con alguna sustancia o hizo algo “raro” o “impactante” para quien le asiste. Tampoco varía la situación si acude a un centro de salud mental y el terapeuta evaluador no consigue entender muy bien lo que la persona cuenta, o lo que dice no encaja bien con los grandes síndromes psiquiátricos. Teniendo en cuenta que, cada día más, lo que los pacientes nos cuentan encaja menos en los diagnósticos que aprendimos en los libros y manuales, el riesgo es enorme.

Ante tal avalancha de trastornos de personalidad, como terapeutas desconcertados por lo que se nos viene encima, dejando al margen en este momento cómo hemos llegado a esta realidad y en qué medida contribuimos al despropósito, no nos queda otra que preguntarnos ¿qué hacemos?, ¿cómo lo hacemos?, ¿por qué? y ¿para qué tratamos a los pacientes con trastorno de la personalidad? Formulada técnicamente, la pregunta sería ¿en qué consiste la intervención terapéutica para los trastornos de la personali-

dad?, ¿qué objetivo tiene?, ¿para qué pacientes estaría indicada?

Nos hicimos esta pregunta, cuando trabajábamos en una unidad de agudos, donde la epidemia de los trastornos de personalidad adquiere dimensiones de pandemia. Entonces, la respuesta rápida, fácil y, creemos, compartida por la mayoría de los que trabajamos en ese tipo de dispositivos asistenciales es nada. No hacemos nada y no sirve para nada.

Sin caer en el nihilismo extremo, ni en la omisión de atención para estos pacientes, como algunos han propuesto, escudándose en los riesgos de la medicalización de estos trastornos, vamos a intentar justificar por qué la hospitalización psiquiátrica en unidades no específicas, apenas beneficia a la evolución de los trastornos de personalidad. Para ello, analizaremos algunos datos de un estudio que llevamos a cabo en la unidad de hospitalización del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, sobre los cambios experimentados por pacientes con trastorno de personalidad después de permanecer ingresados en la unidad.

Esta idea no es original. Lo que dice la literatura.

La bibliografía psiquiátrica nacional e internacional subraya el aumento de la prevalencia de estos trastornos en la población general (de 10 a

*Psiquiatra CSM Chamartín.

**Psiquiatra CSM Fuenca-rral.

Agradecemos a Carlos González Juárez su ayuda en el tratamiento estadístico de los datos y a los residentes MIR y PIR del área 3 su ayuda en la recogida de datos. Sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

13%) y más aún en la población psiquiátrica hospitalizada (36%-67%)¹. El diagnóstico de trastorno de personalidad se señala como un factor que predice consultas repetidas y hospitalización psiquiátrica (Saarento et al. 1998)². Para algunos autores, son los nuevos pacientes de la puerta giratoria. Pese a la frecuencia con que estos pacientes son ingresados, la mayoría de los estudios consideran el ingreso inapropiado, al menos los ingresos realizados en unidades de hospitalización breve. No parece que tras el ingreso se reduzca el riesgo de suicidio, ni las auto-agresiones y sí se ha observado que los internamientos pueden reforzar conductas que la terapia intenta extinguir. La hospitalización en unidades psiquiátricas de hospital general se realiza por falta de otros recursos disponibles. Algunos estudios plantean que la derivación a una unidad hospitalaria está menos influenciada por la gravedad del problema que por la disponibilidad del recurso (Chiesa 2002)³.

Indicaciones de ingreso.

Las indicaciones de ingreso de los pacientes con trastorno de la personalidad, han variado a lo largo del tiempo⁽¹⁾. En la actualidad, la mayoría de los autores y asociaciones recomiendan ingresos lo más breves posible en unidades psiquiátricas de hospitales generales. En el grupo A de los trastornos de la personalidad, según el DSM⁴, no parece indicada la hospitalización. En el grupo C, los *trastornos por evitación y obsesivo*, pueden beneficiarse de una hospitalización como medio

⁽¹⁾ La clasificación de los trastornos de la personalidad utilizada en este apartado, se corresponde con la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, que es la clasificación que se utiliza en los estudios que se citan. Al exponer los datos de nuestro estudio se hace uso de la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la salud (CIE 9), porque es la requerida en la Comunidad de Madrid para el registro de casos.

de ruptura de la cotidianeidad patológica que les rodea.

En cuanto al grupo B, los *antisociales-disociales* pueden beneficiarse de programas de tratamiento dentro del medio penitenciario o de servicios de alta seguridad. En los *narcisistas* el internamiento está contraindicado por su nula efectividad, el permanente boicot a la terapia y terapeutas y la empatía negativa hacia el resto de los pacientes que distorsionan su evolución y adaptación. En los *límite* puede estar indicado el ingreso en unidades de hospitalización específicas o comunidades terapéuticas en situaciones críticas, como forma de interrumpir la dinámica en la que se desenvuelven e iniciar un cambio del núcleo de convivencia. En general, los estudios que arrojan resultados favorables tras la hospitalización, están realizados en unidades específicas para estos trastornos, con un gran énfasis en el tratamiento psicoterapéutico individual y grupal y estancias prolongadas de un mínimo de dos meses (Gabbard 2000)⁵.

En cuanto al ingreso de los pacientes con trastorno de personalidad tras un *intento de suicidio*, la mayoría de los autores lo desaconsejan, incluso lo contraindican. Los estudios demuestran que el ingreso no reduce el riesgo de que se consuma el suicidio (Paris 2002⁶, 2004)⁷, es más, gran parte de los suicidios se realizan a los pocos días de producirse el alta (Kullgren)⁸.

Nuestra realidad.

Teniendo en cuenta nuestras ideas previas sobre el abordaje de los trastornos de personalidad, nos propusimos examinar lo que hacíamos realmente en el lugar donde trabajábamos, la unidad de hospitalización psiquiátrica del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Hospital de referencia del área 3 de la Comunidad de Madrid, un área con más de 300.000 ha-

bitantes. Una unidad con 15 camas que determina la existencia de menos de 5 camas por 100.000 habitantes, muy por debajo de las 12 camas por 100.000 habitantes previstas por el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, 2003-2008. Cuenta con 2 psiquiatras, 1 enfermero, 1 auxiliar de enfermería y 1 celador por turno.

La baja disponibilidad de camas psiquiátricas en el área confiere a la unidad algunas características fundamentales de cara a entender el tipo de tratamientos que se realizan y el perfil de pacientes a los que está dirigida:

- Alta tasa de recambio de pacientes con estancias breves, muy breves en algunos casos (los objetivos para el 2004, pactados-impuestos por la dirección del hospital para pacientes con trastorno de la personalidad era de 9 días).

- Población de pacientes muy graves desde el punto de vista psicopatológico, en los que la alternativa a la hospitalización resulta imposible.

- Intervenciones encaminadas a iniciar la solución de la crisis, pero en casi ningún caso hasta la recuperación total. En cuanto el tratamiento ambulatorio es posible, el alta es la "respuesta terapéutica".

En el año 2003 hubo un total de 35 ingresos, que al alta recibieron como primer diagnóstico de trastorno de personalidad, con un total de estancias de 280 días. Pero además de esos, muchos lo recibieron como segundo diagnóstico. Los ingresos de los trastornos de personalidad representaron el 2º grupo relacionado diagnóstico (GRD) en importancia en la unidad en el año 2003, tanto en número de estancias, como en coste económico. Desde nuestro punto de vista, si fuera posible aplicar factores de corrección que tuvieran en cuenta el tiempo y esfuerzo dedicado a estos pacientes por el personal (tanto psiquiatras como enfermeros, auxiliares y celadores), sin lugar a dudas, se convertirían en el GRD más importante.

Resultados del estudio.

Los datos que vamos a reseñar se refieren a los pacientes que ingresaron entre el 1 de junio y el 31 de diciembre de 2003 y recibieron el diagnóstico de T. de personalidad como primer o segundo diagnóstico. El estudio se centra en el periodo de ingreso y en los seis meses anteriores y posteriores al mismo.

Las fechas de reclutamiento de la muestra se decidieron teniendo en cuenta la incorporación de un nuevo equipo terapéutico, de forma que los psiquiatras responsables del reclutamiento de la muestra continuaran en el mismo lugar durante el seguimiento.

Características de la muestra.

En esos 7 meses, ingresaron un total de 32 pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad, de los que podemos excluir 1 que en un ingreso posterior recibió el diagnóstico de esquizofrenia y este diagnóstico se ha confirmado en el tiempo. De los 31 restantes, casi el 50% presentaba un trastorno límite; el 19.3% un trastorno sin especificar o mixto, con rasgos de trastorno límite. El T. histriónico supuso un 22.5%, el paranoide un 6.4% y los trastornos narcisista, esquizotípico, antisocial y orgánico de la personalidad un 3.2% cada uno de ellos.

El 58% eran mujeres, todos mayores de edad, con una edad media bastante alta que superaba los 37 años (37.35). Más de la mitad (51.6%) estaban solteros y el 80% vivían con su familia (de origen o propia). Sólo la cuarta parte trabajaba. Más de la mitad tenía el graduado escolar. La media de años en tratamiento psiquiátrico estaba por encima de los once (11.87), aunque el diagnóstico de trastorno de personalidad en más del 45 % de los casos se produjo en los últimos tres años (45.1% fueron diagnosticados de T. personalidad entre 2000 y 2003).

Comorbilidad.

Los diagnósticos asociados más frecuentes fueron: las reacciones de adaptación (29%), el abuso de tóxicos (29%), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (25.8%), los cuadros ansioso depresivos (300.0 y 300.4, 19.3%), las psicosis reactivas breves (16.1 %) y las psicosis inducidas por tóxicos (6.4%).

Análisis de la demanda de ingreso.

La demanda de ingreso partió en el 35.5% del terapeuta del centro salud mental (CSM), en el 32.3% de la familia y en el 12.9% del propio paciente. En menos de la mitad de los casos (41.9%) el ingreso fue programado en el sentido que existiera un informe de derivación y, de los programados, en menos de la mitad (41.9%) se explicitaban los objetivos del ingreso. El objetivo más frecuente del ingreso, cuando se especificaba en el informe de derivación, fue la contención de la conducta (32.1 %), seguido de favorecer el cumplimiento terapéutico (9.6%) y controlar el TCA (6.4%). En el 3.2% el objetivo fue controlar la clínica psicótica.

En el 67.7 % el motivo principal de ingreso fue la clínica (un 22.5% presentaba clínica psicótica), pero en cerca del 30% el ingreso se debió a presión de los familiares o del paciente. El 54.8% de los ingresos fueron voluntarios, la mayoría reingresos (67.7%) y tuvieron una duración media de 14.13 días.

Tratamiento durante el ingreso.

El 100% recibieron tratamiento psicofarmacológico. En algo más de la mitad (54.8%) se modificó el prescrito antes del ingreso: en más del 64% para disminuir o suprimir algún fármaco y en la misma proporción se añadió algún fármaco nuevo (64.5%). Los fármacos más prescritos fueron las benzodiacepinas (prescritas a casi la tota-

lidad, 96.8), seguido de los antipsicóticos (67.7%), los antidepresivos (45.2%) y los estabilizadores/anticomiciales (38.7%).

En el 64.5% se pudieron abordar algunas de las dificultades de afrontamiento fuera del hospital.

Adaptación y conducta durante la hospitalización.

El 35.5% presentaron alteraciones de conducta durante el ingreso. El 12.9% tuvieron enfrentamientos violentos con otros pacientes, el 16.1% con el personal y el 9.7% se realizaron autoagresiones.

Algo más de la mitad, el 54.8%, estableció relaciones con otros pacientes ingresados.

Cerca del 20% pidieron el alta voluntaria y en cerca del 40% de los casos hubo problemas para poder dar el alta. En casi un 10% de los ingresos el alta supuso enfrentamientos serios con la familia, incluso amenazas por parte de ésta (6.5%).

Valoración del ingreso.

La tercera parte de los pacientes se sintió insatisfecha con el ingreso (32.3) y sólo una cuarta parte (25.8) se sintió bastante o muy satisfecha. Casi la mitad (48.4%) consideró que no había experimentado cambios durante el ingreso.

En cuanto a los familiares, una tercera parte (32.3%) se sintió insatisfecha con el ingreso y cerca de la mitad de las familias (48.4%) consideraron que no se habían producido cambios en los pacientes.

Tanto los terapeutas del hospital como los ambulatorios tuvieron una percepción negativa del ingreso, algo más pesimista en los terapeutas del hospital que en los ambulatorios y, en cualquier caso, peor que la de pacientes y familiares. En más de la mitad de los casos (51.7%) los terapeutas del hospital tuvieron la percepción de que el ingreso había sido insatisfactorio y apenas

había conseguido cambios. Esto ocurrió en el 42% de los casos con los terapeutas de fuera del hospital.

Cambios producidos tras el ingreso.

En los seis meses posteriores al ingreso no se encontraron diferencias significativas con respecto a los seis meses anteriores, en lo que se refiere a estancias hospitalarias, asistencias a la urgencia del hospital e intentos de suicidio. Tampoco se hallaron diferencias significativas en cuanto a la adherencia al tratamiento, los problemas legales, las auto y hetero-agresiones y el consumo de tóxicos al comparar los seis meses posteriores al ingreso con los seis previos.

El 3.2% consumaron el suicidio en los seis meses posteriores al ingreso.

El 13% continuaban manteniendo relación con otros pacientes que conocieron durante el ingreso.

Conclusiones.

Con estos datos, es difícil pensar que lo que hacemos se pueda llamar de otra forma que masoquismo. Creer que hacemos otra cosa es un acto de fe. Más allá del escepticismo terapéutico la demanda de estos pacientes nos obliga a algunas reflexiones:

1. Nuestra experiencia coincide con la de otros lugares y, aunque con la cautela que requiere una muestra tan pequeña, apoya la orientación actual de evitar el ingreso hospitalario en unidades de hospitalización psiquiátrica en hospital general.

2. Seguramente, unidades específicas para estos pacientes permitan trabajar mejor sus dificultades sin interferir en la evolución de otros pacientes, sin lugar a dudas más graves que ellos.

3. La práctica nos lleva a pensar que, obviando las descompensaciones psicóticas y las descompensaciones nutricionales de algunos de estos pacientes, sólo en situaciones puntuales y con unos objetivos claramente definidos dentro de un plan terapéutico concreto, el ingreso tiene sentido. El acuerdo con el paciente y su familia sobre las expectativas, duración y objetivos del ingreso, parece imprescindible a la hora de evitar el hospitalismo al que se ven abocados por su vacío existencial, su carencia de vínculos sólidos, su pseudo-fortaleza en el medio hospitalario y la tranquilidad de los familiares al saberlos en un espacio tan controlado, alejados todos ellos de peligros. Aunque es difícil escapar de las presiones del paciente y los familiares, este motivo de ingreso siempre plantea problemas y no ayuda en la evolución, haciéndonos cómplices del ambivalente juego (responsabilidad-enfermedad) de pacientes y familiares.

4. Por último, nos llama la atención cómo, pese a la no demostrada eficacia del tratamiento farmacológico, todos los pacientes acaban recibiendo medicación, mucha medicación en gran parte de los casos, poniéndoles en sus manos un arma más con el que agredir, agredirse e intentar ocultar su vacío. Al igual que sucede con el ingreso, la desesperación no debería ser el motor de la prescripción, sino que el tratamiento psicofarmacológico debería encontrarse dentro de un plan terapéutico definido.

Bibliografía.

1. National Institute Mental Health. Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion. London: NHS; 2003.

2. Saarento O, Hakko H, Joukamaa M. Repeated use of psychiatric emergency out-patient services among new patients: a 3-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98: 276-282.

3. Chiesa M, Bateman A, Wilberg T, et al. Patients' characteristics, outcome and cost-benefit of

hospital-based treatment for patients with personality disorder: a comparison of three different programmes. *Psychol Psychother* 2002;75: 381-392.

4. APA. DSM-IV. Washington D.F.: APA; 1994.

5. Gabbard GO, Coyne L, Allen JG, et al. Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders. *Psychiatr Serv* 2000;51: 893-898.

6. Paris J. Chronic suicidality among patients

with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 2002;53: 738-742.

7. Paris J. Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12: 42-48.

8. Kullgren G. Factors associated with completed suicide in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 1988;176: 40-44.