



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

Daniel Torres Campos, Edgar García Spínola, Elisa Magistrati Jiménez.

danieltcps@gmail.com

Trastorno límite de la personalidad, inestabilidad, Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas de Young.

Bordeline personality disorders, instability, Young schema-focused Cognitive Therapy.

RESUMEN

Stern fue el primero en utilizar el término "Bordeline" para pacientes que no podían ser clasificados en categorías neuróticas o psicóticas. En el DSM-III se crea la categoría de Trastorno Límite de la personalidad caracterizado por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen, y un escaso control de los impulsos. Los estudios consideran que es el trastorno de personalidad más prevalente en la clínica y más frecuentes en mujeres. Los modelos explicativos se centran en aspectos biológicos, psicológicos y sociales pero aún no existe suficiente apoyo empírico sobre las causas del trastorno. Se presenta el caso de una mujer de 33 años de edad quien consultó en nuestro dispositivo derivada por su médico de atención primaria diagnosticada de Trastorno Límite de la personalidad. Se ha llevado a cabo un tratamiento integrador basado en la Terapia Cognitiva centrada en Esquemas de Rungo (TCE).

INTRODUCCIÓN

Stern en 1938 fue el primero en utilizar el término "Bordeline" para aplicarlo a aquellos pacientes que no podían ser clasificados en categorías neuróticas o psicóticas. Otros autores utilizaron otros términos como esquizofrenia ambulatoria, esquizofrenia pseudoneurótica u organización borderline de la personalidad; entre otros. En 1980, con la publicación del DSM III se crea la categoría diagnóstica de Trastorno Límite de la personalidad enmarcándose en el grupo B junto con los trastornos de la personalidad antisocial, histriónico y narcisista. A pesar de las críticas recibidas se ha mantenido la misma clasificación en la CIE-10 (Trastorno inestable de personalidad), DSM-IV y DSM-5. En la versión actual del DSM IV-TR el Trastorno Límite de Personalidad es una categoría diagnóstica que designa un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen, y un escaso control de los impulsos (APA, 2000, 2004). Lo más frecuente es que estas características se manifiesten al inicio de la

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

etapa adulta y estén presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo, asociándose a un malestar significativo, desadaptación social, ocupacional y funcionamiento general (APA, 2000). Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP. Su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas (APA,1994) y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1 (Widiger,1991).

En la actualidad los modelos explicativos referente a la etiopatogenia del TLP se centran en aspectos biológicos, psicológicos y sociales pero aún no existe suficiente apoyo empírico sobre las causas del trastorno (Zittel y Westen, 2005). Por tanto las causas del trastorno son complejas y en la actualidad no existe un modelo que integre la evidencia disponible hasta el momento. La Guía de Práctica Clínica del NICE (2009) describe diversos factores que pueden estar relacionados con la etiopatogenia del TLP. Entre estos se encuentran: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego.

La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (2011) recoge que los tratamientos psicoterapéuticos tienen en común el hecho de estar basados en diversas técnicas específicas de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad científica y profesional y que se distinguen cuatro tipos de terapias psicológicas: en primer lugar, las intervenciones psicológicas breves, que se definen como intervenciones de baja intensidad administradas en períodos inferiores a 6 meses; en segundo lugar, las terapias psicológicas individuales y grupales, de mayor duración, que se ofrecen una o dos veces por semana en un entorno ambulatorio, y que no se llevan a cabo dentro de un programa de tratamiento combinado; en tercer lugar, los programas de terapia psicológica que combinan más de una modalidad de tratamiento (por ejemplo, terapia individual más terapia de grupo).

En el caso que nos ocupa nos centraremos en la Terapia Centrada en Esquemas de Young. Es una terapia integradora que combina elementos de las escuelas cognitivo-conductual, teoría del apego, gestalt, constructivismo y elementos dinámicos. Surge como una alternativa de tratamiento para aquellos pacientes con trastornos crónicos considerados difíciles de tratar, incluidos los pacientes con TP (Young,2013). El concepto central de la terapia son los Esquemas Disfuncionales Tempranos (EDT) que son temas muy estables y duraderos que se desarrollan a lo largo de toda la vida de los individuos. Son esquemas verdaderos a priori para el paciente, tendentes a la autoperpetuación, resistentes al cambio, disfuncionales y que suelen ser activados por experiencias ambientales. Young plantea que los esquemas son una secuencia de una interacción entre necesidades emocionales (afecto seguro, autonomía, libertad para expresar

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

necesidades y emociones válidas, espontaneidad y juego y por último límites realistas y autocontrol) nos satisfechas en la infancia, experiencias tempranas y el temperamento innato del niño. A continuación nombramos los 18 EDT identificados por Young (2013) que se agrupan en 5 dimensiones:

- Dimensión: Desconexión y rechazo.
 - Abandono/inestabilidad.
 - Desconfianza/abuso
 - Privación emocional
 - Imperfección/vergüenza
 - Aislamiento social
- 1. Dimensión: perjuicio en autonomía y desempeño
 - 1. Dependencia/incompetencia
 - 2. Vulnerabilidad
 - 3. Enmarañamiento
 - 4. Fracaso
- Dimensión: Límites inadecuados
 - Grandiosidad
 - Insuficiente autodisciplina
- Dimensión: Tendencia hacia el otro
 - Subyugación
 - Autosacrificio
 - Búsqueda de aprobación
- Dimensión: Sobrevigilancia e inhibición
 - Negatividad/pesimismo
 - Control excesivo/inhibición
 - Normas inalcanzables
 - Condena

Otro concepto importante en la TCE es el de Operaciones. Se consideran que existen dos tipos de operaciones de esquemas básicas: La perpetuación del esquema y por otra parte, la curación del esquema. Young (2013) considera que los esquemas se perpetúan a través de las distorsiones cognitivas, los patrones vitales autoderrotistas y los estilos de afrontamiento de esquemas con 3 estilos básicos que son: Rendirse al esquema, evitación del mismo y sobrecompensación.

Para pacientes con TLP Young crea el concepto de modo ya que este tipo de pacientes presentaba tal cantidad de EDT y de respuestas de afrontamiento que era difícil trabajar con todos ellos. Crea los modos de: Niño abandonado, padre castigador, padre exigente y adulto santo; entre otros. Los modos por tanto, se refieren a las partes del sí mismo que lo componen habitualmente,

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

incorporando esquemas específicos y estilos de afrontamiento que no han sido integrados en una personalidad estable.

En el presente trabajo vamos a presentar el caso clínico de una mujer de 33 años de edad que acude a nuestro dispositivo. El abordaje ha sido desde la Terapia Centrada en Esquemas (TCE) porque es una terapia manualizada y de fácil aplicabilidad en contextos de salud mental pública aunque requiere cierto entrenamiento para su aplicación. Se ha realizado un total de 35 sesiones con una periodicidad de una sesión semanal con una duración de 50-60 minutos.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Paciente de 33 años de edad. Sin contactos previos en nuestro dispositivo acude derivada por su MAP por presentar tristeza de larga data así como ideación autolítica. En el primer contacto la paciente acude a consulta sola y verbaliza como motivo de consulta: "Yo no sé lo que me pasa, tengo un tristeza crónica. La verdad que yo no encuentro mi sitio en el mundo. Me siento realmente vacía". Durante la entrevista la paciente verbaliza una psicobiografía difícil "Mi madre me castigaba sin motivo, me cortaba el pelo y me encerraba en la habitación. Cuando le decía que tenía hambre me gritaba que yo no tenía hambre. Me culpaba de la muerte de sus anteriores hijos y me decía que nadie me querría en la vida. Me quitó del colegio cuando el profesor le dijo que era una chica inteligente, nunca me dejó relacionarme con nadie. Mi padre simplemente no estaba. En ocasiones me hacía un regalo y para mí era lo más importante de mi vida".

En el momento actual la paciente verbaliza "Yo no sé establecer los límites emocionales con las personas. Yo no tengo amigos porque lo doy todo y después me acaban defraudando". Refiere miedo a estar sola e inestabilidad emocional de larga data que fluctúa en función de acontecimientos sociales o personales. Refiere manejo disfuncional de emociones con autolesiones como mecanismo de evasión "Los cortes me paran. Yo no le hago daño a nadie cortándome. Sólo lo hago cuando me encuentro muy mal". Comenta que su ánimo es cambiante sin desencadenantes claros "De pronto estoy bien y por cosas nimias (recuerdos, discusión, pensamientos) me empiezo a encontrar muy mal".

Antecedentes Personales

- Antecedentes Somáticos: En el caso que nos ocupa la paciente no presentaba alergias medicamentosas ni intervenciones quirúrgicas de interés. Diagnosticada de Psoriasis tratado por su Médico de Atención Primaria. Sin otros antecedentes somáticos de interés.
- Antecedentes en salud mental: Consultó en varias ocasiones con 14-15 años en Psicólogo privado en Barcelona. Relata la paciente que el diagnóstico fue de anorexia nerviosa aunque no recibió ningún tipo de tratamiento.

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

- Datos Psicobiográficos: La menor de tres hermanas fallecidas al nacer. Natural de Barcelona aunque actualmente reside en la provincia de Cádiz a raíz de la separación de sus padres. Padre fallecido hace año y medio. Madre vive aunque no mantiene contacto desde hace diez años. Estudió Grado formativo superior. Con pareja desde hace diez años con la cual convive pero no tienen hijos en común. En la actualidad trabaja.

- Historia psicosocial: Sus relaciones sociales fueron limitadas desde la infancia. Refiere que sus padres no facilitaron la interacción con iguales ya que decidieron dificultar el acceso a la formación académica incluso, una vez cumplida la edad pertinente le prohibieron acudir a la escuela. En la actualidad sin relaciones significativas. Estructura familiar disfuncional hipercrítica, invalidante y con situaciones de maltrato o negligencia tanto a nivel físico como emocional. Relata situaciones de aislamiento, castigos, insultos y maltratos físicos. Se independiza a una temprana edad e inicia su vida laboral donde conoce a su actual pareja.

Antecedentes Familiares

- Antecedentes en Salud mental: No conocidos por la paciente.
- Antecedentes somáticos: Padre fallecido de Cáncer de Colón con 65 años.
- Características del grupo familiar: Padre fallecido hace año y medio con 65 años. Madre de 57 años de edad sin relación con ella desde hacer diez años. Hermanas mayores fallecidas al nacer por complicaciones desconocidas por la paciente.

Exploración Física

Su MAP solicita batería analítica completa que no reflejan alteraciones clínicas de interés.

Su médico de atención primaria realizó Resonancia Magnética Nuclear sin alteraciones clínicas presentes.

Exploración Psíquica

Consciente y orientada en las tres esferas. Buen aspecto general. Actitud pueril. Dificultades para mantener contacto visual. Sin alteraciones groseras en atención o memoria. Inquieta. Con ansiedad reseñable en el discurso y expresión no verbal. Ánimo disfórico crónico, miedo al abandono real o imaginario, tendencia a la impulsividad con arrebatos de ira. Labilidad emocional. Ideación pasiva de muerte presente. Autolesiones frecuentes. Episodios disociativos ante situaciones de estrés. Conductas autolesivas. Ilusiones de presencia, no Trastornos formales del pensamiento ni del curso del mismo. Discurso coherente, lineal y acorde a contexto. Niega fenómenos sensoperceptivos en la actualidad. Bajo apoyo social percibido. Juicio de realidad conservado.

INFORME DE LABORATORIOS, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

- Entrevista diagnóstica para los Trastornos Límites de la personalidad
- Escalas del trastorno de personalidad del MMPI-2 que reflejan rasgos límites.
- Escala de Desesperanza de Beck: 18/20

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial con otros trastornos tanto del eje I como con otros trastornos de la personalidad. También se tiene que diferenciar de los síntomas que pueden aparecer en el contexto de consumo de sustancias.

Algunas características del TLP coinciden con las de los trastornos del estado de ánimo. Síntomas como la inestabilidad afectiva y la impulsividad pueden estar presentes en el TLP y en el trastorno bipolar II, aunque en el trastorno límite las variaciones en el estado de ánimo están muy influenciadas por incidencias en las relaciones interpersonales y la duración del estado de ánimo es menor que en el trastorno bipolar. Puede ser difícil diferenciar el trastorno distímico del TLP, porque la disforia crónica es muy frecuente en los pacientes con este trastorno. Son especialmente característicos del TLP los síntomas depresivos que comportan sentimientos de vacío, autorreproches, miedo al abandono, desesperanza, autodestructividad y conductas suicidas reiteradas (GPC,2011). La similitud sintomatológica entre diferentes trastornos así como la coexistencia con otros hace que el diagnóstico diferencial de los pacientes con TLP sea particularmente complejo. Si se cumplen criterios para más de una patología, se han de hacer constar los diagnósticos pertinentes.

El diagnóstico diferencial referido a cuadros orgánicos debería llevarse a cabo con tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del lóbulo temporal; epilepsia; encefalopatía vírica-encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente; y trastorno psicótico debido a delirium.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trastorno Límite de la Personalidad

TRATAMIENTOS. TERAPIAS APLICADAS

Psicofarmacológicos: Mirtazapina 30 mg. Inicialmente Bromacepam 1,5mg, Lorazepam 2 mg y Zolpidem 10 mg.

Psicoterapéuticos:

Durante el tratamiento ambulatorio se ha abordado la sintomatología mediante la Terapia Cognitiva centrada en Esquemas durante 35 sesiones con una periodicidad semanal con una duración de 50-60 minutos.

Primera fase: Se realizó una fase de evaluación y educación donde los objetivos primordiales eran que la paciente fuese capaz de identificar y activar sus EDT e instruir a la paciente sobre el papel que juegan estos esquemas. Para ello se llevaron a cabo las siguientes estrategias:

- Se realizó una revisión de vida y se mandaron lecturas sobre el libro de autoayuda "Reinventar tu vida". Con esto se perseguía la psicoeducación básica para iniciar un trabajo centrado en la TCE.
- Se administraron una variedad de inventarios creados por el autor con el objetivo de que

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

la paciente examinase sus respuestas dadas. Se utilizaron el Cuestionario de Esquemas de Young y Brown y el Inventario de Evitación de Young.

- Se llevaron a cabo sesiones de activación de esquemas mediante técnicas experienciales como imaginación, silla vacía entre otras y se discutieron los patrones de comportamiento que provocan estos esquemas en el marco de la terapia.

Una vez realizada la evaluación, y establecida la conceptualización del caso durante 15 sesiones; se programó un plan terapéutico a seguir con la paciente donde empezamos con la fase de tratamiento propiamente dicha para la que hemos empleado 20 sesiones. En esta fase se mezclaron todo las técnicas cognitivas, experienciales y conductuales de una manera flexible. Las técnicas utilizadas fueron:

- **Técnicas cognitivas:** Con el objetivo de que la paciente dejase de creer en los esquemas a nivel racional. Para ello se utilizaron técnicas de comprobación de hipótesis, revisión de evidencias, técnica del abogado del diablo, revisión de la evidencia que contradice el esquema o el uso de tarjetas entre otras. Estas técnicas se utilizaban en aquellas circunstancias que la paciente no mostraba alto nivel de ansiedad en consulta.
- **Técnicas experienciales:** Se utilizan para que el paciente luche con el esquema no sólo a nivel cognitivo sino también a nivel emocional. Se utilizaron por ejemplo, diálogos imaginarios con padres, ejercicios de imaginación, juego de roles, silla vacía, técnica de la carta no mandada; entre otras.
- **Técnicas conductuales:** Estas técnicas se utilizaron con el objetivo de modificar patrones autodestructivos. La meta de estas técnicas fueron el producir un cambio a nivel de conducta de dos tipo: cambiar conductas que provocan esquemas o cambiar el ambiente.
- Técnicas que trabajan con la **relación paciente- terapeuta:** Se utilizaron con el objetivo de una crianza limitada y para corregir esquemas que surgen en la interacción terapeuta-paciente. El terapeuta es muy importante y por ejemplo, en el caso que nos ocupa la paciente había sufrido una deprivación emocional importante. Resultaba tranquilizaron para ella el apoyo incondicional y la comprensión. Durante las sesiones se señalaba continuamente los esquemas que se daban en la relación terapéutica cosa que ayudó a la paciente a darse cuenta de como procede el esquema en cuestión así como un aprendizaje sobre su interacción con los demás.

La fase de cambio se llevó a cabo con una estructuración básica en las sesiones aunque no en el nivel de las fases iniciales. Para el cambio de esquemas propusimos a la paciente el libro de autoayuda de Reinventa tu vida ya que dicho manual ayudaba, mediante tarjetas recordatorio, al afrontamiento de los esquemas. Las técnicas anteriormente descritas se utilizaban en cada sesión con el objetivo de abordar los diversos aspectos cognitivos, emocionales y conductuales.

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

EVOLUCIÓN

La evolución de la paciente consideramos que ha sido satisfactoria en lo que respecta a su funcionamiento laboral y personal. Donde la paciente afrontó la situación de renunciar a su puesto laboral e iniciar la búsqueda de otro, consiguiendo una mejora tanto a nivel del puesto como económica. A nivel relacional, la paciente sigue presentando dificultades para relacionarse con los demás aunque es capaz de realizar un afrontamiento correcto de situaciones sociales o laborales conflictivas reduciéndose su malestar considerablemente y por tanto sus autolesiones se han visto reducidas. Sus capacidades asertivas se han visto desarrolladas. Es capaz de relacionarse en terapia desde el diálogo y con una actitud abierta. No se relaciona desde el modo miedo al abandono sino desde un rol de adulto sano. Los sentimientos crónicos de vacío no están en un primer plano consiguiendo incluso retomar distintas actividades agradables que no realizaba previamente. El sentimiento de desesperanza fue desapareciendo progresivamente al observar los pequeños logros que iba consiguiendo. Retomó el carné de conducir, redujo a cero sus consultas por insomnio y malestar, logro ejecutar nuevas estrategias de afrontamiento y sus episodios de ira y de disociación se han ido reduciendo prácticamente a cero. Se fueron espaciando las citas a una cada quince días, para hacerlo después a una consulta al mes y una trimestral. A los tres meses la paciente mantenía una mejoría clínica significativa y conservaba su puesto laboral. Sólo tuvo una consulta de urgencias en su centro de salud que resolvió con un ansiolítico puntual. Las autolesiones se han producido en una sola ocasión desde la última cita ya que recibió una llamada de su madre.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

La TCE es un tratamiento integrador que aúna técnicas de distinto tipo y origen. Un aspecto característico de este modelo, que lo diferencia de otros clásicos, dista en la vinculación establecida entre patrones actuales de vida y su origen en experiencias infantiles y familiares. Es decir, se da una explicación "histórica" del problema. Consideramos que el abordaje del TLP es complejo y son numerosas áreas las que se pueden abordar tal y como hace la TCE. El hecho de ser un abordaje estructurado permite la aplicación en un entorno público donde en ocasiones el tiempo es escaso.

La GPC (2011) considera tratamientos con evidencia suficiente para el abordaje del TLP los siguientes:

- Psicoeducación como intervención inicial para mejorar la información de los pacientes acerca de la patología así como para un acercamiento a familiares como ayuda para disminuir la carga familiar perciba y mejorar las habilidades de afrontamiento en el entorno familiar.
 - La Terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE) es recomendada para mejorar la sintomatología asociada al TLP así como para la recuperación clínica y la calidad de vida.
- La GPC del NICE (2009) resalta la importancia de los esquemas cognitivos disfuncionales

ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

que se aprenden en la juventud y los procesos que hacen que sean inflexibles y que impide un nuevo aprendizaje.

- La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) ha demostrado su evidencia para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión así como reducir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso.
- La Terapia cognitivo- conductual (TCC) sin embargo, no ha presentado suficiente evidencia para ser utilizada con pacientes TLP.
- La Terapia Focalizada en la Transferencia (PFT) tampoco ha presentado suficiente evidencia para ser utilizada con pacientes TLP.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de información, evaluación y calidad en salud. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad. Barcelona;2011.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson;2002.
- Millon T. Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson;1998.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Borderline Personality Disorder: treatment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. En red: <http://www.nice.org.uk/CG78>.
- Young,J y Klosco,J.S.Reinventa tu vida. Barcelona: Editorial Paidós;1993.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME.(2003). Terapia de Esquemas: una guía práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer;2013.
- Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. Hosp Community Psychiatry. 1991;42(10):1015-21.
- Zittel Conklin, C. Westen, D.: Borderline personality disorder in clinical practice. Am J Psychiatry, 2005, 162,5, 833-835.