

Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

Terapia Ocupacional y Trastornos de Personalidad

Autora: Carmen Carballo Soteras

Tutor: José Ramón Bellido Mainar

RESUMEN

El objetivo general de este trabajo es describir los trastornos de la personalidad y comprender las dos maneras de conocer su diagnóstico desde modelos categoriales y dimensionales. Dado que ambos tienen limitaciones por separado, conviene aplicarlos de manera combinada. Los primeros se refieren a la clasificación y criterios definidos por el DSM IV y los segundos son clasificaciones que nos permiten conocer la intensidad de un determinado rasgo de personalidad.

Este trabajo consta de una conceptualización de un caso clínico de una persona diagnosticada de un trastorno límite de la personalidad, a través del cual se hace una integración de toda la información disponible respecto a síntomas actuales, características de la personalidad, estresores psicosociales, etc., que permitirá comprender en qué medida es patológico el cuadro global. Para concluir, se aplica un plan de intervención desde perspectiva de la Terapia Ocupacional en un centro de día, recurso que queda descrito y diferenciado de los diferentes ámbitos que desarrollan una atención a la salud mental.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. METODOLOGÍA	4
4. DESARROLLO	
4.1 EVALUACIÓN	
- Perfil ocupacional	5
- Análisis de las Áreas del Desempeño	5
- Modelo de Ocupación Humana	7
4.2 PLAN DE INTERVENCIÓN	
- Objetivos	8
- Actividades	9
5. CONCLUSIONES	10

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de personalidad (en adelante TP) ocupan actualmente un lugar preponderante en el ámbito diagnóstico y constituyen un área de estudio científico, complejo y sofisticado. (1)

Existe una compleja relación entre el desempeño de las actividades de la vida diaria, la identidad ocupacional y la construcción de patrones de personalidad, conformando un campo de investigación e intervención para los terapeutas ocupacionales que hasta la actualidad ha estado escasamente abordado.

No existen datos concluyentes sobre la prevalencia de los TP. Algunos estudios estiman entre un 6% y un 12% en población psiquiátrica, otros indican una prevalencia en la población general del 5% al 15%. (1)

La personalidad se conoce como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, expresados de forma automática en la vida diaria, que permite adaptarnos a los cambios del entorno. (1)

El DSM IV utiliza un sistema multiaxial (Anexo I) cuyo objetivo es realizar una valoración global del estado de salud del individuo. Su utilidad es aportar un significado a los síntomas del paciente en el contexto de sus personalidades subyacentes. (1)

Cloninger describió un modelo psicobiológico con el que explica la estructura y desarrollo de la personalidad. (2) Para ello, rescató los principales dominios de la misma: temperamento y carácter. De acuerdo con los estudios pioneros de la personalidad, el temperamento es la predisposición heredable a responder automáticamente a estímulos ambientales, en tanto que el carácter es el estilo desarrollado a lo largo de la vida, según el cual las personas gestionan tales inclinaciones. (3) El **temperamento** se refiere a las respuestas automáticas asociadas a estímulos emocionales básicos que determinan habilidades y hábitos. Sus cuatro dimensiones, (ver Anexo II), son (2): evitación del daño, búsqueda de novedad, dependencia de la recompensa y persistencia. El **carácter** es un conjunto de rasgos adquiridos por medio del aprendizaje social con el que se interiorizan valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias. Es débilmente heredable, influenciado por el aprendizaje sociocultural y madura progresivamente desde la infancia hasta la etapa

adulta (4). Sus tres dimensiones (ver Anexo III) son (2): autodirección, cooperación y autotranscendencia.

Este modelo dimensional estructura la personalidad en rasgos, cuya combinación en intensidades diferentes generan los perfiles de personalidad. La elevación de una dimensión temperamental no tiene que suponer que se exhiba un TP, si las dimensiones del carácter puedan modelar de alguna forma los rasgos del temperamento. Cuando, por influencias ambientales, no han podido desarrollarse óptimamente las dimensiones caracteriales, es cuando se exhibe el TP. (5)

Concretando, la personalidad adaptada (Anexo IV), se define como la capacidad para desempeñarse de una manera independiente y competente que permite obtener una sensación de satisfacción personal. (1, 6)

Para adentrarnos en el concepto de TP conviene aludir a modelos categoriales, basados en una serie de criterios diagnósticos propuestos por el DSM IV-R (7) o la CIE 10. (8) He optado por la clasificación del DSM IV (Anexo IV) por ser la más utilizada en el ámbito sanitario. Los rasgos de personalidad se conocen como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar que sólo constituyen TP cuando son inflexibles y desadaptativos y causan deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo". (7) La experiencia de las características psicológicas combinadas de los TP (Anexo V) da lugar a constantes situaciones frustrantes que producen pérdida de apoyos sociales, reducción de las oportunidades para el desarrollo vital saludable y alto riesgo para la comorbilidad. (6)

Los TP se pueden contemplar como alteraciones psicodinámicas de los patrones saludables de la identidad y desempeño ocupacional. Dicha disfunción es secundaria a una ausencia o disgregación del sentido del yo, base de gravedad de los TP. (9) Su competencia ocupacional, capacidades y comportamientos que sostienen las identificaciones ocupacionales (10), es pura apariencia o en los casos extremos inexistente. (6) Otro tipo de disfunciones ocupacionales que presentan se relacionan con el ámbito laboral y la evolución del trastorno. (11)

Por todo ello, es manifiesta la necesidad de realizar terapia ocupacional como parte integral del tratamiento, intervención dirigida a minimizar el impacto del deterioro en el desempeño ocupacional y basada en el

establecimiento de una fuerte alianza terapéutica, elemento que mejora cualitativamente el abordaje de estos trastornos. (12) Será importante proceder en la construcción de la identidad, identificando y manteniendo roles ocupacionales, intereses y valores propios. Abordar la educación en el ocio también va a ser fundamental ya que fomenta el desarrollo de las habilidades sociales, de la autonomía, de la capacidad para elegir nuevos intereses y para disfrutar. (13)

Este trabajo engloba la descripción de un caso clínico real abordado desde un centro de día (CD), lo cual hace ineludible su explicación. Es un recurso sanitario de asistencia terciaria integrado en la red de salud mental orientado a promover la contención, la rehabilitación y la reinserción socio comunitaria de personas adultas que padecen un Trastorno Mental Grave (TMG) (ver Anexo VI). (14) Su actividad es diurna y comunitaria (extrahospitalaria), característica que le diferencia de los recursos en régimen de hospitalización, tales como: Unidades de Agudos, de Media y Larga Estancia y residenciales específicas, cuya labor se localiza en un Hospital General. Se coordina con unidades de media estancia y centros de salud mental comunitaria. (15) Su objetivo general es favorecer la integración en la comunidad de la persona, mejorando su funcionamiento para facilitar la permanencia en su entorno familiar y social de la forma más normalizada e independiente posible. (15-17) Se desarrollan talleres prelaborales donde se comienza a realizar un ajuste personal y social al entorno laboral. (14)

2. OBJETIVOS

El propósito de este trabajo es doble. Por un lado, dar a conocer una visión aproximada del concepto de personalidad y de sus trastornos a través de dos tipos de modelos complementarios, dimensionales y categoriales, cuya aplicación combinada es muy importante en los casos de TP.

Por otro, conceptualizar un caso clínico con conocimiento de datos reales de una persona afectada de trastorno límite de la personalidad y proponer un plan de intervención desde Terapia Ocupacional.

3. METODOLOGÍA

Las referencias bibliográficas han sido halladas a través de la red con búsquedas en bases de datos (dialnet y psiquiatría.com) y revistas electrónicas (revista gallega de terapia ocupacional, archivos de psiquiatría general). Las palabras claves utilizadas han sido: "trastornos de personalidad" y "terapia ocupacional". Los resultados eran escasos por lo que amplié el campo de búsqueda adaptándolo hacia un término más general; "Trastornos de personalidad". Otro método de consulta ha sido la búsqueda manual de libros y revistas de la APETO (Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales). Las bibliotecas consultadas han sido la de la Facultad de Medicina y la de Escuela de Ciencias de la Salud.

El modelo de práctica en el cual me baso para desarrollar el caso clínico es el Modelo de Ocupación Humana (10), ya que entiende la ocupación como un proceso dinámico con el que realizamos la elección y mantenimiento de patrones organizados (volición, habituación, ejecución y condiciones ambientales), mediante el desarrollo de una identidad y competencia ocupacional, aspectos deficitarios en estos casos.

La información del caso fue facilitada por el profesor tutor, a partir de la cual hice una síntesis y un análisis de prioridades. Elaboré el perfil ocupacional utilizando el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional 2ª ed. (18) ya que su estructura me parece la más conveniente para organizar la información.

Se propone un plan de intervención orientado hacia el logro de unos objetivos mediante la realización de un conjunto de actividades grupales e individuales. Las primeras tienen un gran potencial terapéutico y son esenciales para favorecer el desarrollo de la identidad. (19) Las segundas constituyen una oportunidad para expresar y valorar experiencias ocupacionales de una forma adaptativa.

4. DESARROLLO

Se presenta la descripción de un caso real de una persona diagnosticada de trastorno límite de personalidad perteneciente a la categoría B. Siguiendo el proceso del Marco de Trabajo (18), se evalúa la información obtenida de la historia clínica, la entrevista personal y la observación en actividades. Seguidamente, se plantean objetivos y actividades que le

permitan alcanzar un bienestar físico, psíquico y social. El plan de intervención durará entre 12 y 18 meses.

4.1. EVALUACIÓN

➤ PERFIL OCUPACIONAL

X es una mujer de 36 años de edad. Es la mayor de dos hermanos. Ha sufrido maltrato físico y psicológico desde pequeña pero su actitud ha ido encaminada a seguir hacia delante. Ha significado siempre un gran apoyo para la madre.

Padece un trastorno ansioso-depresivo, combinado con un TP, en contexto de un estresante vital, que fomenta, en momentos de angustia, el consumo de tóxicos, ocasionando un grave problema para su salud. Su estado emocional depresivo y su baja autoestima le inducen a una pretensión reiterada de suicidio. La situación se agrava al sufrir graves problemas económicos y laborales que repercuten directamente en su estabilidad emocional muy acusadamente a lo largo de los años 2008 y 2009.

Desde septiembre de 2008 está en tratamiento en el centro de salud mental. Tras unos meses de incapacidad laboral, vuelve a retomarla, pero insistiendo en un ritmo excesivo para su organismo. El año 2009 sigue siendo complicado. En julio ingresa en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, con motivo de intento autolítico mediante consumo de medicamentos. Permanece ingresada 15 días. Se le realizan valoraciones psiquiátricas y psicológicas, cuyos resultados describen un perfil clínico compatible con un trastorno de personalidad cluster B y un trastorno ansioso-depresivo. Se realizan permisos el fin de semana con buena adaptación, con lo que se procede a darle el alta para ingreso en Centro de día en agosto.

➤ ANÁLISIS DE LAS ÁREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** no presenta dificultades en esta área excepto en momentos de ansiedad en los cuales tiende a descuidar los hábitos de higiene y alimentación.
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:** existe una regresión en hábitos de gestión y mantenimiento de la salud, relacionados con la nutrición y la rutina de medicamentos (tendencia reiterada a la ingesta

incontrolada como medio de intento autolítico). El cuidado de su salud se ve afectado en los momentos de ansiedad ya que recurre a un consumo elevado de cocaína, alcohol y tabaco. Es autónoma en la realización de tareas domésticas (siempre ha ayudado a su madre). Controla sus asuntos burocráticos, aunque en momentos de ansiedad tiende a canalizarla realizando compras compulsivas.

- **Descanso y sueño:** existe dificultad en la participación en el sueño. La incesante actividad laboral que ha llevado le impide iniciar y mantener el sueño sin interrupciones (insomnio inicial y de despertar precoz).
- **Educación:** terminó los estudios de E.G.B satisfactoriamente. Decidió iniciar un curso de Formación Profesional de patronaje y diseño de moda. Su rendimiento escolar era aceptable y se identificaba con ese trabajo. A partir de entonces, comenzaron los problemas de relaciones con los iguales. Conoció a compañeros que le introdujeron en el mundo de las relaciones superficiales, caóticas y dominadas por el consumo de tóxicos. Incumplía los horarios de estudios, primando las relaciones intensas y la experimentación de novedades.
- **Trabajo:** se fue a Huesca a buscar trabajo. Lo encontró en un taller de patronista y al cabo de tres años no le renovaron el contrato. Consideraba su trabajo como rutinario y sentía la necesidad de explorar otra profesión. Regresó a Zaragoza donde cobró la prestación de desempleo y simultáneamente, realizaba cursos de formación de administrativo-comercial. Paralelamente, trabajaba en la hostelería sin contrato. Inició una relación de pareja y decidieron crear su propio negocio, la gestión de una gasolinera. Ella se encargó de las tareas contables y administrativas. Tras siete años de actividad su pareja le abandonó con todas las deudas. Ella sola intentó sacar el negocio adelante pero se vio obligada a cerrarlo y a responsabilizarse de las deudas. Encontró trabajo como administrativo en un concesionario en el que se implicaba muy intensamente (12 horas diarias y fines de semana). Simultáneamente, trabajaba por las tardes en una pizzería. Para soportar el ritmo de trabajo recurría al consumo de cocaína. Actualmente se encuentra en baja laboral y un día a la semana va a limpiar una casa de manera informal.

- **Ocio/tiempo libre:** el interés de realizar manualidades lo ha mantenido a lo largo de su vida. Presenta una gran predilección por la lectura, (novelas y libros de autoayuda). Reconoce que en la actualidad tiene dificultades para mantener la atención durante más de 10 minutos, lo cual le dificulta sentirse eficaz en esa actividad. En los últimos años presenta un cuadro depresivo caracterizado por la falta de intereses y motivaciones en la vida diaria.
- **Participación social:** no tiene dificultades para unas relaciones sociales básicas. Pero cuando se trata de relaciones más profundas le cuesta graduar la intensidad. Necesita reiteradamente muestras de afecto, estableciendo relaciones de alta dependencia emocional.
- **Entorno:** los valores familiares se caracterizan por una gran jerarquía, en donde los roles de género, están fuertemente marcados. Respecto a sus amistades, sólo reconoce una relación significativa aunque ha tenido múltiples relaciones casi todas muy superficiales y vinculadas al consumo de tóxicos.

➤ **MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA**

- **Componente volicional**
 - **Causalidad personal:** el problema de identidad le obliga a interrumpir el desarrollo de actividades significativas en el momento que percibe un atisbo de fracaso. No tiene conciencia de control de la situación (locus de control externo) al reducir sus expectativas de éxito.
 - **Intereses:** la ausencia o fragmentación de la identidad dificulta el reconocimiento de preferencias y la manera en que se disfruta de ciertas ocupaciones.
 - **Valores:** la falta de autoconfianza y de satisfacción favorece el distanciamiento de sus valores con lo que la vida pierde su significado y el potencial de satisfacción.
- **Componente de habituación**
 - **Hábitos:** el proceso de su enfermedad y el estilo de vida desequilibrado fomentan la desorganización de los hábitos.

- **Roles** adquiridos a lo largo de su vida no han sido muy favorables para ella. Actualmente, el único rol que mantiene es de hija.
- **Componente de ejecución**
 - **Habilidades motoras** : no existe ninguna dificultad a nivel motor que intervenga en las áreas del desempeño ocupacional
 - **Habilidades de procesamiento**: la persistente búsqueda de novedad limita su capacidad de atención por la dispersión que le provoca.
 - **Habilidades de comunicación e interacción**: los déficits se derivan de su dificultad en la regulación de las emociones, las cuales son inestables.

4.2 PLAN DE INTERVENCIÓN

Prevía incorporación a la rutina del centro, la usuaria es citada para explicarle los talleres que se desarrollan y expresar sus preferencias. Posteriormente, con dicha información y la proporcionada por su historia clínica, el equipo multiprofesional confecciona la agenda (Anexo VII) con las actividades que puedan favorecer la evolución del proceso rehabilitador de X, de acuerdo a los siguientes objetivos:

➤ **Objetivo general:**

Alcanzar un equilibrio ocupacional saludable a través del aprendizaje, desarrollo, y mantenimiento de habilidades ocupacionales que le permitan una vida satisfactoria para ella y su entorno.

➤ **Objetivos específicos:**

1. Recuperar hábitos saludables relacionados con la vida diaria, tales como: planificación de horarios de descanso, la administración de ingresos y abandono del consumo de tóxicos.
2. Sostener actividades ocupacionales en las cuales se siente competente.
3. Adquirir de manera progresiva una atención sostenida.
4. Incrementar los recursos para la resolución de problemas cotidianos y el manejo de emociones
5. Incorporar rutinas ocupacionales que le permitan disfrutar de un ocio saludable.

➤ **Actividades**

○ **Grupales:**

1. Educación para la salud (20): consiste en ofrecer información y sensibilización sobre temas básicos de salud (alimentación, sexualidad, higiene, consumo de tóxicos, conductas saludables y convivencia). Se trabajan los objetivos 1 y 4.

2. Autoestima (21): espacio donde se intenta mejorar el concepto que los usuarios tienen de sí mismos. Se inicia con una introducción teórica sobre un tema a tratar, después se realiza una lectura y reflexión grupal de un texto relacionado con el tema tratado, y se acaba con un ejercicio de aplicación a la vida diaria. Se trabajan los objetivos 2 y 3.

3. Taller ocupacional (20, 21): se realizan múltiples actividades de tipo creativo. Un día confeccionan entre todos un mural sobre noticias de la prensa, actividades del centro, opiniones de temas actuales, etc. Se trabajan los objetivos 2, 3 y 5.

4. Trabajo corporal (20, 21): abarca actividades de expresión corporal, psicomotricidad y relajación. Se desarrollan a través de dinámicas en las que interviene el ritmo. Al finalizar, dedicaremos 10 minutos de relajación. Se trabajan los objetivos 2 y 3.

5. Habilidades sociales (20-22): sesiones donde se trabaja la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de manera adecuada utilizando la aplicación de los modelos de comunicación mediante role-playing (pasivo, agresivo y asertivo). Los objetivos que se trabajan son 3 y 4.

6. Grupo de ocio (13): taller que consta de dos partes, durante la primera se comentan aspectos relacionados con la salida anterior. La segunda consiste en plantear, entre todos, propuestas de actividades de ocio o culturales. El objetivo que se trabaja es el 5.

7. Musicoterapia (23): integra áreas de expresión de emociones mediante improvisación musical, utilización de instrumentos, expresión de la identidad musical, movimientos corporales, sonidos para expresar estados de ánimo... Los objetivos que se trabajan son 2 y 4.

o **Individuales**

8. Cognitivo (21): la actividad inicial puede ser leer relatos cortos, sencillos y de su interés para que experimente resultados positivos inmediatos, de manera que se sienta competente en una actividad significativa para ella. Paulatinamente, se propondrán textos de contenido más complejo y más distanciado de sus predilecciones. Se sugerirán además artículos de opinión que favorezca la expresión de sus ideas. Se trabaja el objetivo 3.

9. Planificación de vida diaria (20, 21): espacio destinado para hablar con la terapeuta ocupacional sobre sus patrones de desempeño (hábitos y rutinas) y el significado que ella le da a sus ocupaciones (intereses y valores). Tendrá lugar al inicio de la semana para apoyar en la organización de la misma. Se recordarán objetivos planteados para verificar su consecución. Se trabajan los objetivos 1, 3 y 5.

5. CONCLUSIONES

Actualmente se está observando un aumento progresivo de la incidencia de los TP; algunos autores lo atribuyen a las características de la sociedad occidental, basada en la búsqueda de novedades y en la baja tolerancia a la frustración. En suma, estos trastornos son difíciles de tratar, propician resultados terapéuticos pobres y tienden a despertar reacciones intensas y difíciles de manejar en los profesionales sanitarios.

En este trabajo se ha mostrado cómo repercute estos trastornos en el desempeño ocupacional, convirtiéndose en un problema con múltiples aspectos dañinos para quienes los padecen. Dichas consecuencias no parecen irresolubles al contar con las aportaciones de la Terapia Ocupacional, como proceso de acompañamiento terapéutico para la construcción de la identidad y el mantenimiento de un sentimiento de competencia. Además, el método específico del terapeuta ocupacional es el uso de la actividad y su análisis, con el que se ajustan a las características de este tipo de pacientes para reforzar conductas adaptativas, estrategia seguida en el planteamiento de la intervención para este caso concreto. En el futuro será necesario desarrollar los recursos actuales y favorecer la formación de los profesionales para que estos pacientes reciban un tratamiento más adecuado a su psicopatología.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Millon T., Grossman S., Millon C., Meagher S., Rammath R. Tratarnos de la personalidad en la vida moderna. 2ª Ed. Barcelona: Elsevier, 2006. Consultado en Febrero 2012.

2. Cloninger CR., Svrakic DM., Pryzbeck TR.: A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993 dic; 50 (12):975-990.

Disponible en:

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=496431>

Consultado en Marzo 2012.

3. Pedrero E., Olivar A., Puerta C. El carácter como predictor de trastornos de la personalidad en adictos: la tipología caracterial de Cloninger y su abordaje psicosocial. Rev. española de drogodependencias 2007; 32 (3): 342-369.

Disponible en:

<http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html?id=630113&bd=PSICOLO&tabla=docu>

Consultado en Marzo 2012.

4. Cloninger C. R. The genetics and psychobiology of the seven factor model of personality. En: Kenneth R., Silk M.D. Biology of personality disorders. Washington DC, Estados Unidos: American Psychiatric Press; 2005. 17 (3): 63-70. Consultado en Marzo 2012.

5. Bayón C. Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. Rev. Electrónica de psiquiatría [seriada en línea] 2006 mar; 10(1): [12 páginas].

Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/653/1/psiquiatriacom_2006_10_1_6.pdf.

Consultado Marzo, 2012.

6. Bellido JR, Berrueta LM, Ariñez I: La aportación de la terapia ocupacional en el abordaje de la funcionalidad del trastorno de la personalidad. Rev TOG [seriada en línea] 2004 dic; (1): [63 páginas].

Disponible en: <http://revistatog.3owl.com/num1/num1art6.htm>.

Consultado Marzo 2012.

7. López Ibor J., Valdés Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR) 4ª Ed. España: Masson, 2008.

Consultado Marzo 2012.

8. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992. Consultado en Marzo 2012.

9. Linehan, M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. [Libro en línea] Barcelona: Paidós; 2003.

Disponible en:

http://books.google.es/books?id=YdZvxaeroI4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true.

Consultado en Abril 2012.

10. Kielhofner, G. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2004. Consultado en Abril 2012.

11. García Rodríguez C. Terapia Ocupacional y trastorno límite de la personalidad. Aytona, 2006.

Disponible en: <http://www.slideshare.net/soyborderline/terapia-ocupacional-y-trastorno-lmite-de-la-personalidad>.

Consultado en Marzo 2012.

12. Gunderson JG. Trastorno límite de la personalidad. Guía Clínica. 2ª ed. Aula médica, 2009. Consultado en Abril 2012.

13. Ballesteros Carmona Mª C. Terapia ocupacional en trastornos de la personalidad. Revista Apeto. 2009 sep; (49): 14-21. Consultado en Febrero 2012.

14. Béjar A., Blasco I., Buatas M.J., Cardona F., Caro F., Castán C., et al. Programa de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental. Zaragoza, 2002. Consultado en Febrero 2012.

15. Burillo Jiménez J. F., Amorín Calzada M. J. Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental en la comunidad autónoma de Aragón. Zaragoza: Diputación General de Aragón: Departamento de Salud; 2002. Consultado en Febrero 2012.

16. Durante Molina P., Noya Arnaiz B., Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional en salud mental: principios y prácticas. Barcelona: Masson; 1998. Consultado en Febrero 2012.

17. Aguilar Martínez C; Alcántara Porcuna V; Moruno Miralles P. A.F. Trastorno límite de la personalidad. TOG. [seriada en línea] 2008; 5 (1): [14 páginas].

Disponible en: <http://www.revistatog.com/num7/pdfs>.

Consultado Abril 2012.

18. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de trabajo para la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 2ª ed. [Traducción de la Asociación americana de terapia ocupacional] 2010; [85 páginas].

Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>

Consultado en Marzo 2012.

19. Galheigo S.M. Terapia ocupacional en el ámbito social. En: Kronenberg F; Simó Algado S; Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. [Libro en línea] Madrid: Panamericana, 2006.

Disponible en:

http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=OZsCYHILWgIC&oi=fnd&pg=PA12&dq=Kronenberg+F%3B+Sim%C3%B3+Algado+S%3B+Pollard+N.+Terapia+Ocupacional+sin+fronteras.+Aprendiendo+del+esp%C3%ADritu+de+supervivientes.+Madrid:+Panamericana,+2006.&ots=jfkb8aUa7s&sig=fytHE7RmvP_9QsvGpkIOzF8QGrM#v=onepage&q&f=false. Consultado en Arbil 23, 2012.

20. Martín Fernández C., Manuel Pineda J. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena. Murcia: Consejería de Sanidad de la región de Murcia, 2008.

Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/134201-salud_mental.pdf. Consultado en Abril 2012.

21. Bellido Mainar JR. Terapia ocupacional desde hospital de día: dos casos clínicos comentados. En: Durante P., Noya B., Moruno P. Terapia Ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados. Barcelona: Masson, 2000. Consultado en Marzo y Abril 2012.

22. Madrid Mazorra F.J. Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional. Una nueva visión desde el modelo de ocupación humana. Rev. electrónica de psiquiatría [6º congreso virtual de psiquiatría] 2005; [10 páginas].

Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3300/1/interp_siquis_2005_20153.pdf Consultado en Mayo 2012.

23. Sabbatella P. L. Música e identidad: musicoterapia grupal en esquizofrenia. Rev. electrónica de psiquiatría [8º congreso virtual de psiquiatría] 2007; [15 páginas].

Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4244/1/interp_siquis_2007_29465.pdf. Consultado en Mayo 2012.

7. ANEXOS

ANEXO I

Sistema multiaxial propuesto por el DSM IV (1):

- **Eje I:** constituye síndromes clínicos.
- **Eje II:** incluye los trastornos de personalidad y el retraso mental.
- **Eje III:** compuesto por las enfermedades médicas generales.
- **Eje IV:** abarca los problemas psicológicos, sociales y ambientales.
- **Eje V:** registra la evaluación de la actividad global a través de la Escala de Evaluación de la Actividad Global. Va de 0 a 100; a mayor puntuación, mejor funcionamiento.

ANEXO II

Componentes del temperamento:

- **Evitación del daño:** Predisposición del individuo a responder de forma intensa a estímulos aversivos y a desarrollar inhibición aprendida para evitar de forma pasiva el castigo y lo desconocido. Un estímulo aversivo tiene la propiedad de ser desagradable para quien lo recibe, por lo que puede actuar como refuerzo negativo (incrementa la frecuencia de una conducta al retirar dicho estímulo) o como castigo positivo (disminuye la frecuencia de una conducta porque se asocia a la aparición de un estímulo aversivo).
- **Búsqueda de novedad:** Tendencia a responder intensamente a estímulos novedosos o a señales de recompensa. Encamina al sujeto hacia conductas exploratorias en persecución de recompensas, o bien para la evitación de situaciones monótonas o desagradables.
- **Dependencia de la recompensa:** Tendencia a responder intensamente a los premios y a mantener comportamientos asociados a recompensas satisfactorias. Relacionada con el refuerzo social, la sensibilidad a los estímulos sociales y al malestar por la separación del grupo.
- **Persistencia:** capacidad de la persona para seguir emitiendo comportamientos asociados al refuerzo a pesar de la desaparición de este.

ANEXO III

Componentes del carácter:

- **Autodirección:** capacidad para controlar la conducta a fin de ajustarla a sus principios, metas y creencias personales. Se relaciona con la madurez, autoestima y recursos generales de adaptación.
- **Cooperación:** hace referencia a los comportamientos prosociales del sujeto (altruismo, empatía y solidaridad) como medida de buena adaptación social.
- **Autotranscendencia** se vincula a los aspectos místicos y religiosos del una persona. Se relaciona con la creatividad, fantasía e imaginación.

ANEXO IV

Características de una personalidad adaptada:

Variabilidad del repertorio conductual	Aporta estrategias de afrontamiento al estrés.
Elasticidad conductual	Posibilita comportamientos de acuerdo al rol que desempeña, valorando cuando tiene que tomar la iniciativa y cuando tiene que adaptarse a las demandas del entorno.
Funcionalidad	Adquirida a través del aprendizaje de nuevas estrategias cada vez más adaptativas favoreciendo el desarrollo de una calidad de vida adecuada.

ANEXO V

Clasificación categorial de los trastornos de personalidad (DSM IV):

Cluster A Raros, excéntricos	<ul style="list-style-type: none">• Paranoide: patrón de desconfianza excesiva, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.
	<ul style="list-style-type: none">• Esquizoide: patrón de dificultad para establecer relaciones sociales, restricción de la emoción e indiferencia a la crítica.
	<ul style="list-style-type: none">• Esquizotípico: patrón de anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, malestar intenso en las relaciones sociales y comportamientos excéntricos.
Cluster B: Dramáticos, emotivos o inestables	<ul style="list-style-type: none">• Antisocial: patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.
	<ul style="list-style-type: none">• Límite: patrón de inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen, la conducta interpersonal los afectos, e impulsividad.
	<ul style="list-style-type: none">• Histriónico: patrón de emotividad excesiva, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad y el egocentrismo.
	<ul style="list-style-type: none">• Narcisista: patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
Cluster C: Ansiosos, temerosos	<ul style="list-style-type: none">• Evitativo: patrón de hipersensibilidad al rechazo, retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima
	<ul style="list-style-type: none">• Dependiente: patrón de comportamiento pasivo para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, excesiva necesidad de cuidado, baja autoestima.
	<ul style="list-style-type: none">• Obsesivo-compulsivo: patrón de excesiva preocupación por el orden, control y perfeccionismo, obstinación, indecisión.

ANEXO VI

Características Psicológicas de los Trastornos de Personalidad:

Utiliza las mínimas estrategias una y otra vez con mínimas variaciones haciéndose más vulnerable al estrés	Pobreza en el repertorio conductual
Posee pocas conductas alternativas y las utiliza en situaciones para las que no encajan	Rigidez conductual
Los repertorios conductuales desadaptativos controlan su vida, repitiéndose situaciones de fracaso que le causan malestar subjetivo	Incapacidad funcional, malestar significativo

ANEXO VII

El concepto de Trastorno Mental Grave engloba una serie de entidades nosológicas, con tendencia al deterioro que tienen en común los siguientes criterios:

1. **Diagnósticos:** trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos, bipolares, estados paranoides, depresiones mayores, trastornos obsesivos-compulsivos, TP graves y trastornos neuróticos graves.
2. **Temporalidad:** aspectos clínicos que se presenten de manera continua o episódica recurrente durante, al menos, dos años.
3. **Presencia de discapacidad:** definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar.

ANEXO VIII

AGENDA SEMANAL

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:30-10:30	Planificación de vida diaria	Cognitivo	Taller de habilidades sociales	Cognitivo	Grupo de ocio
10:30-11:00	DESCANSO				Salida
11:00-12:00	Taller ocupacional	Taller corporal	Taller ocupacional	Taller corporal	
12:00-13:00	Taller de autoestima	Educación para la salud	Musicoterapia	Taller ocupacional	