



ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Tamara del Pino Medina Dorta, Fernando Rodríguez Otero, Raquel Alonso Sosa, Horus Laffite Cabrera

tamara557@hotmail.com

trastornos de la personalidad

INTRODUCCIÓN

La Unidad para el Tratamiento de Pacientes con Trastornos de Personalidad del Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín da su comienzo en Junio del 2021 nace con el propósito de abordar las necesidades de pacientes con Trastornos Graves de Personalidad especialmente pacientes con Trastornos de Personalidad Límite aunque en el programa usamos el concepto de Organización Bordeline de Personalidad de Kernberg que incluye aspectos categoriales y dimensionales sobre la personalidad y que incluye algunos trastornos específicos que se describen en el DSM-5 , y otros trastornos de la personalidad que no se mencionan en el mismo (el trastorno hipomaniaco, el trastorno sadomasoquista, y el trastorno hipocondriaco de la personalidad; y el síndrome del narcisismo maligno) (Kernberg & Caligor, 2005)

Justificación del programa

El Trastorno de personalidad límite (TPL) ha sido el más estudiado en los últimos años, adquiriendo una importancia capital en la psiquiatría moderna. Fue incorporado al DSM-III de la American Psychiatric Association en 1980, siendo adaptado para la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) en 1992.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

El Trastorno de Personalidad se caracteriza por una marcada inestabilidad de la imagen de uno mismo y de los demás, junto a una gran reactividad afectiva y una gran impulsividad en la conducta. Esto se plasma en unas relaciones interpersonales deterioradas y caóticas, un estado de ánimo cambiante y errático, desde la euforia a la depresión o la irritabilidad, comportamientos de riesgo para uno mismo o los demás como consumo de tóxicos, autolesiones, intentos de suicidio, promiscuidad sexual, agresividad, problemas alimentarios.

Criterios Diagnósticos para el TPL.
Inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y notoria impulsividad. <ol style="list-style-type: none">1. Esfuerzos por evitar abandono real o imaginario.2. Idealización y devaluación extremas en relaciones.3. Alteración de la identidad.4. Impulsividad.5. Amenazas, gestos o comportamientos suicidas / automutilantes.6. Marcada reactividad del estado de ánimo.7. Sentimientos crónicos de vacío.8. Ira inapropiada, intensa o dificultad para controlarla.9. Ideación paranoide o síntomas disociativos severos en relación con estrés.

Tabla 1. Modificado de DSM-IV-TR

Las cifras de prevalencia que aporta el DSM IV-TR para el TLP son del 2% en la población general ,siendo del 13% para el conjunto de Trastornos de la Personalidad (Torgensen et al., 2001). Sin embargo la relevancia de cada uno de los TP es distinta siendo el TPL el que más repercusión clínica y social tiene.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Se estima que el 11% de los pacientes psiquiátricos que reciben asistencia ambulatoria y el 19% de los hospitalizados en una Unidad Psiquiátrica padecen un TPL. El 10% de los pacientes con TPL consuman el suicidio, presentando el 70% intentos suicidas con una media de tres intentos por paciente a lo largo de su vida. En un metarevisión sobre el riesgo de mortalidad por todas las causas y por suicidio en los trastornos mentales el Trastorno límite de personalidad, la depresión, el trastorno bipolar, el uso de opioides y la esquizofrenia así como la anorexia nerviosa y el trastorno por consumo de alcohol en las mujeres tuvieron riesgos de suicidio más elevados que la mayor parte de otros trastornos, para hacernos una idea del riesgo de mortalidad del Trastorno de personalidad límite en comparación con otro Trastorno Mental Grave como la Esquizofrenia, sería para el Trastorno de Personalidad Límite presenta un riesgo de mortalidad por todas las causas en comparación con población general de 4,2 en comparación de un 2,5 en Esquizofrenia y un 2,4 por ejemplo del tabaquismo, si nos vamos a índice de prevalencia comparado con el riesgo de tabaquismo intenso observamos que el ORatio para el TLP sería de 1,7 mientras que la Esquizofrenia sería de uno. Estas cifras aportadas en la literatura parecen más que suficientes para justificar la necesidad de un abordaje específico del Trastorno de Personalidad en nuestra Comunidad, siendo esto el primer recurso que se genera al respecto en Canarias

La atención a los pacientes con TPL implica una amplia gama de enfoques, con participación de varios profesionales, requiriendo la elección cuidadosa del nivel asistencial más adecuado en cada momento del proceso (Navarro, 2007).

Existen cuatro niveles asistenciales (Gunderson, 2002) necesarios para tratamiento de estos pacientes, niveles que deben estar coordinados entre sí con indicaciones específicas según características del paciente y de su proceso (Tabla 2).

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

<u>Niveles asistenciales</u>		
Nivel IV	Hospital	<u>Manejo crisis, estabilización</u>
Nivel III	Hospital <u>parcial</u>	<u>Rehabilitación social</u>
Nivel II	<u>Ambulatorio intensivo</u>	<u>Adaptación social/ conductual</u>
Nivel I	<u>Ambulatorio</u>	<u>Apoyo</u>

Tabla 2. Modificado de Gunderson, 2002.

El tratamiento de elección es la psicoterapia, completada con farmacoterapia dirigida a los síntomas y a la posible comorbilidad en el eje (APA, 2006). Dos enfoques psicoterapéuticos han demostrado su eficacia en ensayos controlados aleatorizados: la terapia psicodinámica y la terapia conductual dialéctica. Los tratamientos psicoterapéuticos eficaces comparten una serie de características: están bien estructurados, enfatizan el cumplimiento, están focalizados y jerarquizados, son coherentes desde el punto de vista teórico para paciente y terapeuta, son de larga duración, promueven un fuerte vínculo paciente-terapeuta, están bien integrados con otros servicios de salud.

La realidad es que la mayoría de estos pacientes no son diagnosticados como tales siendo etiquetados con diagnósticos inespecíficos de ansiedad o depresión, recibiendo únicamente tratamiento farmacológico sintomático que en muchos casos cronifica el trastorno, con numerosos ingresos en Unidades de corta estancia, mala adherencia a los tratamientos ambulatorios, representando un problema en los Servicios de Urgencias, al convertirse en pacientes de “puerta giratoria”.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

La repercusión social es alta, las familias deben soportar episodios de agresividad, autolesiones, vidas vacías relacional y laboralmente, constituyendo un verdadero drama y generando situaciones de alta peligrosidad hacia sí mismos o hacia terceros.

Aunque el tratamiento debe ser fundamentalmente ambulatorio (Gunderson, 2002) y se debe evitar la hospitalización, **el ingreso solo puede evitarse o ser breve cuando se dispone de tratamiento ambulatorio específico e intensivo.**

Nos encontramos con un gran número de pacientes para los que ingresar en un régimen de hospitalización completa no es lo más eficaz ni eficiente. Son pacientes lo suficientemente graves, es decir, disfuncionales, como para no ser candidatos al tratamiento en un Centro o Unidad de Salud Mental (USM), pero no tanto como para no poder seguir un tratamiento ambulatorio. Los peligros del hospitalismo, la ganancia secundaria de enfermedad y el fomento de la pasividad y la dependencia son los principales problemas de la hospitalización completa.

Cabe también señalar que existe una diferencia entre “tratamiento ambulatorio” y “tratamiento ambulatorio intensivo”. En nuestra red, el tratamiento ambulatorio lo presta la USM y por su masificación tienen dificultades hoy por hoy insalvables para realizar el intensivo (es intensivo porque reciben más frecuencia y más número de distintas modalidades de terapias por distintos profesionales a la vez).

Hasta este momento en la Comunidad Autónoma de Canarias prestamos asistencia en los Niveles I y IV descritos por Gunderson (tabla 2), es decir, tratamiento ambulatorio “habitual” en las Unidades de Salud Mental y tratamiento hospitalario de corta estancia en Unidades Hospitalarias de Internamiento Breve (UIB). Esta situación provoca un gran vacío en los recursos ambulatorios para el tratamiento adecuado de los TP.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Debido a esto, en el Plan de Salud Mental de Canarias se ha señalado la necesidad de crear y dotar recursos que aseguren la existencia y la atención a lo largo de todos los niveles asistenciales que se precisan para el adecuado tratamiento de los pacientes con TP.

El programa nace como **MISIÓN** generar un modelo innovador de atención integral a familiares y pacientes con TPL. Tiene como **VISIÓN** conseguir mejorar la atención de familiares y pacientes con TPL de una manera efectiva y adecuada a los recursos existentes, generando a la vez conocimiento en esta patología para llegar a convertirse en un referente regional y nacional.

De esta forma se plantearon los siguientes **OBJETIVOS**:

Objetivos asistenciales:

- Asistencia directa a pacientes con TPL severo que cumplan los criterios de inclusión.

[L]
[SEP]

- Cooperar en la mejora de la atención de los pacientes con TPL en todos los puntos de la red asistencial sanitaria (atención primaria, atención especializada), servicios sociales y asociaciones de familiares). [L]
[SEP]

- Mejora de la continuidad de cuidados mediante la coordinación con el resto de los dispositivos de la red pública de salud.

[L]
[SEP] Objetivos docentes y formativos: [L]
[SEP]

- Asegurar la formación continuada del personal y del resto de los profesionales de la red de salud en diagnóstico y tratamiento de los TP. [L]
[SEP]

- Introducir la formación en TPL en los programas docentes de pregrado y postgrado (residentes de psiquiatría, psicólogos y enfermería).

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Permite la formación y supervisión multidisciplinar en intervenciones psicoterapéuticas específicas eficaces y basadas en la evidencia para los TP: Terapia Dialéctica conductual, Psicoterapia Focalizada en la transferencia, Psicoterapia basada en la mentalización.

Bibliografía.

1. Schene Aart H. Teh Effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day ^[L]_{SEP}care. Current Opinion in Psychiatry, 2004; 17 (4):303-309. ^[L]_{SEP}
2. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Hospital de día ^[L]_{SEP}versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. ^[L]_{SEP}
3. Practice Guideline for the treatment of patiens with bordeline personality disorder. American Psychiatric Assocaition. The American Journal of PSychiatry; Oct 2001;158,10. ^[L]_{SEP}
4. Linehan , M. M (1993a) Cognitive Behavioral Treatmete of Bordeline Personalitydisorder. Nueva York : Guilford. ^[L]_{SEP}
5. Bateman, A. y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World psychiatry, 9, 11-15. ^[L]_{SEP}