

10 años de experiencia en una Unidad Especializada en Trastornos de la Personalidad



DR. PEDRO A. ROSIQUE DÍAZ
MÉDICO-PSIQUIATRA
HOSPITAL DE DÍA FRANCISCO ROMÁN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

VIII Curso Psiquiatría en la Vida Cotidiana

Programa de TP



- Programa de TP en Unidad de Media Estancia(2007-2012)
- Programa TP en Hospital de Día (2012-)
- Multicomponente, diversas orientaciones (TFP, DBT,...)
- Equipo multidisciplinar bien cohesionado
- Predominio de lo grupal

Nuestros pacientes



- Alta gravedad, ICG:
 - 47,2% extremadamente enfermo (7)
 - 41,7% gravemente enfermo (6)
 - 11,1% marcadamente enfermo (5)
- EEAG 33,3% entre 1-10.
- Capacidad cognitiva: 27,8% CI menor de 90
- Alta comorbilidad: TCA, tóxicos, juego patológico, Tr Bipolar, Tr Psicóticos
- Tipo de TP muy heterogéneo: predominio histriónico-infantil, narcisista, narcisista maligno, paranoide, esquizoide.
- Escasos criterios de exclusión: antisocial propiamente dicho, discapacidad intelectual.
- Abandonos 13,04%, incumplimientos de contrato 15,94%.

Índice



- Introducción
- Diagnóstico
- Nivel asistencial
- Tratamientos eficaces

Índice



- **Introducción**
- Diagnóstico
- Nivel asistencial
- Tratamientos eficaces

Prevalencia de los TP



Obsesivo - Compulsivo	2%	Límite	2-3%
Evitación	2,4%	Antisocial	1-5%
Dependiente	0,5%	Esquizoide	1%
Histriónico	2%	Paranoide	2%
Narcisista	0,5-1%	Esquizotípico	1%

Torgenson 2009

Criterios Diagnósticos TP. DSM-5



A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y los acontecimientos)
2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
3. actividad interpersonal
4. control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

Criterios Diagnósticos TP. DSM-5



C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

DSM 5



- No ha habido cambios relevantes salvo la eliminación del Eje II.
- Sección III. Modelo alternativo para los TP.
- Criterio A. Nivel de funcionamiento de la personalidad:
 - Self (Identidad y autodirección).
 - Interpersonal (empatía e intimidad).
- Criterio B. Rasgos patológicos de la personalidad (5 dominios, 25 facetas).
- Criterios C y D. Generalización y estabilidad.

Modelo dimensional



Emocionalidad Negativa	Labilidad emocional Ansiedad Ansiedad de separación Perseveración Sumisión
Desapego	Afectividad restringida * Depresividad * Susplicacia * Retraimiento Anhedonia Evitación de la intimidad
Antagonismo	Manipulación Deshonestidad Grandiosidad Búsqueda de atención Insensibilidad Hostilidad *
Desinhibición	Irresponsabilidad Impulsividad Distractibilidad Temeridad Rigidez perfeccionista (-)
Psicoticismo	Creencias inusuales Excentricidad Desregulación cognitiva y perceptiva

* Cargan también en el factor Emocionalidad Negativa.

Trastorno Mental Grave



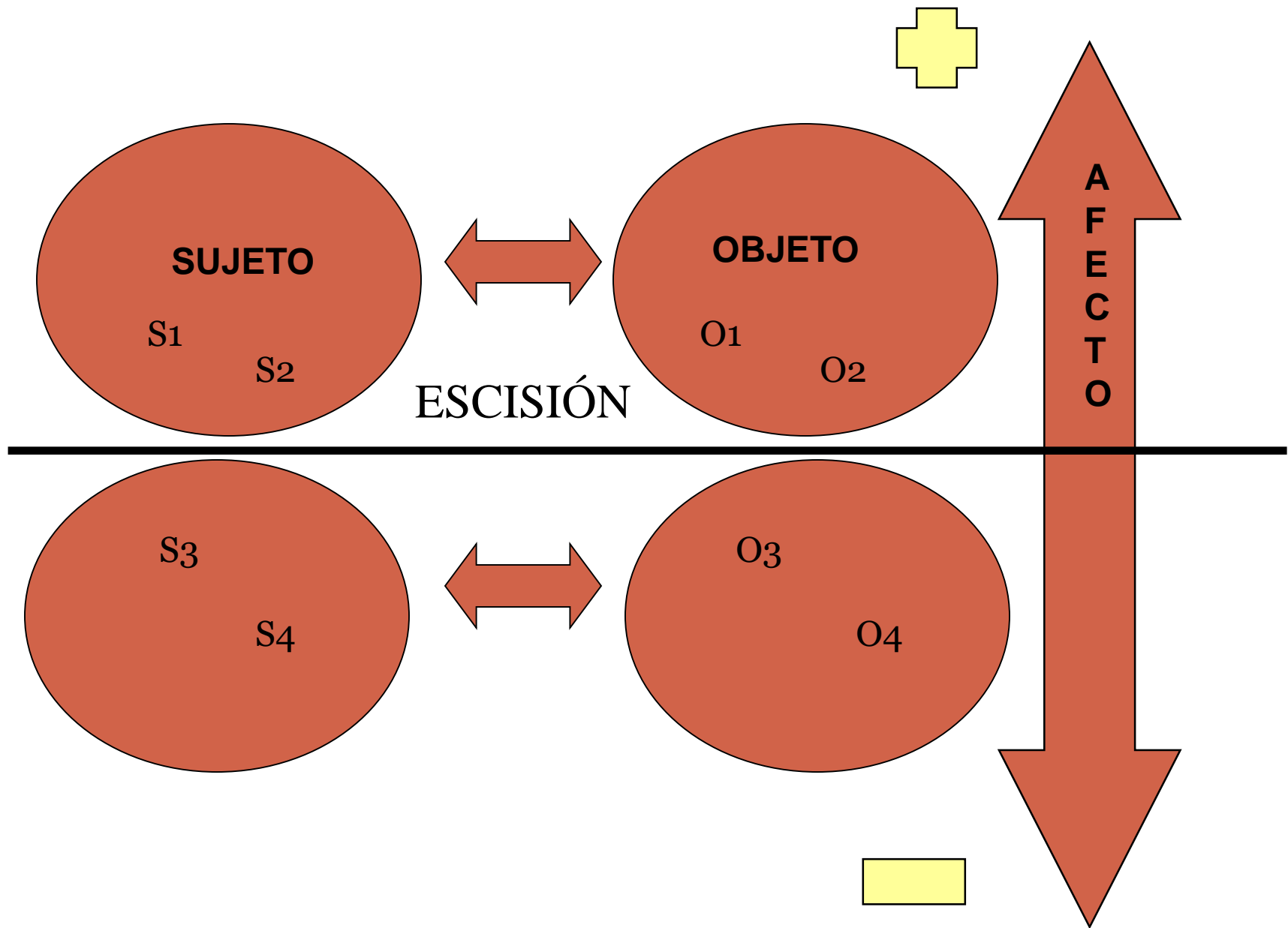
- Criterios Diagnósticos: Espectro Psicótico (F20 a 29), Trastorno Afectivo Grave, TOC. No siempre se incluye al TP.
- Duración de la enfermedad: Más de 2 años o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses.
- Presencia de discapacidad.

Clínica TP Límite



Clínica TP Límite





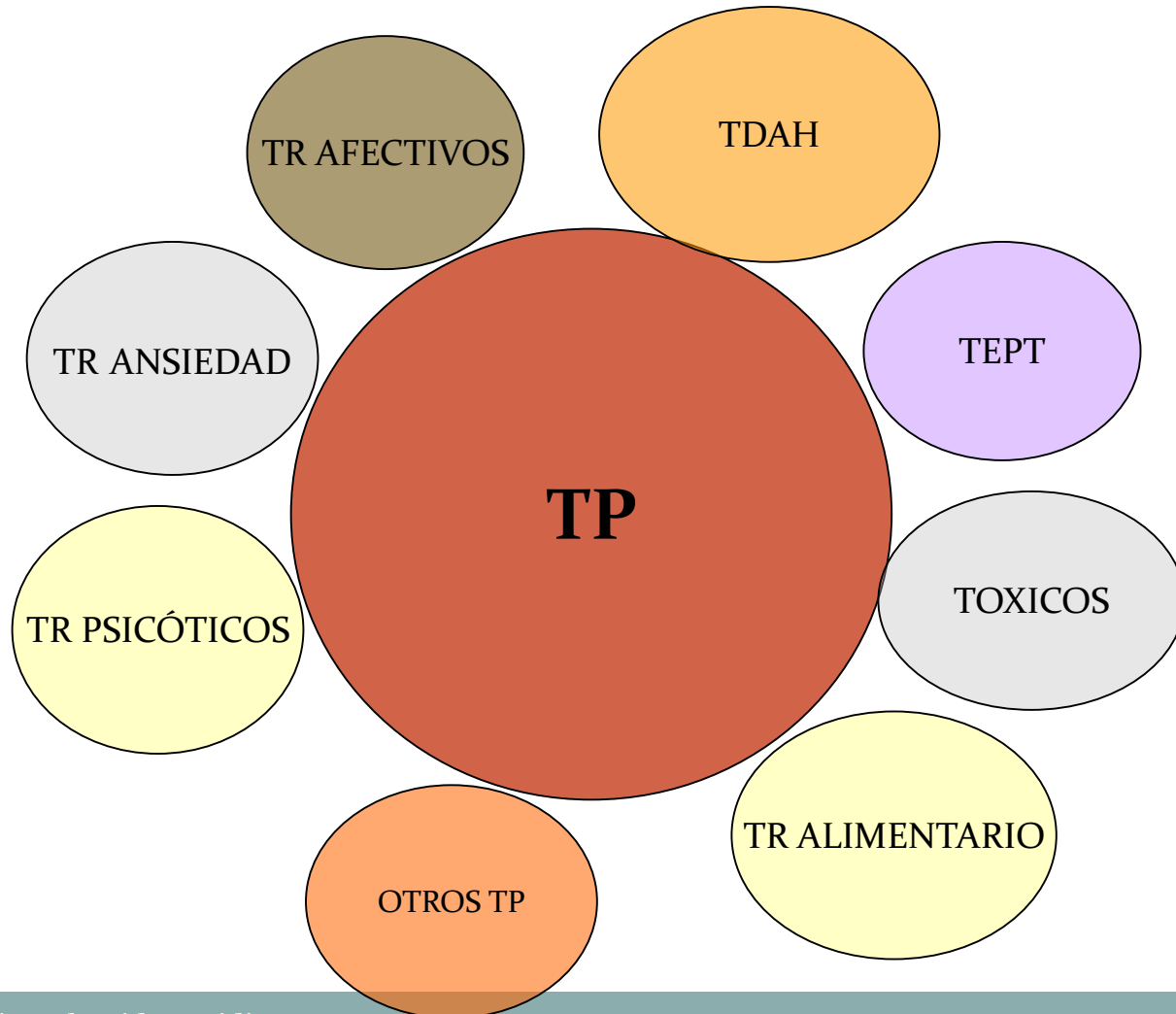
Síndrome de difusión de identidad



- Carencia de identidad integrada.
- Concepto pobremente integrado de sí mismo y de otros significativos.
- Experiencias subjetivas de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria, percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás.
- Incapacidad de empatizar emocionalmente con la concepción del paciente respecto de sí mismo y los demás.

Kenrberg 1975

Comorbilidad



¿Cuáles son los riesgos de la asistencia a los TLP?

- Inconsistente
- Fragmentada
- No coordinada
- Cada uno hace lo que sabe y lo que puede.
- A veces caótica, sin objetivos ni foco claro.



Groucho intenta "meterle mano" a la manicura, Harpo y Chico quieren comer, el joven reencontrarse con su amada, las camareras limpiar la habitación, los fontaneros arreglar las cañerías...

Cada uno tiene "su" objetivo, pero a veces no hay un objetivo común

Consecuencias



- Sentimientos de frustración, impotencia y desesperanza.
 - Pacientes, familiares y terapeutas.
- Atención en espejo (atención inconsistente, irregular, sin deriva...).
- “Naufragio” terapéutico (fracasan los intentos terapéuticos)
- Pérdida de opciones terapéuticas (se queman recursos)
- Puerta giratoria (los pacientes vuelven con nuevas demandas o a través de urgencias)

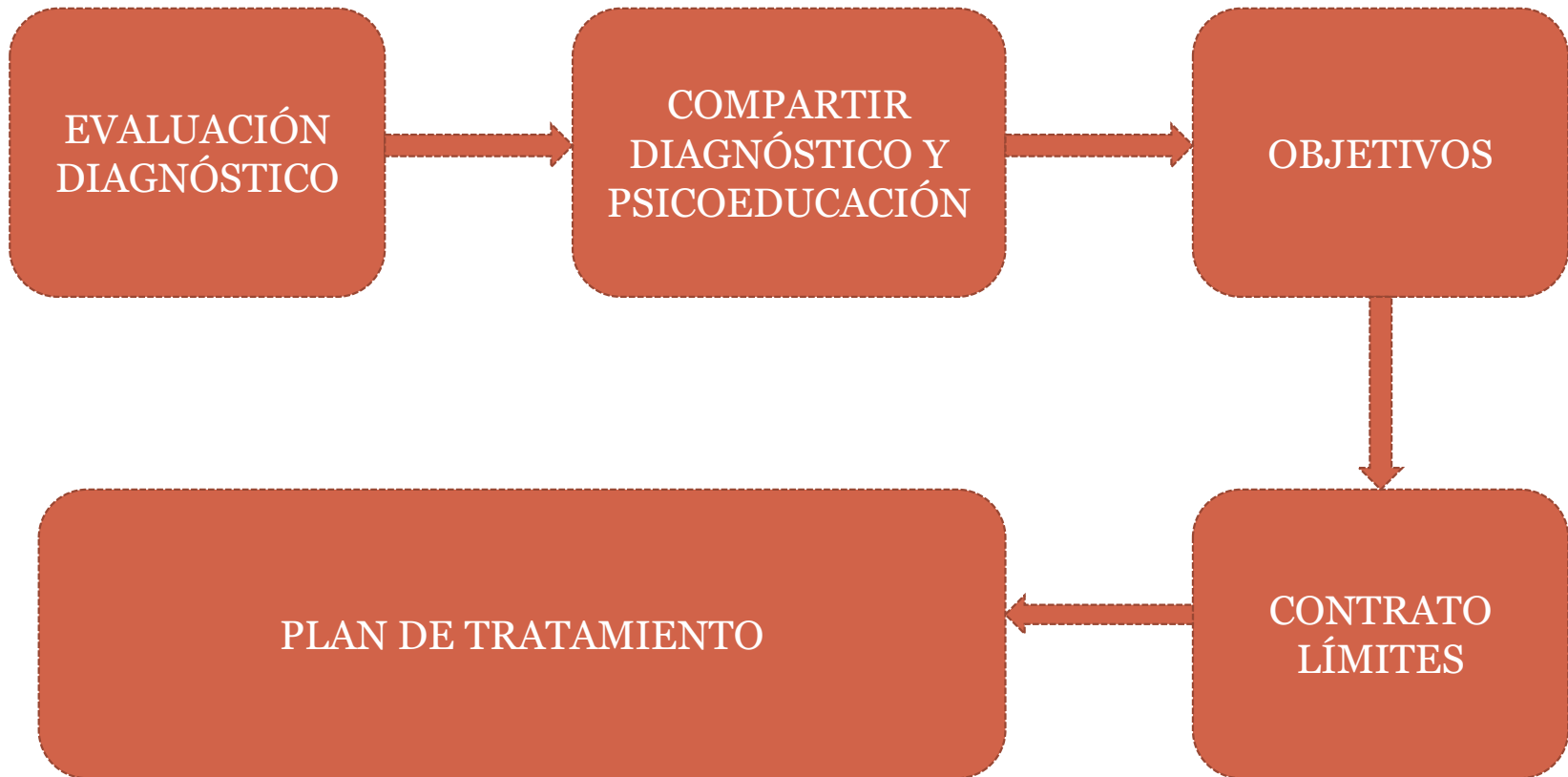
Necesidades y expectativas

Planificación



Actuación

Etapas en el Tratamiento



Índice



- Introducción
- Diagnóstico
- Nivel asistencial
- Tratamientos eficaces

Diagnóstico



- No es diagnóstico de exclusión.....
- Pero debemos excluir otros diagnósticos
- Estar dispuesto a revisarlo siempre
- Evitar el “diagnóstico contratransferencial”
- Suicidio, autolesión o ineficacia de la farmacoterapia no son signos patognomónicos
- Distinguir diagnóstico diferencial de diagnóstico de la comorbilidad
- Atención a casos no prototípicos

Evaluación: Entrevista Estructural



- Descripción sintomática. Perímetro de anclaje.
- Cómo afecta a las principales áreas de la vida del paciente:
 - Social - Ocio
 - Sentimental – Sexual
 - Académico – Laboral
 - Subjetiva
- Estructura de personalidad.

Organización de Personalidad

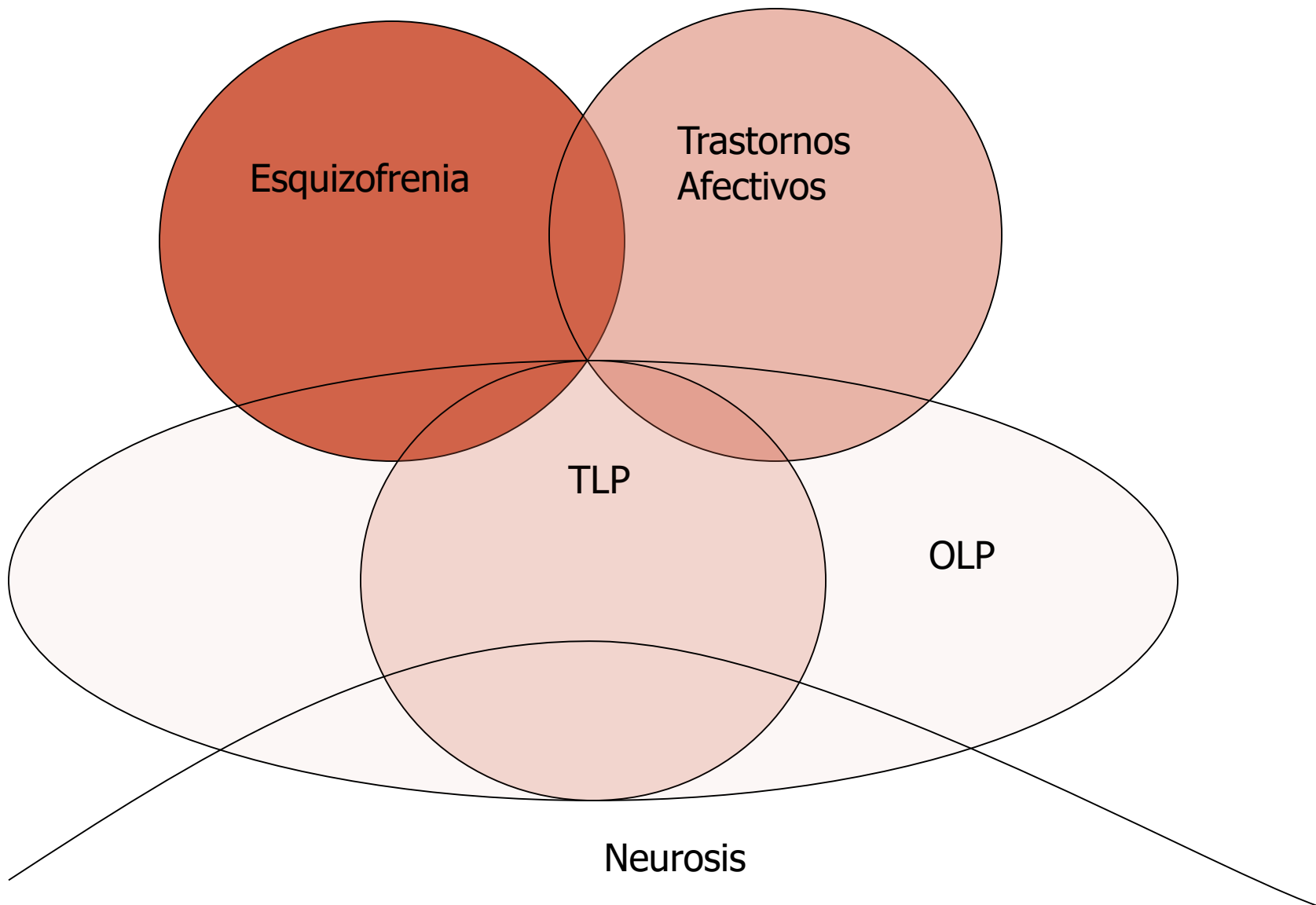


	Identidad	Mecanismos de defensa	Juicio de Realidad	Relaciones Objetales
O. Neurótica	Integrada	Avanzados	Conservado	Profundas, estables y ricas
O. Límite alta	Difusión	Primitivos	Conservado	Algo superficiales, inestables, más pobres
O. Límite baja	Difusión +	Primitivos y masivos	Conservado +/-	Superficiales. Caóticas. Inestables, pobres
O. Psicótica	Gravemente difusa	Primitivos y masivos	Perdido	Ausentes, fusionales, hostiles...

Evaluación



- Riesgo auto o heteroagresivo, necesidad de contención
- Tóxicos
- Trastornos alimentarios
- Conductas psicopáticas
- Beneficio 1º o 2º
- Motivación
- Posibilidad de reinserción sociolaboral
- Capacidad de psicologización
- Cociente intelectual



Compartir diagnóstico



- **¿Por qué no lo hacemos?**
 - No es necesario para ayudarlo
 - Puede sentirse devaluado o criticado
 - No creo que pueda tratarlo
- **¿Por qué sí?**
 - Establece expectativas realistas sobre el curso y el tratamiento
 - Facilita alianza terapéutica
 - Prepara al psiquiatra: cuidado con la CT

Psicoeducación



- Diferenciar temperamento y carácter: componente constitucional.
- Reconocer patrones relacionales repetidos en lo interpersonal y en lo intrapsíquico.
 - Predominio límite: Perfect provider vs rechazador.
 - Predominio narcisista: Alabador, idealizado vs crítico, devaluador.
 - Predominio paranoide: Controlado vs amenazante, hostil.
- No centrarse en los síntomas, que suelen mejorar, sino en la funcionalidad.
- Caer de la omnipotencia y del modelo médico tradicional, solos no podemos hacer nada.
- Papel activo del paciente, de su deseo de mejorar, él es el motor de la cura.
- No es culpable pero sí responsable.
- Fases del tratamiento y modalidades del mismo.
- Niveles de tratamiento y su función/utilidad.

Índice



- Introducción
- Diagnóstico
- Nivel asistencial
- Tratamientos eficaces

Clasificación gravedad



- **Alto nivel funcional:** Mantiene alguna actividad académica o laboral y algunas relaciones con cierta estabilidad. Tratamiento ambulatorio, hospitalizaciones breves en momentos de crisis.
- **Bajo nivel funcional:**
Las capacidades laborales y relacionales están gravemente afectadas. Ingresos frecuentes y largos. Se tratan a veces en recursos para psicóticos.

Lana et al 2006

Clasificación gravedad



- **Tipo R: Rechazan el tratamiento.**
 - Intervenciones motivacionales.
 - Toma de conciencia de sus problemas, de sus conflictos interpersonales.
 - Aumentar motivación para tratarse y adherencia al tratamiento.
- **Tipo S: Buscadores de tratamiento.**
 - Motivación al cambio.
 - Buena adherencia a recursos ambulatorios.

Niveles asistenciales



Nivel IV: Hospitalización completa. 10 días.

Evaluación y Plan de Tratamiento

Nivel III: Hospitalización parcial. 2 semanas a 6 meses .Alianza y Rehabilitación.

Nivel II: Ambulatoria intensiva. 3 a 18 meses.

Socialización y Prevención recaídas.

Nivel I: Ambulatoria estándar. Varios años.

Desarrollo interpersonal e intrapsíquico.

(Gunderson. 2002)

Índice



- Introducción
- Diagnóstico
- Selección terapéutica diferencial
- Tratamientos eficaces

Evaluación inicial. Selección del tratamiento



- Consideración inicial del riesgo suicida (I).
- Establecer un marco de trabajo claro y explícito que incluya el acuerdo del paciente (I).
- El tratamiento de elección es la psicoterapia, complementada con tratamiento psicofarmacológico sintomático (I).
- El tratamiento debe ser individualizado, valorando la gravedad de los síntomas predominantes (I).

Psicoterapia



- Psicoterapias con eficacia demostrada en ensayos aleatorios controlados (I):
 - Psicoanálisis / Psicoterapia psicoanalítica.
 - Terapia dialéctica – conductual.
- Sesiones semanales individuales, una o más grupales, supervisión.
- Mínimo de un año.
- No se recomienda terapia grupal o familiar de forma única (II).

Tratamientos con efectividad



- TDC: Terapia Dialéctico-Conductual.
- STEPPTS: Entrenamiento para la regulación Emocional y la Solución de Problemas.
- TFE: Terapia Focalizada en Esquemas.
- TBM: Terapia Basada en la Mentalización.
- TFP: Terapia Focalizada en la Transferencia.

Stoffers-Winterling 2012

Características comunes ttos efectivos



- Bien estructurados.
- Enfatizan el cumplimiento.
- Focalizados.
- Coherentes desde el punto de vista teórico para paciente y terapeuta.
- Larga duración.
- Promueven fuerte vínculo pac-terapeuta.
- Bien integrados con otros servicios de salud.

Bateman y Fonagy (2000).



The diagram features two light green rounded rectangular boxes on a light blue background. The left box contains the text 'Terapias experimentales' and the right box contains 'Práctica clínica'. A red lightning bolt is positioned between the two boxes, pointing downwards. Above the lightning bolt, a dashed horizontal line spans the width of the diagram, with a white circle containing a smaller white circle centered on it.

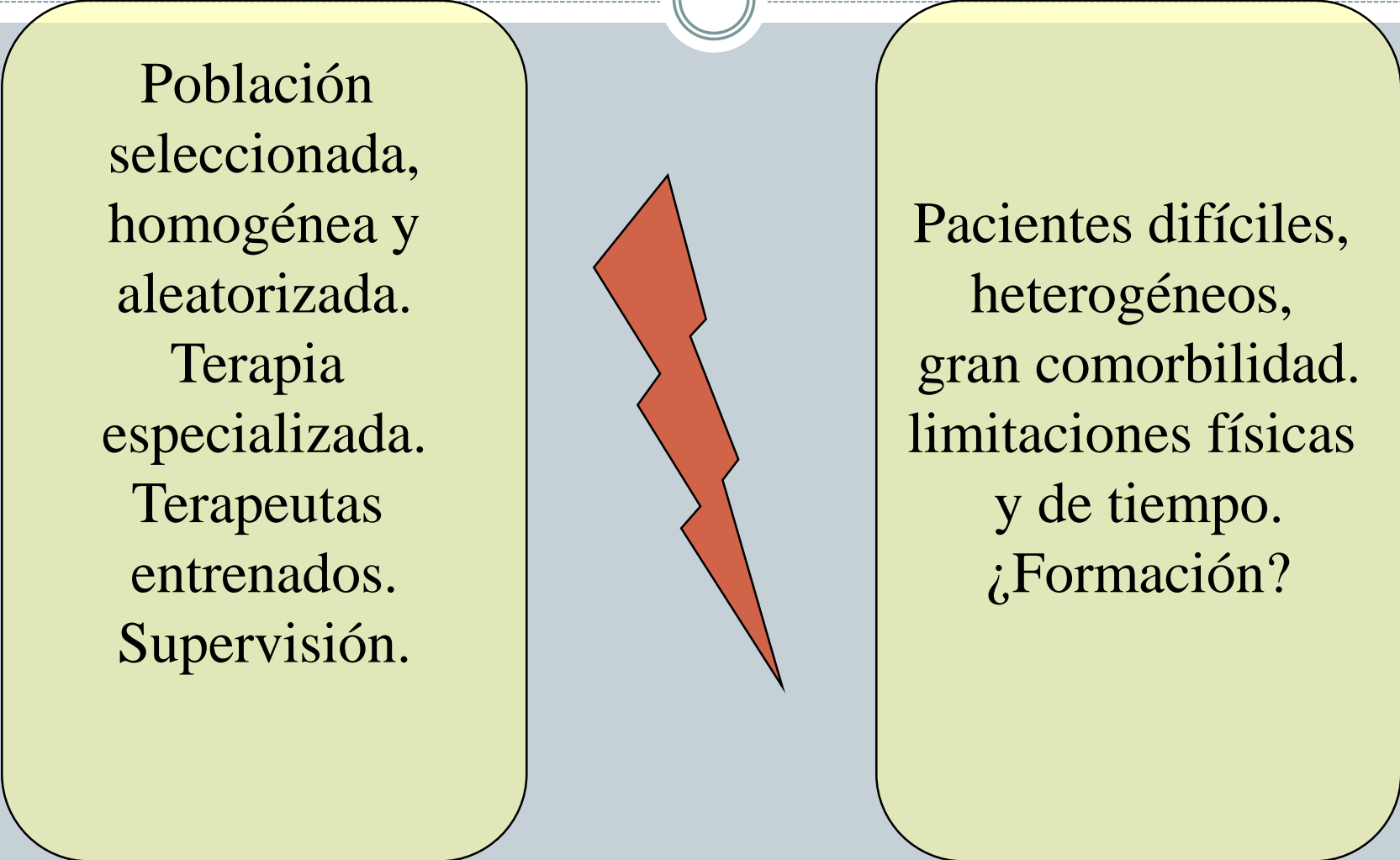
Terapias
experimentales

Práctica clínica

Población
seleccionada,
homogénea y
aleatorizada.
Terapia
especializada.
Terapeutas
entrenados.
Supervisión.

Práctica clínica

Las terapias experimentales son más eficaces que la práctica clínica (Shadish et al 2000, Weisz et al 1995).



Población
seleccionada,
homogénea y
aleatorizada.
Terapia
especializada.
Terapeutas
entrenados.
Supervisión.

Pacientes difíciles,
heterogéneos,
gran comorbilidad.
limitaciones físicas
y de tiempo.
¿Formación?

FARMACOLOGÍA

PSICOTERAPIA

SOCIAL Y
OCUPACIONAL

RECURSOS
ASISTENCIALES

FARMACOLOGÍA:

AD
AE
AP
BZD

PSICOTERAPIA:

TCC
TDC
TFT
TBM
Psicoeducación

Individual
Grupal

**SOCIAL Y
OCUPACIONAL:**

Familia
Estudios
Trabajo
Pensión

**RECURSOS
ASISTENCIALES:**

CSM
UCE
URHB
URME
HD
ONG

FARMACOLOGÍA:

AD
AE
AP
BZD

PSICOTERAPIA:

TCC
TDC
TFT
TBM
Psicoeducación
Individual
Grupal

**SOCIAL Y
OCUPACIONAL:**

Familia
Estudios
Trabajo
Pensión

**RECURSOS
ASISTENCIALES:**

CSM
UCE
URHB
URME
HD
ONG

FARMACOLOGÍA

PSICOTERAPIA

SOCIAL Y
OCUPACIONAL

RECURSOS
ASISTENCIALES

FARMACOLOGÍA

PSICOTERAPIA

SOCIAL Y
OCUPACIONAL

RECURSOS
ASISTENCIALES

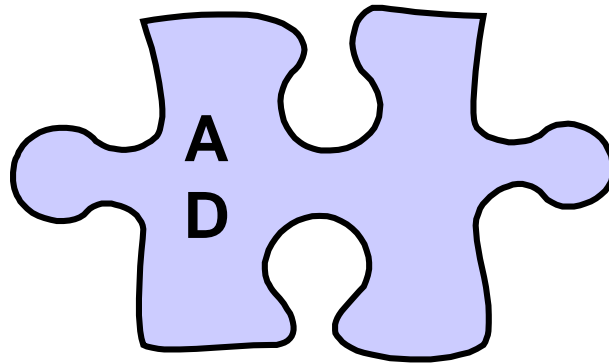
FARMACOLOGÍA

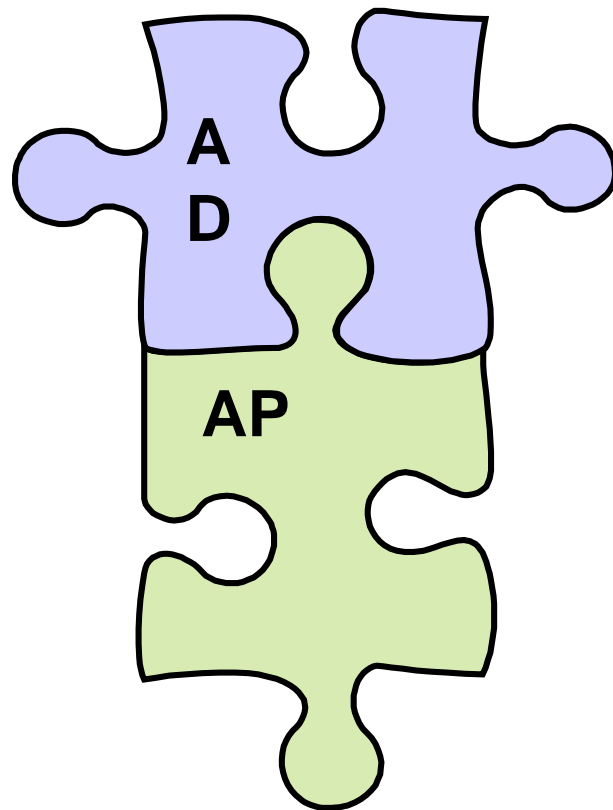
PSICOTERAPIA

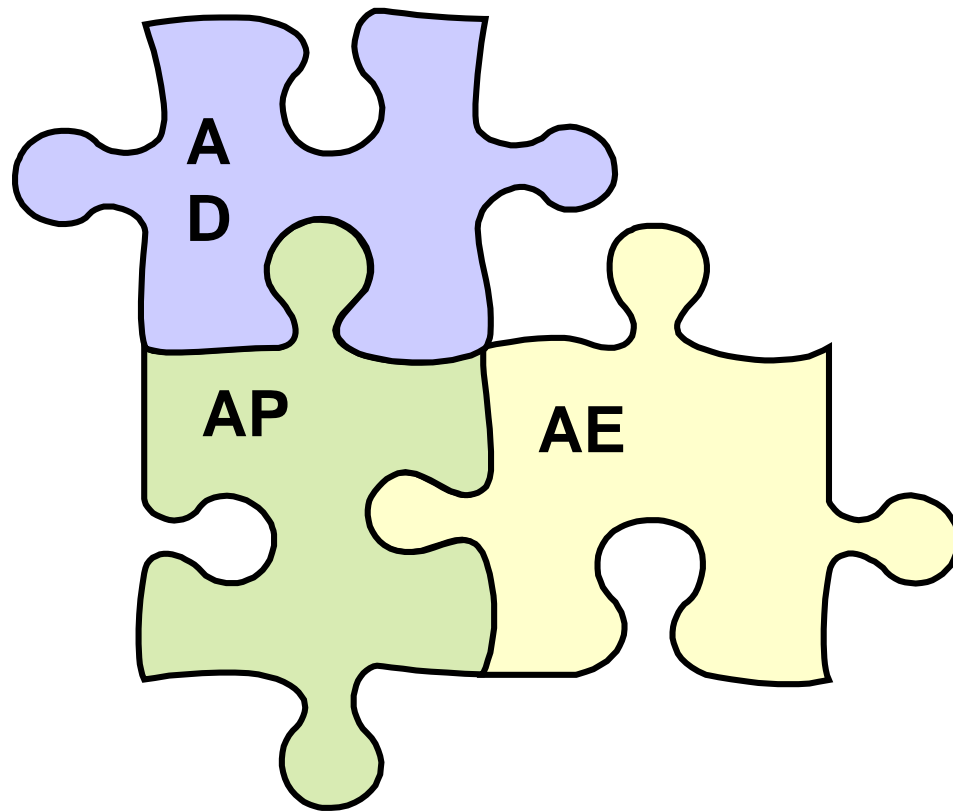
SOCIAL Y
OCUPACIONAL

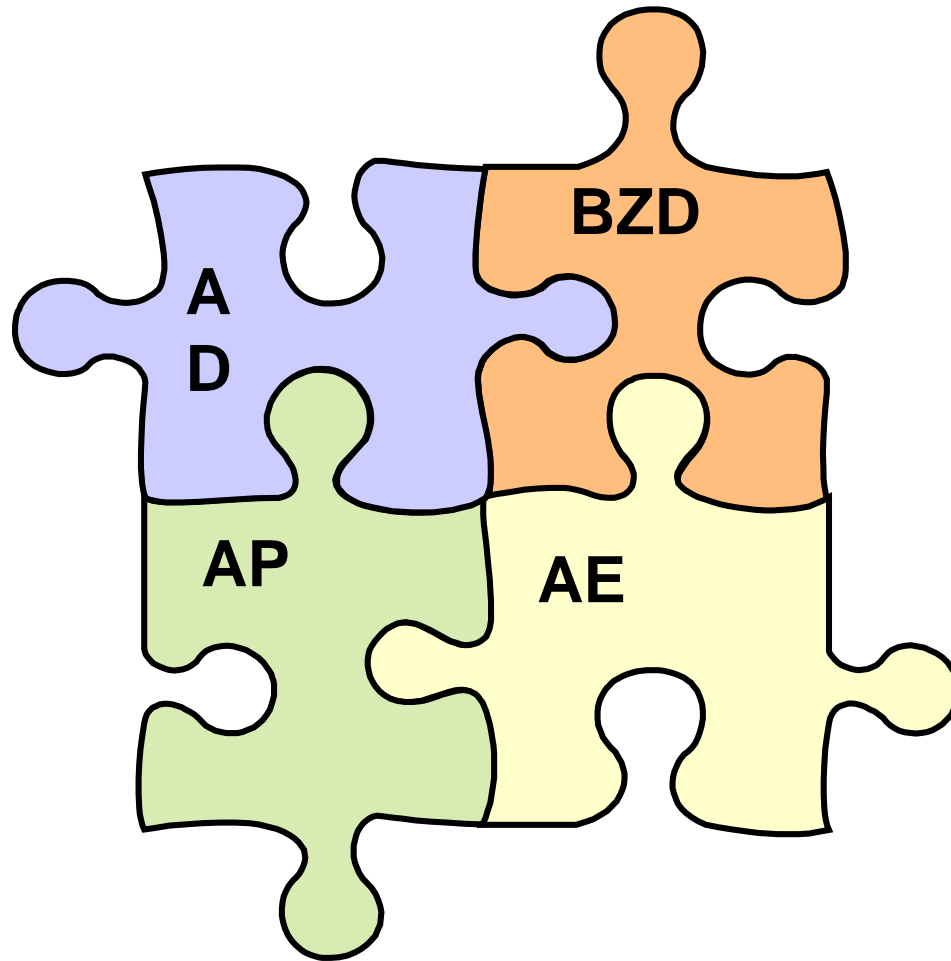
RECURSOS
ASISTENCIALES

Farmacología









Importante!!!!



- Comentar con el paciente la indicación y beneficios/perjuicios esperados.
- Explicar el modelo de tratamiento de TP vs modelo médico tradicional.

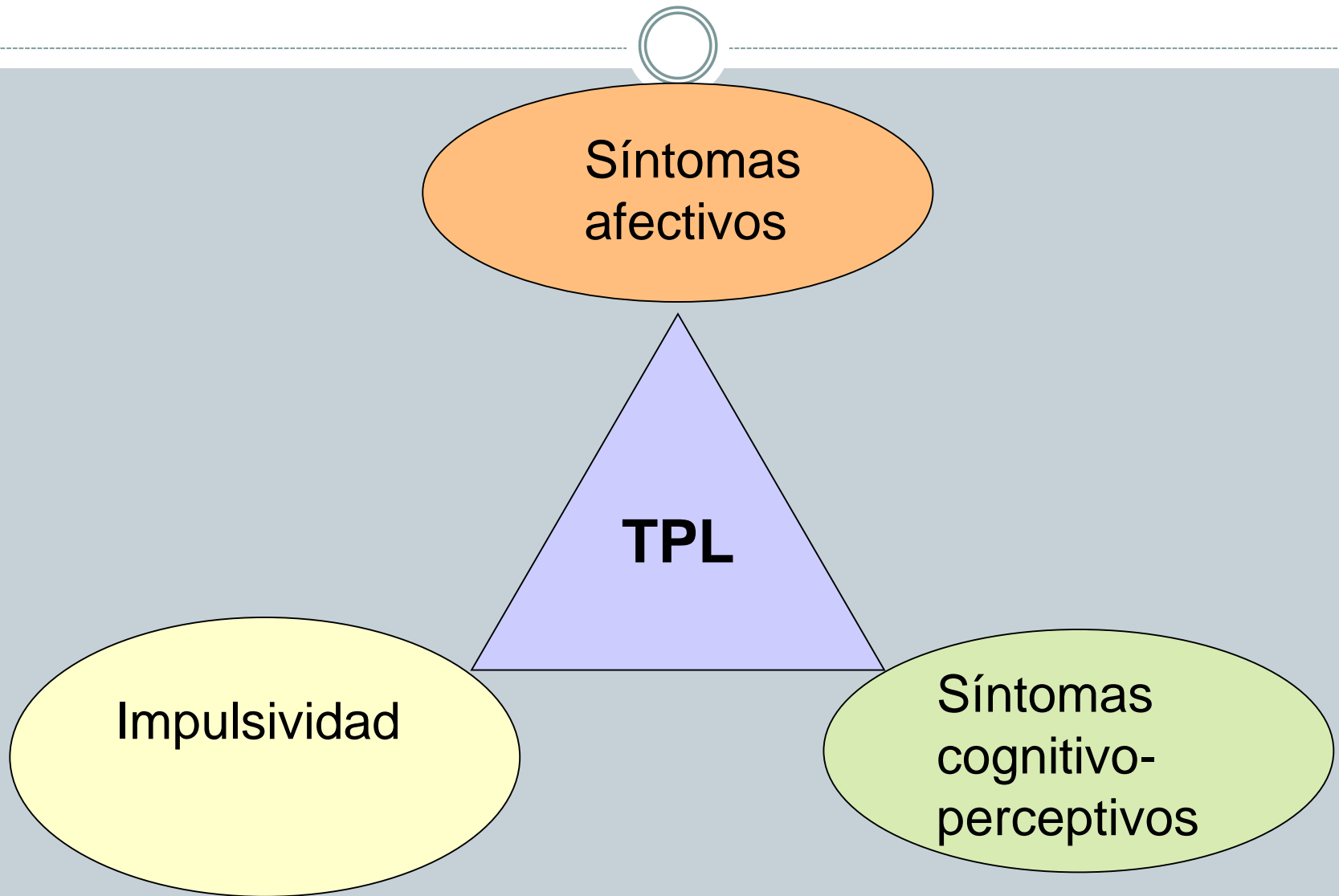
PSICOFARMACOLOGÍA



- Tratamiento sintomático en periodos de descompensación aguda o para rasgos de vulnerabilidad.

Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. APA 2001

Dimensiones conductuales diana



Review article

Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials

Klaus Lieb, Birgit Völlm, Gerta Rücker, Antje Timmer and Jutta M. Stoffers

Background

Many patients with borderline personality disorder receive pharmacological treatment, but there is uncertainty about the usefulness of such therapies.

Aims

To evaluate the evidence of effectiveness of pharmacotherapy in treating different facets of the psychopathology of borderline personality disorder.

Method

A Cochrane Collaboration systematic review and meta-analysis of randomised comparisons of drug v. placebo, drug v. drug, or single drug v. combined drug treatment in adult patients with borderline personality disorder was conducted. Primary outcomes were overall disorder severity as well as specific core symptoms. Secondary outcomes comprised associated psychiatric pathology and drug tolerability.

Results

Twenty-seven trials were included in which first- and second-generation antipsychotics, mood stabilisers, antidepressants

and omega-3 fatty acids were tested. Most beneficial effects were found for the mood stabilisers topiramate, lamotrigine and valproate semisodium, and the second-generation antipsychotics aripiprazole and olanzapine. However, the robustness of findings is low, since they are based mostly on single, small studies. Selective serotonin reuptake inhibitors so far lack high-level evidence of effectiveness.

Conclusions

The current evidence from randomised controlled trials suggests that drug treatment, especially with mood stabilisers and second-generation antipsychotics, may be effective for treating a number of core symptoms and associated psychopathology, but the evidence does not currently support effectiveness for overall severity of borderline personality disorder. Pharmacotherapy should therefore be targeted at specific symptoms.

Declaration of interest

None.

Nuevas evidencias



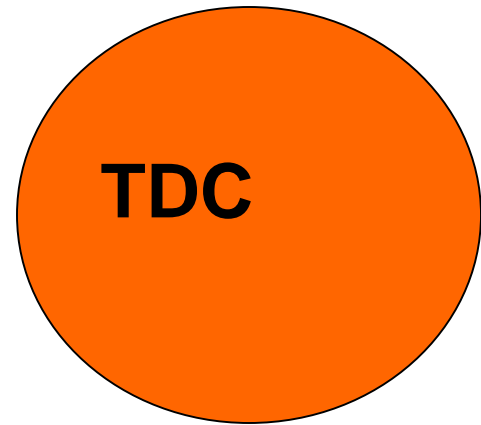
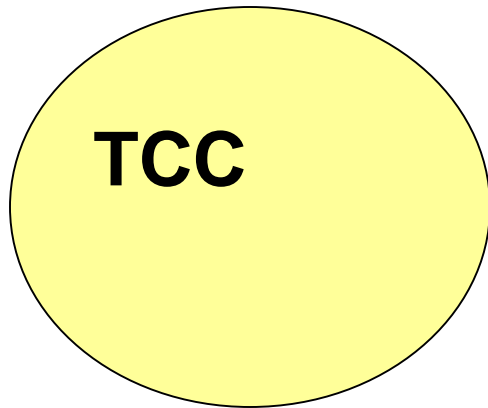
- Alteraciones cognitivas: AP y AE.
- Síntomas afectivos: AE y AP.
- Impulsividad: ac. omega 3 y AP.
- Antidepresivos solo para depresión “real” comórbida. No eficacia demostrada de los ISRS.
- No BZD

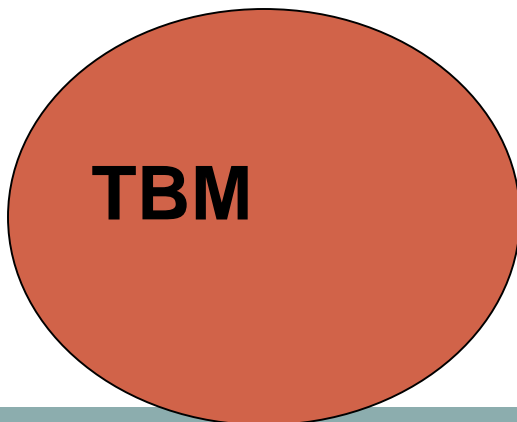
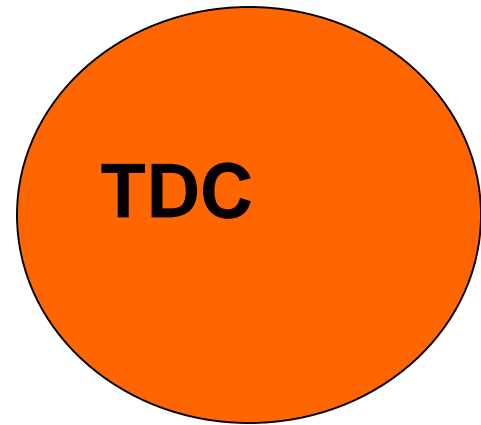
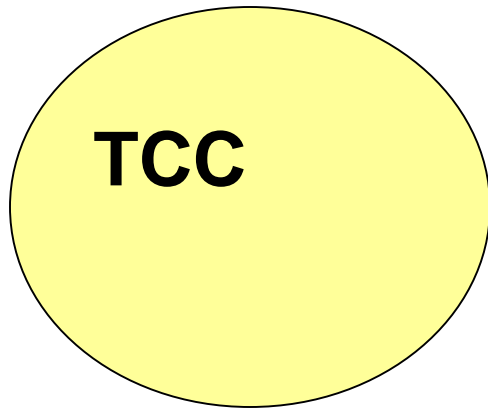
Lieb 2010

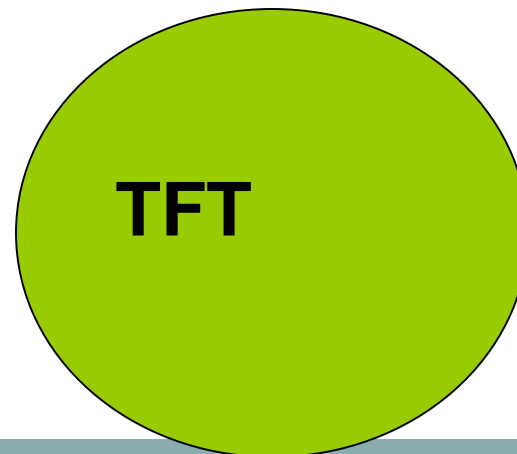
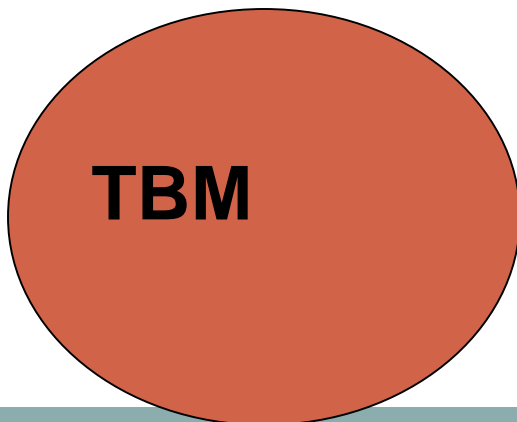
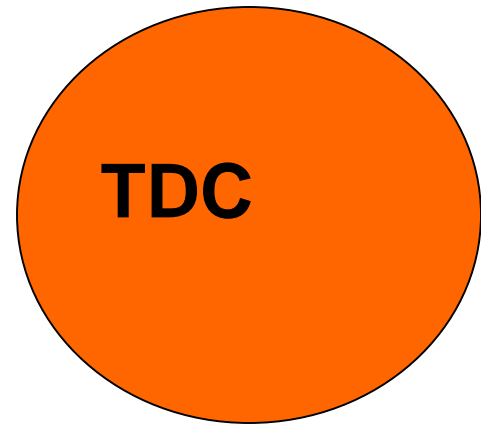
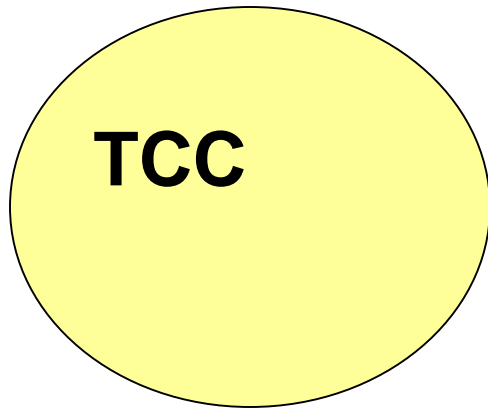
Psicoterapias



TCC







TCC

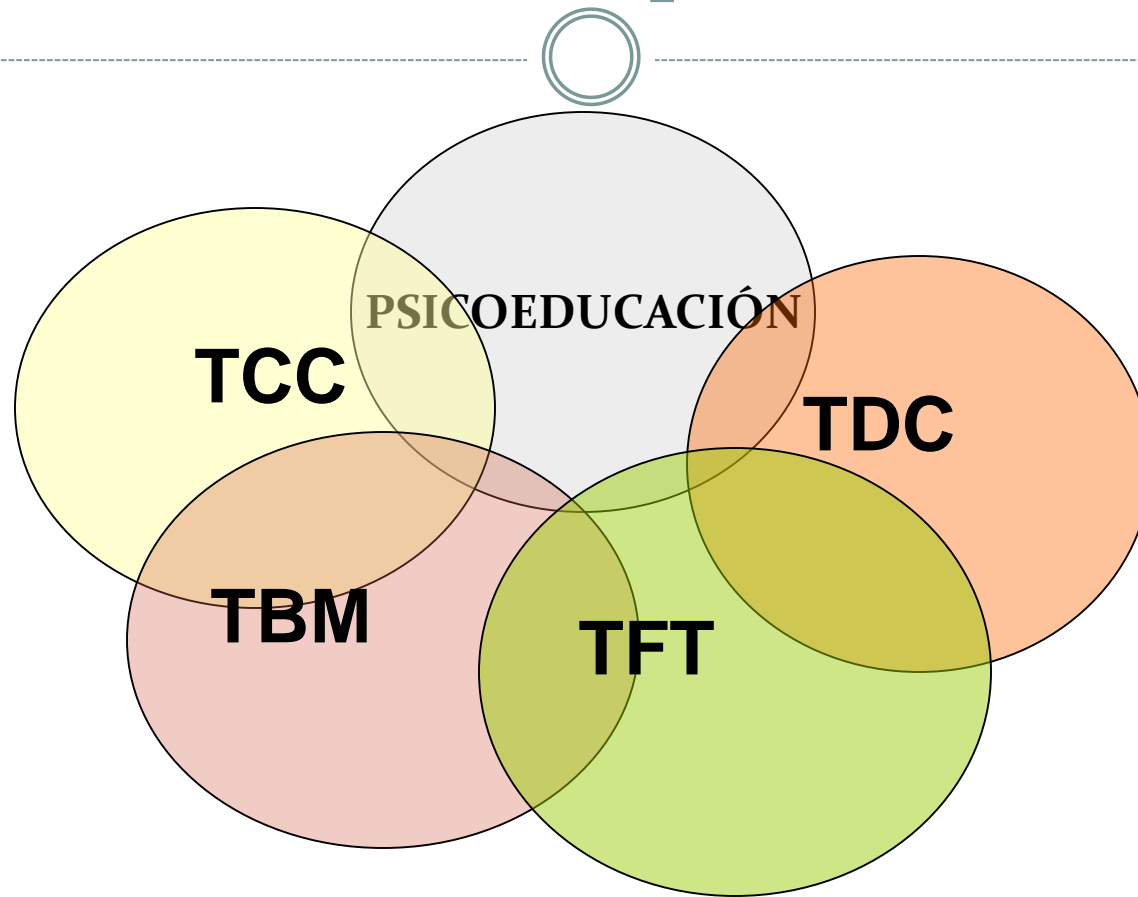
PSICOEDUCACIÓN

TDC

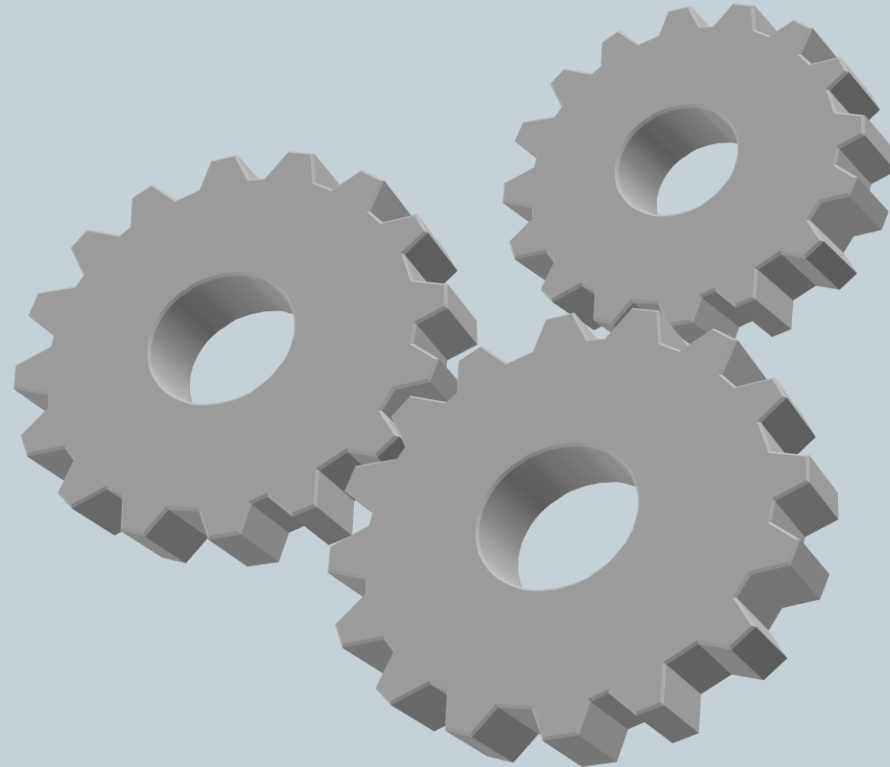
TBM

TFT

Psicoterapias



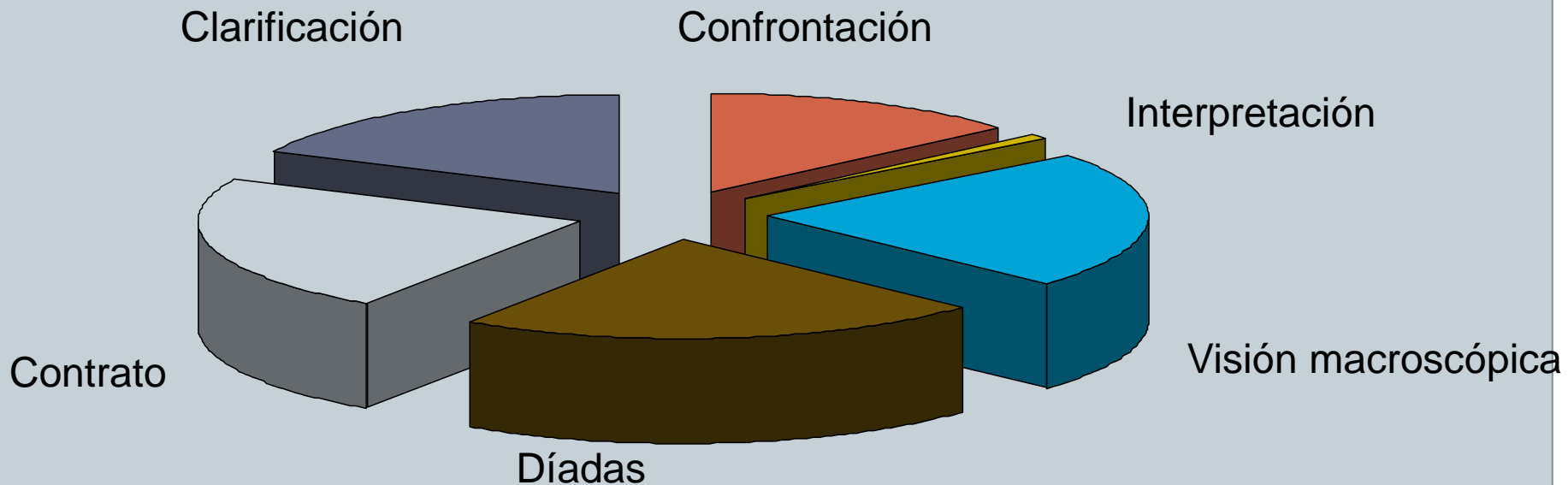
¿Qué funciona de las psicoterapias?



Deconstruyendo las psicoterapias



Psicoterapia Focalizada en la Transferencia



Contínuo T. Psicodinámica

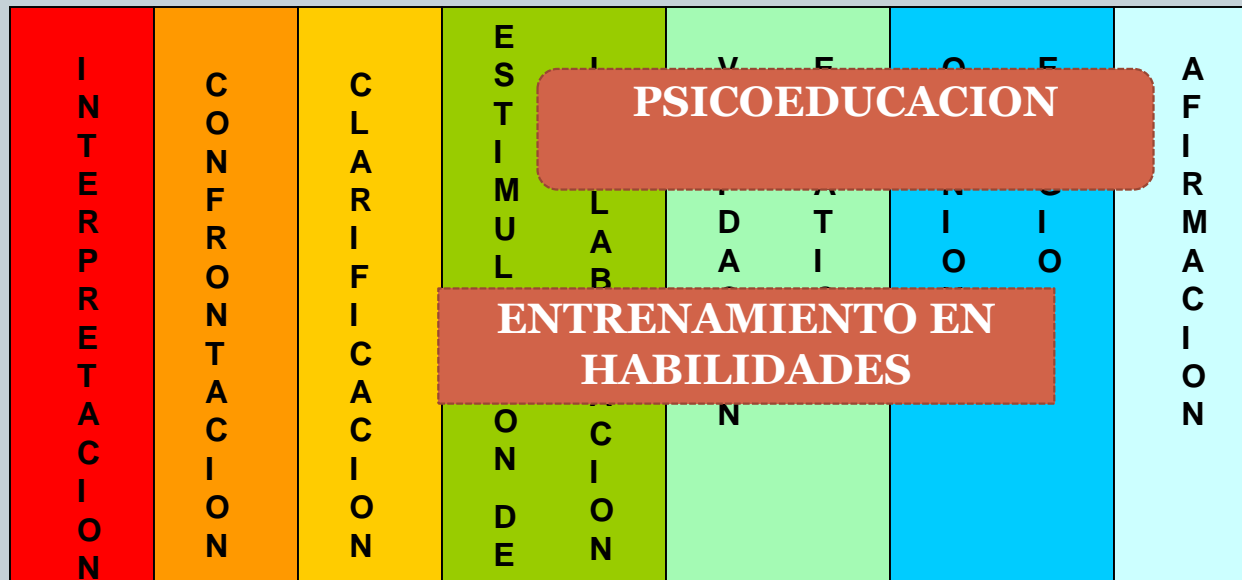


Expresión

Apoyo

Gabbard 2000

Contínuo T. Psicodinámica



Focos del Tratamiento



- Seguridad, suicidio.
- Control del acting-out/impulsividad.
- Activación conductual, estudios/trabajo.
- Aumento de relaciones interpersonales significativas.
- Aumento del insight.
- Integración de la identidad.
- Recuperación de una vida significativa.

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia



- Psicoterapia psicodinámica modificada.
- Manualizada y con pruebas de su efectividad.
- Focalizada en el “aquí y ahora”.
- Exploratoria, no entrena en habilidades, busca el entendimiento.
- No sólo busca la disminución de síntomas.....
- Trata de aumentar la capacidad para la intimidad, la vida productiva, la satisfacción con la vida.

Cuándo plantearse si el tratamiento está fracasando?



- **3 semanas:**
 - Asistencia pobre
 - El malestar subjetivo no mejora
 - No te gusta el paciente
- **3 meses:**
 - El paciente insistentemente desprecia la terapia
 - Tu empatía o capacidad de entendimiento no ha mejorado
- **6 meses:**
 - El nivel de conductas autodestructivas persiste
 - El paciente no parece haber aprendido o comprendido nada
 - El paciente no alcanza o reanuda actividad o funcionalidad
 - El paciente fracasa en reconocer la significación de las interacciones interpersonales del tipo rechazo o separación

Contrato



- Papel del paciente y del terapeuta.
- Frecuencia y asistencia
- Disponibilidad
- Uso de otros recursos:
 - Urgencias / Agudos
 - Unidades de Conductas Adictivas / Alimentarias
 - Otros terapeutas
 - Otros especialistas
- Suicidio / Autolesiones
- Nivel de actividad requerido / Renuncia a beneficio 2º
- Menores en riesgo

Qué hacer cuando el paciente rompa el contrato



- 1) Señalar la violación del contrato.
- 2) Analizar el sentido de la violación
- 3) La segunda y la tercera oportunidad
- 4) Estar dispuesto a perder un paciente
- 5) El paciente siempre debe necesitar al terapeuta más que el terapeuta al paciente (OK).

Etapas en el Tratamiento



Claves



- Este trastorno NO se ajusta al modelo médico de enfermedad.
- La ayuda SIEMPRE es indirecta: Ayudamos a ayudarse.
- Sólo las personas con una buena motivación mejorarán.
- Las personas con Tr. Personalidad son más capaces de controlarse y de tener una funcionalidad mayor de lo que se piensa.
- Son necesarios límites firmes.
- NO todas las personas en tratamiento quieren mejorar: La ganancia secundaria.
- Lo que va bien en el corto plazo NO siempre es lo mejor.
- La importancia de elegir el momento adecuado.

Antes de iniciar cualquier tratamiento



- Realizar diagnóstico, compartido con el paciente.
- Definir explícitamente objetivos.
- Contratar riesgos para el tratamiento y compromisos necesarios para que la terapia pueda ser efectiva.
- Prever funciones de los distintos recursos y profesionales.

Gracias



pedrorosique@yahoo.es

www.tfpmurcia.es