

La aportación de la Terapia Ocupacional en el abordaje de la funcionalidad del trastorno de la personalidad

Contribution of Occupational Therapy to functional approach in personality disorders

Autores: José Ramón Bellido Mainar*; Luis María Berrueta Maeztu**;
Inmaculada Ariñez Merchán***.

(*) Diplomado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Trabajo Social.

Terapeuta Ocupacional en Hospital de Día Psiquiátrico (Hospital Santa María).

Gestió de Serveis Sanitaris (GSS). Lleida.

jrbellido@gss.scs.es. Tel. 973 204 234.

(**) Diplomado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Trabajo Social.

Terapeuta Ocupacional en Hospital de Día Psiquiátrico 1 (Hospital de Navarra).

Fundación Argibide. Pamplona.

Lutxus@mixmail.com. Tel. 948 245 943.

(***) Licenciada en Psicología.

Coordinadora de Recursos Humanos.

UNIPREUS. Lleida.

Tel. 629 346 718.

Resumen:

Los trastornos de la personalidad (*personality disorder F03.675*) se caracterizan por presentar un patrón rígido de conductas inadaptadas que a corto y medio plazo generan un deterioro psicosocial significativo. El nivel de función o disfunción psicosocial es un indicador de primer orden a la hora de evaluar la gravedad y el pronóstico del trastorno de la personalidad.

La Psicoterapia (*psychotherapy F04.754*) interviene en los componentes psicosociales de este trastorno, diseñando programas específicos para el entrenamiento en habilidades psicosociales (terapia conductual-dialéctica). La Terapia Ocupacional (*occupational therapy E02.831.489*) es una ciencia de la salud, con una larga experiencia histórica en los tratamientos psicosociales (*socioenvironmental therapy F04.754.864*) en la enfermedad mental. El eje central, es la valoración del impacto de la enfermedad, trastorno o inadaptación social en la funcionalidad ocupacional del individuo. Esta ciencia propone un concepto amplio e integral de funcionalidad. La divide en tres áreas ocupacionales: área ocupacional productiva, área de automantenimiento y área de ocio y tiempo libre.

En este artículo en su primera parte se analiza mediante la metodología de la terapia ocupacional el grado y las características de la disfunción ocupacional en el trastorno de la personalidad.

En la segunda parte del artículo basándonos en nuestra experiencia de seis años proponemos un método de tratamiento psicosocial basado en dos modelos propios de la terapia ocupacional (modelo de la ocupación humana y el modelo canadiense).

Abstract:

Personality disorders (*personality disorder F03.675*) are defined by a rigid pattern of unadapting behaviours that, on the short and medium term generate a significant socio environmental deterioration. The level of psychosocial function or dysfunction is a first class indicator when assessing the extent and assessment of the personality disorder.

Psychotherapy (*psychotherapy F04.754*) intervenes in the psychosocial compounds of this disorder by designing specific programs for the training in psychosocial skills (conductual-dialectic therapy). Occupational Therapy (*occupational therapy E02.831.489* is a health science with a long history in socioenvironmental therapy of mental diseases *F04.754.864*). The focal point is the assessment of the disease, disorder or social unadaptation impact in the individual's occupation functionality. This science puts forward a wide, integrating concept of functionality, which is divided into three occupation areas: productive occupational area, self maintenance area and leisure time area.

In the first part of this paper, the extent and features of the occupational disfunction in the personality disorder are analysed employing the occupational therapy method.

Based on our six-year experience, a method for socioenvironmental treatment based on two models of occupational therapy (human occupation model and Canadian model) is suggested in the second part of the paper.

Palabras claves: Trastorno de la Personalidad, Terapia Ocupacional, Psicoterapia y Sistemas de apoyo psicosocial, Conductas terapéuticas Modelo de la Ocupación Humana, Modelo Canadiense.

Key Words: personality disorders, occupational therapy, psychotherapy and Social support; Therapeutical approaches; Human Occupation Model; Canadian Model.

La frontera entre la personalidad adaptada y el trastorno de personalidad

No es posible diferenciar de forma absoluta y objetiva entre normalidad y anormalidad en un tema tan complejo como la personalidad humana. Los sistemas de clasificación internacional de las enfermedades mentales DSM-IV y la CIE-10 han contribuido a satisfacer la necesidad metodológica de agrupar los

rasgos de personalidad en función de criterios explícitos y ordenarlos en grupos diagnósticos que nos ayuden a los clínicos a comprender un paciente tan complejo como son los afectados por el trastorno de la personalidad. Seguro que a estas clasificaciones se les escapan condiciones socioculturales como el sistema de creencias, sistema de valores dominante del grupo y sociedad de referencia que influyen notablemente en la personalidad del individuo y nos pueden “engañar” a la hora de clasificar ese rasgo de personalidad como “normal” o “patológico”. Pero desde un punto de partida teníamos que empezar para entender y organizar de manera científica los trastornos de la personalidad y su intervención. Y pensamos que esta ha sido la gran aportación de los modelos categoriales como el DSM-IV. En estos momentos el gran reto científico con las personas afectadas de un trastorno de la personalidad es el desarrollo y evolución de los modelos dimensionales. Estos nos aportan una perspectiva de la personalidad menos rígida, más dinámica, presentándonos una personalidad con dimensiones biológicas, psicológicas, sociales e incluso espirituales íntimamente ligadas entre ellas.

La personalidad la podemos entender como un continuum donde pasamos de la personalidad adaptada al trastorno de la personalidad o la inversa.

	Personalidad adaptada	Trastorno de personalidad	
VARIABILIDAD DEL REPERTORIO CONDUCTUAL	Dispone de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento del estrés.	Utiliza las mínimas estrategias una y otra vez con variaciones mínimas, haciéndose más vulnerable al estrés.	POBREZA EN EL REPERTORIO CONDUCTUAL
ELASTICIDAD CONDUCTUAL	Es flexible en relación al rol que	Posee pocas estrategias y	RIGIDEZ CONDUCTUAL

	desempeña, sabe cuando debe tomar la iniciativa y cuando adaptarse a lo que el entorno dispone.	conductas alternativas, y las utiliza en circunstancias para las que no encajan.	
FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA	Es capaz de aprender nuevas estrategias y más adaptativas, proporcionándole una calidad de vida.	Los repertorios conductuales desadaptativos dominan su vida, repitiéndose las situaciones de fracaso que le ocasionan un malestar significativo.	INCAPACIDAD FUNCIONAL MALESTAR SIGNIFICATIVO

(Tabla 1: Continuum Personalidad adaptada – Trastorno de la Personalidad. Bellido, Jr; Berrueta, L)

Definimos la personalidad adaptada (Milon 2003) como la capacidad para desempeñarse de una forma independiente y competente que permite obtener una sensación de satisfacción personal.

Por otra parte el paciente con trastorno de la personalidad presenta un conjunto de rasgos desadaptativos que se agravan a lo largo del continuum por:

1. Intensificación de la gravedad de los rasgos de personalidad desadaptativos. Por ejemplo, la tendencia del trastorno de la personalidad límite de categorizar las relaciones sociales como blanco y negro (B/N), generalizando este rasgo de interpretación en sus diferentes contextos sociales (comenzando por la familia y continuando por compañeros de trabajo, amigos, etc).
2. Incremento del número de rasgos desadaptativos. Por ejemplo en el caso anterior, que además de su tendencia de categorizar las relaciones sociales en blanco y negro, se le añade la poca capacidad para aceptar

críticas o la poca capacidad para tolerar la frustración en sus roles productivos.

3. La rigidez en su repertorio conductual, percibiéndose como incapaz de explorar otras estrategias conductuales y perseverando en sus rasgos desadaptativos.

Si una persona posee un variado repertorio conductual y es elástico respecto a la utilización de sus propios recursos personales, los retos de la vida diaria son para ella una oportunidad para agregar nuevos aprendizajes, nuevas estrategias a su repertorio conductual. En cambio si una persona posee un pobre repertorio conductual y es rígida en la ejecución de sus habilidades, los acontecimientos ambientales y vitales se convierten en situaciones de futuro fracaso, cuya acumulación generará una incapacidad funcional significativa y un fuerte malestar subjetivo.

Trastorno de la personalidad y funcionalidad

Una de las grandes aportaciones del DSM-IV ha sido la de agrupar y organizar los trastornos mentales en un modelo multiaxial. El propósito de este modelo es ordenar los diferentes síntomas psiquiátricos (Eje I) con los diferentes rasgos de personalidad (Eje II) analizando el impacto que pueden tener otras variables como las enfermedades médicas (Eje III) y los problemas psicosociales (Eje

IV), definiendo por último las consecuencias de los síntomas psiquiátricos y/o los rasgos de la personalidad en la funcionalidad del individuo (Eje V).

Los trastornos de la personalidad son un tipo de paciente que mejor responde a este modelo de evaluación multiaxial. En el eje I como consecuencia de su "historia" de fracasos nos encontramos con mucha frecuencia sintomatología ansiosa-depresiva, el eje II es el específico para evaluar los rasgos que generan el trastorno de la personalidad, respecto al eje IV nos encontramos con graves problemas familiares, educativos, económicos y laborales agravados por la rigidez de sus conductas que agravan la difícil situación psicosocial de partida de muchos de las personas afectadas de trastorno de la personalidad. En el eje V nos encontramos con una grave disfunción ocupacional, consecuencia de los síntomas (eje I), de los patrones rígidos y desadaptativos de personalidad (eje II) y los factores de estrés psicosocial (eje IV).

El propio DSM-IV describe los contenidos de los cuatro primeros ejes pero apenas profundiza en la descripción del eje V, es decir, ¿qué entiende concretamente el DSM-IV por términos como incapacidad funcional y/o deterioro de la actividad global?, entonces ¿porque necesitamos definir concretamente los contenidos y la evaluación del eje V en los trastornos de la personalidad?:

1. El propio DSM-IV afirma "Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y

cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo" (DSM-IV-R, 2002). Además, uno de los criterios diagnósticos generales de esta patología es un "malestar subjetivo o grado de deterioro socio-laboral o de otras áreas de las actividades del individuo" (DSM-IV-R, 2002, Pág pp. 649). Por lo tanto es imprescindible para "etiquetar" unos rasgos de personalidad como trastorno de personalidad el constatar que sus patrones de conducta le ocasionan una disfunción grave. Para llegar a esta conclusión necesitamos saber cuáles son los componentes que configuran la función o actividad global y cómo medimos el grado de función/actividad global o disfunción/deterioro de la actividad global. Como veremos a lo largo del artículo, la terapia ocupacional a través del análisis científico de la función ocupacional y la enfermedad nos proporciona una respuesta amplia y concreta a los contenidos o conceptos del eje V. El propio modelo multiaxial propone la escala de actividad global, instrumento válido muy usado en investigación, pero no suficiente para determinar el grado real de deterioro funcional por las siguientes razones:

- » Relaciona conceptos distintos y difíciles de relacionar de manera general (en la práctica todos observamos que ante el mismo síntoma nos encontramos repercusiones funcionales muy distintas) como son los síntomas y las áreas de funcionalidad.

- » Limita en exceso las áreas de funcionalidad teniendo en cuenta solamente la actividad social y laboral, no nombrando otras áreas tan importantes como las actividades de la vida diaria, tanto las básicas como las instrumentales, o las actividades de ocio y de tiempo libre.
- » Visión transversal, y concretamente en el trastorno de la personalidad necesitamos una visión longitudinal tanto de sus rasgos de personalidad desadaptativos como de su afectación en su capacidad funcional.

2. La determinación del grado de deterioro funcional anterior es una información relevante a la hora de definir la gravedad real de esta patología. Concretar el nivel de función/disfunción actual es importante para valorar el grado de gravedad actual del paciente afectado con trastorno de la personalidad. El verdadero impacto de sus rasgos de personalidad en su funcionalidad nos vendrá definido por su historia personal de función/disfunción, por lo tanto, el grado de deterioro de la actividad global condiciona el pronóstico de evolución, tanto a nivel de funcionalidad como a nivel de sintomatología. A mayor funcionalidad anterior, mayor potencial de recuperación funcional, y a mayor recuperación funcional, mayor capacidad adaptativa a los estresores ambientales, por lo tanto, mayor protección al riesgo de responder a las demandas ambientales con sintomatología clínica (inestabilidad afectiva,

crisis de angustia, síntomas disociativos, etc.) o con conductas de escape (reacciones *acting-out*, consumo de tóxicos, autolesiones, etc.).

Resulta complejo conceptualizar el término funcionalidad y de esta manera dotar de contenido al eje V. El Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia (GEOPTE) define la funcionalidad como “la capacidad de adaptación del paciente a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales que tiene el miembro adulto y productivo no enfermo” (GEOPTE, 2002, pp. 312). Si analizamos esta definición nos encontramos con una visión rígida y poco flexible del concepto de funcionalidad global, ya que limita la funcionalidad al individuo con actividades productivas y no enfermo. Es importante destacar que la funcionalidad del individuo no viene únicamente determinada por las capacidades funcionales sino también por las exigencias de sus contextos o entornos ocupacionales, es decir, un paciente con una limitación en sus capacidades funcionales puede llegar a un gran nivel de adaptación si sus entornos ocupacionales minimizan sus déficits y maximizan sus habilidades funcionales. Además no debemos olvidarnos que una de las necesidades funcionales básicas del individuo es obtener placer de manera constructiva a través del área ocupacional de ocio y tiempo libre. En especial en los trastornos de la personalidad, al ser ésta un área ocupacional donde es más fácil controlar las exigencias ambientales, se convierte en un espacio “protegido” para explorar y desarrollar habilidades funcionales (flexibilidad de pensamiento, capacidad para planificar, habilidades de cooperación, etc.)

necesarias en la satisfacción de las necesidades vinculadas a las áreas productivas y/o relacionales.

El objetivo específico de la terapia ocupacional es el análisis científico del impacto de la enfermedad, del trastorno, de la disfunción psicosocial y/o de un acontecimiento vital estresante en la función ocupacional del individuo.

Para concretar el concepto de actividad global o funcionalidad definiremos primero cuales son las actividades y contextos donde se desarrollan las ocupaciones y actividades humanas, para después definir qué entendemos por función en esas ocupaciones y actividades y qué entendemos por disfunción.

Para la Terapia Ocupacional ocupación es “el conjunto de actividades y tareas de la vida cotidiana a las cuales los individuos y las diferentes culturas dan un nombre, una estructura, un valor y un significado. La ocupación comprende todo aquello que hace una persona para cuidar de ella misma (cuidado personal), divertirse (ocio) y contribuir a la construcción social y económica de la colectividad (productividad)” (Romero y Moruno, pp. 138). A esta definición hay que añadir que “todas las ocupaciones humanas están determinadas por el entorno físico, individual y colectivo” (Romero y Moruno, pp. 121)

Siguiendo las premisas básicas de la terapia ocupacional se produce disfunción ocupacional cuando “un individuo tiene dificultades para elegir, organizar o ejecutar sus ocupaciones, proporcionando al individuo una calidad de vida insuficiente y una incapacidad para satisfacer las demandas ambientales”. La

disfunción ocupacional puede sobrevenir por una dificultad en el uso o una limitación temporal o crónica de las habilidades funcionales (habilidades sensoriomotoras, integración cognitiva y componentes cognitivos y destrezas psicosociales y componentes psicológicos) (Kielhofner, 1995) o por cambios bruscos en/de los entornos ocupacionales. Para nosotros la función/disfunción ocupacional son los extremos de un continuo en el que se distinguen distintos niveles bien definidos (Kielhofner, 1995), los cuales concretaremos en posteriores apartados del presente artículo.

La terapia ocupacional aporta al concepto de actividad global y funcionalidad una visión:

- Extensa y ajustada al amplio abanico de necesidades humanas en función de sus roles ocupacionales, expectativas personales y exigencias de su ciclo vital.
- Concreta de todos los componentes y factores que participan en la funcionalidad/disfuncionalidad del individuo.

¿Cómo afecta el Trastorno de la Personalidad según las “lentes” del Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) a la funcionalidad de la persona?

Volición

Nosotros en nuestra práctica diaria utilizamos de manera constante el concepto empatía. Antes de plantearnos las posibles disfunciones ocupacionales del paciente que acaba de entrar al espacio donde se va a encontrar con la terapia ocupacional es necesario "vivir" su enfermedad y su no enfermedad. La pregunta es: ¿Qué vivencia interna y como se manifiesta conductualmente, el/la paciente con serías dificultades en su estructura de personalidad?

Para el DSM-IV el trastorno de la personalidad es una persona que presenta un conjunto de rasgos de personalidad desadaptativos, rígidos y persistentes en el tiempo. Los clasifica en un modelo categorial basado en tres **Cluster**:

Cluster A:

- ✓ Esquizoide: Apáticos, aletargados y abúlicos.
- ✓ Esquizotípico: Extravagante, inadecuado y reservado.
- ✓ Paranoide: Precavidos, hipervigilantes de las acciones ajenas y atentos al daño ajeno.

Cluster B:

- ✓ Antisocial: Fríos, temerarios, arriesgados e impulsivos.
- ✓ Límite: Caótico, espontáneo, inestable e impredecible.
- ✓ Histriónicos: Dramáticos, inestables e impulsivos.
- ✓ Narcisista: Arrogantes y descalificadores.

Cluster C:

- ✓ Dependiente: Incapaces de valerse por sí mismo, victimistas e indecisos.
- ✓ Obsesivo: Disciplinado, rígido y perfeccionista.
- ✓ Evitativo: Tímido, extremadamente ansioso y evitador de la interacción social.

En esta patología es fundamental discriminar cuáles son los rasgos de personalidad disfuncionales y qué patrones desadaptativos son consecuencia de la presencia de síntomas propios del eje I, síntomas ansiosos, afectivos, paranoides e impulsivos, ya que esta sintomatología nos puede enturbiar la selección de las conductas dianas o más disfuncionales.

Un aspecto muy importante es la identificación en cada paciente de las conductas de escape. Ellas son como los "ansiolíticos" (Facal, Batalla y Bellido, 2003) a las que recurren estos pacientes a la hora de manejar los sentimientos extremos de indefensión, vacío y soledad. El abanico de conductas de escape es variadísimo: abusos de tóxicos, promiscuidad sexual, fantasías, rituales, auto lesiones, etc.

En definitiva ¿qué sentiríamos si nosotros fuéramos una persona afectadas de un trastorno de la personalidad?, un vacío enorme. Preguntas como: ¿a qué hora me levantaré hoy?, ¿por qué voy a trabajar?, ¿para qué me sirve ir al gimnasio? ¿soy un buen amigo?, etc.. serían para nosotros auténticos enigmas que nunca se resolverían y cada vez que decidiese anticipar, experimentar e interpretar mi conducta ocupacional percibiría una sensación de fatal fracaso.

¿Por qué yo sentiría que he fracasado?, bien porque, en el momento de la experimentación, mi rasgo rígido de personalidad me ha impedido finalizar la exploración realizada, por lo tanto, no me acercaría al sentimiento de competencia y por supuesto el sentimiento de logro me parecería una utopía reservada al resto de las personas que me rodean. Bien porque, en el momento de la interpretación, desvalorizaría el resultado de mi comportamiento ocupacional, ya que no poseería referentes internos para evaluar constructivamente el resultado de mi acción. O bien porque, en el momento de la anticipación, ante la pregunta: ¿por qué quiero empezar esta actividad? no tendría ninguna respuesta clara y realista, anticiparía mi propio fracaso, no sabría qué sentido tendría para mí esta actividad, además tampoco me quedaría claro si con esta actividad disfrutaría o me aburriría. ¿Qué alternativas me quedarían? Agarrarme como un “clavo ardiendo” a mis conductas de escape.

En resumen, este paciente, es alguien hueco cuya identidad no existe o aparece muy fragmentada y desordenada.

La rigidez y el empobrecimiento de sus conductas le han impedido construir experiencias validantes que compensen a las experiencias de fracaso propias del método universal de aprendizaje: ensayo-error. Su identidad se configura a través de vivencias irreales y no consistentes, tendiendo en ocasiones a idealizar sus expectativas acerca de sí mismos y de su proyecto vital. Cuando

ocurre este desajuste psicológico nos encontramos con una persona cuyos valores ocupacionales no responden a su ciclo vital, pretenden realizar proyectos ocupacionales propios de la adolescencia e infancia, luchan en la edad adulta por valores tan adolescentes como el compañerismo casi "tribal" o valores propios de la segunda adultez como es la estabilidad laboral y familiar. Por otro lado persiguen valores irrealistas, metas ocupacionales irrealistas, o incluso tienen una ausencia de metas ocupacionales. Ese desconocimiento de la escala de valores se ve agravada por la incapacidad para identificar habilidades y limitaciones. En ocasiones el proceso de construcción de valores internos, propios y autónomos de los valores externos (familia y cultura) comienza con la exploración de nuestras habilidades o potencialidades, ya que la ejecución y el desarrollo de las mismas nos "revelan" progresivamente el sentido de nuestras ocupaciones.

La persona afectada de un trastorno de la personalidad, desvaloriza la importancia de mantener a lo largo del tiempo un rol ocupacional significativo. No detecta la contribución de los hábitos ocupacionales al proceso de seguridad emocional y por otro lado no es capaz de reconocer el mérito que supone adaptarse eficazmente a las exigencias propias del rol ocupacional. Por lo tanto, no encuentra el sentido a perseverar en una rutina satisfactoria y equilibrada de roles ocupacionales, ya que desde su perspectiva la ocupación estable no participa de manera fundamental en su equilibrio personal. Observamos que su sentido de la obligación o su capacidad de compromiso están seriamente

dañados. Si el/ella fuera capaz de empatizar podría “salvar” la dimensión social del rol ocupacional, entonces le proporcionaría al rol ocupacional una nueva oportunidad para que se transformara en algo significativo.

¿Qué le ocurre al/la paciente cuando anticipa la posible eficacia de su acción?
¿Qué piensa acerca de su competencia, por ejemplo en el “futuro ciclo de grado medio sobre patronaje que va comenzar”? Cree firmemente que es incompetente, porque es incapaz de reconocer sus acciones habilidosas que forman parte de su bagaje vital y ocupacional, y porque tiene un miedo enorme a que sus conductas de escape le impidan perseverar en su futuro rol ocupacional. Lo duro es que su expectativa de fracaso esta “autoconfirmada” o “autoevidenciada”, ya que su poca tolerancia a la frustración y la “esclavitud” a sus conductas de escape le han impedido ser eficaz en el desempeño de sus roles ocupacionales. ¿Qué alternativa le queda respecto su causalidad personal?. La suerte, que tenga un buen día, recurrir a un vidente, caer bien a profesores y compañeros rápidamente, que el curso tenga un nivel poco exigente, en definitiva, **locus de control externo** al extremo.

En estos/as pacientes, su capacidad para asignar un sentido a sus ocupaciones está anulada, su “baremo” personal para medir la eficacia de sus acciones está distorsionado, solo le queda su capacidad para disfrutar. Pero lógicamente su área de intereses también esta gravemente afectada.

¿Cómo discriminan los intereses?

El Cluster A debido a su insensibilidad afectiva prácticamente no discrimina intereses y más si con ellos se pretende disfrutar, en especial el esquizoide, ya que su "termómetro" emocional está atrofiado, tal vez reaccione ante un interés productivo, pero más por el sentido de la obligación o la rutina.

El Cluster B se caracteriza por una búsqueda, en ocasiones adictiva, de novedades. En un primer momento su capacidad discriminadora es excelente, es sensible a muchos intereses, pero como su tolerancia a la frustración y a la rutina es mínima, no da tiempo a consolidar la discriminación definitiva del interés. Puede entrar en un proceso de continuas exploraciones que cambian al mínimo imprevisto.

El Cluster C como se niega, se autodevalúa o nunca está conforme con su ejecución, su discriminación es muy pobre y escasa.

¿Cuál es el patrón de los intereses del Trastorno de la Personalidad?

En el Cluster A los intereses suelen ser actividades solitarias, escasas y mecánicas. En el Cluster B son actividades creativas, muy novedosas, cercanas al riesgo y habitualmente grupales por su intolerancia a la soledad. Y el Cluster C para evitar el fracaso prefieren actividades solitarias, conocidas y que las puede dominar y parece paradójico que se puedan evaluar si están bien hechas o mal hechas, de esta manera ponen a prueba su capacidad de perfeccionismo.

¿Cuál es la potencia del interés?

En el Cluster A suelen mantener uno o dos intereses y habitualmente son de carácter productivo, dato observado en las historias ocupacionales y confirmado por el análisis del resultado de la pasación del cuestionario de intereses de Matsutsuyu y adaptado por J.R.Bellido (2004) a los pacientes diagnosticados con el Cluster A. En el Cluster B la potencia es bajísima porque los “quemán”, llega un momento que han explorado tal abanico de intereses que se encuentran que ningún interés ha permanecido en el tiempo. Y el Cluster C en ambientes validantes son capaces de mantener los intereses, pero ante cualquier cambio ambiental que ponga en duda su eficacia pueden abandonar de golpe un interés mantenido durante muchos años.

Estas personas nos transmiten una narrativa de vida ocupacional “trágica”, donde sus distintas historias ocupacionales carecen de importancia y de sentido y su relación a través del pasado, presente y futuro esta tan escindida que su narrativa de vida les impide anticipar un proyecto de vida significativo.

La base de esta disfunción tan limitante siempre es la misma: la ausencia de identidad. Una historia de participación ocupacional significativa nos permite (Kielhofner, 2004, pp. 137):

- ✓ “Identificar” (palabra íntimamente ligada al concepto identidad) mi eficacia en el hacer.

- ✓ "Identificar" las actividades que uno encuentra interesantes y satisfactorias.
- ✓ "Identificar" cuáles son sus roles.
- ✓ "Identificar" lo que uno se siente obligado a hacer y lo que es prioritario, es decir, importante.
- ✓ "Identificar" las rutinas familiares de la vida.
- ✓ "Identificar" las oportunidades y las dificultades que me provee el entorno.

Estas "identificaciones" sostenidas en el tiempo son las que configuran la palabra clave para entender la disfunción ocupacional de esta enfermedad es, **la identidad ocupacional**. Dada la gran dificultad para "identificar" los resultados de sus propias vivencias y experiencias, estos/as pacientes son el prototipo del vacío ocupacional. Para ellos/as nunca llega al momento culminante de la identidad ocupacional, es decir, no son capaces de autoafirmarse de la siguiente manera: "soy terapeuta ocupacional, soy padre, soy hermano, soy ceramista, soy tenista, soy vecino", etc. En ocasiones llegan a decirse: estoy haciendo de terapeuta ocupacional, estoy haciendo de padre, estoy haciendo de hermano, estoy haciendo de ceramista", etc.

Habitación

Para introducir de manera pedagógica el papel de la habituación en la ocupación humana vamos a exponer la metáfora del “mapa de carreteras”.

El resultado de la reflexión personal sobre el sentido único de mis elecciones ocupacionales (volición, el conductor), necesita un “mapa de carreteras” que guíe de manera adaptativa las decisiones del “trayecto” que ha decidido el conductor. Para que esta guía nos resulte útil debe tener un conjunto de características: tiene que ser realista y estar de acuerdo con los acontecimientos ambientales que me voy a encontrar (adecuación social de los hábitos), tiene que ofrecerme una variedad de alternativas (flexibilidad y variedad de los roles ocupacionales), estas alternativas tienen que estar ordenadas y equilibradas en el espacio y en el tiempo (equilibrio de roles y hábitos) y además esta guía me tiene que permitir el poder ordenarla a mi estilo personal (hábitos de estilo). Este “mapa de carreteras” esta compuesto por los Roles y los Hábitos.

El fin último de la habituación es que podamos elaborar una rutina ocupacional que me permita:

- Adaptarme a mis propias expectativas y a las expectativas sociofamiliares.
- Disfrutar de las ocupaciones elegidas y ejecutadas.
- Fortalecer el proceso único de construcción personal: La identidad.

¿Qué necesito para ser capaz de generar una habituación funcional?. Una repetición, una perseverancia en la ejecución de patrones ocupacionales, hasta

llegar un momento que la persona internaliza, se cree sus elecciones ocupacionales y el resultado de las mismas.

¿Qué nos encontramos en estos/as pacientes?. En especial con los del Cluster B, constatamos inconstancia y falta de perseverancia en su volición. Ellos al no ser capaces de realizar elecciones volitivas repetidas no consiguen crear patrones "automáticos" que les ahorren el proceso de elección activa y consciente. Si nos fijamos, están situado en un repetido y "enfermizo" autoconocimiento cada vez que realiza una elección volitiva.

¿Cómo son los Hábitos ?

Generalizando tal vez en exceso, el *Cluster C* al ser personalidades ansiosas presentan una intolerancia exagerada al fracaso de su acción. Ante la posibilidad de errar usan como mecanismo de defensa la rigidez en los patrones habituales aunque sean desadaptativos. Se les podría aplicar el antiguo refrán "es mejor malo conocido que bueno por conocer". Aunque la rigidez es una característica de los tres *Cluster*, en el C, es mucho más llamativa. Su proceso de adaptación a los cambios es muy lento, la novedad la viven con horror y vacío, se sienten confundidos ante la expectativa de decidir porque al fin y al cabo elegir es arriesgarse al fracaso. El Cluster C necesita que el entorno le provea de una estructura adaptativa y, si te concede autoridad como terapeuta ocupacional, la rutina que tu le propongas la vivirá como un deber a cumplir, y si necesita cambios volverá a pedirte una rutina nueva. El gran reto por nuestra

parte es que colabore activamente con nosotros en la elaboración de la estructura ocupación base y sus posibles modificaciones para adaptarse al cambio. Será utopía pedirle al Cluster C que él mismo se adelante al cambio, porque es luchar contra un patrón de adaptación muy arraigado.

El Cluster B son personalidades muy inestables que necesitan de manera "adictiva" el refuerzo del otro (una conducta observada en la relación que establece con el terapeuta y/o con los iguales, descrita por autores especialistas en dependencia emocional como es Bowlby), y debido a su alta impulsividad (puntuaciones altas en la escala de impulsividad de R. Plutchick) presentan una rigidez en la búsqueda de novedades, de sensaciones nuevas y muy diferentes. Ellos son el paradigma de la no perseverancia en las elecciones volitivas, ya que debido a su poca tolerancia a la rutina, al fracaso y al rechazo abandonan los mínimos hábitos que estaban configurando, cargándose cualquier posibilidad de rutina satisfactoria y adaptativa. Entran en dinámicas caóticas que afectan gravemente a los horarios y hábitos de autocuidado. No consiguen construir un estilo personal, no dan tiempo a las primeras estructuras ocupacionales. El rechazo social que provocan es importante, porque en la búsqueda de hábitos novedosos llegan a mostrarse como inadecuados socialmente. El *Cluster B*, también presenta rigidez, porque es incapaz de escapar del proceso de destrucción de los "prehábitos".

En el Cluster A, en especial el paciente diagnosticado de trastorno de personalidad esquizoide, dada su incapacidad para sentir emociones, su mapa de hábitos es muy precario y desorganizado. No encuentra sentido a ordenar las ocupaciones, no disfruta de ellas, por lo tanto, funciona con aquellos hábitos que les proponga su entorno inmediato, así se evita situaciones de conflicto social. Persevera poco y rápidamente entra en la precariedad ocupacional. El trastorno de personalidad esquizotípico organiza sus hábitos en función de sus comportamientos excéntricos, entonces nos encontramos con una inadecuación social de sus hábitos, en especial de sus hábitos de estilo.

Los tres *Cluster* presentan un grave problema de empatía, observamos que no son capaces de adecuar sus hábitos a las expectativas de la familia, grupo, entorno comunitario y cultura.

¿Cómo son los Roles?

Los Roles son fundamentales para organizar el comportamiento ocupacional y comenzar a identificarme con ocupaciones que a largo plazo configurarán mi identidad ocupacional. Comenzamos por una identidad pública para integrarla en una identidad privada. Esta dimensión pública no hace más que fortalecer la volición de la persona. El objetivo es internalizar un libreto de roles realista y equilibrado. Antes de llegar a este proceso de identidad, se necesita conocer y profundizar en las obligaciones del rol padre, hija, trabajadora, aficionada, etc. Para entender y procesar qué se espera socialmente de un papel ocupacional,

se necesita una adecuada capacidad introspectiva para comparar las obligaciones con mis intereses, deseos, valores y habilidades y limitaciones; se necesita de una empatía para entender a través de los otros las obligaciones que supone trabajar, por ejemplo, de profesor de primaria; y por último se necesita no idealizar estas obligaciones sobredimensionando el estatus que puedan reportar. El/ella falla en el proceso de identificaciones internas, es incapaz de relativizarse a sí mismo, le resulta casi imposible empatizar con el otro y tiende como mecanismo compensatorio inadaptativo a idealizar los roles ocupacionales. En el primer paso, que es el reconocimiento del sentido de la obligación, ya se queda bloqueado. Comienza a ejecutar el rol ocupacional y como lo que él ha interiorizado acerca del rol ocupacional está tan alejado de lo que el entorno espera de su rol, el fracaso está asegurado. El/la paciente como consecuencia del fracaso, vive las expectativas del rol como extrañas a su precaria identidad. No persevera en la ejecución del rol, por lo tanto, no llega a internalizar el rol ocupacional. No vive el rol, sino que se queda en la fase de interpretación, perciben las ocupaciones y sus entornos como un escenario teatral. La gravedad de esta situación, es que pierden el proceso de socialización, ya que el trastorno de la personalidad aparece en la infancia-adolescencia. Esta tan confundido y desorientado que puede entrar en una dinámica de comportamientos ocupacionales inapropiados socialmente. No poseen referencias estables, ni de sí mismo, ni de su entorno. Su deterioro ocupacional avanza progresivamente, de forma que el único rol con el que se identifica es el rol de enfermo, adquiriendo las obligaciones más enfermizas del

rol de enfermo: ausencia de responsabilidades, dejación de las decisiones, chantaje emocional, y discurso negativista y de desesperanza. Nuestro primer objetivo será que abandone el rol de enfermo pasivo y lo sustituya por el rol de enfermo activo, o el denominado rol de automanejo (Kielhofner, 2004, pp. 87), es decir, todas aquellas actividades y comportamientos dirigidos a manejar de manera constructiva las implicaciones médicas, económicas y sociales de su disfunción.

Ejecución

Habilidades Emocionales

Cuando nos planteamos la ejecución de estos/as pacientes es inevitablemente dirigirnos a las habilidades emocionales. El problema de fondo del paciente afectado de un trastorno de personalidad es la ausencia de inteligencia emocional para controlar sus rasgos desadaptativos y maximizar sus rasgos funcionales. Todos presentamos conductas "paranoides", "límites", "evitativas", "esquizoides", etc.. y en ocasiones estas conductas son adaptativas. Por ejemplo, si necesito improvisar en una actividad, las conductas "límites" me ayudarán a resolver el problema; si tengo que planificar y evaluar el plan de tratamiento, necesitaré conductas "obsesivas"; si tengo que defender la validez científica de la terapia ocupacional, me ayudará ciertas dosis de "narcisismo"; y si tengo que desconectar de los pacientes acudiré a las conductas

“esquizoides”. Aquellas personas que presentan una personalidad adaptada utilizan la conducta más adaptativa o explora conductas funcionales.

¿Cuáles son las habilidades emocionales propias de la inteligencia emocional?

- **Autoconocimiento:** se define como la capacidad para profundizar y reconocer de forma constructiva y realista nuestra escala de valores, nuestras habilidades y limitaciones, nuestra historia de vida pasada, nuestras expectativas de futuro y nuestra posición en la familia, comunidad y cultura, en definitiva, reconocer nuestra unicidad sin sentirme ajeno o extraño frente a los demás. Como se ha comentado anteriormente, la persona con problemas de personalidad no es capaz de un autoconocimiento constructivo, no reconoce su unicidad, ni su capacidad para sacar conclusiones de los resultados, su historia ocupacional es muy escasa y ante el vacío que siente responde con continuas repeticiones del ciclo del autoconocimiento sin dar tiempo a consolidar una mínima identidad que le permita afrontar el día a día. Además distorsiona el proceso de la interpretación seleccionando únicamente los resultados negativos, o por autoengañarse idealiza sus resultados. Al no centrarse en su parte constructiva, lógicamente no se autoacepta y a partir de ese momento pierde su propio autorespeto, dando “vía libre” a las autolesiones.

- **Autocontrol:** Los estímulos nos provocan emociones primarias. Es importante elaborar un sistema que permita gestionar las emociones de manera adaptativa. No debemos confundir autocontrol emocional con represión emocional. Autocontrol quiere decir gestionar eficientemente las emociones. ¿Cómo las gestionamos?. En primer lugar identificando y reconociendo emociones (autoconocimiento) para que mi respuesta emocional sea proporcional al estímulo ambiental. Por ejemplo, no responder con euforia ante un acontecimiento doloroso, no dramatizar ante un acontecimiento con posibilidades de solución, reconocer el miedo y la ansiedad ante una situación novedosa, etc... En segundo lugar no “descontrolarnos” emocionalmente. El descontrol no es únicamente las conductas impulsivas, muy propias del Cluster B, sino que también conductas como las fantasías, el bloqueo conductual que se asemeja a una conducta estuporosa, la huida, etc.. son manifestaciones del descontrol emocional. Qué “técnica” usamos según el marco de referencia cognitivo, **el dialogo interno**. El trastorno de personalidad se habla a sí mismo de manera muy “radical” frases, como: “sin ti no soy nada”, “si me dejas me muero”, “si me echan del trabajo me matan” “no podré resistir un suspenso” “si digo que no, me abandonan”, “es mi última oportunidad”, “soy un desgraciado”, “no te fíes de nadie”, “ya he encontrado mi auténtica vocación”, “tu no me puedes fallar”, etc. El trastorno de la personalidad está lleno de distorsiones cognitivas provocadas porque no ha sabido detectar y por lo tanto defenderse de

los pensamientos irracionales que se nos transmiten en nuestro proceso de socialización. Como el trastorno de la personalidad interpreta las emociones de manera radical su respuesta es igual de radical, bien al polo activo o al pasivo, al fin y al cabo igual de destructivas.

- **Automotivación:** La habilidad para movilizarse, accionarse por sí mismo, sin la necesidad de estímulos externos. En el fondo sería la volición en su estado pleno. Está muy relacionado con el rasgo del carácter de la autodirección (Cloninger, 1986, pp. 167-226). Nos tenemos que fijar que la automotivación es producto del autoconocimiento y del autocontrol, si el trastorno de personalidad "falla" en estos dos procesos emocionales, es fácil imaginarnos cuales son sus fuentes de refuerzo: las motivaciones externas. Se hace "esclavo" de "motores externos", que pueden ser: relaciones fusionales, apoyos externos, validaciones externas, cuidados externos, valores externos, tóxicos, etc. Como las fuentes de "alimentación" externas son muy imprevisibles, el trastorno de personalidad se siente abandonado por estos refuerzos y progresivamente acumula una rabia interna que se suele canalizar en las autolesiones.
- **Empatía:** La capacidad para colocarme en el lugar del otro. En esta frase escrita de esta manera parece que la empatía es "fácil" de aprender y practicar. No tenemos que olvidar que la empatía es el punto medio entre la simpatía y la antipatía. Cuando interactuamos, el otro de manera inmediata me genera reacciones de simpatía o colaboración, o

reacciones antipáticas o de rechazo, son respuestas muy automáticas. Necesito de un proceso emocional consciente que me “desradicalize” mis primeras emociones y ¿cuál es este proceso?: La empatía. ¿Cómo se consigue la empatía?: Generalizando, llegamos a ella cuando no juzgamos o calificamos al otro. Es decir, ante la reacción, conducta verbal o no verbal del interlocutor en vez de ponerle “nota”, me hago preguntas del porqué de su conducta. Cambio el signo de la exclamación por el signo de la interrogación, pongamos un ejemplo:

- ✓ Interpretación simpática: “¡Es genial!”/ Interpretación empática: “¿Por qué a mí me parece genial?”.
- ✓ Interpretación antipática: “¡Es insoportable!”/ Interpretación empática: “¿Por qué a mí me genera la sensación de insoportable?”.

Nos detenemos en este aspecto porque el paciente con un trastorno de personalidad se “balancea” entre la simpatía extrema y la antipatía extrema. Y con este ejemplo se ve una manera de trabajar con ellos en los talleres de habilidades sociales que dirigimos los terapeutas ocupacionales. Es clave que en terapia ocupacional, sea individual, grupal, mediante la actividad, la ocupación o la tarea, aprendan a redefinir su lenguaje cuando anticipan e interpretan la ejecución de los roles de componente social: padre, amigo, hija, etc.

- **Habilidades Sociales:** Podrían ser definidas como el abanico de posibles conductas sociales adaptadas que uno puede utilizar en función de nuestras necesidades y posibilidades del entorno. En este punto no vamos a profundizar porque en el apartado en el que evaluamos las habilidades de comunicación e interacción (que están recogidas en el modelo de ocupación humana) se describe sobre como están afectadas en esta patología.

No es casual que hayamos empezado el análisis de la ejecución por las habilidades emocionales. Si nos fijamos, los distintos modelos de terapia ocupacional apenas han profundizado en la inteligencia emocional y, paradójicamente, el componente ejecutivo más deteriorado en los trastornos emocionales corresponde a las habilidades propias de la inteligencia emocional.

Habilidades de Procesamiento de la Información

Cuando observamos cómo este/a paciente procesa la información, nos llama la atención la dificultad que presenta para planificar de manera ordenada las posibles estrategias. En función del Cluster observamos ciertas diferencias.

El Cluster A presenta disfunciones cognitivas muy similares al espectro de la psicosis. El trastorno paranoide de la personalidad parece como si tuviera un "fallo" en la percepción de la información social, entonces ordena y clasifica la

información erróneamente, por lo tanto, su planificación y sus metas ya no se ajustan a la realidad social.

El Cluster B dada su poca tolerancia a la rutina, no da tiempo a terminar la fase de recogida de información, entonces sus metas son totalmente irrealistas.

El Cluster C se queda encallado en la fase de ordenación y clasificación de la información porque pretende abarcar toda la información, percibe que eso es imposible y vuelve a repetir la ordenación, en casos graves no llegan al establecimiento de metas, ni mucho menos a la fase de ejecución.

Un rasgo que caracteriza a todos los Cluster es la rigidez, respecto al ensayo de distintas estrategias ocupacionales. Incluso en pruebas psicométricas, como es el *Winconsin*, que miden la perseverancia y la flexibilidad de respuesta, aparecen puntuaciones altas en rigidez conductual. Es como si tuvieran un circuito cerrado en sus funciones ejecutivas y que repiten a pesar de no adaptarse a las exigencias ambientales. Como conclusión sacamos que su habilidad para resolver problemas esta seriamente afectada. En muchas ocasiones no pasan a la ejecución y si llegan repiten el circuito cerrado. Nos encontramos con un alto índice de fracaso escolar, de pérdida de puestos de trabajo, con una gran dificultad para planificar el cuidado de su domicilio y de sí mismos, haciendo una dejación de responsabilidades y con una ausencia de rutinas de ocio significativas, ya que se necesita ordenar la gran variedad de alternativas de actividades de ocio que se pueden realizar. Ante tanta información y tan distinta, no la clasifican adaptativamente, y son incapaces de crear un plan de ocio personal.

Habilidades de Comunicación e Interacción

La persona con problemas de personalidad puede tener “aparentemente” conservadas las capacidades de interacción social. Ante una primera evolución (en especial el Cluster B) podemos observar que despliega “eficazmente” habilidades sociales como: iniciar y mantener una conversación, aceptar las críticas, exponer ideas y emociones, defender sus derechos, realizar elogios, decir que no, etc. Pero esto no es más que una “farsa” o una “fachada”. Si volvemos a las características que definen a la persona afectada de un trastorno de la personalidad, seleccionaremos las siguientes:

- ❖ La falta de empatía.
- ❖ La necesidad de controlar el entorno.
- ❖ Miedo exagerado al rechazo y a la soledad.

Observamos que no interactúan socialmente en igualdad de condiciones si no que se “defienden” o se “agarran desesperadamente” para evitar la ansiedad y la sensación de descontrol que le genera el mundo social. Ellos/as no entienden el “juego” porque son incapaces de anticipar lo que puede pasar y las reglas del juego de esa interacción social las viven como extrañas.

¿Cómo se defienden?

- ❖ Conductas pasivo-agresivas: Chantaje emocional, victimismo, sarcasmos, manipulación, etc. Se observa en el *Cluster B* y en el *Cluster C* cuando se encuentra muy ansioso.
- ❖ Conductas agresivas: Impulsividad y maltrato psicológico y físico en especial los trastornos de personalidad antisocial y narcisista, conductas *acting-out*, por ejemplo, cuando se sienten amenazados los trastornos paranoides de la personalidad.
- ❖ Conductas fusionales: Muy propias del trastorno límite de la personalidad y del trastorno dependiente de la personalidad.
- ❖ Conductas pasivas: Aislamiento y en ocasiones mutismo, lo observamos en los trastornos esquizoides y evitativos.

Como consecuencia se constata un abandono progresivo de todas las relaciones interpersonales (familiares, amigos, pareja, etc.), unas relaciones caóticas, precarias y muy superficiales o auténticas dependencias patológicas.

Continuum Función-Disfunción

En anteriores versiones del Modelo Ocupación Humana (Kielhofner, Apuntes del Curso: Modelo de la Ocupación Humana, Universidad de Zaragoza, 1995), Kielhofner elaboró una gradación de la función/disfunción ocupacional. Según el modelo, las personas nos movemos en un continuum que comienza en la

dependencia que sería el extremo de la disfunción, pasa por la **incompetencia**, por la **ineficacia**, llega a la **exploración**, en este punto comenzaría la funcionalidad ocupacional, continua en la **competencia** y termina en el máximo de función ocupacional, el **logro**. Las personas en función de cómo equilibramos nuestras necesidades y capacidades con las exigencias ambientales, nos colocamos en un escalón de disfuncionalidad o de funcionalidad. El problema está en permanecer habitualmente en los escalones de la disfuncionalidad ya que en algún momento pasamos provisionalmente por ellos.

En el trastorno de la personalidad nos encontramos con las siguientes disfunciones ocupacionales:

INEFICACIA	Interferencias en el desempeño ocupacional
	Cambios ambientales: aumento de la exigencia laboral y familiar, acontecimientos vitales estresantes: Dudas de sus capacidades e incertidumbre, alerta.
Cluster C	

(Tabla 2: Continuum funcionalidad-disfuncionalidad, Trastorno de la Personalidad. Bellido, Jr; Berrueta, L)

DEPENDENCIA	Bloqueo, incapaz del propio autocuidado
	Historia de fracasos, historia de quemar personas, ausencia de identidad, encadenados a las conductas de escape: sentimiento extremo de ineffectividad.
Cluster B	

(Tabla 3: Continuum funcionalidad-disfuncionalidad. *Bellido, JR. Berrueta, L.*)

INCOMPETENCIA	Limitación o pérdida de HH, Confianza o Hábitos
	Sentimiento de vacío, identidad precaria, distanciamiento de los valores sociales, pérdida de roles y hábitos desorganizados.
<i>Cluster: A, B y C</i>	

(Tabla 4: Continuum funcionalidad-disfuncionalidad. *Bellido, JR. Berrueta, L.*)

Entorno

Estos/as pacientes viven el ambiente social como una "partitura" indescifrable. Lo interpretan todo de manera radical, no consiguen reconocer que se espera de ellos, clasifican el medio ambiente social en dos grandes grupos. Los "antipáticos", los que van contra mí y los "simpáticos", los que están totalmente conmigo. No son capaces de discriminar qué aspectos sociales son oportunidades para la elección y acción ocupacional y qué elementos sociales restringen la elección y la acción. Por ejemplo, no es capaz de reconocer que cuando alguien le pone de manera asertiva límites a la relación, es una oportunidad para establecer a medio plazo una relación profunda y significativa, o no es capaz de reconocer que cuando alguien no responde de manera inmediata a sus peticiones o deseos es una oportunidad de establecer una relación de sinceridad, porque su interlocutor no está con ella o él por agradarle. En el otro extremo no reconocen que cuando alguien actúa con ellos a través del "chantaje" emocional, tienen que defenderse porque están siendo "manipulados" y por lo tanto su identidad se ve seriamente dañada.

Habitualmente los trastornos del *Cluster A* se relacionan en una escasez de ambientes sociales. Conservan el ambiente primario, la familia y en ocasiones son aceptados por grupos que rozan la marginación, pseudo sectas, iglesias minoritarias o tribus urbanas, ya que estos entornos sociales son muy "tolerantes" con las extravagancias, con la diferencia y si quieres la implicación emocional es mínima.

El *Cluster B* dada su inestabilidad emocional y su impulsividad, queman los vínculos primarios, familia, pareja, amigos o compañeros de trabajo. Compensan buscando relaciones sociales caóticas, superficiales donde las interacciones sociales están basadas en el interés propio y donde el refuerzo externo e inmediato es la base de la comunicación. Son grupos sociales inestables que se rompen ante la mínima frustración. En muchas ocasiones coinciden en ambientes relacionados con el mundo de los tóxicos.

El *Cluster C* evita con todos sus medios el fracaso, progresivamente va reduciendo el abanico de relaciones sociales, ante la mínima frustración abandona de golpe el ambiente social, por ejemplo, los amigos de la adolescencia, los conocidos de una actividad de ocio, los amigos del trabajo, etc. Finalmente se quedan con los grupos que más controla, padres, hermanos, pareja e hijos.

En definitiva presentan una red social precaria, inestable y superficial. El trastorno de personalidad no contribuye a construir entornos, cuando los encuentra se "mimetiza", los arremete o huye de ellos.

¿Cómo afecta el Trastorno de la Personalidad según las “lentes” del Modelo Canadiense, a la ocupación humana?

Analizar la disfunción ocupacional de la persona con problemática de personalidad a través del modelo canadiense nos resulta complicado. Existen pocas publicaciones en castellano (Romero y Moruno, 2002 pp 135) que expongan en profundidad este modelo, además los autores de este artículo nos hemos formado en el modelo de la ocupación humana. Hemos decidido reflexionar, más que analizar, cómo el modelo canadiense explicaría el trastorno de la personalidad, porque el eje central del modelo es la búsqueda de la espiritualidad o del sentido de vida a través de la ocupación. En definitiva, lo que nos encontramos en la práctica diaria con estos/as pacientes, es que son personas con unos sentimientos extremos de vacío, de pérdida del sentido de la vida y con un sentimiento de unicidad inexistente.

Si somos “canadienses” situaríamos a la persona afectada de un trastorno de personalidad como la discapacidad más incapacitante de todas con las que podríamos trabajar. Nunca ha experimentado sensaciones de trascendencia o de unicidad. Está tan desorientado que las ocupaciones que ha elegido y realizado en su historia ocupacional previa no han sido más que intentos en vano de acercarse a su identidad o a experimentar un sentido de la vida

significativo. Como siempre se mueve por referentes externos es incapaz de interiorizar una escala de valores propia, personal, con la que se identifica y le sirve de guía en sus elecciones ocupacionales. Cuando trabaja, se cuida o intenta disfrutar se obsesiona por si ha obtenido éxito o fracaso. Además no compara el resultado de su actividad ocupacional con su baremo interno (no lo posee) si no que busca desesperadamente haber agradado a los baremos externos que ni si quiera entiende. No consigue entender que tal vez el fin último de las distintas ocupaciones que puede realizar, no es el resultado final sino el proceso de la ocupación, actividad y tarea que nos permiten “vivenciar” continuamente y de manera reiterativa el sentido último de la ocupación, **sentirse único**. Según lo que nosotros entendemos del modelo canadiense, las personas no elegimos actividades productivas únicamente para sentirnos útiles, ni elegimos actividades de autocuidado para salvaguardar nuestra integridad personal, o no elegimos las actividades de ocio únicamente para experimentar el placer y el disfrute, si no que elegimos “el hacer” más potente para **“revelar”** nuestra unicidad. Para ello, siguiendo a C. Rogers, recurrimos a nuestras potencialidades. Las ideas previas que tenemos respecto a nuestra posible eficacia en la ocupación, actividad o tarea se diluyen en la búsqueda y exploración de las potencialidades que me llevan a experimentar el sentimiento de unicidad. Entonces en el “hacer por el hacer” reside la esencia de la ocupación humana. Interpretamos que según el modelo canadiense, la ocupación nos conecta directamente con la dimensión central de la persona, **la espiritualidad**. Si nos paramos a analizar, desde la perspectiva “espiritualista”,

todos los humanos nacemos e integramos progresivamente un conjunto de potencialidades muy internas que, si conseguimos conectar con ellas y desarrollarlas, podemos comenzar a configurar nuestro sentimiento de unicidad. Estas potencialidades están muy vinculadas con los valores más universales. Nos podemos encontrar que en "potencia" tenemos habilidades para ayudar, cuidar, crear, descubrir, experimentar, compartir, escuchar, respetar, amar, educar, aglutinar, etc. Si la persona "vive" algunos de los valores y potencialidades anteriormente nombradas, experimentará la unicidad. Es tan potente este sentimiento que percibimos que nos autotranscendemos (dicho de otro modo, conectamos con nuestra **dimensión espiritual**), es decir, que "saltamos" la dimensión espacio/tiempo en las que estamos inmersos.

Para vivir la "espiritualidad", necesitamos varios caminos. Uno de los más potentes, es la ocupación. En primer lugar, la ocupación nos permite conectar con nuestras propias potencialidades; en segundo lugar, nos facilita su desarrollo pleno; y en tercer lugar, gracias al "hacer" tenemos la oportunidad de vivir de manera reiterativa el sentimiento de unicidad. Por ejemplo, si ascendiendo el Aneto he conseguido conectar con mi "espiritualidad", si el proceso dura, siete horas, cada minuto que configura el proceso estoy experimentando mi sentimiento de unicidad y por lo tanto, de trascendencia. Esto es muy importante porque implica que la ocupación es una de las fuentes principales para experimentar el sentido, único y personal, de vida. No todas

las actividades de una rutina diaria, semanal o mensual me llevan a la unicidad. Solamente aquellas que revelen mis potencialidades más internas. Podemos decir que si en una actividad, tarea, en definitiva en el "hacer", perdemos los límites espaciales y temporales que encuadran la acción humana, se nos esta "revelando" nuestra dimensión espiritual. En ocasiones pensamos que el modelo canadiense nos elimina del "peso" de la adaptación y de la eficacia que acompañan a los distintos modelos de la terapia ocupacional

Para un "canadiense" la persona afectada de un trastorno de la personalidad es alguien vacío, que nunca ha elaborado un proyecto único de vida. Como desconoce como explorar y descubrir sus potencialidades únicas, nunca ha experimentado el sentimiento de unicidad. Su historia ocupacional es "hueca" y no ha hecho más que confundirlo en la búsqueda del sentido de la vida. En algún momento de su "hacer" habrán aparecido indicios de sus potencialidades, pero él/ella habrá sido incapaz de detectar estas primeras señales. Por lo tanto, este/a paciente necesita la ocupación para conectar con sus potencialidades únicas. Tenemos que romper el círculo vicioso del "vacío" en sus elecciones ocupacionales. En muchas ocasiones, el primer camino no es comenzar directamente por la actividad o tarea. Él/ella necesita percibir confianza plena antes de explorar cualquier actividad. ¿Cómo lo conseguimos?. Con el apoyo incondicional del terapeuta ocupacional a través de la relación terapéutica, o como lo denomina el modelo canadiense, la práctica centrada en el cliente.

Un apartado importante y diferencial del modelo canadiense es la dimensión de la afectividad. Estamos totalmente de acuerdo en aglutinar en una misma dimensión las habilidades emocionales con las habilidades sociales, en la inteligencia emocional no es más que la integración de la inteligencia intrapersonal con la inteligencia interpersonal (Gadner, 1998). Cuando somos “inteligentes” emocionalmente desplegamos conjuntamente la dimensión psicológica y social de la afectividad. Para facilitar el seguimiento y la comprensión del presente artículo, el análisis de las habilidades emocionales en estos/as pacientes (que integraría junto con las habilidades sociales, la dimensión de la afectividad), se ha realizado en el apartado del modelo de la ocupación humana, junto con las habilidades de comunicación o interacción (habilidades sociales), de esta manera hemos intentado no romper el hilo conductor del análisis del componente ejecutivo. El modelo canadiense “nos obliga” a analizar las habilidades emocionales, nosotros desconocemos si ha elaborado un cuerpo teórico y un método para evaluar las habilidades emocionales en la ocupación humana. En el resto de los modelos las habilidades emocionales o la inteligencia emocional quedan más diluidas.

La Terapia Ocupacional: una oportunidad de cambio

No debemos olvidar la gran paradoja que se nos presenta cuando intervenimos con estos pacientes. Sus rasgos de personalidad sin autocontrol son los

responsables de su disfunción ocupacional, pero a la vez, estos mismos rasgos de personalidad "conducidos" con ciertas dosis de inteligencia emocional son sus principales armas para conseguir la función ocupacional. Por ejemplo, en un trastorno límite de la personalidad, su tendencia a la búsqueda de novedades le puede impedir perseverar en sus elecciones ocupacionales, pero a la vez, para motivarse y ser competente necesita una ocupación, actividad, tarea, en la que despliega ciertas dosis de búsqueda de novedades. Esto no es habitual en terapia ocupacional. La limitación de entrada es un handicap, por ejemplo, la sintomatología negativa en la esquizofrenia, siempre es una gran limitación, y la habilidad inicialmente es un potencial de adaptación. Si este paciente con esquizofrenia presenta habilidades para la memoria visual, sabremos que facilitaremos su aprendizaje si utilizamos la información de carácter visual. Por lo tanto, en la esquizofrenia compensamos o adaptamos la limitación y "explotamos" las habilidades. En el paciente afectado de un trastorno de la personalidad nuestra intervención se acerca a la "alquimia". Intentamos junto al paciente inhibir algunos rasgos de personalidad hasta cierto punto, y por otro lado tenemos que construir habilidades, pero también hasta ciertas dosis.

Para ellos/as la terapia ocupacional es un espacio que le proporciona la oportunidad de "vivir" la función ocupacional. Puede ensayar, explorar, acomodar y errar, pero tiene que ser consciente que mañana en el espacio de la terapia ocupacional se presenta otra oportunidad para ensayar la búsqueda de experiencias funcionales. Este espacio es terapéutico, porque está el/la

terapeuta ocupacional. Nosotros "proveemos" las oportunidades de cambio. Pero nuestro principal "producto" (nos permitimos un símil mercantil) no es únicamente la actividad seleccionada y adaptada a sus características, si no que ofrecemos la oportunidad de explorar una relación "sana", por lo tanto, terapéutica. En nuestra intervención el binomio actividad-relación terapéutica es totalmente indisoluble. Pensamos que más que en cualquier otra patología mental.

Objetivos de nuestra intervención

A grandes rasgos, nos movemos con dos objetivos, uno está relacionado con construir patrones de conducta adaptativos y el otro está vinculado con controlar patrones comportamentales disfuncionales.

Construir habilidades funcionales y vivenciar la función

Si hemos concluido que la base de este trastorno, es la existencia de un grave problema de identidad personal, el objetivo de referencia de la intervención de terapia ocupacional es la construcción de la **identidad ocupacional**. Es importante "medir", con las dificultades que ello conlleva, el grado de identidad

ocupacional que posee el paciente. Nos puede ayudar la Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional, segunda versión (OPHI-II. Kielhorner, 2004, pp. 275). Es una entrevista semiestructurada que ha diseñado el Modelo de la Ocupación Humana que incluye escalas de puntuación de la identidad ocupacional, la competencia ocupacional y el impacto de los contextos. Es la única herramienta que tenemos desde la terapia ocupacional que nos permite concretar el grado de identidad ocupacional y qué ítems configurarían la identidad ocupacional. Esto es muy importante porque nuestra intervención esta encuadrada en una intervención psicoterapéutica y farmacológica diseñada por el equipo de intervención. La piedra angular de la intervención psicoterapéutica, es el desarrollo de la identidad. Los terapeutas ocupacionales tenemos que tener claro qué aspectos de la elección e interpretación ocupacional inciden directamente en la emergencia de la identidad personal.

Teniendo como referencia a la OPHI-II (Kielhofner, 2004), los objetivos específicos para desarrollar la identidad ocupacional serían los siguientes:

- Detectar y establecer metas y proyectos personales.
- Identificar un estilo de vida ocupacional deseado.
- Favorecer la emergencia del sentimiento 'éxito' antes de la ejecución de la actividad.
- Aceptar las responsabilidades.
- Reconocer capacidades y limitaciones.
- Identificar compromisos y escala de valores.

- Identificar intereses.
- Reconocer logros pasados.
- Reconocer elecciones ocupacionales propias realizadas en el pasado.

¿Cómo podemos trabajar con nuestras herramientas estos objetivos sobre la identidad ocupacional?

En primer lugar tenemos que tener en cuenta que con estos/as pacientes, es importante trabajar de manera paralela con todas las herramientas que posemos. Utilizaremos de manera conjunta y a veces de manera simultánea, **la actividad ocupacional - intervención individual-rol ocupacional en el dispositivo asistencial – rol ocupacional en la comunidad.**

Una actividad ocupacional fundamental es el taller de autoestima. En el apartado de actividades específicas para los/as pacientes con problemática de personalidad, definimos qué entendemos por el taller de autoestima. Este espacio terapéutico lo utilizamos para que el paciente comience a identificar aquellas áreas propias de la identidad ocupacional. Ellos/as tienen la suficiente capacidad de abstracción como para pedirle un trabajo exigente en el proceso de la anticipación de la elección ocupacional. Con el taller de autoestima pretendemos que se cuestione sus motivaciones, que averigüe su principal fuente de motivación ocupacional (si es la competencia o el disfrute), que explore valores que se han revelado en algún momento en su historia ocupacional, que se plantee qué nuevos valores puede empezar a interiorizar a

través de la ocupación, cuándo realmente se ha sentido eficaz, y que reconozca los logros que han marcado su ciclo vital. Es fundamental tener claro cómo es el proceso de la volición humana, ser creativos en la dinámica que les va permitir interiorizar y autocuestionarse cómo han elegido e interpretado su propia historia ocupacional y aprovechar la potencia del grupo, de los iguales, como factor movilizador del propio autoconocimiento. No debemos olvidar que nosotros somos su referencia, en el taller de autoestima le “enseñamos” “técnicas” de autoconocimiento a través de nuestros propios métodos de revisión personal y por otro lado, el taller de autoestima le posibilita poner en práctica de manera simultánea el “método” de introspección que el terapeuta ocupacional propone. No saben cómo iniciar el autoconocimiento, necesitan una primera referencia y ésta es el terapeuta ocupacional. Como les decimos habitualmente en el taller de autoestima: “estáis redactando vuestro propio manual de autoayuda”.

Cualquier actividad podemos utilizarla para el proceso de introspección, pero saben que existe un espacio semanal exclusivo para trabajar la identidad ocupacional, pase lo que pase en las otras actividades, su tiempo de autoconocimiento “dirigido” y grupal es “sagrado”.

Paralelamente trabajamos con otras herramientas. Con toda la información que sale en las actividades, más la información recogida en la evaluación ocupacional, se configura el itinerario individual de funcionalidad ocupacional.

Prácticamente cada semana a través de la intervención individual se negocian los objetivos ocupacionales a trabajar. Es fundamental que, además de marcar los objetivos de funcionalidad, nos sentemos para interpretar conjuntamente paciente-terapeuta ocupacional los resultados de la ejecución de los objetivos negociados. En la orientación individual pactamos roles comunitarios para trabajar la funcionalidad.

Para configurar la identidad ocupacional, necesitamos experimentar al máximo el sentimiento de utilidad. ¿Qué roles son los más potentes para acercarlos al sentimiento de utilidad? Los roles productivos. Roles como cuidador del domicilio, cuidador de animales o roles pre-laborales se pactan desde la segunda semana de ingreso en el Hospital de Día. Es fundamental negociar metas muy realistas para asegurar el éxito y que comience a experimentar la sensación de logro.

Paralelamente se negocia con el paciente posibles roles a desarrollar en el recurso hospitalario y además relacionados con roles productivos. Desde la primera semana el paciente puede asumir el rol "el de mantenimiento del hospital", rol "coordinador de actividades extrahospitalarias", etc. Es importante negociar roles que impliquen asumir responsabilidades con respecto a uno de sus "grupos" de referencia, en este caso el Hospital de Día. Al finalizar el día el trastorno de personalidad ha experimentado la identidad ocupacional, en la actividad, en la orientación individual, en el rol hospitalario y el rol comunitario.

Es como si hiciéramos una “sobre estimulación” de identidad ocupacional. Después será fundamental trabajar con él la interpretación de todo lo ocurrido durante el día o la semana, de esta manera comienza a consolidar y creerse los valores, metas, proyectos, intereses, motivaciones y responsabilidades que ha experimentado.

Por otro lado, el paciente puede experimentar la identidad ocupacional de una manera más indirecta, donde el paciente no es tan consciente de que esta explorando uno de los activadores más potentes de la identidad ocupacional, la **autoconfianza** ocupacional. Podemos utilizar las siguientes herramientas:

- “Manipular” la actividad para que el paciente sea protagonista del resultado. Nos sirve el taller de dinámica de grupos, el taller corporal, las sesiones monográficas, etc. ¡Cuidado! tendremos que inhibir aquellas conductas de llamada de atención en especial en el Cluster B.
- Módulo de exploración, proponer un “hacer” de baja exigencia, en especial emocional.
- Módulo de recuperación, proponer que reexplora intereses en los que se sintió en algún momento competente.
- Proponer y consensuar estrategias para “manejar” terapéuticamente el rol de amigo con los compañeros del hospital y el rol de paciente en relación a los profesionales. Ambos espacios “amigo-hospital”, “profesional-hospital” aún no están

quemados, por lo tanto, tiene la oportunidad de empezar desde cero.

Hemos profundizado en el abordaje de la construcción de la identidad ocupacional, es lógico, ya que el constructo psicológico es la "piedra angular" de nuestro tratamiento. Por cuestiones de formato y por extensión pasamos a describir esquemáticamente las distintas habilidades funcionales "diana" de nuestra intervención.

Dentro del grupo de las habilidades de procesamiento de la información abordaremos las siguientes habilidades funcionales:

(Tabla 5: Habilidad Funcional, Procesamiento de la Información. Bellido,

Habilidad Funcional	Actividades, Orientación Individual, Roles	Roles Comunitarios
Planificación y organización	Taller de Planificación de Fin de Semana Orientación individual: planificar las decisiones ocupacionales y la rutina ocupacional de las tardes	Rol de Aficionado Roles del Hogar

JR; Berrueta, L)

Habilidad Funcional	Actividades, Orientación Individual, Roles	Roles Comunitarios
Resolución de problemas	Taller de Resolución de Problemas Taller Ocupacional Individual Sesión Monográfica Rol de paciente activo	Rol de estudiante del Hogar Rol de Cuidador Rol de Aficionado

(Tabla 6: Habilidad Funcional, Procesamiento de la Información. Bellido, JR; Berrueta, L)

Dentro del grupo de las habilidades de comunicación e interacción las habilidades funcionales "diana" son las siguientes:

Habilidad Funcional	Actividades, Orientación Individual, Roles	Roles Comunitarios
EMPATIA	1. Taller de Habilidades Sociales: diferenciar la simpatía y antipatía reconociendo en pensamiento B/N 2. Taller de Dinámicas de Grupo 3. Taller de Autoestima 4. Taller de Buenos Días 5. Rol de paciente con el T.O. 6. Rol de amigo en el H.D.	Rol de Hijo/a de padre/madre Rol de Pareja Rol de Amigo/a

(Tabla 7: Habilidad Funcional, Comunicación e Interacción Bellido, JR. Berrueta, L.)

Habilidad Funcional	Actividades, Orientación Individual, Roles	Roles Comunitarios
ASERTIVIDAD	1. Taller de Habilidades Sociales: reconocer el patrón dominante, impacto en la S.M y ensayo 2. Taller de Debate: Práctica 3. Taller de Dinámicas de Grupo	Rol de Hijo/a de padre/madre Rol de Pareja Rol de Amigo/a

	4. Rol de paciente con el T.O. 5. Rol de Amigo del H.D.	
--	--	--

(Tabla 8: Habilidad Funcional, Comunicación e Interacción Bellido, JR. Berrueta, L.)

Gestionar los patrones desadaptativos

Dentro de la gran paradoja anteriormente explicada, el otro gran objetivo, es proporcionarle, mediante la terapia ocupacional, de un espacio terapéutico en el que tenga la oportunidad de gestionar emocionalmente los patrones desadaptativos. Es fundamental que el paciente tenga claro que estos rasgos de personalidad le acompañarán de por vida, no desaparecerán con la psicoterapia, pero es importante que experimente su propia capacidad para gestionar de manera constructiva sus rasgos de personalidad.

A modo de esquema nuestra intervención sería de la siguiente manera:

Habilidad Funcional	Actividades, Individual, Roles	Orientación	Roles Comunitarios
Reconocer los mecanismos de defensa y conductas de escape	los T. de Autoestima, T. de la Intervención Individual: Rol de paciente	de HH.SS. y Rol de	Roles familiares y de amigo.

(Tabla 9: Habilidad Funcional, Inhibición conductual Bellido, JR. Berrueta, L.)

Habilidad Funcional	Actividades, Individual, Roles	Orientación	Roles Comunitarios
AUTOCONTROL	T.O. Individual: Pactar cambio de exigencia o introducción de novedades de las actividades individuales Técnicas de autocontrol: técnicas de relajación y actividades de descarga		Rol de Aficionado Roles productivos Roles sociales

(Tabla 10: Habilidad Funcional, Inhibición conductual Bellido, JR. Berrueta, L.)

¿Existen actividades de terapia ocupacional específicas para intervenir en el paciente afectado de un trastorno de la personalidad?

Nosotros pensamos que no existen "recetas" de actividades en función de la disfunción que presente el paciente o usuario. La actividad en potencia es polivalente, su capacidad de movilización de recursos personales es impredecible y en ocasiones espectacular. Sí que hemos observado en nuestra práctica que algunas actividades adaptadas a las características particulares de su problemática de personalidad, son más potentes en la movilización de la identidad ocupacional y en el desarrollo de las habilidades funcionales anteriormente nombradas. ¿Cuáles son?

Taller de Autoestima

Objetivos específicos a trabajar con personas con dificultades de personalidad:

- Conocimiento integral de uno mismo incidiendo en los siguientes aspectos:

- Proceso de la motivación ocupacional: Reconocimiento de logros, identificación de valores individuales y universales, e identificación de intereses.
- Habilidades emocionales y limitaciones emocionales que dificultan la gestión de las emociones.
- Expectativas personales respecto al futuro.
- Reconstrucción de la identidad personal a través de:
 - Conocer y profundizar en los pasos para llegar a la autoestima: autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación, autorespeto y autoestima.
 - Desarrollar las habilidades emocionales.

Taller de Habilidades Sociales

Objetivos específicos a trabajar con personas con dificultades de personalidad :

- Identificar las distorsiones negativas o pensamientos irracionales que favorecen y retroalimentan los mecanismos disfuncionales: conducta pasiva, pasivo-agresiva y agresiva.
- Identificar los mecanismos disfuncionales más frecuentes.
- Identificar la estrecha relación entre autocontrol emocional y habilidades sociales.
- Explorar y practicar nuevas estrategias basadas en el aprendizaje del modelo de la asertividad:

- Establecer relaciones sociales significativas.
- Afrontamiento de críticas.
- Técnicas de autocontrol emocional: empatía, diálogo interno y técnicas de relajación.
- Defender tus propios derechos.
- Afrontamiento de la soledad.
- Interpretación de la conducta no verbal.

Taller de Dinámica de Grupos

Objetivos específicos a trabajar con personas con dificultades de personalidad:

- Conocer a fondo las fuerzas que actúan en un grupo.
- Facilitar la cohesión de grupo, elemento muy importante para favorecer el modelaje entre iguales.
- Facilitar la práctica de habilidades sociales necesarias para trabajar en la consecución de un fin común.
- Potenciar la transferencia a situaciones reales.

Taller de Resolución de Problemas

Objetivos específicos a trabajar con personas con dificultades de personalidad :

- Identificar los problemas de la vida diaria que suponen un handicap para el automantenimiento.

- Facilitar la comprensión de la estrecha relación entre habilidades emocionales y habilidades cognitivas a la hora de resolver problemas.
- Enseñar y desarrollar los diferentes pasos para la resolución de problemas.

Taller de Creatividad

Objetivos específicos a trabajar con personas con dificultades de personalidad :

- Presentar y practicar técnicas de creatividad para la resolución de problemas: lluvia de ideas, matriz de necesidades, asociación de ideas, etc.
- Experimentar y generalizar la capacidad de desconectar de la problemática personal y ambiental mediante la actividad creativa.
- Experimentar la habilidad para desinhibirse, fundamental para ser funcional en el área de ocio y tiempo libre.
- Aprender a utilizar la creatividad como herramienta de expresión de emociones.

Taller Corporal

Objetivos específicos:

- Estimular la adquisición de hábitos de autocuidado a través el trabajo corporal.

- Trabajar la comunicación con los iguales estimulando la comunicación no verbal.
- Facilitar y proponer técnicas de descarga de emociones y control de la ansiedad.

Taller Ocupacional Individual

Objetivos específicos:

- Explorar y probar nuevas ocupaciones y actividades ocupacionales que ayude al paciente el proceso de elección de intereses ocupacionales y vocacionales.
- Recuperar ocupaciones y actividades en especial en el Cluster B para trabajar la perseverancia y a su vez el sentimiento de eficacia.

Sesiones Monográficas

Objetivos específicos:

- Potenciar la implicación activa y responsable del paciente en la dinámica del recurso.
- Reforzar los sentimientos de confianza personal y la percepción de autoeficacia.
- Facilitar un espacio para practicar las habilidades emocionales y sociales necesarias para ejercer sus roles ocupacionales.

Taller de evaluación de la semana

Objetivos específicos:

- Consolidar y reafirmar el proceso volitivo experimentado durante la semana: Anticipación-Elección-Experimentación-Interpretación.
- Reafirmar el proceso iniciado de construir una narrativa volicional con un hilo conductor significativo.

La Relación Terapéutica, el gran reto del trabajo con la persona afectada de un Trastorno de la Personalidad

Esta parte tal vez debería estar al principio del artículo. Todo nuestro razonamiento clínico y todas nuestras actividades terapéuticas serán ineficaces si no sabemos manejar la relación paciente-profesional. Este/a paciente nos va poner a prueba, nos aparecerán nuestros propios mecanismos de defensa, nuestras propias vulnerabilidades y él/ella los va utilizar de manera automática para "dominar" la relación y sentirse mejor. Además los procesos de identificación por parte del terapeuta ocupacional se acentúan en comparación con otras patologías. Es fácil sentirse "lejos" de la esquizofrenia, pero delante de los rasgos de personalidad lo automático es que nos identifiquemos con alguno de ellos. En ocasiones ellos/as nos provocan tal rechazo porque se convierten en auténticos espejos de los rasgos de personalidad que el propio

terapeuta ocupacional no acepta de sí mismos. La defensa del terapeuta ocupacional es "atacar" al paciente en vez de "atacarse" a sí mismo.

La base de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad es el establecimiento de la alianza terapéutica. Para alcanzarla es necesario reconocer los mecanismos de defensa que utiliza el paciente y detectar nuestros propios mecanismos de defensa ante situaciones de impotencia e indefensión. El objetivo es manejar los procesos de identificación y la contratransferencia que nos puede generar la interacción con estos pacientes.

Es fundamental contextualizar el proceso de intervención. Utilizaremos dos herramientas:

- ✓ El contrato terapéutico: donde pactaremos con los pacientes los objetivos de trabajo y las normas que van regir durante el tratamiento.
- ✓ Planificación del tratamiento en base a las fases de Gundersson (Gundersson, 2002)

La mejor manera de manejar las conductas agresivas, es la detección precoz de las mismas y por lo tanto, intervenir en su prevención. Es importante no dejarnos intimidar por conductas de descontrol emocional. En especial los trastornos de la personalidad del CLUSTER B intentarán imponer su dominio en la relación terapéutica. Es fundamental aclarar los límites de la relación y las posibles consecuencias si se rebasan estos límites. Tenemos que dejarle claro

que nuestras reacciones no son personales hacia el mismo y que nuestro objetivo es continuar ayudándole en su proceso de tratamiento. Es clave detectar los aspectos más vulnerables del paciente y reconocer el grado de fortaleza del paciente para decidir si es el momento de cuestionar en profundidad o es el momento de la contención emocional. La agresividad es síntoma de recaída, de vuelta a los sentimientos extremos de indefensión, soledad y vacío, durante esta fase es importante recoger al paciente y volver a los objetivos iniciales y por lo tanto, menos exigentes. Puede ser de mucha utilidad el que el paciente perciba que tiene la oportunidad de descargar, a través de la relación terapéutica o a través de una actividad de descarga. Si el paciente nos vacía toda su agresividad verbal es imprescindible no realizar juicios ni recomendaciones. En ocasiones será necesario la contención mecánica, nosotros intentamos realizarla lo menos traumática posible.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra / Nafarroako Lan-terapeuten Lanbide Elkartea (APTONA/NALATE). (2004). *Terapia Ocupacional*. Pamplona: Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra / Nafarroako Lan-terapeuten Lanbide Elkartea (APTONA/NALATE).. Nota: entiendo que la asociación es la autora y la editora.

- ❖ Bellido, JR (2000). *Terapia Ocupacional desde el Hospital de Día: dos casos clínicos*. En Durante, P. Noya, B. Moruno, P. *Terapia Ocupacional en Salud Mental: 23 casos clínicos comentados*. Barcelona: Masson.
- ❖ Facal, C. Batalla, I. Bellido, JR (2003). *Protocolo de Evaluación e Intervención en los Trastornos de Personalidad en el Hospital de Día..* Lleida: GSS. Hospital de Santa María. Servicio de Salud Mental y Drogodependencias.
- ❖ Gardner, H. (1998). *Teoría de las Inteligencias Múltiples*. Barcelona: PAIDOS.
- ❖ Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia (GEOPTTE) (2002). *La Funcionalidad como objetivo en el tratamiento en la esquizofrenia*. Actas Españolas de Psiquiatría, 30, pp. 312-325.
- ❖ Gloria de las Heras, C. Llerena, V. Kielhofner, G (2003). *Proceso de la Remotivación: Intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos (versión 1.0)*. Santiago de Chile: Reencuentros.
- ❖ Gunderson, J. (2002). *Trastorno Límite de la Personalidad: Guía Clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- ❖ Kielhofner, G. (2004). *Modelo de la Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- ❖ Linehan, M. (2003). *Manual de los Trastornos Límites de la Personalidad*. Barcelona: PAIDOS, Psicología.
- ❖ Milon, T (2002). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. Barcelona: Masson.

- ❖ Romero, D. Moruno, P. (2003). Terapia Ocupacional: Teoría y técnicas.
Barcelona: Masson