

Asistencia telefónica: una aproximación desde el DBT con pacientes borderlines

Lic. Guillermo Lencioni

Dr. Pablo Gagliesi

Introducción

El avance en las tecnologías de información y comunicación (TICs) ha tenido un desarrollado inusitado en los últimos años y ha impactado en casi todos los campos del conocimiento y los diferentes planos de la vida de los individuos. La comunicación telefónica, cualquiera sea su soporte (celular, domiciliario, vía internet, etc.) sigue siendo una herramienta en el tratamiento con pacientes, independientemente de la complejidad de su padecimiento. En algunos casos resulta ser fundamental.

Es larga la bibliografía que trata la temática y que llama a la reflexión permanente sobre los acomodamientos que se van realizando de manera constante en los diferentes ámbitos disciplinarios.

En el caso de los profesionales de la Salud Mental, como psicólogos y psiquiatras, en múltiples ocasiones se interrogan por la utilidad y pertinencia de los contactos telefónicos –en particular- con los pacientes: si es ético o no, cuándo es necesario y cuándo no se justifica, los límites que se deben establecer para su uso, etcétera.

Sin dudas, el llamado telefónico de pacientes a los profesionales de la salud mental esta mediado por horarios, circunstancias prescriptas, motivos o pedidos particulares. En este sentido aparecen muchas disyuntivas al momento de dar cauce a los llamados telefónicos cuando estos no están contemplados efectivamente en el esquema o la estructuración original de una forma de trabajo. Consecuentemente, esto apareja muchas dudas al profesional, de las que mencionaremos sólo algunas a continuación:

- Atender llamados de los pacientes fuera del horario de sesión
- En qué circunstancias habilitar al paciente a llamar por fuera del horario de atención
- En el caso de profesionales médicos, realizar ajustes de dosis de medicación telefónicamente

- Las características y la duración de una llamada telefónica previa al inicio del tratamiento del teléfono
- El seguimiento de los pacientes de forma telefónica por iniciativa del propio profesional
- Las condiciones y particularidades en las que estas llamadas interfieren en la cotidianidad de la vida del profesional, o la medida en que éstas perjudican al mismo

Desarrollo conceptual de la asistencia telefónica

Ante todo, existe alguna evidencia científica que apoya la idea de que el contacto telefónico en los tratamientos con pacientes ambulatorios es bueno, mejora la adherencia al tratamiento farmacológico y por ende los resultados se alcanzan más rápidamente y son más estables. Pero casi todas estas investigaciones están relacionadas a los trastornos mentales –depresión, alcoholismo, etc.- pero este artículo está motivado en los aportes de la asistencia telefónica con pacientes que sufren trastornos de personalidad, especialmente con pacientes límites.

La evidencia consolida la idea de su utilidad en adicciones, alcoholismo (McKay, Lynch, Shepard, Ratichek, 2004; Kaminer, Napolitano, 2004)., suicidio (Bongar, 1991. Rhee, Merbaum, Strube, Michael, 2005), depresión (Mohr, Hart, Julina, Catledge 2005. Wong, Samuel, 2004), en la adherencia a los tratamientos (Simon, Lundman 2005), programas de afrontamiento en diversos trastornos de ansiedad (Hecker, Losee Roberson-Nay, 2004. Katon, Roy-Byrne, Russo Cowley 2002) trastorno límite (Linehan, 1991. Meares, 2005), duelo (Medina, del Alamo Jiménez, Criando; 2003), cesación del fumar, trastornos alimentarios (Linehan, 1999), TOC (Greist, Marks, Baer, Kobak, 2002. Nakagawa, Marks, Park; 2000), insomnio (Currie, Clark 2004. Bastien, Morin, Ouellet Balis, 2004), entre otras.

De hecho la mayoría de los terapeutas reciben llamadas de sus pacientes fuera del horario de sesión. Gran parte de ellas son administrativas (60%) y sólo otra parte son importantes (35%) y la mínima son urgentes (5%).

Las terapias de desarrollo más reciente, dedican algún capítulo a contemplar los alcances y posibilidades de instrumentar el teléfono como una herramienta útil en determinadas circunstancias. Tal como observa Beutler (2001) lo nodal acá es *qué decir en qué momento y a quién*.

En principio, veremos que muchos investigadores y profesionales, rechazan esta práctica de apoyo, apoyados en diferentes explicaciones:

1) creer que los contactos por fuera de las sesiones atentan el proceso de la terapia (Hoch & Polatin, 1948; Kernberg, 1968; Masterson, 1990 Zetzel, 1971),

2) temor a que los profesionales sufran altos niveles de estrés *-burnout-* (Gunderson, 1996),

3) preocupaciones a cerca de que la vida privada del profesional va a ser interferida con los consiguientes efectos (Lester, 1995; Hymer, 1984),

4) temor a tomar alguna decisión clínica difícil en ausencia del apoyo de otros colegas (McIntyre & Schwartz, 1998), y por último

5) el riesgo a reforzar, mediante la comunicación telefónica, conductas desadaptativas en el paciente (Darely, 2000; Evans, 2000).

Muchas de estas explicaciones que los terapeutas se dan, seguramente basados en la experiencia en el tratamiento de estos pacientes, se debe a que la asistencia telefónica brindada no descansa sobre principios del aprendizaje, y no menor en importancia, ésta ha estado excluida de los modelos clínicos más tradicionales.

En el primero de los casos (la inadecuación a los principios del aprendizaje) no existe una clara estructura de lo que se debería reforzar y lo que se debería extinguir: ¿reforzamos el autocontrol o aprender a pedir ayuda? ¿Extinguimos la sensación de desamparo?

Cuando el llamado telefónico se estructura como una parte de un tratamiento integral con objetivos claros y teniendo en cuenta los principios del aprendizaje los resultados deseados se logran con mayor efectividad y eficacia. De cualquier manera, existen muy pocos modelos terapéuticos que den una explicación cabal de qué es lo que se debe o no se debe hacer en esos contactos telefónicos.

El modelo de tratamiento para pacientes con DLP validado por la Doctora americana Marsha Linehan, llamado Terapia dialéctico - conductual (DBT) (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993) es uno de los pocos que mostró, en estudios controlados, ser eficaz para el manejo de las conductas autolesivas de pacientes con TLP. Este tratamiento se basa en un modelo biosocial y enfatiza la imposibilidad o falta de habilidades que tienen estos pacientes para modular efectivamente sus emociones.

Para este modelo, lejos de estar “sólo permitidos”, los contactos telefónicos son uno de los cuatro componentes del tratamiento y, como se desprende de esto, muchas

veces son los terapeutas los que llaman a los pacientes y los animan a que ellos los llamen a sus terapeutas. Siempre es importante que se especifiquen con claridad cuál es el objetivo de las comunicaciones telefónicas, en que circunstancias se pueden utilizar y los límites que cada terapeuta tratante pondrá como pauta para su uso.

Todos los pacientes que comienzan un tratamiento DBT se les permite el llamado telefónico a sus terapeutas para favorecer el uso en su vida cotidiana de las habilidades que se están aprendiendo en la terapia. En este contexto, la asistencia telefónica ayuda al terapeuta a brindar al paciente el soporte necesario para poder sobrevivir durante los periodos de crisis, aumentando la probabilidad de ocurrencia de las conductas adaptativas. Se espera que al mismo tiempo se extingan la pasividad-activa, las conductas dependientes y reforzar activamente las habilidades competentes (Linehan, 1993 a, b).

Resumiendo, en el DBT, la asistencia telefónica persigue cuatro objetivos o funciones: primero provee al paciente la oportunidad de reducir las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativa que le sirven para regular su estado de ánimo. Enseñarle al paciente como pedir ayuda en forma más adaptativa, facilitar los procesos de generalización de las habilidades facilitando la utilización de las habilidades aprendidas en el contexto terapéutico hacia contextos cotidianos, y cuando sea necesario, proveer la oportunidad de reparar la relación terapéutica (Linehan, 1993 a)

Como decíamos, lo principal en la asistencia telefónica es reducir la ocurrencia de la conducta Metas que, en la primera fase del tratamiento, son aquellas conductas que atentan contra la vida del paciente, la asistencia telefónica solo se brindará si y solo si el paciente llama *antes* de incurrir en la conducta problema (más adelante explicaremos la importancia de llamar antes junto con la regla de las 24 horas). El terapeuta deberá durante la llamada telefónica utilizar las estrategias de resolución de problemas, cuyo objetivo será, siempre que estemos hablando de las conductas que atenten contra la vida, evaluar el grado de destructividad de las conductas y las soluciones más adaptativas que podrían ponerse en práctica. Dentro de este modelo terapéutico el paciente tiene terminantemente prohibido llamar al terapeuta *después* de haber incurrido en la conducta problema durante las 24 horas posteriores. Esta regla sólo se quebranta si el paciente necesita conseguir ayuda médica. Si el llamado ocurre después de la conducta problema y el terapeuta evalúa la necesidad de asistencia médica, el deberá instruir al paciente en forma breve y efectiva, en como conseguir dicha ayuda y luego se

mantendrá la regla de las 24 horas donde no podrá haber contacto entre paciente y terapeuta.

La explicación de la regla de las 24 horas se basa en los principios del aprendizaje, ya que como dijimos anteriormente, no queremos que el llamado telefónico refuerce la aparición de las conductas desadaptativas, y esto es lo que a muchos terapeutas les resulta más dificultoso: suponen inhumano terminar la asistencia telefónica o no brindarla justo cuando el paciente ya se involucró en conductas problemas. El quid de esta situación es que la atención brindada al paciente en este momento se presente cuando aparece una conducta adaptativa, como por ejemplo un pedido de ayuda “anterior” a una autolesión. Lo que muchas veces se pierde de vista es que no atendemos a estos pacientes cuando llaman con angustia y desesperación antes de utilizar conductas suicidas porque consideramos esta conducta como “manipulativa”, y si los escuchamos una vez que el paciente intentó suicidarse o autolesionarse, estamos transmitiendo, como seguramente ya aprendió en el entorno de su familia, que sólo escucharemos si está en riesgo su vida.

La asistencia telefónica ayuda y entrena al paciente en como pedir y conseguir ayuda de aquellas personas que son significativas para el paciente. Esto se debe a que como se le explica cuidadosamente al paciente la regla de las 24 horas, éste, por un lado, conoce y aprende vivencialmente qué es lo que sucede si recurre a las conductas desadaptativas, y por el otro, el terapeuta le dedica tiempo y atención al paciente cuando ellos aún no se auto dañaron y esto es una manera experiencial de cómo utilizar otros medios, esta vez adaptativos de pedir ayuda.

A su vez si el paciente falló en pedir ayuda de manera adaptativa (llamadas excesivas, amenazas al terapeuta durante la llamada, llamar por motivos que no estarían acorde a los límites personales del terapeuta) estas conductas se tomarán como conductas que interfieren la terapia y serán objeto de la sesión siguiente.

Con aquellos paciente que llaman demasiado se puede establecer una agenda estructurada para las llamadas, enfocando la asistencia telefónica sólo a aquello estrictamente pautado. Si la conducta no puede ser extinguida o modelada, quizás deba recurrir a la interrupción temporal de las comunicaciones por teléfono, para evitar que el terapeuta se estrese o incurra en errores durante la asistencia telefónica.

Sabemos que cuando adquirimos nuevas habilidades (de cualquier tipo) es más probable que las utilicemos en contextos calmos y seguros, lamentablemente las

habilidades que estamos enseñando a un paciente con DLP son aquellas que le permitirían sobrevivir a las crisis y por definición estas deben ser efectivas en contextos poco seguros y poco calmos, por lo tanto la utilización de habilidades nuevas y funcionales es crucial. El DBT garantizaría por medio de la asistencia telefónica que lo aprendido en el contexto terapéutico pueda ser utilizado en el mundo real.

El terapeuta debe, como dijimos anteriormente, utilizar habilidades de resolución de problemas para identificar y evaluar el problema inmediato. Para ello tiene en cuenta la evaluación de las habilidades ya utilizadas y dentro de ellas cual fueron exitosas y por lo tanto reforzarlas. Al evaluar cuales han sido las habilidades que fracasaron debería poder identificar cual fue el problema que impidió su éxito. Una vez hecho esto el terapeuta ayudará al paciente en la elaboración de un plan de acción, teniendo especial cuidado de los problemas potenciales que dificultarían o impedirían dicho plan. El paciente deberá comprometerse con este plan de acción^[1].

Algo a recordar es que todos los contactos telefónicos no son terapia individual telefónica si no que el foco está puesto en que los pacientes sepan echar mano a las habilidades para actuar según diferentes situaciones.

Marsha Linehan recomienda que el contacto telefónico sea:

1. breve no debe superar los 20 minutos,
2. directivo y
3. enfocado en el uso de las habilidades.

Es esencial que esto se respete porque en caso de que la asistencia telefónica se convirtiera en una charla calida y contenedora se estaría reforzando la aparición de las crisis a cambio de contención y atención.

Por último y no menos importante, los contactos telefónicos pueden ser utilizados para reparar la relación terapéutica cuando esto fuera necesario. Muchos paciente malinterpretan algunos comentarios realizados durante las sesiones y el llamado telefónico puede reparar ese error: por ejemplo si el lapso entre sesión y sesión es demasiado largo y una mala interpretación de una indicación o intervención podría ocasionar algún tipo de deterioro tanto en el paciente como en la relación terapéutica. Si estamos atentos a estas situaciones podríamos prevenir algún tipo de crisis interpersonal en la relación entre el terapeuta y el paciente y como, sostiene Linehan, cuando estos conflictos crecen o aparecen, no se espera que el paciente deje transcurrir con

tranquilidad una semana completa para resolverlos. En estos casos la asistencia telefónica provee un contacto adicional entre sesiones cuando existe mayor probabilidad que las crisis ocurran.

Es importante que los terapeutas que atienden pacientes con DLP reciban el entrenamiento suficiente en el manejo de la asistencia telefónica, y estén preparados a la hora de realizar este tipo de apoyo. Es crucial que el terapeuta tenga práctica en la utilización de preguntas y comentarios tales como ¿Qué habilidades pudiste utilizar? ¿Qué conseguiste al utilizar las habilidades? O “recordá que el objetivo de la asistencia telefónica no es resolver la crisis sino lograr mantenerte viva para poder llegar a la próxima sesión”. Ir directo al uso de las habilidades y evitar que el paciente nos relate la historia de cómo y porque llegó a estar en medio de esta crisis.

Guía marco para la atención telefónica

A continuación, describiremos algunos puntos que parecen importantes al momento de dar marco a las llamadas telefónicas y hacerlas realmente útiles en el ciclo de vida de un proceso terapéutico

1. Explicitar los *límites personales* del propio profesional, tomando en cuenta que el paciente no necesariamente los conoce y que negar la existencia de estos límites no facilitarán las cosas.
2. Dejar claro y expreso cuáles serán los horarios disponibles en los que se puede llamar por teléfono.
3. En esta línea de pensamiento, resulta especialmente importante entrenar a los pacientes en recursos y herramientas disponibles para la reducción del nivel de malestar. De otra manera, el terapeuta no contará tampoco con una serie de dispositivos a los que echar mano ante la llamada del paciente, y esto generará una intensa ansiedad en el terapeuta, la que devendrá en burn out fácilmente.
4. Habilitar la capacidad para solicitar ayuda, lo que implica un cotejo de pertinencia para el paciente y de evaluación de circunstancias.
5. Una manera de identificar la pertinencia es categorizar las llamadas como administrativas / importantes / urgentes y prever alternativas de solución en caso de indisponibilidad. Cada una de ellas tendrá una respuesta específica.
6. Protocolizar la práctica y hacer registro

7. Comentar abiertamente lo ocurrido la entrevista siguiente (necesidad de ajustes, valoración, conductas que interfieren con los resultados deseados)

A manera de síntesis

El uso por parte de los profesionales de determinadas tecnologías, cualquiera fuera la complejidad de éstas, implican una instancia de reflexión que lo acompañe. En toda circunstancia, se debería tener presente que la falta de claridad en las prácticas del terapeuta provocarían inestabilidad, incertidumbre o al menos confusión en los pacientes. Una breve guía como la sugerida en este trabajo, podría ser enriquecida, discutida o refutada, pero principalmente se espera que sea base o herramienta para ser pensada y considerada en la práctica profesional.

Se espera contar con mayor evidencia de estudios que investiguen en esta línea, y trabajos que, por otro lado, sistematicen la eficacia, los recursos y las consideraciones que narran los propios terapeutas en relación a esta particular forma de comunicación.

Apendice A

Hoja para el llamado telefónico

La meta es asistir a la persona para identificar y comprometerla a utilizar las habilidades que la/lo ayuden a evitar conductas suicidas/parasuicidas y/u otras conductas impulsivas. ** El foco del entrenamiento es aplicar las habilidades. La siguiente es una lista de chequeo. Chequear los niveles que utilizaste y brevemente repodé a cada pregunta. El equipo encontró útil para revisarlo en le reunión de la mañana. Esto ha sido también de ayuda para terapeutas individuales para revisar con el consultante en su sesión próxima y darle una copia al consultante.

Día /consultante /tiempo de la llamada hasta

1) Definición del problema:

Que esta pasando? Evento Pensamientos Sentimientos

Cuando comenzó?

Evaluación de la letalidad suicida y/o daño a terceros.

2) Evaluación de la vulnerabilidad.

Enfermedad física

Comida: ¿cuando fue la ultima?

Drogas que alteran el animo: cafeína, alcohol, etc.

Sueño, demasiado, no suficiente

Actividad física

3) ¿Que habilidad intentó?

**nombrar la habilidad aun cuando el consultante no la haya podido reconocer

Reforzar el esfuerzo

4) Generar habilidades alternativas

Mente plena: Mente sabia Observar Describir No juzgar Una
cosas a la vez con mente plena Efectividad: enfocarse en lo que funciona

Regulación Emocional: Reducir la vulnerabilidad Construir
domino Construir experiencias positivas Acción opuesta

Tolerancia al malestar: Distraerse: Mente sabia Aceptar: Actividades (tareas que ayudan a distraerte) Contribuciones (Ej. hacer algo por alguien más) Comparaciones (compararte con vos mismo o con otro) Emociones (un evento que cree una emoción distinta) Sacando afuera (Ej. ponerle sufrimiento en la repisa) Pensamiento (contar, leer, rompecabezas) Sensaciones (hielo en la mano, apretar una pelota, caminata enérgica)

Calmate: Visión (mira algo hermoso) Oído (música, escuchala naturaleza) Olfato (potpurri, velas, sahumerios) Gusto (comé tu comida o tomate tu té favorito) Tacto (tocá una frazada, bañate, acaricia a tu mascota)

Mejora el momento: Imagineria (imagina un lugar seguro y relajante) Significado (encontrá o creá algún propósito) Reza (meditación) Relajación (baño caliente, ejercicio de respiración) Una cosa en cada momento Vacaciones (tomate 20 minutos) Aliento (alentate diciéndote “yo voy a poder”)

Pros y contras

Aceptación Radical

Efectividad interpersonal: Efectividad en los objetivos:

Efectividad en la relación:

Efectividad en el autorespeto:

5) en caso que el plan no funcione, hacer resolución de problemas para un plan B.

6) planear chequear la habilidad tratada llamado pre acordado en el próximo contacto.

Bibliografía

Darely, M. (2000). Crisis telephone coaching for deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 176, 91.

Evans, M.O. (2000). Author's reply. *British Journal of Psychiatry*, 176, 91.

Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.

Hoch, P., & Polatin, P. (1948). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23, 248-276.

Hymer, S.M. (1984). The telephone session and the telephone between sessions. *Psychotherapy in Private Practice*, 2(3), 51-65.

Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 600-619.

Lester, D. (1995). Counseling by telephone: Advantages and problems. *Crisis Intervention & Time Limited Treatment*, 2(1), 57-69.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

Masterson, J.F. (1990). Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders: Establishing a therapeutic alliance (a developmental, self, and object relations approach). *Journal of Personality Disorders*, 4 (2), 182-191.

McIntyre, S.M., & Schwartz, R.C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931.

Tutty, S; Simon, G; & Ludman, E (2000): Telephone Counseling as an Adjunct to Antidepressant Treatment in the Primary Care System A Pilot Study *Eff Clin Pract.* ;4:170-178.

Wisniewski, L. & Ben-Porath, D. (2005): Telephone Skill-Coaching with Eating Disordered Clients: Clinical Guidelines using a DBT Framework. *European Eating Disorder Review*, March, 2005.

Zetzel, E.R. (1971). A developmental approach to the borderline patient. *American Journal of Psychiatry*, 127, 867-871.

McKay, Lynch, Shepard, Ratichek, 2004;

Kaminer, Napolitano, 2004.

Bongar, 1991

Beutler 2001

Rhee, Merbaum, Strube, Michael, 2005.

Mohr, Hart, Julina, Catledge 2005.

Wong, Samuel, 2004.

Simon, Lundman 2005.

Hecker, Losee Roberson-Nay, 2004.

Katon, Roy-Byrne, Russo Cowley 2002.

Linehan, 1991.

Meares, 2005.

Medina, del Alamo Jiménez, Criando; 2003.

Linehan, 1999.

Greist, Marks, Baer, Kobak, 2002.

Nakagawa, Marks, Park; 2000.

Currie, Clark 2004.

Bastien, Morin, Ouellet Balis, 2004.