

Terapia Ocupacional y Trastorno Límite de Personalidad

Occupational Therapy and Borderline Personality Disorder

Irene Luque González y Esteban Matesanz Bolaños

Tutor:

Humberto Moreira Villegas

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se caracteriza por la inestabilidad e impulsividad en las relaciones interpersonales tanto en el estado de ánimo como en la imagen de sí mismo. Una de las disciplinas que se ocupa de su tratamiento es la Terapia Ocupacional (TO) la cual se encarga de la rehabilitación de las Actividades de la Vida Diaria (AVD's). Se ha realizado una encuesta sobre Terapia Ocupacional y Trastorno Límite de Personalidad a fin de conocer qué saben los estudiantes universitarios de ambos temas, concluyendo que ambos términos son bastante desconocidos pero que, a partir de una breve explicación, se interrelacionan de manera óptima.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Trastorno Límite de Personalidad, AVD's.

Abstract

The Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by instability and impulsivity in social relations, both in the mood and the self-image. One of the disciplines implicated in the treatment is Occupational Therapy, which is in charge of the rehabilitation of the Activities of Daily Living (ADL). We have carried out a survey about Occupational Therapy and BPD with the purpose of knowing the awareness of university students on both concepts, concluding that the two terms are really unknown by them but, if they are provided with a little description of them, they can optimally connect them.

Keywords: Occupational Therapy, Borderline Personality Disorder, ADL.

Introducción

Trastorno de Personalidad (TP)

Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en 2 (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

El patrón perdurable:

- Es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
- Causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

Clasificación de los Trastornos de Personalidad

Según el DSM-V se agrupa en 3 grandes grupos o “clusters”:

- **Cluster A:** Extraños, excéntricos. Introversos. Déficit social, ausencia relaciones próximas. (Desvinculados – Baja dependencia de recompensa).
- **Cluster B:** Impulsivos, emocionales, llamativos. Extroversos. Inestabilidad social e interpersonal. (Impulsivos – Alta búsqueda de novedad).
- **Cluster C:** Ansiosos, temerosos. Presencia de conflictos interpersonales e intrapsíquicos. (Temerosos – Alta evitación del daño).
- Alta frecuencia de individuos con diagnósticos mixtos o múltiples de los TP.

Trastorno Límite de Personalidad (TLP)

Es un trastorno que se da cada vez con mayor frecuencia en el ámbito de la Terapia Ocupacional al igual que otros trastornos mentales severos como esquizofrenia paranoide, trastorno bipolar, entre otros.

Un trastorno de personalidad se caracteriza por ser un patrón permanente e inflexible de pensamiento, emociones y comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura en la que se desarrolla. Su inicio lo tiene en la adolescencia o principio de la edad adulta. Es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar y perjuicios para el sujeto. Dentro de los trastornos de la personalidad hay diferentes tipos. Las características principales que de-

finen al trastorno límite son la inestabilidad e impulsividad en las relaciones interpersonales, tanto en el estado de ánimo como en la imagen de sí mismo. Para su diagnóstico, el manual DSM-V establece nueve criterios para los cuales el sujeto tendría que reunir cinco de ellos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y sentido del yo.
4. Impulsividad en 2 o más áreas, que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad, que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Terapia Ocupacional en TLP: objetivos

Según la World Federation of Occupational Therapists (WFOT), la Terapia Ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Desde la TO se trabaja el TLP a través del modelo Linehan y la Terapia Conductual Dialéctica (1995), la cual hace que cada estadio, siendo el primero el correspondiente a los pacientes con mayor gravedad, les prepare para el siguiente. Este modelo fundamenta la confianza entre terapeuta y usuario a través de un acuerdo mutuo de seguimiento del tratamiento y describe la terapia de una forma cognitivo-conductual (Linehan, Cochran y Kehrer, (2001) citado por Díaz-Benjumea, 2003).

Estadio 1: lograr las capacidades básicas

En esta etapa el Terapeuta se debe centrar en conseguir una vida funcional y estable. Uno de los principales puntos a tratar serían las conductas suicidas primando la vida del paciente. A continuación, se deben tener en cuenta aquellas conductas que puedan interferir con la terapia relacionadas con el abandono del tratamiento y la sobrecarga del terapeuta sin descuidar el vínculo de la relación terapéutica. Más adelante, se deben tratar aquellas conductas que interfieran con la calidad de vida del usuario tratando de alcanzar

una vida mínimamente segura y con patrones de conducta adaptados. Por último, se debe trabajar las habilidades conductuales tratando de conseguir regular las propias emociones, mantener las relaciones interpersonales y tener una autonomía mínima.

Estadio 2: reducción de la angustia postraumática

El objetivo principal de este punto sería procesar los hechos traumáticos anteriores. Se trata de recordar y aceptar esos hechos, reducir la estigmatización y autoinculpación, reducir la negación y evitar las tensiones dialécticas producidas por la atribución de la culpa.

Estadio 3: resolver problemas de la vida e incrementar el autorrespeto

Llegados a este punto, el objetivo principal es el trabajo de la autoestima y la confianza en sí mismo junto con la autonomía. El terapeuta debe potenciar esa autonomía alejando la posible dependencia creada y conseguir el autorrespeto del usuario más allá de la valoración externa.

Estadio 4: lograr la capacidad de sostener la alegría

En esta última fase se busca ampliar la conciencia, la plenitud espiritual y el movimiento dentro del flujo vital propias del estilo zen.

Estudio a universitarios: metodología

Para la realización de la parte empírica hemos llevado a cabo una encuesta a través de Internet a la que han contestado 103 personas la cual tiene como objetivo saber qué sabe la gente tanto de Terapia Ocupacional como del TLP. La muestra del estudio es incidental.

Estudio a universitarios: resultados y discusión

Entre las respuestas, el 51,9 % corresponden a personas del ámbito de Ciencias de la Salud siendo el ámbito minoritario el de las Ciencias con un 7,7 %. El 11,22 % de los encuestados no saben qué es la Terapia Ocupacional mientras que el 84,69 % creen saberlo, sin embargo, de ellos solo el 57,83% la definen correctamente acorde a unos criterios de aproximación a la definición oficial de la TO. Además, sólo el 56,47 % de los encuestados dice saber lo que es el TLP aunque sólo un 66,67 % es capaz de definirlo conforme a los criterios proporcionados por el DSM acerca del trastorno.

El 78,3% de las personas encuestadas creen que el TLP o las enfermedades mentales tienen mucha o bastante estigmatización y solo un 4 % opinan que poco o nada. Sin embargo, sólo el 74,2 % de los encuestados creen en la inclusión total de los mismos aumentando al 5,2 % las personas que creen poco o nada.

Por otra parte, el 60,2 % de los encuestados no conoce a ninguna persona con un TLP u otra enfermedad mental lo cual puede deberse al miedo a la estigmatización lo que provoca que las personas diagnosticadas no lo reconozcan ligado al hecho de que mucha gente no sabe lo que son. Mientras que el 98,05 % de los encuestados contestó afirmativamente a si se estigmatiza o no el TLP y las enfermedades mentales, sólo el 76,7 % contestó a de qué manera se hacía. Entre las respuestas predomina la idea de marginación social, tratarles como locos, miedo y desprecio.

El 82,52 % de las respuestas incluyen o tiene como único resultado a los Psicólogos y sólo el 26,21 % nombran la TO. Además, sorprende que sólo el 35,2 % de los encuestados mencionen la medicina como rama de tratamiento del TLP. Esto demuestra ya no sólo un desconocimiento del Terapeuta Ocupacional sino de las enfermedades mentales y su tratamiento así como de los profesionales que lo deben llevar a cabo. Por otro lado, cuando se pregunta dada ya la definición de la TO, el 94,89 % de los que han respondido están de acuerdo con que sí es una de las profesiones que se debe encargar del TLP aunque el 9,67 % de los mismos no ha ofrecido ningún tipo de explicación.

Conclusión

En conclusión, tanto la TO como el TLP son dos conceptos desconocidos entre los universitarios de cualquier ámbito, pero fácilmente entendibles a partir de una pequeña descripción de los mismos.

Referencias

- Díaz-Benjumea, L. J., Lihenan, M. M., Cochran, B. N., Kehner, C. A. (2003, 05 de marzo). El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline. *Aperturas Psicoanalíticas*, 13. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000236>
- Linehan, M. M. (1995). *Comprendiendo el trastorno límite de la personalidad: Manual sobre el enfoque dialéctico*. Nueva York, NY: Guilford Press.