

ENCUENTROS DE PSICOSOMÁTICA 2009/2010

SESIÓN del 6 DE MAYO DE 2010
en el I. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

CASO: "TRASTORNO DE PERSONALIDAD O PERSONALIDAD QUE TRASTORNA. ÁNGEL CON GRANDES ALAS CARGADAS DE CADENAS"

PROGRAMA:

Trastorno de la Personalidad o Personalidad que trastorna.
Caso Clínico: "Ángel con grandes alas cargadas de cadenas"

Moderador: Dr. Manuel Álvarez Romero. Médico Internista. Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática. Centro Médico Psicosomático de Sevilla.

Ponente: Dr. Carlos Chiclana Actis. Psiquiatra. Complejo Asistencial Benito Menni. Ciempozuelo. Madrid.

Discusor 1: Dra. Macarena Gálvez Herrero. Doctora en Psicología. Master en Psicología Clínica y de la Salud (PAIPSE). Madrid.

Discusor 2: Dr. Diego Cebrián Novella. Médico Internista. Hospital de Guadarrama. Madrid.

DIA: JUEVES 6 de mayo de 2010.

HORA: De 19:00h a 20:45h.

LUGAR: Colegio de Oficial de Psicólogos. C/ Cuesta de San Vicente 4, 5ª planta. 28080 Madrid.

ORGANIZA: Sociedad Española de Medicina Psicosomática (**SEMP**) En colaboración con SEMERGEN y Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

I. INTERVENCIÓN DEL MODERADOR, DR. ÁLVAREZ:

Se que el título ha gustado y sorprendido. Ya es algo.

Me consta que el ponente ha trabajado el caso de veras. Y que los discursos ya han "discutido". Uno solicita Genograma, Patobiografía, etc. Otro piensa en trauma único vs. continuado....

Hemos superado ya la sentida excusa del Prof. Bernardo Moreno y a la vez hemos ganado con la diversidad de género lograda.

Las nuevas versiones del DSM-V y la CIE resaltan :

- Medicalización de la vida.
- Apoyo a los TP.
- Los 3 closter de TP y su validez
- Los enfoques categoríal o dimensional.
- Los conceptos de Normalidad-Anormalidad.

Acudimos a los TP cuando la Personalidad trastornada da lugar a conductas y vivencias que hacen sufrir al paciente o a quienes con él se relacionan.

Y cuando se dan graves consecuencias familiares (roturas, nulidades,...) o profesionales. Y no digamos si afecta a un político..... Es una

socorrida ocurrencia "salva-situaciones" el acudir al diagnóstico de un TP.

Una pregunta para el coloquio ¿Qué valor adquiere el que uno de los 5 ejes del DSM defina la anomalía de la Personalidad?

Otro capítulo es el de la Neurobiología de la Personalidad.

- Pensemos en Cloninger con los factores Temperamento y Carácter.
- Y en la tendencia actual en términos de determinismo neuroquímico-genético.

Es ya hora de preguntarnos ¿El TP nace o se hace? Sería equivalente preguntarse:

- Una vida estresante.
- Una desestructuración familiar.
- Un cuadro adictivo al alcohol o a sustancias.
- Una adicción no química (sexo, internet, móvil, videojuegos,...)
- Una situación de paro, frustración o sinsentido.....¿Son causa o consecuencia de un TP? ¿Son origen, consecuencia o comorbilidad, respecto al TP?

En las Psicopatologías que vemos y tratamos, yo pienso que nos enfrentamos con:

- Procesos psicóticos graves.
- TP.
- Patologías leves
- Patologías de la libertad, de la libertad mal usada.....

Y tal como expresa claramente el Paradigma Psicossomático Bio-Psico-Socio-Eco-Espiritual es consustancial la interacción, con dinamismos de feed-back, entre esos cinco factores.

Lleguemos a unas u otras conclusiones seguro que nos enriqueceremos con la Mesa, y especialmente con vuestras aportaciones en la Discusión.

II. RESUMEN introductorio del caso, preparado por el Dr. Carlos Chiclana:

Ángela, de 30 años, menor de seis hermanos. Soltera sin hijos. Licenciada en Filología Hispánica.

Antecedentes personales

Mononucleosis (11 años). Hernia de hiato (Esfínter Esofágico Inferior átono). Migrañas. Herpes Zoster cutáneo en zona lumbar. Bronquitis asmática.

Antecedentes familiares

Probable patología psiquiátrica a filiar en familiares de primer y segundo grado.

Historia de la enfermedad

En julio de 2005 acudió por primera vez a un psiquiatra que le diagnosticó un *"cuadro depresivo-angustioso con trastornos del sueño"*. Recibió tratamiento con antidepresivos durante un mes, pues los dejó al encontrarse subjetivamente recuperada.

En marzo de 2008 acude de nuevo con estado depresivo, insomnio, somatizaciones, autoagresiones (cortes y quemaduras), sobreingesta etílica, ideación autolítica, etc. Se estableció tratamiento con Paroxetina (40mg/día, Bromazepam (9mg/día) Clomipramina (75mg/día) Lormetazepam (2mg/día) y revisiones mensuales pero no hubo mejoría. Fue diagnosticada de *"Trastorno Obsesivo Compulsivo con fondo depresivo (endógeno)-autoagresivo sobre una personalidad inteligente, lúcida, con sólida formación y dificultades, por su anomalía psíquica, para asumir sus propias limitaciones con tendencia a autoculpabilizarse"*.

En junio de 2008 realiza un intento autolítico con sobreingesta farmacológica y etílica, por lo que ingresa para estudio diagnóstico por sintomatología afectiva y alteraciones en el control de los impulsos. Presentaba pensamiento obsesivo y rumiativo, dificultades de

concentración, tristeza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sentimientos de desesperanza, inutilidad, culpa, soledad e incapacidad, ideación autolítica estructurada, ansiedad con manifestaciones somáticas (taquicardia y temblor), ansiedad psíquica, intranquilidad interna, inquietud psicomotriz, insomnio de conciliación con despertares frecuentes y despertar precoz.

Se le realizó analítica completa que incluía perfil tiroideo y electrocardiograma, que fueron normales, Test de Raven (CI 100), MMPI-2 y Entrevista Semiestructurada IPDE que indicaba la presencia de un Trastorno No Especificado de la Personalidad con 4 criterios de Límite y 3 de Obsesivo-Compulsivo). Se le diagnóstico de *"Episodio Depresivo grave sin síntomas psicóticos (CIE 10 F32.2) en el contexto de un Trastorno de la Personalidad no especificado (CIE 10 F 60.9) con rasgos límites y obsesivo-compulsivos"*. Se inició tratamiento con Fluoxetina (20mg/día), Topiramato (100mg/día), Levomepromacina (25mg/día), Lorazepam (5mg/día) y Aripiprazol (5mg/día) con mejoría de la sintomatología y remisión de la ideación autolítica.

Evolución reciente

Desde entonces, ha acudido a revisiones y a sesiones de psicoterapia con frecuencia variable (semanal-quincenal) y se han desarrollado atenciones en los siguientes ámbitos:

1. Farmacológico:

- se aumentó la Fluoxetina hasta 40 mg/día, sin obtener respuesta, por lo que se sustituyó por Duloxetina hasta 120 mg/día (enero 2009), con buena tolerancia y respuesta terapéutica, más acentuada en los primeros meses;
- se aumentó la dosis de Topiramato hasta 300 mg/día (marzo 2009) con buena tolerancia y cierta mejoría del control de la impulsividad;
- se retiró al Aripiprazol por atribuírsele las dificultades en la conciliación del sueño;

- se retiró la Levomepromacina por aparente ineficacia;

- para facilitar la conciliación del sueño se ha empleado Zolpidem (10 mg), Lormetazepam (2mg) y Mirtazapina (15mg) con efectos variables según las épocas y situaciones;
- se han manejado dosis variables de Lorazepam de acuerdo con la mayor o menor presencia de síntomas de ansiedad;

- en septiembre de 2009, se añadió Reboxetina (4mg/día) con buena tolerancia y ligera respuesta.

2. Psicoterapéutico

Se han buscado los siguientes objetivos:

1. Conocimiento de sí misma: modos de pensar, emocionarse, sentir y responder conductualmente, biografía, daños sufridos y no procesados en su vida, estilo de relaciones interpersonales y rasgos de personalidad.
2. Desarrollo de estrategias y habilidades para controlar impulsos, tolerar el malestar y afrontamiento del desarrollo de actividades cotidianas.

3. Psicoeducativo.

Tanto con los padres, algunos de los hermanos y la paciente, se han tenido algunas sesiones para dar a conocer mejor la enfermedad y modos para facilitar la recuperación, afrontar los episodios de ideación suicida, promover la autonomía, validar los sentimientos, etc.

Desde junio de 2008 hasta septiembre de 2009, la evolución ha sido variable, con temporadas en las que mejoraba el estado de ánimo y disminuían los síntomas de ansiedad, lo que permitió la reincorporación laboral durante algunas semanas, alternando con otras temporadas -con frecuencia en relación con acontecimientos vitales estresantes, sensación de vacío afectivo, soledad y abandono- en las que aumentaban los síntomas depresivos y la angustia, las autoagresiones (cortes, quemaduras, meterse en la cama demasiado tiempo, ingesta excesiva de alcohol, ocasional consumo de cannabis y sobreingesta farmacológica). En junio de 2009 requirió permanecer en urgencias por un intento autolítico.

Juicio clínico

Eje I._Trastorno Depresivo Recurrente (CIE 10 F 31)

Eje II._ Trastorno Límite de la Personalidad (CIE 10 F60.3) con rasgos de dependencia y anancásticos.

Eje III._ Mononucleosis (11 años). Hernia de hiato (Esfínter Esofágico Inferior átono). Migrañas. Herpes Zoster cutáneo en zona lumbar. Bronquitis asmática.

Eje IV._ Convivencia con sus padres. Problemas de relación con su grupo primario de apoyo. Relaciones interpersonales disminuidas. De baja laboral.

Eje V._ 60%

[Ver ppt exposición caso por Dr. Chiclana: ANEXO I](#)

III. DISCUSOR 1: INTERVENCION DE MACARENA GÁLVEZ.

INTRODUCCIÓN Y SÍNTESIS DEL CASO:

El Dr. Carlos Chiclana nos ha presentado un caso muy complejo, con amplia expresión de síntomas, sobre el que se han emitido diversos juicios diagnósticos (según dichos síntomas y evolución clínica) y se han aplicado diversos abordajes tanto psicoterapéuticos como psicofarmacológicos. Además de las características específicas del caso expuestas que lo han definido según el ponente como un trastorno límite de la personalidad, la complejidad del abordaje psicoterapéutico ya nos invita a pensar que probablemente estamos afrontando un caso de "trastorno de personalidad".

LA PROPIA DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD:

Sin embargo, como el Dr. Mingote siempre nos sugiere, es importante centrarnos en la "E mayúscula" (el enfermo) más que en la "e minúscula" (la enfermedad). Por ello, en esta discusión me interesa centrarme en la persona, en Ángela, más que en su "caso clínico", intentaremos conocerla a ella, sus conflictos y evolución. Para ir más allá de los criterios y etiquetas diagnósticas (DSM o CIE) me centraré como guía en los criterios descriptivos que proponen Millon y Everly (1994)¹ en relación a los trastornos de personalidad:

1. **Conducta aparente:** Cómo aparece la persona ante los demás.
2. **Conducta interpersonal:** Cómo interactúa con el otro.
3. **Estilo cognitivo:** Naturaleza característica de su proceso de pensamiento.
4. **Expresión afectiva:** Cómo muestra y regula las emociones.
5. **Percepción de sí mismo:** Manera en que la persona se ve a sí misma.
6. **Mecanismos de defensa:** Ante los conflictos

1. Millon, T. y Everly, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

CONDUCTA APARENTE:

Impresiona de impulsiva, quizás caótica o desorganizada..., pero sobre todo en actitud de búsqueda y lucha constante (respecto a sí misma, al otro, al aprecio ajeno, la necesidad de comprensión...)

CONDUCTA INTERPERSONAL:

Se presenta como vulnerable a la opinión ajena, con elevada necesidad de afecto, tal y como ella misma expresa: "intento cumplir el papel que esa persona quiere que cumpla a la perfección a cambio del auxilio de su aprecio". El afecto del otro es tanto salvavidas como cadena que le ata a él (como en el poema de Blas de Otero alas cargadas de cadenas) mostrando así el miedo al abandono (ansiedad de separación). Esto la produce en Ángela la sensación de estar actuando "cumpliendo un papel", "fingiendo" (dice ella), lo que la produce una importante **CONFUSIÓN EMOCIONAL**. No se trata de **DISONANCIA EMOCIONAL**, para que ocurriera eso tendría que haber una contradicción entre la emoción expresada y la sentida, mientras que lo que ocurre en Ángela es inseguridad y falta de reconocimiento ante la emoción propia y por tanto, su expresión emocional.

La relación de Ángela con las personas de su entorno muestra disposiciones relacionales profundamente enraizadas en ella, que probablemente se originan en etapas tempranas de su vida (se nos habla de una familia con carencias emocionales y dificultades afectivas), y que son matizados por la biografía posterior, determinando una actitud ante el otro y una expectativa de la relación que configura la problemática emocional, cognitiva e interpersonal propia. Esas disposiciones relacionales profundas, que actúan de modo constante pero habitualmente inadvertido para el sujeto, reciben diferentes nombres según la escuela psicoterapéutica de que se trate. Unos hablan de "relaciones objetales internalizadas", otros de "esquemas interpersonales", "diadas relacionales internalizadas", u otros términos. Pero creo que todos, básicamente coincidimos en señalar la importancia clave de la manera en la que se configura la tendencia automática y habitualmente no consciente a interpretar las relaciones con otras personas de un modo particular y que define la conducta social del sujeto y muchos aspectos de la psicología individual del mismo al estar vinculada a su autoestima e identidad más profunda. Es importante no olvidar en este punto que cuando como terapeutas nos "encontramos" con la persona con un posible trastorno límite de personalidad, se actualizan y se representa en el proceso de relación interpersonal, paciente/terapeuta, los patrones aprendidos a lo largo de la historia del paciente y de la historia del

terapeuta. Se activa una díada relacional en el propio vínculo terapéutico, que pondrá en juego patrones de relación interpersonal que habremos de identificar y sobre los que deberemos intervenir.

ESTILO COGNITIVO:

Se observa un patrón de frecuentes cambios que, entre otras cosas, origina desadaptación ocupacional "una vez aprendida una cosa ya no me interesa... no voy a poder trabajar en el mismo sitio porque me canso, me aburro...". Una problemática que va pareja a la expresión de un TLP es la dificultad socio-ocupacional que puede producir. La edad en la que suele "mostrar su cara" (inicio de la edad adulta) interfiere en un momento de formación académica-profesional y en el momento de incorporación al mundo laboral. Si la persona ya se encuentra trabajando, como en el caso de Ángela, las dificultades relacionales, bajas laborales y aspectos sintomáticos que interfieren en la persona, dificultará el mantenimiento del puesto de trabajo. Se observa en ella un estilo cognitivo dicotómico (todo o nada, blanco o negro), dependiente de las expectativas ajenas y en búsqueda de una perfección inculcada en su educación parental. Esos factores, que pueden formar parte de un procesamiento característico del TPL, también corresponden a rasgos obsesivos 2 (diagnóstico que recibe en algún momento de su proceso clínico), de ahí la importancia del diagnóstico diferencial y de su abordaje psicoterapéutico (tal y como se nos ha señalado que se hizo en las primeras fases de tratamiento), con el objetivo de conseguir una adaptación al entorno más funcional y disminuir sintomáticamente el sufrimiento con el que se relacionan.

EXPRESIÓN AFECTIVA:

Se nos señalan respuestas volubles ante situaciones conflictivas, disregulación afectiva (con disforia e intolerancia a la frustración). Hemos señalado anteriormente la dificultad en Ángela para identificar las emociones, si no existe este paso previo, difícilmente podrá identificar lo que no funciona o lo que desea cambiar, detectarlas será necesario para auto-regularlas y como esto no ocurre:

- La angustia no se calma si no se expresa directamente (autoagresiones, uso de alcohol y otras drogas)
- La depresión se expresa como ausencia de sentimientos, sentimientos de vacío, aburrimiento, ideación autolítica.

Pero en este punto es necesario recordar la importante comorbilidad de los trastornos de personalidad con diagnósticos del Eje I como un elemento más de dificultad diagnóstica. Concretamente, según algunos estudios, en el TLP un 93% presenta un trastorno afectivo, siendo en más del 80% de esos casos una Depresión Mayor y muy frecuentes respuestas depresivas profundas pero de escasa duración. Quizás es por ello por lo que en el 2005 tuvo un primer diagnóstico de "cuadro depresivo angustioso con trastornos del sueño" que mejoró aparentemente con tratamiento farmacológico ien solo 1 mes!: ¿Creen que era una depresión?, parece que no responde a la medicación como trastorno afectivo. En uno de los puntos que propone el Dr. Chiclana para discusión mencionaba el posible papel de la invalidación de los sentimientos. Marsha Linehan (la creadora de la Terapia Dialéctica Conductual) considera la disregulación emocional y el efecto de un ambiente invalidante como mecanismos etiopatogénicos y mantenedores del trastorno. En este sentido, además de lo que posiblemente ocurriera en etapas tempranas de su desarrollo y vínculos afectivos, hemos visto ejemplos más actuales de la dificultad relacional de Ángela con su madre. El estado emocional de la madre se ha sumado a las dificultades de comunicación entre ambas y hemos visto como en un intento de expresar Ángela el malestar propio, solo obtiene una respuesta sobre el malestar materno y con ello, la sensación de la invalidez de las propias emociones, la dificultad de transmitir las y la no-escucha por parte de su madre. Este ambiente invalidante probablemente influye en el mantenimiento de la dificultad emocional. En este sentido, el vínculo creado en la relación terapéutica y la utilización de la mentalización en la misma, como forma de trabajar la conciencia de los estados mentales (siempre teñidos de la emoción) en si misma y en los demás, me parece especialmente acertada para suavizar las carencias en la autoconciencia emocional de Ángela, proporcionar un mayor conocimiento del si mismo y del otro, y dar una oportunidad a nuevos estilos relacionales.

- 1 Álvarez Romero, M. y García-Villamizar (2007). El Síndrome del Perfeccionista: El anancástico. Como superar un problema tan común y devastador. Córdoba: Editorial Almuzara.

PERCEPCIÓN DE SI MISMO:

La elección por parte de Ángela de la poesía de Blas de Otero "Hombre" es un perfecto auto-retrato:

Pregunta al Dr. Chiclana y a los presentes para el coloquio posterior: nos ha descrito a Ángela como alguien profundamente religiosa ¿cree que es una llamada en un dialogo transcendental con Dios?, ¿se está refiriendo a un padre (biológico) idealizado señalando la frustración ante las exigencias de perfeccionismo percibidas por Ángela en su educación y el peso que eso supone en su vida?, o ¿cree que puede tratarse de un mecanismo transferencial hacia el terapeuta?, dejo estos interrogantes en el aire para el comentario posterior. Personalmente entiendo la identidad como un proceso en el que están presentes elementos que se van formando a lo largo del desarrollo, que dependen de las identificaciones realizadas e incluye nuestro autoconcepto (es decir, la representación mental global que el sujeto hace de sí mismo, la representación cognitiva de los componentes de su personalidad) y autoesquemas (generalizaciones cognitivas sobre el sí mismo derivadas de la experiencia. Eso, puede ser DIFERENTE A LO QUE DECIMOS DE NOSOTROS MISMOS, porque esa definición estará influida por el estado de ánimo.

La identidad tiene una función:

- Cognitiva: Nos ofrece un sentido diferencial respecto a los demás

Luchando, cuerpo a cuerpo, con la muerte,
al borde del abismo, estoy clamando
a Dios. Y su silencio, retumbando,
ahoga mi voz en el vacío inerte.

Oh Dios. Si he de morir, quiero tenerte
despierto. Y, noche a noche, no sé cuándo
oirás mi voz. Oh Dios. Estoy hablando
solo. Arañando sombras para verte.

Alzo la mano, y tú me la cercenas.
Abro los ojos: me los sajas vivos.
Sed tengo, y sal se vuelven tus arenas.

Esto es ser hombre: horror a manos llenas.
Ser —y no ser— eternos, fugitivos.
¡Ángel con grandes alas de cadenas!

1ª Estrofa: Totalmente referencial
"Luchando..."

2 y 3ª Estrofas: Es una apelación, una
petición de ayuda y clara expresión de
la incomunicación sentida.

4ª Estrofa: Descripción de su
sufrimiento emocional "horror a manos
llenas" y su ambivalencia emocional:
"ser y no ser", "eterno" (algo sentido
como permanente)/"fugitivo" (fugáz),
"alas" (símbolo de libertad)/"cadenas"
(esclavitud).

- Temporal: No existe identidad personal sin memoria, no es sólo transversal, depende de la Hª de vida.
- Emocional: Nos dice cuánto valemos, proporciona información para la autoevaluación que dará lugar a la autoestima

Hemos visto varias transparencias referidas a "la identidad" como un problema en Ángela, pero ¿tiene realmente un problema de identidad? Con el auto-retrato a través del poema de Blas de Otero, y según sus propias palabras: "no se valorar lo que tengo por egoísta, blanda... soy yo la que me he hecho a mí misma"... ¡Nos está mostrando su identidad! Quizás lo que sí ocurre en Ángela es que dice de sí misma lo que observa en su trastorno, (hecho bastante común en personas con trastorno de personalidad) por eso en la intervención mediante Psicoeducación, la diferenciación entre lo que es un TLP (y lo que por ello pasa) de "lo que yo soy", es esencial. En este sentido enhorabuena por la recomendación de "Diamantes en bruto" de Dolores Mosquera, un libro fantástico. Como hemos visto en alguna transparencia, quizás desde un punto de vista funcional para Ángela, la aceptación de un self múltiple que se manifiesta fenomenológicamente en lo laboral, lo social, familiar...etc. (tal y como considera la Psicoterapia Cognitivo Analítica) es lo que realmente la puede llevar al reconocimiento de sus recursos y habilidades y a la generalización de unos ámbitos a otros.

MECANISMOS DE DEFENSA:

Más allá del modelo psicoterapéutico que cada uno de nosotros siga, la reducción de los mecanismos de autoprotección está relacionada con la creación de un entorno terapéutico que sea estimulante y esperanzador acerca del cambio, con un sentido de un entorno seguro que permita aventurarse en esa presión emocional y cambio interpersonal, con una actitud que refuerce las fortalezas y el apoyo social. El tratamiento consiste en evidenciar la historia que perturbó los patrones de relación interpersonal y contribuyo al desarrollo de una narrativa y de una forma de enfrentarse a la realidad hoy insatisfactoria. La psicoterapia consiste en ayudar a que el paciente construya una historia que le sea útil, más allá de que sea 100% verdadera (a veces no lo podremos saber con seguridad). Creo que esto es lo que ha ocurrido con la historia de los "juegos sexuales" con su hermano...

CONCLUSIONES:

El proceso de cambio en Ángela a través del proceso psicoterapéutico ha sido importante por algunos aspectos claves:

- Flexibilidad y trabajo centrado en la persona: Ha habido una adaptación a las características individuales del paciente, en vez de adaptar al paciente a un marco teórico rígido.
- El éxito de la terapia está vinculado con la capacidad del terapeuta de estructurar un modelo de relación con el paciente, que sea capaz de promover el cambio terapéutico.
- Conciencia del trastorno por parte del paciente y diferenciación del "sí mismo".
- Potenciación de mecanismos de adaptación y recursos positivos de la personalidad
- Atención al entorno familiar.
- Siguiendo el Modelo de Bienestar de Ryff y las dimensiones que delimitan la salud mental, con Ángela se ha trabajado para (desde la relación terapéutica) incrementar su control ambiental, crecimiento personal, búsqueda de un propósito en la vida, autonomía, autoaceptación y relaciones positivas con los otros.

Muchas gracias.

IV. DISCUSOR 2: Dr. DIEGO CEBRIÁN NOVELLA.

Aunque el espíritu de la Sociedad Española de Psicopatología ha sido siempre la lucha contra la dicotomía mente/cuerpo y considerar la psicopatología en sí como una forma, más bien, la forma, de hacer medicina; las exigencias de la didáctica y el estudio, nos obliga la mayor parte de las veces a hablar de patología psiquiátrica o médica.

Son quizá, los trastornos de la personalidad, un área en la que está situación llega a su extremo. Porque ¿cómo es la psicopatología de los trastornos de la personalidad? ¿Cuál es el proceso de enfermar de estos pacientes, ¿es característico? ¿pueden observarse patrones? Son preguntas muy difíciles de responder, pues estos pacientes, tienen manifestaciones, en su mayoría, de predominio en la esfera psíquica y comportamental.

Es posible que, aquí sea más válido que nunca, la máxima de: "el enfermo" y "no la enfermedad"

La siguiente presentación intenta realizar una visión global de la psicopatología de los trastornos de la personalidad.

[Ver ppt con la Discusión del caso por el Dr. Chiclana:](#)
[ANEXO II.](#)

V. COLOQUIO:

El moderador invitó a la discusión del caso entre los más de cien asistentes.

- Ivon Arijita (Psicóloga):
- ¿Lo que se relata en la infancia del caso fue abuso sexual o juegos sexuales con el hermano? ¿Qué repercusión tuvo en ella? ¿Era, simplemente, una búsqueda de afecto?
- Dr. Chiclana: Bueno, ella tiene la vivencia de que era ella la que le buscaba, lo "provocaba" y tiene por ello vivencia de culpa. Parece que buscaba afecto en el hermano más que otra cosa.

- Mercedes de Lucas (Psicóloga):
- Por el perfil de la paciente, ¿le falta un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria?
- Dr. Chiclana: Si es así ella no me lo ha contado. En cualquier caso, no todos los TPL tienen trastornos de la conducta alimentaria.

- Dr. J.C. Mingote (Psiquiatra): ¿Este caso contenía patología Psicosomática?
- Dr. Chiclana: No parece claro. De niña tuvo migrañas y asma, de adulta cansancio generalizado, dolores de cabeza e hipersomnia. Quizás lo que la ocurrió fue exactamente lo contrario: en una ocasión tuvo apendicitis y peritonitis que en urgencias calificaron como "algo psicossomático"
- Dr. Diego Cebrián: No parece haber aspectos psicossomáticos. La analogía que a mi se me ocurre (más allá de lo psicossomático) es que el problema de reflujo severo que presenta se relaciona (a nivel digestivo) con una incapacidad de retener, "todo lo que entra sale", en la vida de Ángela existe incapacidad de contener (emociones, relaciones...). Es un simbolismo muy característico.

- Carmen Alonso (Psicooncóloga):
 ¿Cómo se estructuró la psicoterapia?, ¿Que periodicidad tenían las sesiones?
- Dr. Chiclana: Sesiones semanales de 45 min.

- Dr. Del Pino:
- Derrearía señalar dos cosas, por un lado, respecto a los posibles abusos sexuales por parte del hermano, si la diferencia de edad era de un año y estamos hablando de niños de 4-6 años... quizás pensar en abuso no parece muy lógico. Por otro, los datos presentados ¿podrían sugerir un Trastorno Histriónico de la Personalidad, más que un TLP?, lo digo por aspectos como la presentación que la

paciente hace del matiz sexual del acontecimiento vivido con el hermano y porque, tal y como se ha señalado en la discusión, la identidad parece conservada. Lo apoyan las frecuentes tentativas de suicidio.

- Dr. Chiclana: Es posible.
- Dr. Mingote: Quizás no ha habido un trauma único por el aspecto sexual, pero si una acumulación de traumas y frustraciones por las carencias afectivas.
- **Dr. Ramón Ramírez (Internista):**
La paciente tenía hernia de hiato ¿qué seguimiento ha tenido y se ha estudiado la posible anemia propia de estos pacientes?
- Dr. Chiclana: El médico de Atención Primaria revisó que no existía anemia, nada más que yo sepa.

- **Nuria:**
- **La primera crisis ¿estuvo relacionada con algún acontecimiento especial?**
 - Dr. Chiclana: Coincide en el tiempo con su salida de la institución religiosa donde estaba, pero ella refiere encontrarse mal desde niña, desde los cuatro años.

- **M^a Jesús Álvarez:**
- **Parece que se ve un caso de vocación religiosa frustrada. ¿Ingresa quizás por ese vacío?**
- Dr. Chiclana: Ella dice "fui allí porque era lo que querían mis padres", lo que si hay es una salida de la institución por decepción tras comprender que su opción había sido inadecuada.

- **Carmen Alonso (Psicooncóloga):** Deseo felicitar a los ponentes y preguntar acerca de si una vez analizado el caso, de las diferentes intervenciones psicoterapéuticas que se han realizado, ¿cuál creéis que han sido las más efectivas?

- **Macarena Gálvez:** Probablemente el trabajo sobre las emociones (su reconocimiento primero para poder realizar su autocontrol después), el reconocimiento de las mismas en la relación terapéutica, la mentalización para su identificación... ha sido un factor clave, así como la diferenciación entre lo que "yo soy" de lo que el trastorno de personalidad muestra de mi.

- **Dr Manuel Alvarez:**
 - Ha quedado muy de manifiesto el valioso papel del terapeuta en cuanto a contención y manejo del vínculo que tan mal vivenciado tenía esta paciente.

 - **Dr. Mingote:** Sobretudo, la aceptación incondicional de la paciente y la posibilidad de establecer, más adelante, una relación terapéutica a partir de la que construir nuevos vínculos. Es como dar lugar a un nuevo nacimiento psicológico, desde el que van emergiendo los elementos que no tenía. Sabemos cuanta ansiedad contratransferencial se da en estos casos. Aquí ha sido bien llevada por el médico.

- **Pablo del Pino:**
 - En estos pacientes se precisa de fármacos, psicoterapia y valentía.

- **Luis Hernández (Medicina del Trabajo):**
 - Deseo resaltar el interés del Paradigma Psicósomático, con sus aspectos Bio-psico-socio-eco-espiritual, tal como lo ha descrito el Dr. Alvarez. Puede ayudar mucho a detectar y enfocar anomalías en la Personalidad, tal como sucede en mi ámbito laboral. Es una interesante propuesta después de las evoluciones habidas en el modelo psicósomático desde Enguel

Madrid 6-5-2010

Dres. Macarena Galvez y

Manuel Alvarez Romero

samp@psicosomatica.net

www.psicosomaticaandaluza.net

