

## LA SANIDAD PENITENCIARIA EN IMÁGENES

# Trastorno límite de la personalidad e ingesta de cuerpos extraños

C Íñigo-Barrio, Á López-López

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

Texto recibido: 14/10/2015

Texto aceptado: 06/02/2016

Presentamos el caso de una paciente de 29 años de edad, soltera, sin hijos, ingresada en el HPP de Alicante desde Junio del 2014 por un delito de atentado y amenazas con antecedentes de patología psiquiátrica desde 2009, el cuadro se inicia como un trastorno de la conducta alimentaria y posteriormente se diagnosticó de TP (Trastorno de Personalidad) límite.

Se trata de una paciente con alteraciones conductuales variadas y continuas: inundar su habitación, autolesiones, como ingesta de cuerpos extraños: clips; bolígrafos; cubiertos etc.; tendencia a la irritabilidad cuando no se satisfacen sus demandas, actitud movilizadora del entorno, no ideación suicida; gran inestabilidad afectiva, un descontrol impulsivo y conductual y dificultades cognitivas perceptivas.

El trastorno de personalidad límite (TPL) es el trastorno de personalidad más frecuente en la clínica, se estima que su prevalencia es de un 2% y se caracteriza por un trastorno generalizado del sistema de regulación emocional con un malestar subjetivo y deterioro funcional. En estos pacientes la conducta es vivida como la solución a su problema, presentando alta sensibilidad y bajo umbral para reaccionar<sup>1-4</sup>.

Existe una desregulación interpersonal que se traduce en miedo al abandono, una desregulación de identidad que les lleva a un vacío interior, una desregulación conductual que conlleva una conducta impulsiva y autolesiva y una desregulación cognitiva que origina las respuestas disociativas y la ideación paranoide.

Beck y Freeman hablan del pensamiento dicotómico blanco/negro, bueno/malo, todo/nada<sup>2</sup>. Son pacientes que no saben comunicar y expresar sus emociones, su mecanismo de defensa es la escisión, siendo incapaces de reconciliar percepciones y sentimientos.

En nuestra paciente se da todo ello, es la paciente la que con sus demandas continuas intenta dirigir a los profesionales, se han realizado multitud de con-

sultas urgentes, de RX AP y L de tórax y de abdomen (Figs. 1, 2, 3) más de 8 gastroscopias, una colonoscopia, y más de 5 TAC. En las que se le han extraído múltiples y variados objetos (Fig. 4).

El medio penitenciario es un entorno difícil para el tratamiento de estos pacientes ya que estas conductas conllevan reacciones de restricción y castigo, los pacientes responden mejor al refuerzo que al castigo.

No existe un tratamiento específico y ninguno de los que se emplea es más eficaz que el resto<sup>3</sup>. Es necesario un tratamiento combinado psicoterapéutico y farmacológico. La respuesta al tratamiento farmaco-



Figura 1. Múltiples cuerpos extraños en intestino delgado de 0,5 cm de diámetro que parecen botones de ropa.



Figura 2. Cuerpo extraño metálico con forma de aguja de 40 mm en cámara gástrica. C.E metálico adicional en intestino distal con forma de tapa de cortaúñas(50 × 9 mm) y en sigma tornillo de cortaúñas (11 × 4 mm).



Figura 3. Objeto punzante de apariencia metálica localizado transversalmente en esófago cervical.

lógico es mala. El tratamiento que tiene una mayor evidencia es ISRRS para tratar la inestabilidad afectiva y el descontrol de impulsos; neurolépticos a dosis bajas para la ira y la hostilidad.

Las técnicas conductuales de Mindfulness llevan a objetivar los pensamientos y emociones intentando



Figura 4. Objetos extraídos en varias gastroscopias.

que el comportamiento autodestructivo pase de ser egosintónico a egodistónico generando malestar en el paciente y haciendo que sean capaces de reflexionar sobre sus consecuencias adversas.

En el medio penitenciario este trastorno origina tasas elevadas de comportamientos autodestructivos y de suicidios consumados, lo que hace imprescindible su conocimiento y abordaje por parte de los profesionales de este medio. La detección de los casos más graves haría posible que en los informes periciales se hiciera la recomendación de que el centro más adecuado sería una Unidad específica de tratamiento y ello permitiría que se pudiera ubicar a estos pacientes en dichas unidades, que ya existen en nuestro país para tratarlos.

#### CORRESPONDENCIA:

Cristina Iñigo Barrio  
e-mail: cinigob@coma.es  
Hospital Psiquiátrico Penitenciario Alicante

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Millon T, editor. Trastorno de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
2. Beck AT, Freeman A. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York: Guilford Press; 1990.
3. Linehan MM. Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorders. New York: Guilford Press; 1993.
4. Jiménez-Treviño L, Blasco-Fontecilla H, Braquehais MD, Ceverino-Dominguez A, Baca-García E. Endofenotipos y conductas suicidas. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39 (1): 61-9.