

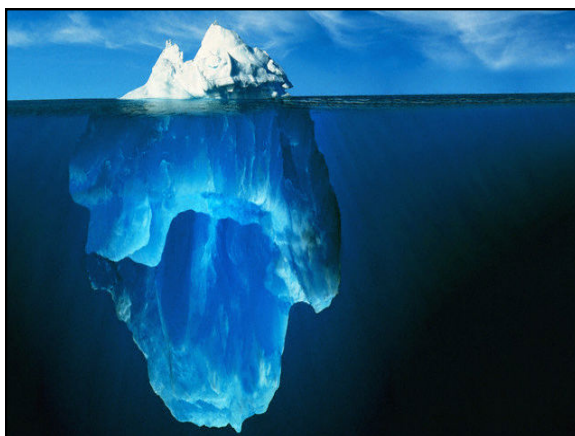


Abordaje de los Trastornos de la Personalidad en adicciones. Parte 1

doloresmosquera@gmail.com | www.intra-tp.com Dolores Mosquera

Confidencialidad

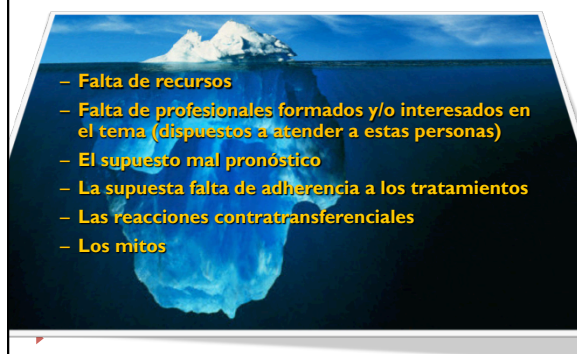
- ▶ Los videos pueden ser grabados ni en video ni en audio.
- ▶ Los videos están distorsionados, si el alumno conoce a algún paciente es importante que avise para poder poner otros videos.
- ▶ La información de los pacientes es confidencial, no ha de ser comentada fuera de este curso



Visión generalizada de los TP



Problemática actual con relación a los profesionales y centros sanitarios



Elementos a tener en cuenta ...

- ▶ Apego
- ▶ Experiencias adversas en la infancia
 - ▶ Sucesos vitales estresantes
- ▶ Trauma
 - ▶ Abuso y/o maltrato
 - ▶ Humillaciones
 - ▶ Negligencia severa
- ▶ Mecanismos de defensa
- ▶ Disociación

Desarrollo temprano, apego y TP
Autocuidado y regulación emocional

doloresmosquera@gmail.com
Dolores Mosquera
www.intra-tp.com

El concepto de trauma

- ▶ El concepto de trauma sigue siendo interpretado como todo o nada.
- ▶ Para muchos profesionales, pacientes y familiares, la palabra “trauma” es equiparable solo a “abuso sexual” o “maltrato físico”.
- ▶ El concepto del trauma es mucho más amplio y en ocasiones mucho más sutil.

▶

El trauma

- ▶ Trauma implica la experimentación, el ser testigo, la anticipación o el verse enfrentado a un evento o eventos que involucran amenaza real para la vida real o la posibilidad de lesiones graves o peligro para la integridad física de uno mismo u otros (American Psychiatric Association, 1994).
- ▶ El trauma se produce cuando los recursos internos y externos son insuficientes para hacer frente a una amenaza externa (van der Kolk, 1989).

▶

Una visión de trauma muy útil para la práctica clínica de Francine Shapiro.

Muchos de nosotros pensamos que el trauma consiste en grandes acontecimientos que aparecen en las noticias. Veteranos de guerra, supervivientes de catástrofes naturales y ataques terroristas..... pero, de hecho, por definición, trauma es cualquier hecho que ha tenido un efecto negativo duradero.

Todos conocemos gente que ha perdido el trabajo, a sus seres queridos e incluso posesiones y como resultado, han sufrido verdaderamente. Cuando se pierde la paz del espíritu o si nunca se tuvo, puede haber serias consecuencias físicas y psicológicas, sea cual fuere la causa.

Al margen de los 'disparadores', las causas se encuentran generalmente en antiguas experiencias de vida. A esas experiencias, las llamamos traumas".



Trauma y adicciones: ¿casos más resistentes?

- ▶ La existencia en la infancia de eventos traumáticos, como pueden ser el abuso físico o sexual, se asocia con la aparición de trastornos mentales,
 - ▶ especialmente con depresión y trastorno de estrés postraumático, y con el abuso de sustancias.



Trauma incluye

- ▶ El trauma "T" del TEPT: catástrofe, accidente, agresión
- ▶ El trauma "t": eventos relacionales repetidos relacionados con el apego, humillaciones, omisión de cuidados repetidos, ...
- ▶ El trauma **"T"** : maltrato, abuso.



Los traumas tempranos “menores” también son relevantes

- ▶ Durante la niñez, muchas de las amenazas percibidas están relacionadas con la falta de disponibilidad o resonancia emocional del cuidador primario.
- ▶ Estos “traumas ocultos” están relacionados con la incapacidad del cuidador de modular los estados afectivos adaptativos. (Schuder & Lyons-Ruth, 2004).



La crítica excesiva, invalidación y humillaciones frecuentes también ...



Más grave en el trauma temprano

- ▶ Los acontecimientos traumáticos que ocurren **durante la niñez son más perjudiciales** para la salud mental que aquellos que ocurren más tarde en la vida:
 - ▶ Los niños son menos capaces de organizar coherentemente sus respuestas a esos acontecimientos negativos.
 - ▶ Son más vulnerables a trastornos del desarrollo del cerebro que pueden jugar un rol en futuros trastornos psiquiátricos.



¿Por qué incluir un apartado de “trauma” en adicciones ?

- ▶ Casos de patología dual:
 - ▶ adicción + patología psiquiátrica
- ▶ ¿Puede el trauma estar relacionado con la aparición de dicha patología dual?



- ▶ Se constata a lo largo de los años la presencia frecuente de este tipo de eventos negativos en las vidas de muchos pacientes, lo que requiere ser estudiado con mayor detenimiento y profundidad.



Datos

- ▶ Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, tienen un riesgo **tres veces mayor** de desarrollar una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000), llegando a **ser entre siete y diez veces mayor** en caso de haber tenido cinco o más experiencias traumáticas (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles y Anda, 2003).
- ▶ Diferencias de género: Este fenómeno se ve quizá más claramente en diferentes estudios en el caso de las mujeres (Teusch, 2001; Urbano y Arostegui, 2004).
- ▶ Cabe destacar que un porcentaje importante de estas mujeres ha sufrido acontecimientos traumáticos (maltrato físico, psicológico y abuso sexual) desde una edad temprana.



Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico

- ▶ **Autores:** M.A. Santos Goñia*, L. García Colmenero, A. Bernardo Carrascoc, E. Quijano Arenasd, L. Sánchez Pardoe y el Grupo de trabajo sobre mujeres drogodependientes
- ▶ **Objetivos:** Analizar la prevalencia de antecedentes traumáticos (maltrato físico, psicológico y abusos sexuales) en la infancia o adolescencia de mujeres drogodependientes de centros ambulatorios y residenciales de la Red Asistencial al Drogodependiente de Castilla y León y detectar diferencias entre las mujeres con y sin este tipo de antecedentes.
- ▶ **Método:** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico con 145 mujeres mayores de edad, en tratamiento por su adicción a las drogas en 2008. Recogida de datos mediante cuestionario autoadministrado con información sobre antecedentes de maltrato físico, psicológico y abuso sexual en la infancia o adolescencia



Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico

- ▶ **Resultados:** La prevalencia total de **antecedentes de maltrato psicológico y abusos sexuales fue del 63 %**. En el grupo de mujeres con antecedentes traumáticos existe mayor presencia de mujeres jóvenes (18-29 años), un inicio precoz del consumo de la droga principal (antes de los 18 años), mayor presencia de consumo de opiáceos, así como de tratamientos anteriores y tratamientos residenciales.
- ▶ La presencia de antecedentes traumáticos en el contexto familiar afecta al 30,6 % (maltrato físico); al 44,9 % (maltrato psicológico); al 18,4 % (abuso sexual) y fuera del contexto familiar al 21,8 % de las mujeres estudiadas.
- ▶ **Conclusiones:** Los antecedentes traumáticos aparecen en más del 50 % de las mujeres, con un perfil más complejo en su adicción.
- ▶ Esta situación determina la necesidad de incorporar una evaluación inicial de este tipo de antecedentes traumáticos y de intensificar tratamientos psicológicos de apoyo a esta patología.

Datos

- ▶ Otros trabajos muestran la relación entre el consumo de drogas y los abusos físicos, psicológicos y sexuales previos al inicio del consumo (Schäfer et al., 2000; Schuck y Widom, 2001; Dube et al., 2003; Olszewski et al., 2009 y Vázquez y Cittadini, 2009) y también la presencia de estos abusos dentro del periodo de consumo (Castaños et al., 2007) con mayor frecuencia que en la población general (Medrano et al., 1999; Llopis et al., 2005).

Experiencias vitales tempranas y el desarrollo de los trastornos de personalidad (TP)

Hoermann, Corinne, Zupanick y Dombeck, 2013

Experiencias vitales tempranas y el desarrollo de los trastornos de personalidad

- ▶ En términos generales, hay dos factores interrelacionados que contribuyen al desarrollo de la personalidad y, por tanto, al desarrollo de los trastornos de personalidad:
 - ▶ 1) factores biológicos, es decir, la composición genética y el temperamento, y
 - ▶ 2) factores ambientales, es decir, las experiencias de vida de las personas, en particular las experiencias de la primera infancia.
- ▶ La genética de las personas y sus experiencias vitales tempranas interactúan de manera compleja para influir en el desarrollo de su personalidad y, posteriormente, en su vulnerabilidad a desarrollar trastornos de personalidad.



Temperamento y experiencias tempranas

- ▶ En general, asumimos que el temperamento de los bebés está determinado genéticamente, pero esto es sólo el punto de partida ya que los bebés no crecen ni se desarrollan de forma independiente.
- ▶ Los bebés dependen mucho de sus cuidadores para su supervivencia y las interacciones con los padres y otros cuidadores son muy relevantes.
- ▶ El tono emocional de las interacciones sociales con los cuidadores está conformado por la manera en que "encajan" el temperamento de los bebés y las personalidades de los padres.
- ▶ Estas interacciones influyen en el desarrollo de la personalidad de los bebés.



Temperamento y experiencias tempranas

- ▶ Algunos bebés son muy sensibles. Reaccionan con rapidez y de forma pronunciada a estímulos ambientales, como una luz brillante en los ojos o un ruido fuerte.
- ▶ Otros bebés reaccionan a estos mismos estímulos más lentamente y sin mucho interés.
 - ▶ Es este tipo de diferencias lo que permite a los investigadores concluir que los bebés nacen con temperamentos diferentes, determinados genéticamente.



Temperamento y experiencias tempranas

- ▶ Los temperamentos de los niños influyen en cómo sus cuidadores responden a ellos.
- ▶ Los bebés muy sensibles y reactivos provocarán una respuesta diferente de su entorno (cuidadores) que los bebés menos reactivos y apacibles.
- ▶ Por ejemplo, es más probable que se coja y se abrace de manera más cariñosa a un bebé tranquilo y plácido que a un bebé inquieto e irritable.
- ▶ Estas diferentes respuestas ambientales, a su vez, afectarán al desarrollo emocional de cada niño.



Temperamento y experiencias tempranas

- ▶ Los grupos bien avenidos de bebés y cuidadores se caracterizan por una gran cantidad de interacciones de tono positivo entre cuidador y niño.
- ▶ Se cree que estos intercambios emocionales agradables producen menos resultados negativos en la personalidad.
- ▶ Por el contrario, los conjuntos que encajan mal, caracterizados por una gran cantidad de interacciones de tono negativo, con intercambios emocionales desagradables, predicen un efecto más negativo en el desarrollo de la personalidad



Experiencias tempranas y el desarrollo de rasgos de personalidad y TP

- ▶ Numerosas investigaciones y observaciones clínicas, además, apoyan la idea de que las experiencias de la infancia juegan un papel importante en el desarrollo de rasgos de personalidad y trastornos de personalidad
 - ▶ Las experiencias infantiles traumáticas, como el abuso físico, sexual o emocional y el abandono, han sido identificadas como factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que se desarrolle un trastorno de personalidad (Johnson, Bromley y McGeoch, 2005).
 - ▶ Pero otras experiencias adversas en la infancia también pueden aumentar el riesgo de las personas de desarrollar características de un trastorno de personalidad.



Experiencias tempranas y el desarrollo de rasgos de personalidad y TP

- ▶ La relación entre las experiencias infantiles adversas y los trastornos de la personalidad es compleja.
- ▶ Mientras que la exposición a estos eventos hace aumentar la probabilidad de que se desarrolle un trastorno de personalidad, no todos los niños abusados o de algún modo estresados van a desarrollar trastornos de personalidad.
- ▶ Esta observación sugiere que deben ocurrir múltiples factores de riesgo (tanto genéticos como ambientales) combinados de algún modo específico para llegar a desbordar el sistema de un niño y hacer que se desarrolle un trastorno de personalidad más adelante.





La interrelación entre la historia biográfica y el desarrollo de Trastornos de Personalidad

- ▶ El maltrato o el abandono en la infancia, el *comportamiento inestable o variable* de los padres o la *inconsistencia en la disciplina* por parte de éstos, son factores de riesgo para la aparición de Trastornos de la Personalidad.



Escala de Experiencias Familiares en la Infancia (EFI)

Anabel Gonzalez & Dolores Mosquera (2009)
Anabel Gonzalez, Dolores Mosquera & Andrew M. Leeds (2010)

Aspectos que explora la escala

- ▶ Modelado adecuado- Inversión de roles
- ▶ Demostración de afecto-carencia de afecto
- ▶ Compartir momentos positivos
- ▶ Disponibilidad-Predictibilidad-Variabilidad- Entornos caóticos
- ▶ Falta de atención adecuada, negligencia
- ▶ Humillaciones-Comparativas-Crítica excesiva
- ▶ Amenaza o percepción de riesgo en el niño
 - ▶ Abuso verbal, físico y/o sexual
- ▶ Perdidas importantes (duelos, cambios frecuentes..)
- ▶ Sobreprotección

Estudio EFI, 2013
Datos preliminares

Mosquera, Gonzalez, Eiriz, Bello, Soto, Baldomir,
Fernandez & Vazquez, 2013

EFI: algunos datos

- ▶ No se hablaba de sentimientos abiertamente 81%
- ▶ De niño nadie se daba cuenta de cómo se sentía 73%
- ▶ Sentirse inseguros en la infancia 73%
- ▶ Gritos frecuentes en el hogar 72%
- ▶ Apenas había risa y diversión en el hogar 71%
- ▶ En casa ocurrían tantas cosas que intentaba ser invisible 66%
- ▶ Sensación de que sus preocupaciones no importaban 64%
- ▶ Hiciera lo que hiciera nunca era suficiente 64%



EFI: algunos datos

- ▶ Progenitores ausentes emocionalmente 63%
- ▶ Progenitor o cuidador violento 43%
- ▶ Falta de refuerzo positivo 59,2 %
- ▶ Eran ridiculizados (humillados) por sus familias al expresar una idea o emoción 58,3%
- ▶ Los adultos de la familia les contaban o hacían partícipes de sus problemas 50%
- ▶ Insultos con frecuencia como inútil, estúpido, vago 47,9 %



EFI: algunos datos

- ▶ Abuso sexual 54%
 - ▶ Abuso (36% contestó que sí, el 18% respondió que no estaban seguros por no saber que "era inadecuado" o "sentirse responsables", pero tenía recuerdos claros de abuso sexual)



EFI: algunos datos

- ▶ **52%** de nuestra muestra refirió **algún tipo de amnesia entre los 5 y 15 años** (frecuente en la disociación y el trauma complejo).
- ▶ **61% Sobreprotección.**



Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad

Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis & Kathy Steele, 2006

Falta de integración

La salud mental se caracteriza por la integración, que une un amplio rango de fenómenos psicológicos en una personalidad.

Pierre Janet (1889)

Una personalidad bien integrada tiene una perspectiva de primera persona del self, los otros y el mundo, una capacidad integrativa y conductas adaptativas en el mundo. Incluye capacidades regulatorias y reflexivas.

Van der Hart, Nijenhuis, & Steel



- La **fragmentación** mental permite manejar situaciones que resultan incompatibles o imposibles de tolerar de modo simultáneo: por ejemplo el padre cariñoso al que apegarse y el emocionalmente abusivo se almacenan en sistemas mentales diferentes

Disociación estructural de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis & Kathy Steele)

- Si bien la evolución nos ha preparado para las tareas de la vida cotidiana y para sobrevivir bajo las amenazas, no somos capaces de implicarnos con facilidad en ambas cosas **simultáneamente**.
- La TSDP describe la división de la personalidad en términos de *partes disociativas de la personalidad*.
- Dichas partes disociativas estarían mediatizadas por determinados *sistemas de acción*.

Disociación estructural y TLP

- Estos sistemas biopsicosociales pueden no estar lo suficientemente integrados cuando hay problemas de apego o trauma temprano
- Las partes disociativas de la personalidad pueden funcionar con diferentes grados de autonomía (en algunos casos con perspectivas de primera persona elaboradas) y pueden existir conflictos entre estas partes.
- Este conflicto interno genera agotamiento emocional y falta de eficiencia mental.

Brevemente, una definición de PAN y PE

- ▶ **PARTE APARENTEMENTE NORMAL DE LA PERSONALIDAD (PAN):** *"Necesito seguir con mi vida y olvidar lo ocurrido"* Fijada en tratar de seguir adelante con su vida normal y, por tanto dirigida por los sistemas de acción asociados a la vida cotidiana (ej: exploración, cuidados, apego), a la vez que evitan los recuerdos traumáticos. Centradas en funcionar día a día, mantener relaciones con otros y trabajar.
- ▶ **PARTE EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD (PE)** *"Revivo lo que ocurrió como si estuviese ocurriendo otra vez"*. Fijada en el sistema (ej: defensa, sexualidad) o subsistemas (ej: hipervigilancia, huida, lucha) de acción que se activaron en el momento de la traumatización. Centradas en la defensa frente al peligro...



¿Cómo vemos una parte emocional?

- ▶ *Por las noches es como si todo mi pasado volviera, y no puedo sacarlo de mi cabeza. Me siento como si todo esto estuviera pasando de nuevo*
- ▶ *No me toques, no me toques... (expresión de asco, cierra las piernas, se encoge...)*
- ▶ *Dolor fuerte de cabeza en medio de una sesión*
- ▶ *El paciente se activa repentinamente de modo brusco, cambiando drásticamente su conducta*
- ▶ *Pensamientos egodistónicos o voces*



¿Cómo "sentimos" una parte emocional?

- ▶ *Esta paciente es una histérica, está llamando la atención, ¿a qué viene esta reacción tan desproporcionada?*
- ▶ *¿Me está tomando el pelo?*
- ▶ *Miedo en el terapeuta ante una mirada del paciente "diferente"*
- ▶ *Agresividad en el terapeuta*
- ▶ *Activación de un rol cuidador en el terapeuta ante una expresión de extrema vulnerabilidad*
- ▶ *Evitación del trauma del paciente*



Cómo vemos la Personalidad Aparentemente Normal

- ▶ Prefiero no pensar en esto
- ▶ Mi infancia ha sido muy feliz
- ▶ No recuerdo lo que pasó
- ▶ No tengo ningún problema
- ▶ Quiero que me quiten todos estos síntomas, no puedo soportarlo más. Mi cabeza no para de dar vueltas.

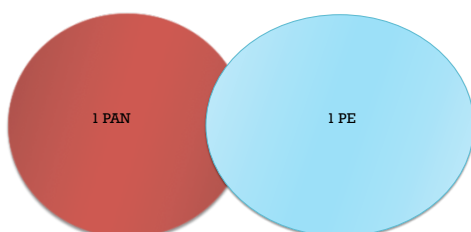


Cómo “sentimos” la Personalidad Aparentemente Normal

- ▶ Cuando nos desconcierta un caso, cuando pensamos “pero si hace esto así de bien en (un determinado ámbito), cómo se puede descompensar de semejante manera en... (otro ámbito)?
- ▶ Cuando hablamos con compañeros sobre un caso y parecemos hablar de dos personas totalmente diferentes (a veces no solo se debe a nuestra contratransferencia....)
- ▶ Cuando el paciente presenta una baja resonancia emocional ante cosas que deberían afectarle. Sentimos que algo no encaja o que el paciente miente.



Disociación Estructural Primaria



Disociación Estructural Primaria: TEPT

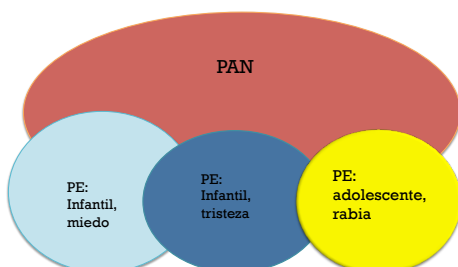
- ▶ I PAN y I PE. Consta de una única parte aparentemente normal de la personalidad y una única parte emocional de la personalidad.
- ▶ Esta división parece evolucionar la mayoría de las veces en relación a un acontecimiento traumático aislado.
- ▶ Caracteriza los trastornos simples de origen traumático, tales como las formas más simples de TEPT, algunos de los “trastornos de conversión” y algunos diagnósticos CIE-10 de trastornos disociativos de los movimientos y las sensaciones.



- ▶ La personalidad emocional puede a su vez disociarse.



Disociación Estructural Secundaria

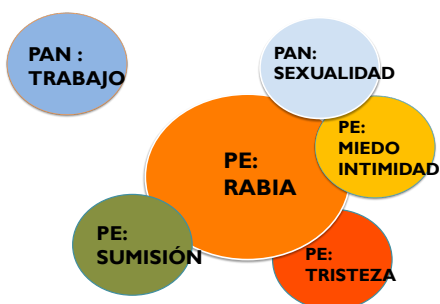


Disociación estructural secundaria

- ▶ Cuando la traumatización es prolongada y repetida, la organización disociativa de la personalidad puede ser mucho más compleja.
- ▶ Algunas PE pueden estar focalizadas en estímulos específicos o partes específicas de una experiencia traumática. Otras pueden estar fijadas a unas defensas mentales que impiden tomar conciencia de los recuerdos traumáticos.
- ▶ La disociación estructural secundaria puede caracterizar trastornos relacionados con el trauma más complejos y crónicos, como son el TEPT complejo, el trastorno límite (los TP) y muchos casos de trastornos disociativos no especificados.



Disociación estructural terciaria



Disociación estructural terciaria

- ▶ En los casos más extremos, no solo se divide la parte de la personalidad emocional en varias PE; también se divide la personalidad aparentemente normal (PAN).
- ▶ Esto sucede cuando la capacidad de integración que tiene el sujeto es tan baja que no puede desarrollar o mantener una PAN única.
- ▶ La disociación Estructural Terciaria caracteriza al Trastorno de Identidad Disociativo (TID).

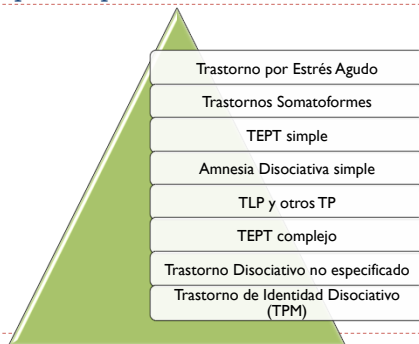


La disociación estructural de la personalidad y los trastornos disociativos

- ▶ No son conceptos equivalentes
- ▶ El término "trastorno disociativo" se refiere a una etiqueta diagnóstica: es categorial y se caracteriza por determinadas presentaciones sintomáticas.
- ▶ La disociación estructural de la personalidad describe un mecanismo por medio del cual el trauma genera la psicopatología.
 - ▶ Aquí estamos hablando de trauma, es decir, no solo los trastornos disociativos (el extremo de mayor severidad en el espectro postraumático) sino también el otro extremo, el TEPT.



El espectro postraumático en la TDSP



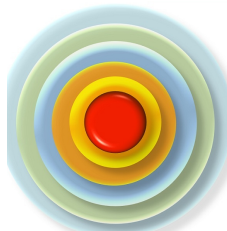
Fobias Disociativas

- ▶ En la teoría de la disociación estructural, el término "fobia" se refiere a un mecanismo. No significa el paciente tiene un trastorno fóbico comórbido.
- ▶ La personalidad se divide en la PAN y la PE y es la fobia que la PAN tiene hacia los recuerdos traumáticos, lo que evita la resolución de esta división inicial y la re-integración de la personalidad.



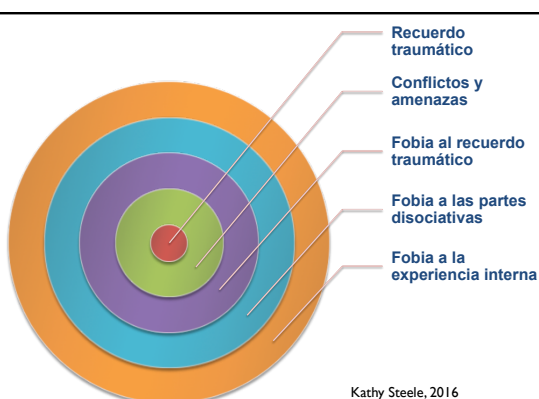
Fobias Disociativas

► La disociación estructural de la personalidad se genera en los **eventos traumáticos** tempranos, pero se mantiene por una serie de **fobias disociativas** que caracterizan a los supervivientes de trauma y por la falta de apoyo social (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001, 2005; Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2006).



La fobia nuclear: la **fobia a los recuerdos traumáticos** (Janet, 1904).

Las fobias disociativas



Kathy Steele, 2016



Fobia al apego y a la pérdida del apego relacionadas con el terapeuta

- ▶ Una paciente acude a consulta por primera vez en "modo PAN", hablando de problemas menores y afirmando que los tiene superados.
- ▶ Un paciente se empieza a sentir incómodo cuando siente que puede empezar a confiar en el terapeuta.

Fobia al apego y a la pérdida del apego relacionadas con el terapeuta

- ▶ Faltando dos semanas para las vacaciones del terapeuta la paciente se autolesiona, aunque relaciona este hecho con un desencadenante externo (que lleva presente mucho tiempo)

Fobia a las acciones mentales derivadas del trauma

- ▶ Al pedir al paciente que explique sus emociones ante un evento, experimenta ansiedad.
- ▶ Al pedir al paciente que describa un evento, no muestra ninguna reacción emocional.
- ▶ Al pedir al paciente que piense en sus síntomas, éste cambia de tema y se centra en otros aspectos.
- ▶ El paciente teme dañar al terapeuta o a otros si trabajan con “eso”.



Fobia a las partes disociativas

- ▶ El paciente se pone nervioso al hablar de sus voces.
- ▶ El paciente no es capaz de visualizar un lugar de reuniones.
- ▶ Hay rechazo o evitación en la PAN.
- ▶ Hay rechazo o evitación entre PEs o de estas hacia la PAN.
- ▶ Hay un conflicto evidente o solapado.
- ▶ El paciente percibe a las partes o voces como “enemigos” a los que ignorar, eliminar o hacer que desaparezcan.



Fobia de apego en PEs hacia el terapeuta

- ▶ De pronto la evolución se ralentiza o el paciente tiene una recaída.
- ▶ Una parte muestra desconfianza hacia el terapeuta.



Fobia a los recuerdos traumáticos

- ▶ Aunque hay acuerdo entre las partes, al trabajar un recuerdo traumático surgen resistencias
- ▶ El paciente siente que no va a poder soportar trabajar el trauma nuclear, que se va a volver loco, "explotar" o morir.
- ▶ Al acercarse este momento en terapia, aparecen síntomas, crisis, el paciente se focaliza en otros problemas, deja de venir o se "cura".



Síntomas disociativos frecuentes en el TLP

Síntomas disociativos en los TP

- ▶ Los síntomas disociativos forman parte de la historia biográfica de muchos pacientes con Trastorno de la Personalidad aunque no son siempre identificados ni se les presta atención.
- ▶ En numerosas ocasiones el clínico "descubre" la sintomatología disociativa después de llevar años atendiendo a un mismo paciente.



Síntomas disociativos en el TLP

- ▶ Intrusiones
- ▶ Amnesia (del pasado, reciente consciente, no consciente)
- ▶ Despersonalización
- ▶ Desrealización
- ▶ Confusión de identidad
- ▶ Alteración de la identidad
- ▶ Síntomas conversivos y somatomorfos



¿Por qué no nos hablan de estos síntomas los pacientes?

- ▶ Las personas con trauma temprano y crónico, han vivido con sus síntomas toda su vida, lo consideran normal.
- ▶ Tienen miedo de que los consideremos locos, especialmente si lo han comentado antes y la respuesta ha sido un ingreso o aumento de tratamiento farmacológico.
- ▶ En ocasiones no pueden hablar de sus síntomas por el conflicto interno y el temor hacia otras partes.
- ▶ Desconfianza
- ▶ No recuerdan
- ▶ No les preguntamos



Intervenciones útiles para el manejo de la disociación

Intervenciones útiles para los TP

- ▶ Desarrollo de pensamiento / funcionamiento reflexivo
- ▶ Psicoeducación / información adaptativa
 - ▶ Emociones
 - ▶ Defensas
 - ▶ Límites
 - ▶ Conductas autolesivas
 - ▶ Autocuidados y regulación emocional
- ▶ Desarrollo de recursos / habilidades
- ▶ Trabajo con los límites
- ▶ Diferenciación
- ▶ Trabajo con las defensas
- ▶ Trabajo de autocuidados / actitud positiva hacia uno mismo



Intervenciones útiles para los TP disociativos

- ▶ Exploración del sistema interno
- ▶ Mantenimiento de la atención dual
- ▶ Enraizamiento (grounding)
- ▶ Psicoeducación específica sobre las respuestas de trauma
- ▶ El saber que el peligro ha pasado (relacionado con la diferenciación)
- ▶ Trabajo con las partes / aspectos
 - ▶ Procedimiento del lugar de reuniones
 - ▶ Playmobil
 - ▶ Mapas, dibujos
- ▶ Objetivos principales:
 - ▶ Reducir el conflicto
 - ▶ Fomentar la comprensión, la empatía, la colaboración y la compasión