

Entrevista

Azucena García Palacios



Azucena García Palacios ha impartido recientemente el seminario: *Mindfulness para los Trastornos de Personalidad*, en el marco del curso: *Mindfulness en la Práctica Clínica: Formación Avanzada para Terapeutas*, que organiza la Asociación Mindfulness y Salud (AMyS). La entrevista ha sido realizada en Valencia por Vicenta Orriach Navarro, el 12 de febrero de 2011.

Azucena Garcia Palacios es Profesora Titular de Psicopatología en la Universidad Jaume I de Castellón, y miembro del grupo de Investigación Labpsitec (www.labpsitec.es) donde se ha especializado en el uso de nuevas tecnologías para el bienestar psicológico. Se formó en terapia dialéctico-comportamental en Seattle, Estados Unidos, con el grupo de Marsha Linehan.

Actualmente es la investigadora principal en un proyecto de investigación sobre la adaptación de la referida terapia a la población española con pacientes diagnosticados de Trastornos de la Conducta Ali-

mentaria y Trastorno Límite de la Personalidad.

En este curso, desde una sencillez, claridad y transparencia dignas de resaltar, ha ido desgranando el complejo mundo de los pacientes con este tipo de trastornos, las grandes dificultades que entraña su tratamiento, y la gran aportación para lograr una mejora en la calidad de vida de los mismos, a través de la aplicación del programa terapéutico de la terapia dialéctico comportamental, programa éste que ha mostrado en todos sus pasos y en el que ha conseguido implicar a todos los que la hemos escuchado.

AMyS. ¿Podríamos decir que hasta la fecha, las intervenciones psicoterapéuticas eficaces, en general, con este tipo de trastorno, han resultado escasas?

A.G. Hasta hace unos años, la verdad es que sí. Yo creo que en los últimos 20 años empiezan a aparecer programas y

en los últimos 10, aparecen ya estudios. Estudios con rigor y control y que dan cuenta de que se puede tratar a estos pacientes y que pueden mejorar. Lo que ocurre, es que si lo comparamos con los estudios llevados a cabo en otros trastornos, los realizados con estos trastornos son todavía escasos.

AMyS. ¿Cuál es el punto de encuentro entre Mindfulness y la terapia dialéctico-comportamental, en este tipo de intervenciones? ¿Cómo se incorpora la práctica de Mindfulness a la terapia dialéctico-comportamental?

A.G. *Para la DBT, Mindfulness es esencial, en el sentido de que al cambiar el foco de una terapia basada en el cambio, hacia una terapia basada en la Aceptación más Cambio, una forma de llegar a la Aceptación es el Mindfulness y la única forma de llegar al cambio es por la Aceptación. Por lo tanto, en la DBT, repito, Mindfulness es esencial.*

AMyS. ¿Qué contribuciones aporta la terapia dialéctico-comportamental para el tratamiento de estos trastornos respecto a terapias más tradicionales de corte cognitivo-comportamental?

A.G. *Lo más importante es el concepto de Aceptación. ¿Por qué? Pues porque estos pacientes tienen la tendencia a estar escapándose de sus experiencias. Al escaparse de sus experiencias, cuando tú aplicas una terapia clásica cognitivo-comportamental, por ejemplo, quieres hacer una discusión cognitiva o una técnica comportamental, no funciona bien, porque ellos mismos no son capaces de identificar sus problemas, por lo tanto, hay que hacer un trabajo previo de toma de conciencia de aquellos aspectos que hay que cambiar. Esto es la aportación de la DBT en comparación con las terapias clásicas.*

“El propio programa proporciona una estructura al paciente y el paciente se encuentra cómodo en esa estructura”



AMyS. Las personas que padecen este tipo de trastornos son muy reacias a someterse a psicoterapias, y entre las que las inician, existen muchos abandonos. Parece que ser la motivación es muy baja. ¿Cómo se plantea desde la terapia dialéctico-comportamental la adhesión al tratamiento?

A.G. *Yo creo que el abandono, está alrededor del 30%, que en comparación con el abandono en otros trastornos, es elevado, pero si lo comparamos con las tasas de abandono habituales de estos pacientes, que a veces rebasa del 60%, entonces, la DBT ha conseguido mejorar este porcentaje. Dos aspectos son clave: 1. Que el propio programa proporciona una estructura al paciente y el paciente se encuentra cómodo en esa estructura, y 2. Que es un programa que está diseñado específicamente para lo que le pasa, para esos problemas, no para una consecuencia de su enfermedad como puede ser un trastorno alimentario, sino para trabajar el problema de personalidad. Por otra parte el trabajo que ha hecho Linehan en que la terapia sea muy cuidadosa en validar al paciente,*

validar sus dificultades y a partir de ahí ya empezar a trabajar, a construir cambio hace que el paciente se encuentre cómodo y quiera volver a la sesión siguiente.

AMyS. ¿O sea, que es el diseño del propio tratamiento el que crea su adhesión al tratamiento?

A.G. *Así es, es el que crea esa adhesión, el propio tratamiento. Todo el tratamiento, claro.*

AMyS. Al tratarse de un trastorno de inicio en adolescencia o principios de la edad adulta, podemos entender que no puede realizarse prevención de este tipo de trastorno y por ende su tratamiento?

A.G. *Eso es un aspecto interesantísimo, porque si nos centramos en el modelo de Linehan, se ve claramente que si se hubiera intervenido antes de que se consolidara el desarrollo del trastorno, seguramente se podría haber prevenido. Y ese trabajo trata de enseñar al niño a aceptar y regular sus emociones, a identificar experiencias, a tomar conciencia de ellas (mindfulness) etc. Así se podría ayudar a esos niños que tienen dificultades en la intensidad emocional o que son más impulsivos. Enseñarles a regularse, no decirles que se tienen que regular o reñirles porque no saben regularse, sino enseñarles a que aprendan a hacerlo.*

AMyS. Es lo que antes hablabas de los tipos de familias que pueden favorecer la aparición de este trastorno.

A.G. *Eso es. Esto pasa por el trabajo con las familias y con los niños, que podría también abordarse en la clínica infantil o desde la educación en los centros escolares. Es un campo que no está desarrollado y debería hacerse. Podrían prevenirse problemas muy graves. Y luego están todos los gastos para la sociedad, gastos sanitarios, etc. Esa es una línea que no está todavía desarrollada pero que es básica.*

AMyS. La práctica de Mindfulness puede estar en algún caso contraindicada para algún trastorno específico, especialmente por ejemplo en el trastorno de personalidad límite o esquizoide?

A.G. *Más que en un tipo, yo diría en algún momento. Cuando un paciente límite está en crisis, no puedes empezar a trabajar en Mindfulness, porque en ese momento, hacerle centrarse en el momento presente a lo mejor es demasiado aversivo, puede tener efectos contraproducentes, pero yo creo que siempre se puede trabajar con un límite o con un esquizoide con Mindfulness. Hay que encontrar el momento.*

"Si se hubiera intervenido antes de que se consolidara el desarrollo del trastorno, seguramente se podría haber prevenido"



AMyS.- Por otro lado, parece ser que Mindfulness ayuda con la disociación que se presenta en estos sujetos...

A.G. *Cuando están disociados o en crisis, es difícil, pero lo que se puede hacer es trabajar Mindfulness cuando no están disociados. La práctica progresiva va teniendo un efecto en la disociación, que va disminuyendo. Mas que trabajar en el momento en que están disociados que es muy difícil (hablamos de episodios disociativos graves), lo que hay que hacer es trabajar cuando no lo están, para que en vez de utilizar el mecanismo de la disociación para escaparse de las experiencias, sean conscientes de las mismas, es decir, el Mindfulness les hace reconciliarse con las experiencias. Entonces, ya no se tiene, por decirlo de alguna manera, la necesidad de escaparse a través de la disociación.*

AMyS. ¿Hay evidencias empíricas que demuestren la eficacia de este tipo de intervenciones frente a otras, en los trastornos de la personalidad? Concretamente, ¿En cuáles?

A.G. *No se han hecho estudios comparando los programas, lo que sí sabemos es que la DBT es el programa de tratamiento que tiene mayor apoyo empírico. Hay otros programas terapéuticos, como la terapia de mentalización, la terapia de esquemas de Young, entre otros, que tienen estudios y que ofrecen también buenos resultados. Lo que pasa es que la DBT lleva mas tiempo y tiene ya 9 ensayos clínicos controlados que apoyan su eficacia...*

AMyS. Existen intervenciones con este modelo y Mindfulness en los trastornos de

la personalidad antisocial? Con que resultados? Creo haber leído algún artículo que habla de tratamientos experimentales en cárceles.

A.G. *Si hay algún estudio. En cualquier caso, cuando se aplica la DBT a este tipo de pacientes es necesario adaptarla ya que la DBT está muy dirigida a pacientes con desregulación emocional grave. Yo creo, que la DBT se podría aplicar al trastorno antisocial, pero haciendo cambios.*

AMyS. A lo mejor habría que distinguir el trastorno antisocial de la psicopatía.

A.G. *Exactamente, creo que el núcleo de la psicopatía no responde bien a este modelo.*

E. Los comportamientos adictivos desarrollados en personas con algún trastorno de la personalidad son también susceptibles de este tipo de intervención?

A.G. *Si. De hecho, de esos estudios que hemos mencionado hay algunos que se han realizado con personas con TLP y dependencia de sustancias (p.ej. adicción a la heroína) y les ha funcionado bien.*

AMyS. En general, ¿puede prescindirse de los psicofármacos con este tipo de intervenciones?

A.G. *Hoy por hoy, depende de la gravedad, pero es verdad que los fármacos anti-impulsivos y reguladores del estado de ánimo suelen ser una ayuda importante para los pacientes. Es cierto que algunos pacientes que están muy medicados siguen teniendo conductas impulsivas, por lo que parece ser que las intervenciones*

farmacológicas por sí solas no obtienen muy buenos resultados. Parece más efectivo utilizar un tratamiento combinado...

E. Al tratarse de rasgos permanentes de la personalidad ¿cual es el objetivo de la terapia? ¿puede considerarse finalizado un tratamiento?

A.G. *El objetivo en los trastornos de personalidad, en la psicoterapia, es mejorar el nivel de funcionamiento general. Linehan dice una frase muy bonita “tener una vida que valga la pena ser vivida”, tener lo que tenemos los demás. Seguramente siempre serán personas que serán vulnerables a padecer depresiones o problemas emocionales o más problemática interpersonal, pero se tienen que poder poner objetivos vitales, sacar satisfacción de eso. Se trata de mejorar el funcionamiento general, dar calidad de vida, siempre pensando que no podemos hablar de curación, y que esos rasgos seguirán estando ahí, lo que vamos a hacer es modularlos. Por otra parte, es bonito pensar, y desde la DBT se piensa así, que “quiénes somos nosotros para convertir una persona intensa emocionalmente en alguien totalmente controlado o racional”. A lo mejor es un objetivo más adecuado aprovechar esa intensidad emocional para que dirija sus objetivos vitales a algo que tenga que ver con sus rasgos de personalidad.*

AMyS. ¿Qué importancia tiene el entrenamiento del terapeuta en este tipo de habilidades? ¿Es conveniente el trabajo en equipo o puede aplicarse el programa por un terapeuta individual?

A.G. *El entrenamiento de los terapeutas se hace de muchas formas. Por ejemplo, desde Estados Unidos, para equipos de fuera del país, por ejemplo, equipos españoles que quisieran hacer formación en DBT ofrecen un programa intensivo. Acude un equipo de terapeutas, siempre equipos, con un mínimo de 4 personas del mismo equipo. Durante una semana reciben entrenamiento en DBT intensivo, aprendiendo las bases de la terapia y las técnicas. Vuelven a su lugar de trabajo, y trabajan con el modelo DBT durante 6 meses. Después vuelven a recibir, una semana más de formación. Además tienen que presentar un estudio de caso y un plan de implantación de la DBT en su centro clínico. Esa es la forma en que hacen el entrenamiento para personas que vienen de fuera. También se ofertan cursos más avanzados. El centro de formación se denomina Behavioraltech. En su página web hay información sobre la oferta de formación y sobre la DBT: www.behavioraltech.org*



AMyS. Y sobre la limitación de trabajarlo un terapeuta en una clínica privada...

A.G. Desde la DBT se exige siempre el trabajo en equipo. También hay que decir que la DBT está pensada para trastornos graves. Es cierto que si tu trabajas con pacientes con rasgos de personalidad límite, que no muestran conductas impulsivas de riesgo, se puede aplicar la DBT desde una perspectiva individual, pero siempre que la gravedad no sea preocupante.

AMyS. Antes de finalizar, ¿hay algo que quiera añadir a todo lo que ya ha dicho?

A.G. Sólo dar las gracias por vuestro interés. Animo a AMyS a que siga con este tipo de experiencias porque creo que es fundamental y la importancia que tiene Mindfulness en la DBT creo que hay que resaltarla. Siempre hablamos de la DBT como un programa complejo en el que está incluida y este curso ha sido muy interesante porque lo que hace es destacar el papel tan importante que tiene el Mindfulness en esta terapia.

AMyS. Muchas gracias, ha sido una entrevista muy interesante y sinceramente le agradecemos su colaboración y sus enseñanzas.



c/ La Safor, 12 -1º -2ª
46015 VALENCIA
E-Mail: info@amys.es
TEL. 963401944
www.amys.es