



ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

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

fro_mfyc@yahoo.es

Trastornos de Personalidad, Programa Ambulatorio Intensivo

INTRODUCCIÓN

(Autor Tamara del Pino Medina Dorta)

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.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

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.

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).

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Sin embargo la relevancia de cada uno de los TP es distinta siendo el TPL el que más repercusión clínica y social tiene. 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).

^[L]_[SEP] Permite la formación y supervisión multidisciplinar en intervenciones psicoterapéuticas específicas eficaces y basadas en la evidencia para los TP: Terapia

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

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 patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. The American Journal of Psychiatry; Oct 2001;158,10.
4. Linehan , M. M (1993a) Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality disorder. 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}

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Autor: Fernando Rodríguez Otero

El recurso corresponde con un nivel III de asistencia, consistiendo en un Programa Ambulatorio Intensivo. Los pacientes reciben tratamiento de 8:00 a 18:00 horas de lunes a jueves, y los viernes de 8:00 a 15:00 horas, recibiendo la siguiente asistencia:

- Psicoterapia individual. ^[L]_{SEP}
- Psicoterapia grupal: ^[L]_{SEP}Terapia Dialéctica – Conductual ^[L]_{SEP}Psicoeducación Terapia Psicodinámica. ^[L]_{SEP}

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Grupos Multifamiliares.

- Educación para la Salud. [L]
[SEP]
 - Revisiones farmacológicas. [L]
[SEP]
 - Intervenciones Familiares. [L]
[SEP]
 - Coordinación de equipo y con diferentes dispositivos. [L]
[SEP]
- La estancia duración de nuestro pacientes está entre los 7 y 12 meses para un total de 30 pacientes que están actualmente en seguimiento. [L]
[SEP]

Todos los pacientes que están actualmente en seguimiento en nuestra Unidad , un total de 30 más otros que fueron valorados y que decidieron dejar el programa siguieron el mismo protocolo de evaluación. Tras derivación previa por la Unidad de Salud Mental correspondiente durante las tres primeras semanas reciben una evaluación individual por cada facultativo.

Durante el proceso de valoración/vinculación con el programa, el paciente suele asistir a un mínimo de actividades, realizándose una incorporación paulatina y progresiva.

Primeras entrevistas de valoración. El modelo de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

La primera entrevista tiene como objetivo explícito evaluar/conocer la demanda y como objetivo implícito la acogida y contención del paciente. Usamos el modelo de la Entrevista estructural de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia , se trata de un modelo de evaluación clínica que se centra en la sintomatología del paciente, presente y pasada; la organización de la personalidad incluido su concepto de sí mismo y de los otros; y la cualidad de la interrelación entre el paciente y el entrevistador en el aquí y ahora ; el entrevistador se centra en las dificultades del entrevistado evaluando con tacto las variables esenciales para el diagnóstico estructural:

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

1. Integración de la identidad versus difusión de identidad
2. Defensas características^[1]_[SEP]
3. Nivel de prueba de realidad.

De dicha entrevista que requiere dos o tres sesiones de 45 minutos aunque inicialmente se requiere una de hora y media se obtendrá un diagnóstico estructural que definirá un nivel de organización borderline superior o inferior más cercano este al campo de las psicosis, a este diagnóstico se le unirán los diagnósticos comórbidos del DSMV.

En relación a esta entrevista estructural unida a la valoración de enfermería y las pruebas psicométricas realizadas por el psicólogo nos orientará sobre que proceso psicoterapéutico será el más adecuado para cada paciente de tal manera que todos los asistentes al programa participen en alguna de las actividades grupales, terapia individual y los grupos multifamiliares en aquellos casos donde sea posible, a todo ello se une que dentro de la entrevista estructural se aconseja el valorar a la familia que en nuestro caso valoraremos las situaciones donde se de con mucha frecuencia discursos invalidantes o cortocircuitos en la mentalización por lo que ambos problemas serán tratados en grupo multifamiliar y en entrevistas familiares individuales.

Una vez realizada la evaluación completa y atendiendo a los factores pronósticos descritos a continuación seleccionamos a los pacientes candidatos al abordaje de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

<i>Factores pronósticos:</i>
- Edad [L] [SEP]
- Edad de debut [L] [SEP]
- Años de evolución [L] [SEP]
- Grado de aislamiento [L] [SEP]
- Ganancia secundaria [L] [SEP]
- Coeficiente Intelectual [L] [SEP]
- Nivel Moral (superyó) [L] [SEP]
- Placer sádico [L] [SEP]
- Grado de desconfianza [L] [SEP]
- Tendencia a la Reflexividad versus tendencia al acting/out somatización [L] [SEP]
- Proclividad versus rechazo a la transferencia [L] [SEP]
- Presencia o ausencia de relaciones sociales profundas y significativas [L] [SEP]
- Función reflexiva [L] [SEP]
- Iatrogenia sufrida [L] [SEP]
- Terapias anteriores y su provecho [L] [SEP]
- Cooperación familiar y presencia o ausencia de un interlocutor válido [L] [SEP]
- Interés por la creatividad y aspectos distintos al profesional. [L] [SEP]

[L]
[SEP]

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

PROGRAMA DE PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

Seleccionamos para el programa de Psicoterapia Focalizado en la Transferencia aquellos pacientes donde no predominaba una desregulación emocional sino más bien problemas graves en el área relacional con claro predominio de la agresión y en donde aparecen rasgos narcisistas y paranoides marcados.

El objetivo de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia es que el paciente adquiera un concepto más integrado de sí mismo y de sus otros significativo mediante el uso de unas técnicas, estrategias y tácticas todo ello mediante un encuadre terapéutico muy claro que es hablado con el paciente. Todos los pacientes del programa reciben una evaluación diagnóstica estructural mediante el modelo de TFP. Tras esa entrevista ya descrita anteriormente y tras determinar el nivel de organización Bodeline del paciente llegamos a la fase de contrato terapéutico que incluye los siguientes elementos:

Conductas suicidas y autodestructivas graves ^[L]_[SEP]

Impulsos o acciones homicidas , incluido amenazar al Terapeuta ^[L]_[SEP]

Mentir u ocultar información ^[L]_[SEP]

Dependencia de sustancias y abusos de sustancias ^[L]_[SEP]

Conductas asociadas a Trastornos de alimentación ^[L]_[SEP]

Conductas autodestructivas menores ^[L]_[SEP]

Asistencia deficiente a sesiones ^[L]_[SEP]

Crear problemas fuera del marco de la Terapia que interfieran con la continuación de la Terapia ^[L]_[SEP]

Mantener un estilo de vida pasivo crónico favoreciendo la ganancia secundaria de la enfermedad. ^[L]_[SEP]

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

A cada paciente se le da un tiempo dependiendo del caso para incorporarse a alguna actividad productiva ya sea estudiar o trabajar.

De esta fase de tratamiento se determinan las bases que van a suponer el marco del tratamiento.

Una vez finalizado la parte del contrato se inicia las distintas fases de la Terapia donde se abordan las distintas estrategias, tácticas y técnicas que describiré a continuación:

Estrategias

Las estrategias son los enfoques globales que definen los pasos sucesivos a seguir en el proceso de interpretar las relaciones de objeto activadas en la Transferencia y que resumimos a continuación.

Estrategia 1. Definir las Relaciones de objeto dominantes –Traducir el acting out en términos de relaciones de objeto

Dentro de esta fase distinguimos las siguientes partes:

- a) Vivenciar y tolerar la Confusión
- b) Identificar relaciones de objeto dominantes
- c) Ponerle nombre a los actores y a la acción e identificar los distintos temas transferenciales
- d) Prestar atención a la reacción del paciente

Estrategia 2. Observar e interpretar las inversiones de papeles que se pueden advertir en el paciente

Estrategia 3 Observar e interpretar los nexos entre díadas de relaciones de objeto que se oponen defensivamente entre si

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Estrategia 4 Trabajar la capacidad del paciente de vivir una relación de forma diferente , empezando por la transferencia.

Dentro de esta estrategia incluimos los siguientes aspectos:

- 1.Integrar los objetos parciales escindidos
- 2.Indicadores de una integración gradual por parte del paciente

Técnicas

Las técnicas son las intervenciones momento a momento que el terapeuta aplica al paciente dentro de la sesión de terapia.

Distinguimos cuatro técnicas ;

- 1.El proceso de interpretación
- 2.El análisis de la Transferencia
- 3.La utilidad de la neutralidad técnica
4. Utilización de la Contratransferencia

1. Proceso de Interpretación.

Dentro de este proceso debemos tener en cuenta los siguientes apartados:

Escuchar los tres canales de comunicación

Clarificación

Confrontación

Interpretación

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

2. Análisis de la transferencia

El análisis de la Transferencia es el análisis continuado de las distorsiones de la realidad terapéutica normal definida en el contrato de tratamiento.

Dentro del análisis de la Transferencia destacaremos los siguientes elementos

Análisis de la Transferencia negativa y positiva

Análisis de las defensas primitivas dentro del contexto del análisis de la Transferencia

Neutralidad Técnica

Mantener la neutralidad técnica significa mantener una actitud que no se alía con ninguna de las fuerzas implicadas en el conflicto psicológico interno del paciente, las desviaciones de dicha neutralidad se harán cuando tengamos que abordar algunas de las modalidades de acting out que puede poner en peligro al paciente.

Utilización de la Contratransferencia.

Las respuestas contratransferenciales está determinadas por los siguientes aspectos:

1. La transferencia del paciente hacia el terapeuta
2. La realidad de la vida del paciente
3. Las propias disposiciones transferenciales del terapeuta
4. La realidad de la vida del Terapeuta

Es considerado como el Tercer canal de comunicación.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Tácticas

Las tácticas se refieren a las maniobras que el Terapeuta utiliza con el objeto de preparar el terreno y guiar en dirección a la aplicación adecuada de las técnicas

Dentro de las Tácticas destacaremos los siguientes aspectos:

1. Establecer el contrato terapéutico
2. Mantener el marco del tratamiento
3. Elegir y proseguir el tema prioritario a abordar del material que el paciente está presentando
4. Mantener un equilibrio apropiado entre abundar en las visiones incompatibles de la realidad entre paciente y terapeuta como una forma de preparar el terreno para la interpretación y establecer los elementos comunes de una realidad compartida.
5. Regular la Intensidad de la implicación emocional.

Todos estos elementos se llevan a través de una serie de fases que resumimos a continuación:

Fase inicial

En las fases iniciales el objetivo consiste en refrenar las conductas impulsivas y autodestructivas incluidos los impulsos a poner fin al tratamiento, en esta etapa es muy importante mantener el marco del tratamiento para lo que el terapeuta tendrá que contener los afectos intensos de reflexionar acerca de ellos sin distanciarse ni reaccionar hacia ellos.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Fase Intermedia

En esta fase se produce generalmente una evolución en el tema transferencial dominante pasando de la transferencia antisocial narcisista o paranoide a la transferencia depresiva, los pacientes logran una mayor aceptación de sus afectos negativos, pero ello suele venir acompañado de regresiones periódicas en dirección nuevamente de la proyección. Conforme avanza la terapia, el centro de atención de las sesiones se amplía a incluir progresivamente una combinación de interés por las representaciones internas del paciente, su realidad externa, su historia pasada y la evolución de la narrativa vital y el material asociado a las fantasías.

Fase Final

La fase de finalización del tratamiento puede estar marcada por una mezcla de temas paranoides o por temas depresivos; es importante abordar los primeros antes que los segundos. La integración psicológica alcanzada en el momento de la finalización del tratamiento, le permite al paciente valorar sus reacciones internas y situarlas dentro de un contexto amplio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yeomans FE, Selzer MA, Clarkin JF (1992). Treating the borderline patient: A contract-based approach. New York, NY: Basic Books.
2. Kernberg O (1984). Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. New Haven, CT: Yale UP.
3. Kernberg O (2004). Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders. New Haven, CT: Yale UP.
4. Kernberg O (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanal Q* 75:969–1004.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL. UNA BREVE REFERENCIA A SU ESTRUCTURA Y AL ABORDAJE INDIVIDUAL.

Autor Horus Laffite Cabrera

Dentro de los tratamientos empíricamente validados para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), destaca la Terapia Dialectico Comportamental o Conductual (TDC), desarrollada por Marsha Linehan (1993) para dar cobertura inicialmente a la conducta suicida. La TDC se trata de un modelo de intervención psicoterapéutico ampliamente avalado a través de metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados (García-Palacios y Navarro, 2016, pp.137-157). La TDC tiene un grado de recomendación A en la guía NICE. Los estudios avalan que la TDC es eficaz en la reducción de: conductas autolíticas y autolesivas, ingresos hospitalarios y utilización de los servicios de urgencias, reducción de la psicopatología general, de la sintomatología disociativa y afectiva (Torres-Soto, 2018).

La TDC se fundamenta en la perspectiva dialéctica (aceptación-cambio) y en un modelo diátesis-estrés en el que interactúan factores biológicos y sociales para el desarrollo del TLP (Linehan, 1993; 2003). Desde este posicionamiento Marsha Linehan plantea la *Teoría Biosocial* del TLP, señalando la *desregulación o inestabilidad emocional persistente* como la vulnerabilidad biológica central para el desarrollo de TLP. La desregulación emocional es definida por Linehan et al. (2007) como la incapacidad para modificar o adaptar las respuestas emocionales cuando es necesario. Esta vulnerabilidad se encontraría conformada por: a) una alta sensibilidad a los estímulos emocionales o bajo umbral para reaccionar emocionalmente, b) tendencia a las respuestas emocionales intensas y c) dificultades para modular las emociones (retorno lento a la calma) (Linehan, 1993; 2003).

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Si bien la desregulación emocional ha sido ampliamente reconocida como un componente de vulnerabilidad biológica fundamental del TLP, el modelo biosocial fue reformulado para incorporar también la impulsividad como segundo factor de predisposición biológica, considerándolo un rasgo primario e independiente de la emoción, e incluso como la base sobre la que emergería la disfunción posterior (Crowell et al., 2009, García-Palacios y Navarro, 2016).

A la desregulación emocional debe añadirse un factor psicosocial temprano denominado por Linehan *ambiente invalidante*, el cual se corresponde con un patrón de crianza que responde de manera inapropiada o no contingente durante la comunicación de las experiencias emocionales (Linehan, 2003; García-Palacios y Navarro, 2016). Por lo tanto, según la propuesta de Linehan, para el desarrollo y mantenimiento del TLP interactúan de manera transaccional componentes biológicos (desregulación emocional) y sociales (ambiente invalidante).

La TDC en su propuesta estándar se compone de cuatro formatos o modos de terapia:

Formato individual para fortalecer el progreso clínico y aumentar la motivación.

Formato grupal para el entrenamiento en habilidades.

Coaching telefónico para la generalización de las habilidades.

Equipo de consulta para el cuidado de los terapeutas.

El formato de intervención psicoterapéutica individual es considerado el eje a partir del cual se desarrolla el modelo, no obstante, la TDC es ampliamente reconocida por su formato grupal, respecto al cual también se ha presentado evidencia que demuestra la eficacia al ser aplicado de manera independiente (Soler et al., 2016). No obstante, la no realización de alguno de estos cuatro formatos terapéuticos implica una adaptación parcial de la DBT que podría incidir en la eficacia del abordaje, por lo que no puede hablarse de DBT en sí misma.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

La TDC en su funcionamiento individual se encuentra estructurada en base a principios terapéuticos y no a una intervención estrictamente manualizada (Linehan, 1993, 2003).

Las sesiones se organizan en torno a unos objetivos o metas jerarquizados, a saber:

1. Conductas suicidas y autolesivas;
2. Conductas que interfieran con el curso de la terapia;
3. Conductas que afecten a la calidad de vida;
4. Práctica de habilidades.

Esta prelación jerárquica permite evaluar las dificultades del consultante y estructurar la terapia, permitiendo adaptar el tratamiento a grado o nivel de disfunción (por fases), o bien adaptando la propia sesión en torno a las conductas prioritarias de la jerarquía.

Partiendo desde estos objetivos terapéuticos como premisa fundamental y orientadora del proceso, en la intervención DBT pueden distinguirse diferentes etapas o fases (Boggiano y Gagliosi, 2021):

- **Etapas de pretratamiento.** Orientada al establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de los compromisos. Con una duración entre cuatro y seis sesiones. La fase de pretratamiento es esencial, porque en ella se establecen el compromiso de adhesión y cumplimiento del tratamiento, así como la clarificación de las conductas problema y los límites de la terapia.
- **Etapas de control conductual.** La primera fase del tratamiento tiene una duración de en torno a un año. El objetivo de esta etapa consiste en la reducción de las conductas problemáticas (desregulación conductual) y el aprendizaje de habilidades en el formato grupal. Para maximizar su eficacia debería incluir consultas telefónicas para la generalización de las nuevas conductas en situaciones de crisis.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

- **Etapa de calma desesperada.** Al finalizar la primera fase de tratamiento DBT el paciente ha de ser capaz de regular mejor las emociones, las conductas impulsivas y de haber conseguido una atenuación de los problemas más graves, por lo que con carácter general podrán abordarse los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como realizar un abordaje específico en aquellos/as consultantes con historia y sintomatología relacionada con el trauma. El abordaje del trauma no tiene una duración determinada y se incorporan técnicas cognitivo conductuales, así como técnicas narrativas y técnicas basadas en mindfulness sensible al trauma y en la autocompasión (Raja, 2012).
- **Etapa de los problemas de la vida.** Fase en la que se aplican las habilidades a la resolución de los problemas cotidianos para alcanzar metas y valores. En esta fase del entrenamiento se trabaja en equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones y construir competencia y dignidad personal (García Palacios y Navarro, 2016).
- **Etapa de la incompletitud,** dirigida a la búsqueda de expansión de conciencia y espiritualidad.

Por lo general, los contextos de tratamiento públicos sólo dan cobertura a las dos primeras etapas.

En la terapia individual se trabaja el equilibrio dialéctico entre las estrategias de validación y de solución de problemas. Una de las características de los pacientes límite es que les resulta muy difícil generalizar lo que aprenden en terapia a sus vidas cotidianas, debido a la inestabilidad emocional que sufren y por la rigidez e inflexibilidad característica (García-Palacios y Navarro, 2016). Por esta razón se utilizan variedad de técnicas ampliamente contrastadas, como la exposición, reestructuración cognitiva cognitiva o el manejo de contingencias, en numerosos y diferentes contextos, con especial énfasis en el análisis funcional de la conducta.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Las sesiones individuales tienen lugar de manera semanal, con una duración entre 45 minutos y una hora. Los objetivos de la terapia individual siguen la jerarquía antes referida, por lo que consisten en: reducción de conductas suicidas y autolesivas; reducción de las conductas que interfieran en la terapia; reducción de las conductas que interfieran en la calidad de vida; e incrementar y generalizar la puesta en práctica de las habilidades y estrategias impartidas en el formato grupal (atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal).

BIBLIOGRAFÍA

1. Boggiano, J. P. Y Gagliesi, P. (2021) *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al Tratamiento de consultantes con Desregulación Emocional*. Psara ediciones.
2. García-Palacios, A. y Navarro, M. V (2016). *Terapia Dialéctica Comportamental. Síntesis*.
3. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press
4. Linehan (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós. Pp 21-24.
5. Linehan, M., Bohus, M. y Lynch, T.R. (2007) *Dialectical Behavioral Therapy for pervasive emotional dysregulation*. In Gross, J (ed.). *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.
6. Raja, S. (2012). *Overcoming trauma and PTSD. A workbook integrating skills from ACT, DBT and CBT*. New Habinger.
7. Soler, J., Elices, M. y Carmona, C. (2016). *Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 35-39.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO PARA TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DE LA ISLA DE GRAN CANARIA

-Una experiencia.

Autor Raquel Alonso Sosa.



INDICE

INTRODUCCIÓN	23
Objetivo general	24
Objetivos específicos	24
METODOLOGIA	24
Análisis de los datos.....	26
RESULTADOS.....	27
CONCLUSIONES.....	30
BIBLIOGRAFIA	30

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de personalidad (TLP) se identificó ya en el siglo XIX como enfermedad, ubicándose en el límite entre la psicosis y la neurosis. Sin embargo, y según las posteriores aportaciones psicoanalíticas, se reforzó la idea de que, aunque el sentido de identidad es débil, se conserva la capacidad para evaluar la realidad (1).

Entre las tres características principales de este trastorno se encuentra: un inestable sentido del yo con dificultades en las relaciones interpersonales; la impulsividad, y la inestabilidad afectiva.

La prevalencia es de aproximadamente del 2% en la población general, pero está presente en el 20% de las personas hospitalizadas en psiquiatría y es más frecuente en el sexo femenino: 3:1 (2). Es frecuente la coexistencia de otros problemas, siendo principalmente: trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias, trastornos en los hábitos alimentarios y trastorno por estrés postraumático. Asimismo, el TLP se suele asociar a otros trastornos de la personalidad y si se presenta junto a trastornos del estado de ánimo o el alcoholismo, la tasa de suicidio es alta. La existencia de daño autoinfligido y deliberado es notable en este trastorno (3).

Desde junio de 2021 se puso en marcha, en la isla de Gran Canaria, el programa ambulatorio intensivo para Trastornos de la Personalidad con una capacidad para unas 30 personas y cuyo equipo consta de un psiquiatra, un psicólogo y una enfermera. El programa de hospital de día permite trabajar con las personas con trastorno de la personalidad de una forma más intensiva.

Entre junio-julio se realizó una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon a los 30 usuarios que formaron parte del programa y se encontró que los principales patrones alterados fueron: Patrón 2: Nutricional-Metabólico (87%), Patrón 4: Actividad-Ejercicio (67%) y Patrón 5: Sueño-Descanso (87%).

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Entre los objetivos NOC se utilizó 1705 Orientación sobre la salud y entre las intervenciones (4) NIC: 5510 Educación para la salud (5). Dado que el objetivo de educación para la salud es tratar de involucrar a la persona en su autocuidado y posibilitar el reforzamiento de puntos fuertes, así como recursos y habilidades (6).

OBJETIVO

general

Evaluar la eficacia de una intervención enfermera de carácter grupal en personas en seguimiento por el programa ambulatorio intensivo para Trastorno de la Personalidad de la isla de Gran Canaria y dirigido a potenciar los autocuidados en la alimentación, el sueño así como la práctica de actividad física.

OBJETIVOS

específicos

- Evaluar los conocimientos sobre alimentación, sueño y actividad física antes y después de la intervención.
- Conocer los hábitos/problemas de cada uno sobre alimentación, sueño y la práctica de la actividad física.
- Conocer el interés y la motivación de los participantes sobre la mejora de los hábitos en relación a la alimentación, el sueño y la práctica de la actividad física.

METODOLOGIA

Se trata de una experiencia. Se ofertó una intervención enfermera grupal, concretamente, un programa de educación para la salud, para todos los usuarios/as del programa ambulatorio intensivo para trastorno de la personalidad de la isla de Gran Canaria (30 en total), una vez a la semana y con una duración total de dos meses

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

(octubre y diciembre 2021).

Criterios de selección

Criterios de *inclusión*:

➤ Formar parte del Programa ambulatorio intensivo para trastorno de la personalidad de la isla de Gran Canaria.

➤ Aceptar participar en la intervención. Firmar el consentimiento informado.

➤ Participar en, al menos, una sesión.

Criterios de *exclusión*:

➤ Negativa a participar o incompatibilidad horaria.

➤ Conductas problemáticas que interfieran en la dinámica del grupo.

Para guiar este programa de educación para la salud, se utilizó como apoyo el material del “Proyecto Me Cuido” de Janssen-Cilag S.A (desde ahora Janssen). Este consta de 8 módulos:

MÓDULO 1: Medidas iniciales tomamos conciencia

MÓDULO 2: Dieta del semáforo

MÓDULO 3: ¡Me muevo!

MÓDULO 4: Conociendo los alimentos

MÓDULO 5: Ansiedad por comer. Higiene del sueño

MÓDULO 6: Bebidas. Eventos especiales

MÓDULO 7: Etiquetado nutricional y Fast Food

MÓDULO 8: Asimilando conceptos

Se realizó un cuestionario (de elaboración propia) pre y post para cada uno de los módulos en donde se midió, de forma cuantitativa y cualitativa: los conocimientos, el interés, y la motivación sobre la alimentación, el sueño y la actividad física.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

Finalmente, se pasó un cuestionario de satisfacción (en una escala del 0-10 siendo 0 nada satisfecho y 10 muy satisfecho).

Una vez aceptada la dinámica para el desarrollo de la experiencia por el equipo del programa, se utilizó las consultas con enfermería, para ofertar dicha intervención. Se estableció un tiempo de al menos 10 minutos para informar de forma generalizada acerca de la propuesta, objetivos y metodología. Una vez aceptado, se procedió a la entrega del consentimiento informado. Los recursos materiales utilizados fueron: el material para cada uno de los módulos proporcionado por el delegado de Janssen, fotocopias de cada documento (cuestionarios, consentimiento informado, etc.), folios, bolígrafos, lápices y gomas, un proyector, un portátil, un termómetro auricular y gel hidroalcohólico.

Debido al número de participantes, y teniendo en cuenta las medidas de prevención de la covid-19 (7) se contó con el salón de actos, así como un aula habilitado para llevar a cabo las sesiones (máximo 10 personas), realizándose dos grupos (lunes y jueves). En cuanto al desarrollo de las sesiones, el programa de educación para la salud se basó en la charla participativa y se llevó a cabo cada semana durante 2 meses, con una duración estimada de una hora. Al finalizar la intervención, se realizó una salida al supermercado con la finalidad de poner en práctica algunos de los conocimientos trabajados. Antes de empezar la sesión, se llevó a cabo los cuestionarios iniciales y tras la intervención, se pasaron los cuestionarios finales por la enfermera. No existió número mínimo de sesiones a las que debía de asistir, fomentando la participación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva para los resultados obtenidos en los cuestionarios, previo al comienzo y tras la finalización de las sesiones. Se aseguró la integridad, confidencialidad y anonimato de todos los datos obtenidos. La intervención no supuso ningún riesgo para los participantes

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

RESULTADOS

Un total de 13 personas participaron en el estudio, 12 mujeres y un hombre, durante los 2 meses que duró la intervención entre los meses de octubre y diciembre de 2021. La edad media fue de 35 años. A continuación, se presentan los resultados de cada uno de los módulos:

Módulo 1

- Participación total 10 personas.
- El 50% de los usuarios aumentó sus conocimientos tras la intervención. Ninguno disminuyó sus conocimientos.
- El 80% de los usuarios presentó un interés entre un 8 y un 10 en el Programa.
- El 60% de los usuarios presentó una motivación de 10 para cambiar de hábitos.
- El 90% de los usuarios puntuó entre un 8 y un 10 el primer módulo.
- ¿Crees que necesitas realizar algún cambio en relación a los hábitos de alimentación, sueño y actividad física? ¿Por qué?
 - * “Sí porque mis hábitos son bastante malos y necesito regularlos. Tanto la alimentación, el sueño y el ejercicio físico”.
 - *“Sí en todos ellos porque los que tengo ahora no son nada adecuados, pero no se si podré ser capaz de cambiarlos porque no tengo fuerzas ahora mismo para nada.”
 - *“Sí, en todos, es importante para tener mi mente más sana y mi trastorno más estable. Es la única manera”.

Módulo 2

Participación total de: 10 personas.

El 40% de los usuarios aumentó sus conocimientos tras la intervención. Ninguno disminuyó sus conocimientos.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

El 90% de los usuarios puntuó entre un 8 y un 10 el segundo módulo.

Módulo 3

- Participación total de: 3 personas.
- El 33% de los usuarios aumentó sus conocimientos tras la intervención. Ninguno disminuyó los conocimientos.
- El 100% de los usuarios considera no realizar suficiente actividad física a diario.
- El 67% de los usuarios está interesado en llevar un estilo de vida más activo.
- El 67% de los usuarios puntuó con un 10 el tercer módulo.

Módulo 4

Participación total de: 6 personas.

- El 17% de los usuarios aumentó sus conocimientos tras la intervención. Ninguno disminuyó sus conocimientos.
- El 67% de los usuarios considera que no tiene una alimentación equilibrada.
- El 83% de los usuarios está interesado en mejorar su alimentación.
- El 100% de los usuarios puntuó entre un 8 y un 10 el cuarto módulo.

Módulo 5

- Participación total: 4 personas.
- El 75% de los usuarios aumentó sus conocimientos. Ninguno disminuyó.
- El 100% de los usuarios afirma sufrir de insomnio y de ansiedad por la comida.
- El 100% de los usuarios puntuó con un 10 el quinto módulo.

Módulo 6

- Participación total: 10 personas.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

- El 10% de los usuarios aumentó sus conocimientos tras la intervención. El 30% disminuyó sus conocimientos.
- El 30% bebe menos de 1.5L.
- El 70% considera que tiene dificultades para beber líquido.
- El 80% de los usuarios puntuó entre un 9 y un 10 el sexto módulo.
- ¿Consideras que tienes alguna dificultad para beber suficiente agua/ líquidos durante el día? Si la respuesta es SÍ ¿podrías escribir cuál o cuáles son?
 - * “Sí, que solo bebo agua cuando el cuerpo me lo pide.”
 - * “Se me olvida y no me gusta el agua, tomo mucho refresco”.

Módulo 7

- Participación total: 9 personas.
- El 11% de los usuarios aumentó sus conocimientos tras la intervención. Un 11% disminuyó sus conocimientos.
- El 56% de los usuarios no considera consumir en exceso fast food.
- El 89% de los usuarios puntuó entre un 8 y un 10 el séptimo módulo.

Módulo 8

- Satisfacción respecto al global de la intervención: el 90% lo puntuó entre un 8 y un 10.
- Satisfacción respecto al lugar: el 80% de los usuarios lo puntuó entre un 9 y un 10.
- Satisfacción respecto al material: el 80% de los usuarios lo puntuó entre un 8 y un 10.
- Satisfacción respecto a la duración: el 90% de los usuarios lo puntuó entre un 8 y un 10.
- Satisfacción respecto a la enfermera: El 100% de los usuarios la puntuó con un 10.
- * “He aprendido bastante, he resuelto dudas en mi alimentación cotidiana.”

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

* “Se ha quedado un poco corto.”

* “La enfermera se implica y conecta con la gente.”

CONCLUSIONES

Tras el programa de educación para la salud para personas con Trastorno de la Personalidad, basado en el material del “Proyecto Me Cuido” de Janssen, se ha incrementado los conocimientos en relación a alimentación, el sueño y la actividad física. Asimismo, se ha expuesto el alto interés y la motivación de los usuarios, elementos claves en la mejora de los autocuidados y seguimiento de hábitos de vidas saludables.

BIBLIOGRAFIA

1. Torres Soto JF, Iborra Giner P, Giner Alegría CA, Moya Faz FJ. (2021). Results of a day hospital program for personality disorders. Application of the PID-5 and DSM-5 dimensional model. *Clínica y Salud*[Internet]. Junio 2021 [citado 1 septiembre 2021];32(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2021a9>
2. Spinosa JJ, Blum Grynberg B, Romero Mendoza MP. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*[Internet]. Julio/agosto 2009. [citado 10 septiembre 2021]; 32(4), 317-325. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es.
3. Jiménez Barbero JA, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina GarridoL, Munuera García V, Sánchez Muñoz M. El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Enferm Glob*[Internet]. Octubre 2010 [citado 3 septiembre 2021]; 20:[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300024&lng=es&tlng=es.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UN PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO

4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
5. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
6. Fierro Urturi A, Alfaro González M. Educación para la salud grupal. Form Act Pediatr Aten Prim. 2013;6;75-86.
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Preguntas y respuestas sobre el nuevo coronavirus (covid-19) [Internet]. Madrid: Secretaria General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; octubre 2021 [citado 15 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania.htm>