

EXPERIENCIA

Experiencia de intervención psicológica grupal en mujeres con TLP para reducir la demanda asistencial en Atención Primaria, Urgencias y Salud Mental.

Marisa López Úbeda¹, Virginia Fuentes-Leonarte²

1. Residente Psicología Clínica 4º Año. UCA San Marcelino. Departamento Dr.Peset de Valencia.
2. Médico de Atención Primaria. UCA San Marcelino. Departamento Dr.Peset de Valencia. Miembro CIBERESP.

Marisa López Úbeda.

E-mail: marislopu426@hotmail.com

Correo postal: CS UCA San Marcelino, c/ San Pío X, nº33 (Valencia).

Citar como: López Úbeda M, Fuentes Leonarte V.

Experiencia de intervención psicológica grupal en mujeres con TLP para reducir la demanda asistencial en Atención Primaria, Urgencias y Salud Mental. fml. 2016; 20(6):4p

Recibido el 15/07/2013

Aceptado el 15/05/2014

Publicado el 25/04/2016

Resumen

La experiencia piloto desarrollada con pacientes diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad (TLP) y consumo de sustancias asociado pretende mostrar la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la sintomatología de estas pacientes, fomentar la reducción del consumo, aumentar su adherencia terapéutica, incrementar la calidad asistencial y como consecuencia reducir la hiperfrecuentación a los servicios sanitarios, en este caso a la Unidad de Conductas Adictivas donde son atendidas.

Fundamentos

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los trastornos de personalidad que mayor deterioro produce en la vida del individuo.

Pertenece al cluster B de trastornos de personalidad, caracterizados por la dificultad para controlar los impulsos y la inestabilidad emocional extrema. En el TLP se añade el fracaso en las relaciones interpersonales, la alteración de la regulación afectiva, cognitiva y conductual, y de la autoimagen.

Se estima que un 70% de las personas afectadas realizarán al menos un intento autolítico a lo largo de su vida. Su prevalencia oscila entre el 2 y el 3% de la población general, entre el 15 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas, el 11% en pacientes de Unidad de Salud Mental (USM), entre el 25 y el 50% en la población reclusa, y se estima un porcentaje mucho más alto pero indeterminado entre los pacientes que siguen tratamiento en dispositivos para tratamiento de conductas adictivas (Gunderson, 2001). Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1.

El curso clínico de los pacientes con TLP se caracteriza por ser inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Además es frecuente encontrar trastornos asociados como trastornos del control de los impulsos (Carrasco, 2002), alteraciones del pensamiento, abuso de alcohol (Fernández-Montalvo y Landa, 2003) y otras sustancias (Sánchez, 2001) ya que lo más específico de estos pacientes es que sean politoxicómanos (alcohol, cocaína, cannabis, benzodiazepinas, anfetaminas, etc.). En estos casos, dependiendo de la gravedad del consumo, el paciente puede requerir la intervención de distintos servicios (sanitarios y sociales) e incluso

el ingreso para desintoxicación hospitalaria. Por su parte, autores como Zimmerman y Mattia (1999) encontraron que los pacientes con TLP estudiados presentaban con gran frecuencia diagnósticos de depresión mayor, trastorno bipolar, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos somatoformos.

Esto explica la hiperfrecuentación a recursos, especialmente los sanitarios, que presentan estos pacientes.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), se ha descrito una mejoría en aquellos pacientes con TLP que reciben tratamiento, psicológico iniciándose durante el primer año del mismo y alcanzando cierta estabilidad en sus relaciones y actividad profesional a lo largo de la cuarta y quinta década de sus vidas. El trastorno límite de la personalidad es el único trastorno hasta la fecha para el cual la APA (American Psychiatric Association) establece la psicoterapia como tratamiento de elección e, independientemente del modelo terapéutico empleado, su abordaje requiere un tiempo de tratamiento largo, basado en el establecimiento de una buena relación terapéutica con el paciente, puesto que sólo así se puede obtener el compromiso necesario para continuar avanzando en la terapia (Cuevas y López Pérez-Díaz, 2012).

Con la puesta en marcha de esta experiencia piloto de intervención grupal en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de referencia se pretende:

- Mejorar la sintomatología clínica de las pacientes y su calidad de vida.
- Consolidar la abstinencia de sustancias tóxicas.
- Incrementar la adherencia terapéutica en relación al cumplimiento farmacológico.
- Mejorar la calidad de la prestación, respondiendo más adecuadamente a las necesidades de este tipo de pacientes.
- Reducir la hiperfrecuentación a la UCA de referencia en cuanto al número de visitas médicas y psicológicas (recordemos que suelen recurrir a toda una gama de servicios de Atención Primaria y Especializada, Puertas de Urgencias (PU), rehabilitación, servicios sociales).

Métodos

La intervención se centró en mujeres, mayores de edad, diagnosticadas de TLP y en proceso de rehabilitación del consumo de sustancias, habiendo abandonado el consumo activo en un período próximo al de inicio de la intervención. El tamaño muestral fue de 5 pacientes. El motivo de realizar el estudio únicamente en mujeres vino determinada por la prevalencia del trastorno según el sexo (cabe recordar que es tres veces más frecuente en mujeres) y la disponibilidad de la muestra.

El tratamiento psicoterapéutico, diseñado en tres fases bien diferenciadas en cuanto a tiempo y fines, además de los objetivos reseñados, tenía los siguientes objetivos terapéuticos a nivel psicológico:

- Adiestrar en el manejo de la inestabilidad emocional propia del TLP, disminuyéndola en cada caso a un nivel tolerable para la paciente.
- Reducir el número e intensidad los episodios de descontrol de impulsos.

Fases del proceso de intervención:

1. Evaluación previa a la incorporación de la paciente mediante un cribaje consistente en: anamnesis, evaluación de la motivación, firma del consentimiento informado, y desarrollo de una serie de instrumentos psicométricos específicos validados de evaluación clínica y actualidad bio-psico-social (Ver Tabla 1). Tras la evaluación clínica inicial - positiva, la paciente se incorporó al programa terapéutico.
2. Intervención enfocada a la regulación de las principales áreas de alteración presentes y constantes en el trastorno límite de la personalidad y dividida a su vez en tres etapas:
 - **1ª Etapa (Duración: 20 sesiones semanales): Grupo inicial cerrado de intervención y psicoeducación para el desarrollo de las habilidades sociales básicas.** Basado en la terapia cognitivo-conductual, siguiendo el Programa STEPPS, originalmente desarrollado por Bartels y Crotty en 1992, y adaptado y revisado por Blum, St. John, y Pfohl (2002).
 - **2ª Etapa (Duración: 30 sesiones quincenales): Grupo abierto de mantenimiento basado en el Programa STAIRWAYS** (Gunderson, 2001). Tras concluir el grupo inicial de intervención este grupo se orientó a incrementar el autoconocimiento, potenciar la estabilidad anímica y autonomía de las pacientes.
 - **3ª Etapa (Duración: 5 sesiones mensuales): Grupo abierto de seguimiento.** Tras la conclusión de la intervención psicoterapéutica propiamente dicha, supone un apoyo y consolidación de la consecución de los logros terapéuticos obtenidos por las pacientes.
3. Evaluación posterior al cumplimiento de cada circuito terapéutico (Tabla 2), consistente en el pase de las pruebas iniciales más una de evaluación de la calidad percibida del tratamiento, en la última sesión de cada bloque de intervención.

Resultados

Descripción de la muestra:

- Mujeres entre 29 y 52 años de edad.
- Estado civil: 3 divorciadas y 2 con pareja estable.

- Situación laboral: 3 en paro y 2 con empleo.
- Nivel formativo: 3 con estudios superiores y 2 con los primarios.
- Sustancias de consumo: 2 diagnosticadas de abuso de alcohol, 3 de dependencia alcohólica y en 3 de los casos con co-dependencia a la cocaína.
- Tiempo de abstinencia: entre 1 mes y 6 meses.

Los resultados, obtenidos al finalizar la segunda etapa de la intervención, y que se han considerado como más relevantes se exponen a continuación en la Tabla 3, pudiéndose hacer la siguiente lectura:

1. Una reducción en el factor de malestar sintomático positivo tras la intervención, evaluada mediante el SCL 90-R.
2. El cuestionario Whoqol-Bref manifiesta una mejoría global de la calidad de vida después de la intervención, principalmente en los aspectos de salud física, salud psicológica y contexto ambiental.
3. Cambios en la predisposición al TLP, tal como se aprecia en los datos relativos a la escala STB, pese a las diferencias en el grado de severidad y en la respuesta a la intervención de los sujetos evaluados.
4. Mantenimiento de la abstinencia en todas las pacientes.
5. Los datos relativos a la escala MARS evidencian una mayor comprensión de la importancia farmacológica, de su cumplimiento y autocontrol.
6. La evaluación del programa y la terapeuta responsable del mismo por las pacientes es positiva, y más teniendo en cuenta el perfil del paciente atendido.
7. La medida del número de consultas médico-psicológicas deja patente una reducción importante en la demanda por parte de estas pacientes (mínima del 50%), en consonancia con su mejoría clínica (diferencia temporal de un año).

Conclusiones

Los resultados obtenidos con la experiencia de este estudio piloto de intervención grupal sobre pacientes con TLP en su UCA de referencia, mostraron una mejoría clínica y de calidad de vida de las pacientes, incluyendo una mayor adherencia farmacológica, una disminución del consumo de sustancias tóxicas y una reducción de la hiperfrecuentación tanto médica como psicológica en

la UCA de referencia. Además, la percepción de calidad de tratamiento por parte de las pacientes fue elevada. Estos resultados apuntan hacia que la inclusión de la intervención grupal en el abordaje terapéutico de pacientes con TLP en la UCA puede ser un instrumento efectivo a la hora de promocionar su mejoría global y que la calidad de la atención percibida es bien valorada, en la misma línea de otros estudios similares como el realizado por el Grup TLP Barcelona en los dos Hospitales de Día del CPB Serveis Salut Mental en Barcelona (en Noticias Médicas, 2013). El empleo de intervenciones grupales de este tipo en pacientes con TLP y consumo de sustancias asociado, como consecuencia, también podría repercutir a nivel económico promocionando la mejora de la relación costes/beneficios a nivel sanitario mediante la reducción de la elevada hiperfrecuentación, la disminución de los episodios de abuso de fármacos y muy probablemente el menor del número de ingresos hospitalarios, si ésta intervención se realizara dentro de un proyecto más ambicioso y global.

En el futuro nos planteamos realizar esta intervención sobre un número mayor de pacientes con el objetivo de evaluar con mayor precisión los resultados obtenidos mediante la aplicación de pruebas estadísticas, descartadas en este estudio por el reducido tamaño muestral. Del mismo

modo nos planteamos estudiar el impacto sobre el número de ingresos hospitalarios y la evaluación de los cambios positivos observados a más largo plazo.

Bibliografía

- 1.- Blum N, Pfohl B, St. John D, Monahan P. y Black DW. STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry* 2002, 43 (4); 301-310.
- 2.-Cuevas Yust C. y López Pérez-Díaz AG. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2012, 12 (1): 97-114.
- 3.-Escribano Nieto N. Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo* 2006, 1 (1): 4-20.
- 4.-García Bernardo E. Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud* 2007, 18 (3).
- 5.- Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011). Barcelona: Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- 6.-Gunderson JG. Borderline personality disorder. A clinical guide. American Psychiatric Press 2001.
- 7.-Noticias Médicas. <http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/19046/1/EI-72-delos-pacientes-con-Trastorno-Limite-de-Personalidad-mejoransignificativamente-con-un-programa-especifico-de-atencion-/Page1.html>

Tabla 1. Instrumentos de evaluación pre-intervención.

Escala de Valoración	Variable Medida
WHOQOL BREF	Calidad de Vida
Borderline Abreviate Scale (STB) (Escala de Predisposición al Trastorno Límite)	Trastorno Límite
SCL 90-R (Listado de Comprobación de Síntomas)	Sintomatología psicopatológica
MARS (Escala Informativa de Adherencia a la Medicación)	Adherencia tratamiento farmacológico
Entrevista Clínica Semi-Estructurada Específica (según criterios CIE-10)	Anamnesis Objetivos y Expectativas
Informes y Seguimiento Clínicos	Evolución Diagnóstica y Tratamientos

Tabla 2. Instrumentos de evaluación post-intervención.

Escala de Valoración	Variable Medida
WHOQOL Abreviado	Calidad de Vida
Borderline Abreviate Scale (STB)	Trastorno Límite
SCL 90-R	Sintomatología psicopatológica
MARS	Adherencia tratamiento farmacológico
TPQ	Percepción de calidad del tratamiento
Entrevista Clínica Semi - Estructurada según criterios CIE-10	Objetivos y Expectativas Conseguidos / Mejorados

Tabla 3. Medias de los resultados obtenidos por las pacientes en cada instrumento de evaluación.

Instrumento	Puntuación Máxima	Puntuación Media Pre	Puntuación Media Post
SCI 90-R (Factor Malestar Sintomático Positivo)	----	12,3	9,7
STB	95	56	40
MARS	45	35	41
WHOQOL-BREF	650	324	392
Nº VISITAS MÉDICO-PSICOLÓGICAS	----	86	23
TPQ	200	----	180

