

CENTRO ESPECIALIZADO EN PERSONALIDAD (CEPE)

Pasantía de 3 meses (1 febrero-30 abril) Santiago, Chile



Pilar García de Pascual
R4 Psicología Clínica
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

Índice Memoria

- 1. Introducción (pág. 3 – 4)**
- 2. Descripción centro de destino (pág. 5 - 16)**
 - 2.1. Ubicación y espacio físico**
 - 2.2. Equipo profesional**
 - 2.3. Evaluación**
 - 2.4. Programas de tratamiento**
- 3. Actividades realizadas (pág. 16 – 18)**
 - 3.1. Cronograma**
 - 3.2. Actividades asistenciales**
 - 3.3. Supervisiones**
- 4. Aplicabilidad en nuestro contexto (pág. 18 – 19)**
- 5. Valoración personal (pág. 19 – 20)**
- 6. Agradecimientos (pág.20)**
- 7. Bibliografía (pág. 20 – 22)**
- 8. Bibliografía recomendada en castellano (pág. 22 – 23)**
- 9. Datos de contacto centro de destino (pág. 23)**

1. Introducción

Los trastornos de personalidad (TP) son un grupo heterogéneo de trastornos, que se caracterizan por ser patrones desadaptativos en la forma de pensar, sentir, percibir y comportarse (American Psychiatric Association, 2013). Estos trastornos suelen comenzar durante la adolescencia y se perpetúan a lo largo de la vida, afectando a las distintas áreas de funcionamiento de la persona. Parece que lo que diferencia a los TP de otros trastornos mentales es que, las alteraciones que padece el individuo se hacen patentes en diferentes áreas como la conducta, experiencias internas y sentimientos que presenta la persona, es decir, todo el modo de ser. Así mismo, los comportamientos que muestran suelen ser inflexibles, rígidos, reiterativos y limitados, lo que suele conllevar desviaciones en los patrones normales, sobre todo en el área interpersonal.

Los TP se han asociado con mayor comorbilidad psiquiátrica, en el caso del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), el 85 % de personas que reciben este diagnóstico, tienen al menos otro trastorno mental de los recogidos en el eje I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013). Así mismo, presentan mayores tasas de autolesiones, ideación autolítica y riesgo de suicidio (Hiroeh, Appleby, Mortensen, y Dunn, 2001).

Se estima que aproximadamente el 12 % de la población general en países occidentales, cumple criterios para un diagnóstico de TP. Esta tasa puede llegar a elevarse hasta el 20-40 % en población clínica. En cuanto a las tasas de prevalencia de cada uno de los TP en particular, hay discrepancias en los distintos estudios, siendo aquellos recogidos en el *cluster* C (TP evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo) los que más prevalencia presentan en la población no clínica (Volkert, Gablonski y Rabung, 2018).

En cuanto a su clasificación diagnóstica, en los últimos años está habiendo un cambio de tendencia hacia modelos de tipo dimensional, que intentan dar solución a los problemas que generaba la clásica clasificación categorial como eran: limitada validez de constructo, superposición entre los diagnósticos de TP, umbrales arbitrarios para el diagnóstico y escasa amplitud en la psicopatología de la personalidad, siendo el TP no especificado el diagnóstico más común (Widiger y Trull, 2007).

De acuerdo a la nueva propuesta del Modelo Alternativo de Trastornos de la Personalidad (AMPD) de la sección III del DSM-5, todos los individuos pueden situarse en un continuo, que va desde el funcionamiento normal de la personalidad hasta el trastorno grave de la misma. Dependiendo del grado de afectación de cinco dominios de personalidad desadaptativos, una persona se situaría cerca en uno u otro polo de dicho continuo. Dichos rasgos de personalidad se definen, por tanto, en: *Afectividad negativa (AN)*, *Desapego (DE)*, *Antagonismo (AN)*, *Desinhibición (DI)* y *Psicoticismo (PS)* (American Psychiatric Association, 2013; Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol,

2012). A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (World Health Organisation, 2018). En el capítulo correspondiente a los TP, se ha eliminado la clasificación categorial de 10 trastornos y se propone una nueva forma de clasificación dimensional, de un único trastorno: *Trastornos de la personalidad y rasgos asociados*. Este nuevo diagnóstico se realizará basado en los criterios recogidos en dicha categoría diagnóstica, junto con los especificadores de: 1) Severidad y 2) Rasgos de personalidad disfuncional.

El diagnóstico de los TP es fundamentalmente clínico, no obstante, existen diversos instrumentos de evaluación validados, que nos pueden aportar más información sobre el paciente. Hay entrevistas con suficiente reconocimiento científico y clínico, como es el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE) (Loranger, Janca y Sartorius, 1997), Entrevista Clínica Estructurada para el Diagnóstico de los Trastornos de Personalidad (SCID-II) (First y Gibbon, 2004), la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (Pfohl, Blum y Zimmerman, 1997) o la Entrevista Estructurada de la Organización de la Personalidad (STIPO) basada en modelo estructural de TP de Kernberg (Clarkin, Caligor, Stern y Kernber, 2016). Así como cuestionarios más actuales, adaptados a los nuevos modelos diagnósticos dimensionales como son, el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5) (Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012) y el Inventario de Personalidad de la CIE-11 (ICD-11 PiCD) (Oltmanns y Widiger, 2018).

Debido a la complejidad de los TP y su repercusión funcional, sobretodo en el área interpersonal, así como su cronicidad y escasa respuesta al tratamiento, las terapias más clásicas de orientación cognitivo-conductual se muestran insuficientes en conseguir bienestar subjetivo, sensación de cambio y funcionalidad (Pollack, Otto, Roy-Byrne, Coplan, Rothbaum, Simon y Gorman, 2008). Por esta razón, surgen nuevas alternativas de tratamiento como son: la Terapia Centrada en los Esquemas (Young, Klosko, y Weishaar, 2006), Terapia basada en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2013) como aproximaciones generales a los TP y la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993) tratamiento específicamente dirigido a la conducta parasucida y autolesivas presentes en las personas diagnosticadas de TLP y la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP)(Kernberg, Yeomans, Clarkin, y Levy, 2008) dirigida a pacientes con una organización borderline de la personalidad.

Dentro de las psicoterapias dirigidas para las TP estarían los programas de tratamiento diurno, como el que se aplica en el centro CEPE (Centro Especializado en Personalidad). Estos tratamientos han mostrado una buena relación coste-beneficio, ya que suelen ser tratamientos de tipo grupales y de mayor intensidad que aquellos que se realizan en régimen ambulatorio.

2. Descripción centro de destino

El Centro Especializado en Personalidad (CEPE), en un centro específico para el tratamiento de los TP graves, se establece en 2011 por el Dr. Antonio Mechaca con la idea de poder traer a Chile su experiencia en terapia de grupo ambulatoria en el instituto de Trastornos de Personalidad del New York-Presbyterian/Weill Cornell Medical Center, del cual fue director de uno de los programas psicoanalíticos diurnos.

Este programa diurno es un tratamiento intensivo, diario, ambulatorio y de tiempo limitado. El objetivo principal de este programa es proporcionar estructura en el paciente y así mejorar su funcionamiento social, ocupacional y aumentar su capacidad reflexiva. La estructura de este programa implica la integración de varias técnicas basadas en distintos enfoques teóricos, como son, la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) para proporcionar herramientas a los pacientes de gestión de sus dificultades emocionales; el enfoque psicodinámico, así como la combinación de otros talleres (Martínez, Tapia y Astudillo, 2005). Además, el eje principal del programa es el enfoque de metas, es decir, el paciente tiene que establecer metas a corto, medio y largo plazo.

Pasar a un programa de menor intensidad o proceder al alta del mismo dependerá del cumplimiento de las metas a medio plazo que se ha establecido el propio paciente y se ha comprometido a cumplir. Las metas se revisan dos veces por semana en dos talleres exclusivos para este fin. Este enfoque de intervención es de gran interés clínico ya que es una forma de empoderar y responsabilizar al paciente de su propio proceso terapéutico.

A continuación, se expone una tabla con las bases teórica de la terapia grupal psicoanalítica y del enfoque de metas, los cuáles se consideran ejes fundamentales en los programas diurnos de tratamiento de CEPE.

TALLER	FUNDAMENTO TEÓRICO
Psicoterapia de grupo	• Modelo expresivo-apoyo de psicoterapias dinámicas (Gabbard, 1990) • Teorías de grupos de Bion (Bion, Puget y Guastavino, 1980) • Teoría estructural sobre trastornos limítrofes de personalidad de Kernberg (Kernberg, Ramírez y Suárez, 1987) • Modelo técnico de psicoterapia de apoyo para limítrofes de Kernberg

El edificio en donde está ubicado el centro CEPE, es edificio histórico que consta de tres plantas: en la planta primera tenemos un despacho para psicoterapia individual, una sala para terapia grupal y una sala de taller. En la segunda planta se sitúan la mayor parte de despachos de los distintos profesionales (psicólogos y terapeutas ocupacionales) para la realización de psicoterapia individual.

2.2 Equipo profesional

El equipo profesional que conforma el centro es:

Administrativa

Paula Castillo

Psicólogos clínicos

Soledad Silva (Directora clínica programa semi intensivo)

Vivian Harris (Directora clínica programa PROTAL (Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo))

Valentina Simonetti

Carlos García

Francisco Ruíz

Aida Pardow (Terapeuta familiar)

Terapeutas ocupacionales

Daniela Arenas

Rocío González

María José Bruna

Psiquiatras

Dr. Antonio Menchaca (Director centro CEPE)

Dr. Julio Armijo

2.3 Evaluación

Anteriormente, la evaluación siempre comenzaba con una entrevista con el Dr. Antonio Menchaca, no obstante, desde hace unos meses esta entrevista inicial la pueden realizar cualquiera de las dos directoras clínicas, Soledad Silva o Vivian Harris. Esta entrevista inicial, tiene como objetivo determinar si la persona consultante tiene o no un TP. Después, se realiza la evaluación multidisciplinar para determinar qué modalidad de tratamiento es la más idónea para cada uno de los pacientes. La evaluación completa consta de tres áreas: psicológica, terapia ocupacional y familia.

1. Psicológica

Esta parte de la evaluación la realizan los psicólogos del equipo, en ella se suele hacer un repaso de los tratamientos y recursos terapéuticos que ha recibido el paciente previamente. Después, se pasa la entrevista STIPO (Entrevista Estructurada de la Organización de la Personalidad) (Clarkin, Caligor, Stern y

Kernberg, 2004), este instrumento fue creado en 2004 por Kernberg y su equipo, para proveer de una guía para la evaluación de la organización según el modelo psicodinámico de la personalidad elaborado por Kernberg (Kernberg, 1996).

Esta entrevista consta de 87 preguntas con las que se pretende realizar una impresión dimensional de los dominios centrales del funcionamiento de la personalidad, según este modelo de teoría de la personalidad. Estos dominios son:

- Identidad: Se evalúa mediante preguntas que exploran la capacidad de la persona para involucrarse en el trabajo, estudios y actividades de ocio, así como, el grado de integración y estabilidad del mismo. La identidad se define como la experiencia interna, estable e integrada de sí mismo y de los demás. Una identidad integrada, se caracteriza por un mundo interno en el que las experiencias de sí mismo están bien integradas, son sutiles y tienen profundidad. Mientras que la difusión de identidad, se corresponde con un mundo interno en el que las experiencias de sí mismo y otros son polarizadas, contradictorias y superficiales.
- Calidad de las relaciones objetales: Se evalúa mediante la valoración de la estabilidad y naturaleza de las relaciones interpersonales, así como la calidad de éstas relaciones y la naturaleza de la experiencia interna del sí mismo y otros en interacción.
- Defensas primitivas: Las defensas primitivas serían aquellas defensas que se establecen en la infancia y cuyo principal propósito es negar la realidad. Este tipo de defensas se evalúan a través del cuestionamiento sobre correlatos conscientes, subjetivos, afectivos, cognitivos y conductuales del uso de las operaciones defensivas primitivas. Siendo defensas primarias (primitivas) como la escisión, idealización/ devaluación, introyección proyectiva, negación primitiva, fantasía y somatización características de los pacientes con estructura *borderline* de la personalidad.
- Afrontamiento y rigidez: La capacidad de afrontamiento se refiere a la capacidad del individuo para responder ante situaciones que son potencialmente estresantes, de forma flexible y adaptativa. Mientras que la rigidez se define como tendencia a responder ante situaciones estresantes de una forma automática, estereotipada y constante, aún cuando ésta resulta desadaptativa. Mediante la entrevista STIPO se evalúa estas capacidades a partir de preguntas que exploran cómo actúa la persona ante este tipo de situaciones.
- Agresión: Se valora a partir de la presencia de comportamientos autodestructivos y destructivos, control sobre los otros, odio y sadismo. Si la agresión es predominante, es probable que se

correlacione con una calidad pobre de las relaciones de objeto y mayor presencia de defensas primitivas.

- Valores morales: Se definen como grado en el que el sujeto ha internalizado valores personales y una moral estable, que guían su conducta, así como afectan a su experiencia interna. Se evalúa mediante la toma de decisiones morales y la capacidad de experimentar culpa.

A partir de esta entrevista además de obtener un diagnóstico de TP según el modelo estructural de Kernberg, se pueden observar varias variables de alta importancia a la hora de valorar la idoneidad de cada uno de los tratamientos que se ofrecen en CEPE. Estas variables son: dificultad en la mentalización, desregulación emocional, dificultades interpersonales, conductas hetero/auto agresivas, impulsividad, pensamiento polarizado y difusión de la identidad.

Debido a la larga duración de esta entrevista (aproximadamente 3 horas) se suele dividir la evaluación en dos ocasiones separadas por una semana, de esta forma además se podrá comprobar si el paciente se comporta de forma distinta.

2. Terapia ocupacional

La evaluación que se realiza a partir del equipo de terapia ocupacional se basa en el Modelo de Ocupación Humana. Desde este enfoque de terapia ocupacional, se conceptualiza al ser humano como un sistema compuesto por los siguientes subsistemas: habituación, el cual nos permite comprender porque las personas repiten patrones de comportamiento familiares; volición o elección consciente de las actividades ocupaciones y capacidad de desempeño, el cual se definiría como el compendio de habilidades necesarias para construir un comportamiento con un propósito (Aravena, 2018). De este modelo, se deriva la entrevista mediante la cual evalúan los tres subsistemas anteriormente descritos en el paciente.

3. Apoyo familiar

Esta parte de la valoración tendría una doble función, por una parte brindar un espacio para que la familia se exprese y pueda ventilar sus emociones y por otra explorar distintas cuestiones concernientes al paciente como, cuál creen qué es el problema, expectativas acerca el tratamiento, en qué creen que se les puede ayudar, tratamientos previos, anamnesis con historia del desarrollo, explorar temas “difíciles” que el paciente haya podido ocultar, como adicciones u otras conductas de riesgo, ver si se cuenta con el apoyo de la familia de cara a las exigencias y responsabilidades que exige el tratamiento; además de generar alguna hipótesis sobre el funcionamiento familiar y su relación el problema del paciente.

2.3.1 Devolución evaluación

Posteriormente a la evaluación realizada se realiza una devolución. Se trata de una parte muy importante de los servicios que se ofrecen en CEPE, ya que no sólo se devuelve un diagnóstico, si no también una propuesta de tratamiento.

La devolución se realiza por parte del psicólogo y terapeuta ocupacional que llevó a cabo al evaluación, no obstante, en ocasiones también se lleva a cabo por el psicólogo que evaluó el apoyo familiar.

Durante la devolución se recalca la voluntariedad del tratamiento, la motivación al cambio, así como, el compromiso con el mismo (coste monetario y de tiempo) ya que se trata de un tratamiento largo y costoso.

La propuesta de un tratamiento más o menos intensivo dependerá de una serie de parámetros que son los siguientes:

- *Estructura:* Si el paciente está trabajando, estudiando, etc... Es decir, si tiene una ocupación que le proporciona un horario y funcionalidad que sea estable, entonces se le sugiere un tratamiento semi intensivo. Sin embargo aquellos casos en los que no exista tal ocupación, haya desorganización horaria y del tiempo, así como limitada funcionalidad, se propondrá el tratamiento PROTAI (Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo).
- *Capacidad de mentalizar:* Si en el paciente hay cierta capacidad par reflexionar sobre uno mismo y sus emociones, entonces se propone tratamiento semi intensivo; si por el contrario hay mucha dificultad para identificar como se siente y existe una baja capacidad reflexiva, se plantea un tratamiento más intensivo como el PROTAI.
- *Descontrol de impulsos:* Si hay excesiva presencia de autolesiones, consumo de sustancias y otras conductas de riesgo para el paciente (i.e.: intentos autolíticos previos) se sugiere la necesidad del tratamiento PROTAI.
- *Conciencia de enfermedad:* Si en el paciente hay cierta conciencia sobre el problema que tiene, entonces se plantea un tratamiento como el semi intensivo, por el contrario si hay mucha resistencia y negación ante la posible existencia de un problema, se propone el tratamiento PROTAI.

La modalidad de tratamiento Multidisciplinar se propone en aquellos casos en los que hay elevada funcionalidad y las dificultades se circunscriben a áreas determinadas, como por ejemplo el área interpersonal.

En ocasiones, si tanto el equipo, como el psicólogo que realizó la evaluación y el que valoró el apoyo familiar, consideran que puede ser beneficioso para el avance del paciente, se puede considerar agregar al tratamiento terapia familiar.

Así mismo en CEPE, en se puede contar con la valoración de profesionales externos pero afines al centro para realizar un evaluación más específica sobre algún trastorno mental concreto como pueden ser las adicciones o los trastornos de conducta alimentaria.

2.4 Programas de tratamiento

En el centro CEPE se ofertan **5 tipos de tratamiento**:

a) PROTAI (Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo)

Se trata de un programa ambulatorio interdisciplinario e intensivo dirigido a pacientes con TP de mayor gravedad, en modalidad de tratamiento grupal. Este programa está dirigido a pacientes que mantienen mucha dificultad para estudiar o trabajar y/o pacientes que por diferentes razones se auto-agreden o han intentado quitarse la vida en reiteradas ocasiones.

Los objetivos generales de este tratamiento son: que los pacientes adquieran estructura de una forma temprana que les permita ordenar y priorizar su tiempo; incrementar la capacidad de mentalización, es decir la reflexión sobre uno mismo y los demás; y adquirir habilidades que les permitan gestionar de una forma más adecuada la situaciones estresantes y de crisis y así disminuir las conductas de riesgo. De esta forma el paciente va ganando habilidades que le permitan incrementar su funcionalidad y así poder continuar con tratamientos menos intensivos.

Debido a la gravedad de la sintomatología que presentan estos pacientes, los objetivos específicos de tratamiento a diferencia de los otros dos tratamientos que se ofrecen en el centro CEPE, son fijados por el equipo terapéutico. Estos objetivos son: haber acudido en le último mes al 95% de los talleres que conforman el tratamiento; ser capaz de desarrollar una actividad laboral o académica, de mediana exigencia y tener un plan de contingencias que se haya probado como efectivo.

Este tratamiento provee de estos objetivos mediante distintos talleres, los cuales se describen a continuación:

1. Enfoque de metas

Junto con el paciente se establecen metas del tratamiento, las cuales son: metas a largo plazo, aquellas metas terapéuticas que el paciente se ha propuesto cumplir al finalizar todos los tratamientos que pudiese necesitar, suele incluir valores, forma de vida, aspiraciones, etc.; metas a mediano plazo, son aquellas más urgentes y/o las que permiten solucionar la situación de crisis vital por la que pasa el paciente. Cuando estas se logran, determinan el alta del paciente del programa y metas semanales o a corto plazo, consisten en el planteamiento de

objetivos concretos, que se revisan semanalmente y que han sido diseñados para el logro de las metas de mediano y largo plazo.

2. Habilidades psicosociales

Se trabajan habilidades que provienen de modelo psicoterapéutico Terapia Dialéctica Conductual (DBT) como son: la regulación emocional, tolerancia al malestar, aceptación de la realidad, toma de decisiones, identificación y delimitación de crisis, efectividad interpersonal, entre otras. Se lleva a cabo dos veces por semana en sesiones de una hora.

3. Plan de contingencias

Se busca que el paciente participe activamente en el diseño de un plan que le permita tolerar el estrés emocional que surge ante situaciones de crisis, especialmente las interpersonales, sin realizar conductas autolesivas o intentos de suicidio. Se realiza una vez por semana en sesiones de una hora.

4. Asamblea de pacientes

Se trata de sesiones donde se juntan tanto el equipo profesional de terapeutas como todos los pacientes, se comentan aquellas dificultades e inquietudes que perciben durante su estancia, como son: las altas, las ausencias, rupturas del encuadre, sugerencias, quejas, etc.. Y se buscan formas de solucionarlas.

5. Ordenamiento del tiempo

El objetivo de este taller, es que el paciente aprenda a priorizar sus actividades, dándoles un tiempo determinado, dentro de la organización de sus tareas diarias. Se realiza una vez por semana.

6. Actualidad

En este taller se proponen distintos temas de actualidad para iniciar debate. El objetivo del mismo, exponer las opiniones propias de forma tolerante y con respeto al otro. Se realiza una vez por semana, durante una hora.

7. Relajación

Se trabajan distintas técnicas de relajación, como forma de tolerar el malestar, sin tener que recurrir en primera instancia a la utilización de fármacos.

8. Ergoterapia

Los pacientes tienen la posibilidad de explorar distintas áreas de interés, ayudándoles a elegir un proyecto concreto para llevarlo a cabo hasta su finalización. El objetivo de este taller es incrementar el sentido de logro en talleres adaptados a las características personales de cada paciente. Se realizan 3 sesiones de una hora cada una a la semana.

9. Supervisión de rutina

Se revisa junto a los pacientes, el equilibrio ocupacional entre sus responsabilidades, su tiempo libre, el descanso adecuado, y la utilización del tiempo de la manera más adecuada para sus necesidades y deberes.

Además de los talleres grupales, si el paciente lo desea y de forma completamente voluntaria, puede acceder a sesiones de psicoterapia individual.

La familia puede contar con apoyo familiar, se trata de sesiones en las que se favorece la ventilación emocional, posibles dificultades y psicoeducación acerca del trastorno y cómo manejarlo. Si el equipo profesional considera que la familia de la paciente se puede beneficiar de terapia familiar, la cual se plantea a la familia y paciente.

La terapeuta familiar tiene formación en terapia familiar sistémica, por lo que realiza una hipótesis del caso y de ahí procede una sugerencia de tratamiento. Dependiendo de los objetivos de la intervención, en estas sesiones se incluirá a los distintos miembros de la familia, como al paciente. En el centro CEPE no se realizan grupos multifamiliares.

b) SEMI INTENSIVO

Es también un tratamiento grupal de día, con los mismos objetivos generales que la modalidad intensiva, no obstante está indicado para pacientes con mayor estructura y funcionalidad, que dentro de sus objetivos terapéuticos se encuentra mantenerse en un contexto productivo (trabajo o estudios) como paso previo a pasar a modalidades de tratamiento menos intensivas (Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP), Terapia basada en Mentalización (MBT), psicoterapias de orden analítico y de forma individual).

El Programa de Tratamiento Semi Intensivo está diseñado para proveer estas herramientas a los pacientes con problemáticas graves en su personalidad que han visto interrumpidas sus actividades diarias de manera momentánea y que presentan muchas dificultades para desenvolverse en distintas áreas de su vida.

A diferencia del programa intensivo, en esta modalidad de tratamiento los objetivos específicos se acuerdan con el paciente en forma de metas terapéuticas. Los pacientes que entran en este programa presentan dificultades a la hora de tener una estructura interna (dificultades para saber lo que se quiere, para priorizar, ordenar, etc.). Por esta razón todo el programa gira en torno a las metas que se establece el propio paciente y, en torno a las dificultades del paciente para fijarlas y ejecutarlas.

Al igual que el programa intensivo este tratamiento provee de estos objetivos mediante distintos talleres, los cuales describo a continuación:

1. Enfoque de metas

Tal y cómo se explica en el tratamiento PROTAI. El taller de enfoque de metas trata de junto con el paciente se establecen metas del tratamiento realistas y específicas. Estas metas son: metas a largo plazo, aquellas metas terapéuticas que el paciente se ha propuesto cumplir al finalizar todos los tratamientos que pudiese necesitar, suele incluir valores, forma de vida, aspiraciones, etc.; metas a mediano plazo, son aquellas más urgentes y/o las que permiten solucionar la situación de crisis vital por la que pasa el paciente, es decir los objetivos terapéuticos que quiere trabajar en el programa. Cuando las metas a medio plazo se logran, determinan el alta del paciente

del programa a otro menos intensivo como el multidisciplinar. Las metas semanales o a corto plazo, consisten en el planteamiento de objetivos concretos, que se revisan semanalmente y que han sido diseñados como pasos previos para el logro de las metas de mediano y largo plazo.

2. Psicoterapia grupal

Los pacientes van expresando los temas que les preocupan y se asigna un tiempo determinado según la urgencia en el que deben de ser tratados. El objetivo es que los pacientes incrementen su capacidad de mentalizar, identificación y expresión de emociones y el fortalecimiento de las funciones controladas por aspectos cognitivos como el pensamiento. El enfoque utilizado en las sesiones de psicoterapia grupal, es fundamentalmente de tipo psicoanalítico, por lo que no suele ser muy directivo.

3. Habilidades psicosociales

Se trabajan habilidades que provienen de modelo psicoterapéutico Terapia Dialéctica Conductual (DBT) como son: la regulación emocional, tolerancia al malestar, aceptación de la realidad, toma de decisiones, identificación y delimitación de crisis, efectividad interpersonal, entre otras. Se lleva a cabo dos veces por semana en sesiones de una hora.

4. Asamblea de pacientes

Se trata de sesiones donde se juntan tanto el equipo profesional de terapeutas y como todos los pacientes. En ellas se comentan aquellas dificultades e inquietudes que perciben durante su estadía como son: las altas, las ausencias, rupturas del encuadre, sugerencias, quejas, etc.. entre otras. Y se buscan formas para su resolución.

5. Ordenamiento del tiempo

El objetivo de este taller, es que el paciente aprenda a priorizar sus actividades, dándoles un tiempo determinado, dentro de la organización de sus tareas diarias. Se realiza una vez por semana.

6. Ergoterapia

Los pacientes tienen la posibilidad de explorar distintas áreas de interés, ayudándoles a elegir un proyecto concreto para llevarlo a cabo hasta su finalización. Por ejemplo, si un paciente tiene mucho interés en carpintería, se le ayuda a explorar un posible proyecto como puede ser un mueble y se le sigue hasta su finalización. El objetivo de este taller es incrementar el sentido de logro en talleres adaptados a las características personales de cada paciente. Se realizan 3 sesiones de una hora cada una a la semana.

Además de los talleres grupales, el paciente mantiene con un psicólogo del equipo psicoterapia individual, para poder trabajar y elaborar aspectos más profundos personales, que nos e abarcan en los talleres.

La familia cuenta con apoyo familiar, al igual que el programa intensivo.

c) MULTIDISCIPLINAR

Muchos pacientes que presentan trastornos de personalidad necesitan adquirir rápidamente habilidades que les permitan funcionar en los ámbitos sociales, académicos y /o laborales en los que se desenvuelven. Así como mantenerlas y potenciar la mentalización o capacidad de reflexión frente a situaciones emocionalmente intensas y evitar los comportamientos de riesgos como respuesta ante las dificultades.

Los objetivos generales de este programa son los mismos que en los dos tratamientos descritos anteriormente (PROTAI y semi intensivo), si bien este se trata de un programa de tratamiento de tipo individual, a diferencia de los otras modalidades, por lo tanto de menor intensidad. Este programa está dirigido para aquellos pacientes que hayan sido dados de alta en os programas grupales (semi-intensivo o PROTAI) o aquellos en los que su funcionalidad y ocupación no se ve muy afectada.

Al igual que el programa semi-intensivo los objetivos específicos del tratamiento se acuerdan con el paciente, en forma de metas terapéuticas. Estas metas son una continuación de las que se expusieron en el programa semi intensivo.

Este programa cuenta con sesiones individuales de:

1. Psicoterapia

Los objetivos son fomentar el reconocimiento de emociones, pensar y reflexionar sobre ellas, el fortalecimiento de funciones controladas por el pensamiento, aumentando la función reflexiva del paciente. Las psicólogas que aplican la psicoterapia individual se suelen valer de los modelos de TFP, MTB y terapias de tipo psicodinámico.

2. Habilidades psicosociales

Se trabajan habilidades que provienen de modelo psicoterapéutico Terapia Dialéctico Conductual (DBT) como son: la regulación emocional, tolerancia al malestar, aceptación de la realidad, toma de decisiones, identificación y delimitación de crisis, efectividad interpersonal, entro otras.

3. Terapia ocupacional

El objetivo de las sesiones de terapia ocupaciones es prestar el apoyo necesario para que los pacientes puede desempañarse de una manera satisfactoria en distintos ámbitos de su vida. Este proceso se lleva a acabo mediante el fortalecimiento del uso de las potencialidades del paciente y trabajando en sus limitaciones.

4. Apoyo familiar

Algunas familias necesitan ayuda para comprender mejor la patología del paciente y que asuman una función colaborativa con el tratamiento, en especial cuando el paciente no tiene una clara conciencia del problema. La frecuencia de las sesiones dependerá de los requerimientos del tratamiento.

d) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Dentro de los tratamientos que se ofrecen en el centro CEPE, se ofrece psicoterapia individual como tratamiento único. Tiene por objetivo profundizar en las problemáticas del paciente para poder llegar a la raíz de sus dificultades. La frecuencia será determinada de acuerdo a los requerimientos del paciente y el enfoque de psicoterapia en el que se base la psicoterapeuta.

e) APOYO FAMILIAR

Tiene por objetivo profundizar en las problemáticas del paciente para poder llegar a la raíz de sus dificultades. La frecuencia será determinada de acuerdo a los requerimientos del paciente.

3. Actividades realizadas

3.1 Cronograma

Horario programa PROTAI

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
09:30 a 10:20	Enfoque de Metas	Habilidades psicosociales	Ordenamiento del tiempo	Habilidades psicosociales	Revisión de metas semanal
10:30 a 11:20	Relajación	Asamblea de pacientes	Ergoterapia	Plan de contingencia	Ergoterapia
11:30 a 12:20		Ergoterapia	Supervisión de Rutina	Actualidad	

Horario Programa SEMI INTENSIVO

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
15:10 a 16:00		Habilidades psicosociales			Habilidades psicosociales
16:10 a 17:00	Psicoterapia grupal	Asamblea de pacientes		Enfoque de metas	Psicoterapia grupal
17:10 a 18:00	Reunión de metas	Ergoterapia		Ordenamiento	

Reuniones de equipo semanales

- Reunión de PROTAI, martes de 12:20 a 13:10

- Reunión SEMI INTENSIVO de 13:10 a 14:00

Supervisiones

- Supervisión grupal del equipo de psicología con el Dr. Antonio Menchaca los martes de 14:00 a 15:00
- Supervisión individual con la psicóloga clínica Soledad Silva, los miércoles de 14:30 a 15:30

3.2 Actividades asistenciales

Durante los meses que estuve realizando mi rotación en el centro CEPE, acudí a todos los talleres grupales de los programas PROTAI y SEMI INTENSIVO. Durante la primera semana me mantuve en un rol de observador, para ir asumiendo conforme pasaban los días, un papel más participante de co-terapeuta con las psicólogas y terapeutas ocupacionales que dirigían los talleres. He acudido a todas las reuniones de equipo de ambos programas; así como a supervisiones grupales e individuales, que describo de forma más detallada en el siguiente apartado.

Así mismo, he realizado 3 talleres sobre adicciones en formato grupal, basado principalmente en psicoeducación sobre el consumo perjudicial de sustancias, abstinencia, motivación al cambio y prevención de recaídas. También realicé una sesión para los miembros del equipo sobre la actualización del modelo alternativo de diagnóstico de TP, recogido en la sección III del DSM-5 publicado en 2013.

3.3 Supervisiones

Se realiza un apartado a parte en el que se describen las supervisiones que llevan a cabo los profesionales de este centro. Las cuales son consideradas fundamentales para garantizar un correcto funcionamiento del equipo y por tanto de la consecución de tratamiento. Además a título personal, considero que son un punto muy fuerte de la rotación que expongo en esta memoria.

En CEPE se da un papel muy importante a la supervisión grupal de los distintos miembros del equipo que dirigen talleres o realizan psicoterapia individual, ya sean psicólogos o terapeutas ocupacionales. La razón de estas sesiones, es poder proveer de un espacio en el que se trabajen dificultades de manejo con los pacientes, dinámicas de grupo que se establecen entre los distintos miembros de grupo; así como analizar los fenómenos transferenciales y contrasferenciales que pudieran surgir en las dinámicas grupales.

Estas sesiones son dirigidas por el director de CEPE el Dr. Antonio Menchaca, el cual se formó junto al Dr. O. Kernberg, dirigió uno de los programas diurnos en el instituto de Trastornos de Personalidad del New York-Presbyterian/Weill Cornell Medical Center, así como, varios programas de funcionamiento similar en Chile.

En estas sesiones el Dr. Menchaca animaba a los distintos profesionales (incluida a mí) a analizar el grupo y sus dinámicas, como un todo; es decir, el grupo como unidad y no

como la suma de sus partes. De esta forma, se posibilitaba trabajar más fácilmente fenómenos inconscientes que pueden surgir dentro de la unidad grupal. Además el poder contar con una persona ajena al grupo, suma objetividad a las interpretaciones que se realizaban por parte del equipo de terapeutas.

Además de las supervisiones grupales del equipo de psicología y terapia ocupacional (por separado), en mi caso personal, he tenido la oportunidad de tener supervisión individual con la psicóloga y directora clínica del programa semi intensivo Soledad Silva, la cual tiene una amplia trayectoria y formación en el tratamiento de los TP, así como terapeuta acreditada en TFP. Durante las supervisiones, además de exponerle posibles dificultades y analizar mis intervenciones; Soledad me proporcionaba literatura especializada para leer sobre alguna cuestión pertinente que surgiese durante la supervisión. Estas lecturas fueron sobre la defensa primitiva de la escisión y fenómenos contratransferenciales que parten del paciente y afectaban al proceso terapéutico (incluidas dentro del apartado 9. Bibliografía recomendada castellano).

Las supervisiones son de gran utilidad y son consideradas como un espacio necesario, no solo para analizar de forma más profunda las intervenciones que se realizan en psicoterapia, si no también por dar la posibilidad de poder exponer y analizar dificultades, sentimientos y comportamientos que surgen en el espacio terapéutico, debido a que estos pacientes pueden generar contratransferencias difíciles de manejar por parte del terapeuta.

4. Aplicabilidad en nuestro contexto

Todos los enfoques, talleres y técnicas que se aplicaban en los distintos programas de CEPE, podrían aplicarse en nuestro contexto. Sobre todo sería de gran interés poder aplicar una intervención de estas características en un recurso intermedio, como puede ser un Hospital de Día con pacientes diagnosticados de TP.

La división de los programas en función de la capacidad mentalizadora, parece una estrategia adecuada, sobre todo con la intención de incrementar la responsabilidad en aquellos pacientes con mayor capacidad reflexiva. Si bien este aumento de responsabilidad puede resultar difícil implementarlo en hospitales o unidades de día que hay en el territorio nacional, ya que estos recursos no suelen ser monotemáticos en un solo diagnóstico, por lo que hacer distinciones en cuanto exigencia entre los distintos pacientes resultaría complicado. También podría ser de interés poder graduar la intensidad de los tratamientos en función de la funcionalidad del paciente, como se realizaba en este centro.

La aplicación de los talleres por separado como el de psicoterapia grupal, el de habilidades DBT y el taller de metas tiene una alta aplicabilidad en la intervención clínica. La terapia DBT es una terapia manualizada, con una amplia literatura sobre su eficacia, sobre todo como estrategia de intervención en la desregulación emocional y las conductas parasucidas como las autolesiones, por lo que se trata de una buena

intervención para pacientes con TP tanto en contexto hospitalario como recurso intermedio o ambulatorio.

El enfoque de metas, puede ser de gran utilidad, sobretodo cuando pasar de un tratamiento más intensivo a uno menor dependa en su totalidad de los objetivos que se plantee el paciente. Sin embargo, en un sistema sanitario como el de España con sus tiempos limitados, este enfoque sería muy complicado, pero como adaptación ambulatoria puede resultar interesante. Una posible forma de presentarle este enfoque al paciente en un contexto ambulatorio, sería pedirles que nos especifique su demanda, que objetivos quiere trabajar en la psicoterapia (metas a medio plazo), que pasos cree que necesita para conseguir estos objetivos (metas a corto plazo) y como estos objetivos le ayudarán a llegar a la imagen futura de que quiere de sí mismo y sus valores. Si conseguimos mediante una buena alianza terapéutica, motivar al paciente para hacer este trabajo personal, aumentaremos su responsabilidad con el tratamiento, así como la percepción de autoeficacia al ir cumpliendo con las metas que se propone. Si bien, es de gran importancia ir revisando las metas con el paciente y reforzar el carácter flexible de las mismas.

Otro taller que puede ser muy útil para el tratamiento de personas con TP o cualquier paciente que padezca de crisis frecuentes con dificultad de manejo de las mismas, fue el de establecimiento de un plan de contingencias. De hecho, para proceder al alta de los programas además de cumplir con las metas a medio plazo que se proponían los pacientes, otro requisito era tener un plan de contingencias que se hubiese puesto en práctica y fuese efectivo. En este plan se le pide al paciente que describa una serie de pasos muy específicos que son definidos según su experiencia. Los pasos indicados se irán aplicando de menor a mayor *distress* emocional, hasta llegar a pasos críticos como la toma de medicación SOS o acudir al servicio de urgencias. Este tipo de estrategias se ha mostrado eficaz en la reducción de autolesiones, consumo de sustancias, atracones o provocación del vómito, entre otros comportamientos de riesgo.

5. Valoración personal

Esta rotación ha sido una experiencia muy buena tanto a nivel personal, como laboral. Vivir en otro país le brinda a uno la oportunidad de tener una experiencia de inmersión cultural muy interesante, por el aporte personal que da vivir en otro país, con la oportunidad de conocer sus costumbres y cultura propia. Así mismo, rotar en un centro como CEPE, me ha dado la oportunidad de aprender y formarme más a fondo en los TP en un centro de referencia muy especializado que cuenta con profesionales que tienen una amplia experiencia en tanto en el tratamiento de los TP, como en la formación de sus profesionales.

En esta rotación comencé en un rol observador, en que progresivamente fui cogiendo un papel más participante en aquellos talleres que tuvieran un enfoque más psicológico, lo que supuso un gran oportunidad para aprender en mayor profundidad la aplicación de la terapia grupal. Además, en muchas rotaciones que se realizan en un país extranjero las funciones del residente se pueden ver reducidas a la observación, por el contrario,

en este centro me he sentido como una co-terapeuta más, donde se han tenido muy en cuenta mis aportaciones y se me ha dado feedback de mis intervenciones.

Recomiendo fervientemente a aquellos residentes que quieran profundizar en el tratamiento de los TP, sobretodo en intervenciones de modalidad grupal de enfoque psicodinámico que se animen a ir al centro CEPE para realizar su rotación externa, ya que mi experiencia ha sido más que satisfactoria tanto a nivel personal, laboral y formativo.

6. Agradecimientos

Antes de nada agradecer a ANPIR por haberme proporcionado esta Beca, no sólo por el aporte económico, si no también por el prestigio que supone la otorgación de la misma. Me he sentido muy afortunada por toda la confianza depositada en mí y en mi proyecto.

Me gustaría agradecer a todos los profesionales que he conocido en CEPE, por toda su calidad humana y capacidad de trabajo en equipo. Primero darlas gracias por todas las supervisiones que realizamos con el Dr. Menchaca, ya que hizo que me cuestionara muchos estándares que tenía establecidos, favoreciendo en mí una forma de pensamiento alternativa fuera de mi zona de confort. A Vivian, por esas reuniones de equipo (intensas) sobre el PROTAL, en donde se favorecía un espacio para la ventilación emocional. A Soledad agradecerle todas las tardes en su despacho, en las que charlábamos sobre mis intervenciones, emociones y sentimientos que surgían durante los talleres; por toda su disposición y capacidad de formación, así como, agradecerle su esfuerzo por formarme no solo asistencialmente, si no a nivel personal y teórico. A mis compañeras y amigas Vale, Dani y Rocío, sin vosotras, vuestra “buena honda” y esas ganas de trabajar esta rotación no habría sido lo mismo.

También agradecer a los residentes de otras especialidades que conocí en Santiago Nacho, Víctor, Yoschka y María con los que recorrí Chile desde el norte hasta la zona austral.

Para terminar, me gustaría agradecerles a mi familia y amigos que siempre estuvieron apoyándome en este proyecto.

7. Bibliografía

American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 Diagnostic Classification. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.x00diagnosticclassification>

Aravena, A. V. (2018). El Modelo de Ocupación Humana (MOHO). *Contexto*, (5), 11–20.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic*

Inquiry, 33(6), 595–613.

- Bion, W. R., Puget, J., & Guastavino, M. I. (1980). *Experiencias en grupos*. Paidós Barcelona.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2004). Structured interview of personality organization (STIPO). *Weill Medical College of Cornell University*.
- Clarkin, J. F., Ph, D., Caligor, E., Stern, B. L., Ph, D., & Kernberg, O. F. (2016). STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION : STIPO-R Personality Disorders Institute Weill Medical College of Cornell University. *Personality Disorders Institute Weill Medical College of Cornell University*. Retrieved from <https://www.borderlinedisorders.com/structured-interview-of-personality-organization.php>
- First, M. B.; Gibbon, M. (2004). Structured Clinical Interview For DSM-IV (SCID-I/SCID-II). In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 2410–2417). https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_2011
- Gabbard, G. O. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Hiroeh, U., Appleby, L., Mortensen, P. B., & Dunn, G. (2001). Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: A population-based study. *Lancet*, 358(9299), 2110–2112. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)07216-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)07216-6)
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In *Major theories of personality disorder*. (pp. 106–140). New York, NY, US: Guilford Press.
- Kernberg, O. F., Ramírez, H. J., & Suárez, J. A. (1987). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. El manual moderno.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601–620.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph*, 137, 201.

- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge University Press.
- Martínez, C., Tapia, P., & Astudillo, C. (2005). Factores de Cambio en un Programa Terapéutico de Hospitalización Diurna para Trastornos Graves de la Personalidad: Visión de los Terapeutas. *Revista de Psicología*, 14(2), 93.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2005.17425>
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*, 30(2), 154–169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality: Sidp-IV*. American Psychiatric Pub.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Roy-Byrne, P. P., Coplan, J. D., Rothbaum, B. O., Simon, N. M., & Gorman, J. M. (2008). Novel treatment approaches for refractory anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25(6), 467–476.
<https://doi.org/10.1002/da.20329>
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709–715.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- (WHO), W. H. O. (n.d.). *International Classification of Diseases. 11th Revision [Internet]*. WHO, 2018.

8. Bibliografía recomendada en castellano

- Kernberg, O. F., & Abreu, S. (1979). La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico.
- Kernberg, O. F., Ramírez, H. J., & Suárez, J. A. (1987). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. El manual moderno.

Kernberg, O. F. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Segal, H. (1965). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. (pp. 124-124). Capítulo posición esquizo-paranoide.

Schorr, A. O. Riquelme-Y-Oksenberg (n.d.). *Trastornos de la Personalidad hacia una Mirada Integradora*. Capítulo terapia ICE y programas diurnos.

9. Datos de contacto centro de destino

Página web del centro: <https://www.cepe.cl/>

Email de contacto: contacto@cepe.cl