

# CASO CLÍNICO

## Trastornos de personalidad y rehabilitación psicosocial: un caso práctico

J. I. FERNÁNDEZ BLANCO\*, M. RULLAS TRINCADO\*\*

\*Psicólogo. \*\*Psicóloga  
Centro de Rehabilitación Psicosocial. Alcalá de Henares. Madrid

### Resumen

En el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares se atiende mayoritariamente a personas diagnosticadas de trastornos psicóticos. Sin embargo, en los últimos años es derivado un porcentaje pequeño pero constante de personas con diagnósticos de trastorno de personalidad. Aunque la evaluación se hace específica para cada caso y cada uno de ellos tiene un Plan Individualizado de Rehabilitación, encontramos unas peculiaridades que dificultan en gran medida el trabajo y que nos hacen replantearnos la eficacia de algunas intervenciones, así como diseñar nuevos formatos de intervención.

Presentamos el caso de una persona diagnosticada de Trastorno de Personalidad derivada al Centro de Rehabilitación Psicosocial, para ilustrar las dificultades que nos encontramos en mayor o menor medida al trabajar con esta población y las modificaciones que hicimos específicamente en esta intervención.

**Palabras clave:** Trastornos de Personalidad. Evaluación funcional.

### Summary

**Personality disorders and psycho-social rehabilitation: a practical case.** The Psycho-social Rehabilitation Center of Alcalá de Henares deals mostly with persons diagnosed with psychotic disorders. However, in all recent years, a small but constant percentage has arisen of persons diagnosed with personality disorders. Although evaluation is specific to each case and each has a Customized Rehabilitation

*Plan, some peculiarities are encountered which to a large degree render the work difficult and lead us to reconsider the efficacy of some actions and to design new intervention formats.*

*The case is presented of a person diagnosed with a Personality Disorder referred to the Psychosocial Rehabilitation Center, as an illustration of the difficulties encountered to a greater or lesser degree in working with this population, and the particular modifications we made in this intervention.*

**Key words:** Personality disorders. Functional evaluation.

### Résumé

**Troubles de personnalité et rééducation psychosociale: un cas pratique.** Ce sont majoritairement des personnes auxquelles on a diagnostiqué des troubles psychotiques et qui ont été soignées au Centre de Rééducation psychosociale de Alcalá de Henares. Cependant, c'est dans ces troubles que l'on a pu observer tous les ans un pourcentage faible mais constant de personnes auxquelles on a diagnostiqué des troubles de personnalité. Bien que l'évaluation soit spécifique pour chacun des cas et qu'il y ait un Plan individualisé de Rééducation pour chacun d'eux, nous constatons des particularités qui rendent la tâche difficile dans une large mesure et qui nous fait reconsidérer l'efficacité de certaines interventions et la conception de nouveaux modes d'intervention.

*Nous présentons le cas d'une personne à laquelle on a diagnostiqué des Troubles de Personnalité, orientée vers le Centre de Rééducation psychosociale, afin d'illustrer les difficultés auxquelles nous nous heurons*

*dans une plus ou moins large mesure en travaillant avec ce type de personnes et les modifications que nous avons spécifiquement faites lors de cette intervention.*

**Mots clés:** *Troubles de Personnalité. Evaluation fonctionnelle.*

## Riassunto

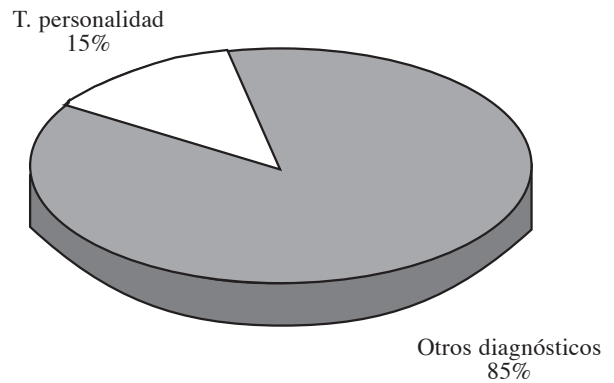
**Trastorni di personalità e riabilitazione psicosociale: un caso pratico.** Nel Centro di Riabilitazione Psicosociale di Alcalá de Henares ci si occupa soprattutto di persone con diagnosi di trastorni psicotici. Tuttavia, in costoro tutti gli anni appare una percentuale piccola, però costante di persone con diagnosi di trastorno di personalità. Sebbene la valutazione sia specifica per ogni caso e ciascuno di loro segua un Piano Individualizzato di Riabilitazione, troviamo delle particolarità che rendono difficile in gran misura il lavoro e che ci fe riproporre l'efficacia di alcuni interventi, così come disegnare nuovi formati di intervento.

Presentiamo il caso di una persona con diagnosi di Trastorno di Personalità inviata al Centro di Riabilitazione Psicosociale, per illustrare le difficoltà di fronte alle quali ci troviamo in maggior o minor misura lavorando con questa popolazione e le modifiche che apportammo in particolare a questo intervento.

**Parole chiave:** *Trastorni di Personalità. Valutazione funzionale.*

## Introducción

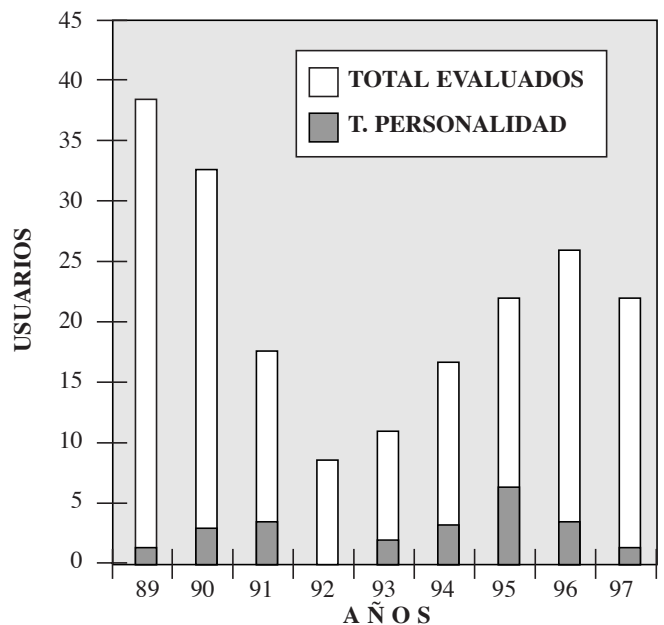
El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Alcalá de Henares atendió, desde su creación en mayo de 1989 hasta diciembre de 1997, un total de 188 usuarios. La mayoría de estas personas están diagnosticadas de trastornos psicóticos, especialmente de esquizofrenia con varios años de evolución del problema. Esto se mantuvo así los primeros años; sin embargo, a partir de los años 1993-94 se observa una mayor variabilidad en las derivaciones (personas derivadas en primeras crisis psicóticas, sin ingresos psiquiátricos o con uno solo...). En torno a un 20% de



**Fig. 1.** Personas con trastorno de personalidad en relación al total de usuarios.

la población atendida en estos años está diagnosticada de Trastorno de Personalidad, siendo un 15% del total de los usuarios del Centro (Fig. 1). No es un porcentaje alto, pero sí nos obliga a replantearnos algunas de las intervenciones realizadas dentro del ámbito de la rehabilitación, por las peculiaridades de esta población. Si analizamos las derivaciones anuales (Fig. 2), observamos que evaluamos a unas tres personas nuevas con ese diagnóstico cada año.

Estas personas sufren graves deterioros en las distintas áreas vitales que son determinantes para la integración y/o adaptación a los contextos donde se desenvuelven, por lo que parece importante que sigan un proceso de rehabilitación. Al irlos incluyendo en los distintos pro-



**Fig. 2.** Usuarios C.R.P.S. (Área 3) 1989-1997.

gramas de intervención del Centro (Habilidades Sociales, Escuela de Familias, Integración Comunitaria), nos hemos encontrado con situaciones que dificultan en gran medida tanto la consecución de los objetivos propuestos para ellos en los Planes Individualizados de Rehabilitación, como los de otros usuarios.

El consenso que existe para intervenir en rehabilitación con personas diagnosticadas de trastornos psicóticos no lo hay cuando se interviene con trastornos de personalidad. El modelo de vulnerabilidad, como marco teórico-explicativo del inicio y mantenimiento de la enfermedad, así como la amplia bibliografía que avala la efectividad de los programas utilizados en rehabilitación de los trastornos psicóticos, ha permitido llegar a este consenso.

No puede decirse lo mismo de los trastornos de personalidad. Aquí el diagnóstico es difícil, no existen modelos etiopatológicos claramente definidos e incluso no parece haber tratamientos farmacológicos consensuados. En el campo de la rehabilitación tampoco hay intervenciones consensuadas, estas personas requieren de intervenciones prolongadas, intensas, con gran despliegue de medios y tecnología por parte de los profesionales que los atienden, obteniendo resultados en muchos casos por debajo de los esperados.

El motivo de presentar este caso es ilustrar las dificultades que nos plantea esta nueva población de adultos jóvenes crónicos (en palabras de Pepper), dentro de los centros de rehabilitación (¿qué modelo psicoeducativo emplear?, ¿el de vulnerabilidad?, ¿qué hacemos con las familias?, los programas de Escuela de Familias de formato clásico, evidentemente, no son útiles...) y apuntar qué adaptaciones hemos realizado para hacer intervenciones más efectivas en este caso concreto.

## Descripción del caso

El usuario es el segundo de tres hermanos. Su infancia fue normal. El período escolar se caracterizó por un rendimiento académico bajo y buena socialización. Su historia laboral se prolonga 14 años con buen rendimiento y ajuste al puesto de trabajo y buena relación con sus compañeros, hasta, aproximadamente, un año después de haberse iniciado la problemática. Tenía entonces 28 ó 29 años. Los dolores de cabeza, que comenzó a sentir con 17 ó 18 años, le resultaban insostenibles y no cedían con tratamiento farmacológico. Al año siguiente, su rendimiento laboral baja notablemente. Se nota sin fuerzas, irascible y con tendencia a responder agresivamente. Los dolores de cabeza cada vez son más frecuentes e intensos. Al no poderlos

soportar va asiduamente a los servicios de urgencia. Comienza a aislarse, negándose a conversar y emitiendo conductas verbales muy violentas.

Intentó suicidarse dos veces y tuvo un ingreso psiquiátrico.

El usuario pasa la mayor parte del día en cama. Fuertemente instigado, sale esporádicamente a pasear con su mujer e hijo. Su red social casi se circunscribe a la familia nuclear.

Vive en casa de sus suegros. Las relaciones familiares son buenas. El ambiente familiar no es tenso ni estresante. No se aprecian conductas hipercríticas ni hostiles hacia el usuario, sí sobreprotectoras.

No realiza tareas domésticas ni colabora en su realización. Se mantiene al margen de todo lo que tenga que ver con el cuidado y administración del hogar.

Totalmente dependiente a la hora de utilizar recursos comunitarios. Nunca sale solo.

Admite tener problemas psiquiátricos, aunque no tiene "conciencia de enfermedad". Conoce los medicamentos que toma, las dosis y para qué sirven. Su mujer va a por las recetas, compra las medicinas, se las prepara y supervisa la toma.

No consume ni ha consumido alcohol u otras drogas.

Es totalmente autónomo en conductas instrumentales de aseo y vestido. Para emitir estas conductas, necesita constante instigación y supervisión por parte de su pareja. La frecuencia es insuficiente. A no ser por la noche, se acuesta siempre vestido.

## Objetivos del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

1. Mejorar aspectos de su socialización y ocupar el tiempo libre.
  - 1.1. Relacionarse con los amigos.
  - 1.2. Realizar actividades de ocio (recreativas, deportivas).
2. Recuperar competencias que favorezcan una reintegración adaptada en la familia.
  - 2.1. Que las conductas de su mujer contribuyan a su autonomía.
  - 2.2. Desempeñar los roles familiares que le competen.
3. Recuperar capacidades para desenvolverse de forma autónoma en el entorno comunitario.
  - 3.1. Utilizar recursos comunitarios de forma autónoma.
  - 3.2. Que el usuario diligencie trámites burocráticos.
4. Mejorar hábitos que tengan marcada repercusión en la salud y actúen como prevención de crisis.

- 4.1. Ser autónomo en hábitos de aseo, sueño y alimentación.
- 4.2. Hacerse cargo de todo lo que tenga que ver con la medicación.

Dimos prioridad a los objetivos 2.1 y 3.1 pues, al evaluar el caso, comprendimos que sería muy difícil cumplir la mayor parte de los objetivos sin la total colaboración de la esposa. Esta colaboración pasaba por aprender a ser una buena mediadora de conductas normalizadas. Asimismo, si no conseguíamos que el usuario saliese solo, pudiendo utilizar autónomamente transportes públicos, la consecución del resto de los objetivos se vería seriamente comprometida. Baste con señalar que, para llegar al CRPS, necesita coger un autobús interurbano.

Así las cosas, decidimos desglosar el objetivo 3.1 en dos objetivos operativos:

- 3.1.a. Que el usuario sea autónomo en el uso de transportes.

*Formato de intervención:* atenciones individuales en la calle llevadas a cabo por una educadora.

*Técnicas y estrategias de intervención:* “desensibilización sistemática” en vivo. Se reforzaba socialmente al usuario por cada ítem superado. También se utilizó “refuerzo positivo” según un patrón de razón variable. Desde el primer momento se utilizó la instigación, desvaneciéndola progresivamente. Para los ítems que tenían que ver con la utilización de transportes, previamente a exponerse a ellos, se entrenaron las pertinentes conductas instrumentales mediante las técnicas de “modelado” y “moldeamiento”.

*Resultados:* objetivo conseguido. Esto nos reportó como “ganancia secundaria” que el usuario pudiese salir solo a la calle. Aquí residió la mayor dificultad de la intervención, por eso iniciamos la jerarquía de ítems desde el momento en que el usuario salía de la cama.

- 3.1.b. Que el usuario utilice recursos de ocio y formativo-laborales.

*Formato de intervención:* atenciones individuales en la calle llevadas a cabo por una educadora, tutorías con el psicólogo y trabajo social.

*Técnicas y estrategias de intervención:* en primer lugar, la trabajadora social orientó y aconsejó al usuario sobre qué recursos podría utilizar y cómo acceder a ellos. Cuando fue necesario, le apoyó y supervisó en la realización de trámites burocráticos. A continuación, la educadora trabajó *in situ* aspectos relacionados con la orientación y las competencias para cumplir el objetivo. Cada sesión comenzaba con un tiempo dedicado a la instigación y al reconocimiento de los logros alcanzados. Durante la intervención se utilizó “refuerzo

positivo” siguiendo un patrón de razón variable (se reforzaban las aproximaciones a un recurso o su utilización). Una vez que ya empezó a utilizar recursos, fuimos desvaneciendo progresivamente el apoyo. En las tutorías que el psicólogo mantenía con el usuario, se revisaba el trabajo y se valoraban los progresos, formulando nuevos objetivos. La familia y los miembros de su red social le animaban por los éxitos obtenidos y por su evidente recuperación. Así se lo hacían ver también conocidos y vecinos.

A pesar de que el usuario estaba teniendo una buena respuesta a las praxis rehabilitadoras y coincidiendo con que había estado de vacaciones más de 15 días, y también con las vacaciones del psicólogo, se produce en él un significativo empeoramiento. Lo que se había conseguido, en buena medida se pierde y el usuario vuelve a adoptar una actitud destructiva y entorpecedora de las intervenciones. Baste el siguiente ejemplo para demostrarlo. En casa y en el CRPS mantenía una actitud coherente con el siguiente discurso: “lo mejor es vegetar. Estoy hundido en el pozo. Me encuentro muy mal porque no hago nada y cuando lo hago no estoy bien porque me estreso y, sobre todo, porque tengo que pensar y eso me levanta dolores de cabeza insoportables, que son mi verdadero problema. Por culpa de que me mandais hacer cosas tengo que estar pendiente de un horario, lo que me incomoda y termina por desbordarme, hundiéndome más todavía”. De este *impass* no pudimos salir en tres meses, por eso cambiamos la intervención. Se dieron instrucciones a la familia para que no discutiera con el usuario sobre su estado de ánimo, sobre lo que podía o no podía hacer o sobre lo mal o bien que estaba. También hicimos esto los profesionales. Además, comenzamos a aplicar una “economía de fichas” unida a “castigo negativo” (“coste de respuesta”) para cuando el usuario, en el período de una semana, no cumpliera con los compromisos pactados previamente.

*Resultados:* objetivo conseguido. La “economía de fichas” se ha manifestado altamente eficaz.

El trabajo realizado no sólo permitió conseguir el objetivo 3.1 (utilizar recursos de forma autónoma), sino también el 3.2 (realizar trámites burocráticos) y el 1.2 (realizar actividades de ocio).

En paralelo a la intervención que hemos comentado, se abordó el objetivo 2.1.

*Formatos de intervención:* tutorías con el psicólogo y asistencia de la esposa al programa Escuela de Familias.

*Técnicas y estrategias de intervención:* comenzamos por informar a la esposa sobre la problemática del usuario y sobre principios elementales de modificación de conducta. A continuación, pasamos a entrenarla en

**Tabla I**  
**Relación de objetivos, intervenciones y resultados**

Objetivos	Intervenciones	Resultados
Relacionarse con amigos	HHSS + Esposa como mediadora de conducta + EF	Parcialmente conseguido
Realizar actividades de ocio	TS + instigación + refuerzo + economía de fichas	Conseguido
Que su mujer contribuya a su autonomía	Psicoeducación + manejo de contingencias	Conseguido
Desempeñar roles familiares	Instigación + control de estímulos + refuerzo	No conseguido
Utilizar recursos de forma autónoma	TS + instigación + refuerzo + economía de fichas + castigo	Conseguido
Realizar trámites burocráticos	Id. objetivo anterior	Conseguido
Hábitos de aseo, sueño y alimentación	Economía de fichas	Parcialmente conseguido
Autonomía en medicación	Psicoeducación + instigación	Conseguido

*HHSS*: habilidades sociales; *EF*: escuela de familias; *TS*: trabajo social.

el manejo de contingencias. En un primer momento, las instrucciones se daban verbalmente. Ella debía transmitir las a toda la familia para actuar conjuntamente. Las instrucciones no fueron seguidas, por eso las pusimos por escrito. Utilizamos unas tarjetas en las que, de modo simple y abreviado, se explicaba cómo retirar atención, cómo dispensar operantes de refuerzo, cómo controlar estímulos y reconocer contextos de aprendizaje vicario y cómo evitar conductas desadaptadas. Todo este tipo de técnicas, unidas a saber analizar funcionalmente el comportamiento humano, es lo que compone el grueso del programa de Escuela de Familias, dedicado al análisis y la modificación de la conducta. Al finalizar el programa, se habían cumplido con creces los objetivos propuestos para la mujer del usuario.

*Resultados*: objetivo conseguido.

## Discusión

Al trabajar este caso nos hemos encontrado con una serie de dificultades que, con uno u otro matiz, suelen aparecer al tratar de rehabilitar psicosocialmente a personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad. Estas dificultades tienen que ver con conductas altamente disruptivas que complican y problematizan las intervenciones.

Vamos a señalar ahora las que encontramos en los objetivos aquí revisados y lo que se hizo para superarlas. Desde la primera cita, el usuario mantuvo una actitud que podríamos llamar destructiva. Juzgaba su estado como el peor de los posibles, “sólo tengo dos soluciones, o vivir como un vegetal o quitarme de en medio”, e imposible de modificar. Cuestionaba todo lo que se le proponía anticipando que fracasaríamos y entonces se

hundiría más en el pozo; por eso, nos decía, “mejor no hacer experimentos y quedarme como estoy”. Este discurso venía siempre acompañado de gran cantidad de quejas somáticas y cábalas sobre un posible daño orgánico irreversible, y determinante de todo lo que le había ocurrido.

Sesión tras sesión sacaba a relucir esa letanía, con independencia de lo que le propusiésemos o tratásemos. Al principio, le escuchamos y razonamos con él sobre cómo esa actitud, además de equivocada, era inconveniente. Lo que conseguimos no fue extinguirla, sino reforzarla. Cambiamos de estrategia comunicándole que no volveríamos a dialogar sobre esos temas y, menos aún, trataríamos de convencerle de que estaba equivocado. Pedimos a la familia que hiciese lo mismo y que, como nosotros, reforzase diferencialmente las verbalizaciones constructivas y positivas.

Las sesiones, a partir de entonces, las dedicamos a plantear objetivos operativos, decidir cómo conseguirlos y evaluar resultados. Para lograrlo fuimos altamente directivos y extinguimos cualquier aproximación, por parte del usuario, a introducir en sesión discursos nihilistas o comentarios destructivos. No tardó demasiado en manifestarnos, y manifestar a su familia, que se encontraba bastante peor desde que no se le escuchaba ni se le tomaba en consideración. En su casa y en el CRPS, siempre que podía, venía a decirnos que había sido peor el remedio que la enfermedad. Decidimos entonces llegar a un acuerdo con él. En cada sesión dedicaríamos un tiempo a charlar sobre esos temas, siempre y cuando no hablase de ellos en ningún otro lugar y consiguiese los objetivos propuestos en la sesión anterior. Aceptó y, con el tiempo, se fueron desvaneciendo sus peticiones para tratar esos temas; bajó enormemente la frecuencia de comentarios destructivos.

Para superar este tipo de conductas, para conseguir los objetivos del PIR, en definitiva, para poder manejar el caso, hemos tenido que contar con la total colaboración de la familia y, muy en especial, de la esposa del usuario. Esta colaboración entre profesionales y familia es imprescindible para poder trabajar con personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad. Si no se logra, la mayor parte de las veces, se pierde el caso. Éste, *a priori*, exigió al CRPS ajustar el programa Escuela de Familias, hasta entonces pensado para dar respuesta a las necesidades de las familias de los psicóticos. Este ajuste pasó por confeccionar un programa que permitiera entrenar en grupo a los familiares como mediadores de conducta. Para ello, debíamos centrar los contenidos del programa en el aprendizaje del análisis del comportamiento humano y su modificación, ya que la extinción de conductas disruptivas y desadaptadas socialmente, es una necesidad ineluctable cuando se intenta integrar desproblematizadamente a estas personas en su entorno socio-comunitario.

Otro de los problemas que tuvimos que resolver fue que el usuario se dedicara a entorpecer continuamente el trabajo rehabilitador. Hacía lo contrario de lo que se le pedía, llevaba sistemáticamente la contraria, mantenía un talante discutidor y provocador, tal como si buscara, deliberadamente, exasperar a los profesionales.

Aplicando una “economía de fichas”, en los términos explicados cuando comentamos los objetivos del PIR, conseguimos que el usuario siguiera instrucciones. Extinguir la conducta discutidora y provocadora pasó por una retirada de atención contingente a su emisión, unida a una labor psicoeducativa que consistió en no permitir que el usuario invirtiera esa conducta de normalidad. Para ello, la atribuíamos a su problemática y le explicábamos cómo al comportarse así, manifestaba con contundencia su trastorno “obligándonos” a no

tomarle en consideración. Asimismo, reforzamos toda conducta antagónica a la anterior y mostramos una actitud impertérrita e inmutable ante esa especie de provocación deliberada por parte del usuario.

A modo de conclusión, diríamos que para estas dificultades, que con uno u otro matiz suelen aparecer en el trabajo rehabilitador con Trastornos de Personalidad, puede ser de utilidad tomar en consideración las estrategias aquí revisadas. Nos estamos refiriendo básicamente al trabajo a realizar con la familia, a la oportuna y sistemática utilización de la retirada de atención, a las operantes de esfuerzo diferencial, al control ambiental y a la “economía de fichas”.

Sólo nos resta recordar lo cautos que debemos ser al extrapolar técnicas de intervención que en algunos casos, como el aquí revisado, se manifiestan eficaces. Esta cautela la impone una cuestión de orden epistemológico. A saber, cuando se actúa sobre el comportamiento humano, ha de hacerse particularizando las intervenciones, para ajustarlas a la especificidad de cada caso, tras un individualizado análisis funcional de unidades conductuales debidamente operativizadas.

## Bibliografía

1. Libermann RP. Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta. Barcelona: Fontanella; 1998.
2. Libermann RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
3. Mayor J, Labrador FJ. Manual de modificación de conducta. Madrid: Alhambra; 1991. 1ª Ed. 1984.
4. Rodríguez A (coord). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997.
5. Watts FN, Bennett H. Rehabilitación psiquiátrica, teoría y práctica. México DF: Limusa; 1990. Del or. Theory and practice of psychiatric rehabilitation. John Wiley and Sons Ltd; 1983.