

2010

Una experiencia de  
formación  
integradora  
Psicoterapia  
Multicomponente  
para los trastornos de  
la personalidad

11º Congreso Virtual de Psiquiatría.  
Interpsiquis 2010 [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)  
Febrero-Marzo 2010. [Psiquiatria.com](http://Psiquiatria.com)

Miguel Ángel González Torres. D Neurociencias. UPV. Servicio de Psiquiatría.  
Hospital de Basurto. Fundación OMIE. Bilbao  
Carlos Mirapeix. Unidad de Trastornos de la Personalidad. Fundación para la  
investigación en psicoterapia y personalidad (FUNDIPP). Santander



## RESUMEN:

Los Trastornos de personalidad, por su complejidad y dificultad, estimulan al clínico a utilizar un abanico de técnicas provenientes de modalidades terapéuticas diferentes. Los abordajes integrados y multicomponentes se caracterizan por combinar intervenciones de distinto orígenes buscando un valor terapéutico añadido más allá de la mera acumulación de tratamientos. Algunas de las propuestas más innovadoras en este campo, como la Terapia Conductual Dialéctica de Linehan o el Programa de Hospital de Día de Bateman y Fonagy son de hecho abordajes multicomponentes que han demostrado su eficacia de forma clara. El problema principal al que se enfrentan las técnicas integradoras es disponer de un principio nuclear que de orden a todas las intervenciones y dote al conjunto de una estructura sólida. Esa estructura se muestra como un componente principal de las propuestas terapéuticas más eficaces. En este artículo se presenta un programa formativo de psicoterapia integrada multicomponente de los trastornos de personalidad, basado en una concepción relacional de la patología de la personalidad y articulado en torno a una concepción nuclear de las relaciones objetales como elemento básico de la personalidad del sujeto y fundamento de su espacio conductual, emocional, interpersonal, cognitivo y sistémico. El diseño de las intervenciones, estrategias y técnicas, está inspirado en el modelo ecléctico de Livesley. Se exponen sucintamente los aspectos fundamentales de un programa formativo de estas características y se examinan las limitaciones de los mismos y los obstáculos a los que deben hacer frente.



## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Personalidad constituyen un grupo de patologías de gran prevalencia en la población (desde 3% en la población general hasta el 50% en población psiquiátrica hospitalizada en algunos estudios). Su impacto sobre la salud y la calidad de vida del paciente es enorme, tanto por el efecto directo sobre la vida afectiva, relacional, laboral, como por su acción propiciando conductas de elevado riesgo como el consumo de drogas, las tentativas suicidas... o complicando el curso de las patologías que se presentan de forma comórbida con gran frecuencia (T de Conducta Alimentaria, Toxicomanías y Alcoholismo, T Afectivos, T de Ansiedad...) y en general causando un alto nivel de sufrimiento tanto para el paciente como para su entorno.

El tratamiento de estos pacientes se convierte en una tarea difícil debido tanto a la complejidad y gravedad de la clínica como a la conciencia de enfermedad y motivación al tratamiento, a menudo insuficientes, así como a la presión emocional inducida en los terapeutas. Ello ha generado una enorme necesidad de avances en los abordajes terapéuticos de los T de Personalidad y una actitud de búsqueda por parte de los clínicos de guías y orientaciones que les ayuden a moverse en este terreno tan complejo. Decía Michael Stone (1990) que los T de Personalidad forzaban al clínico a pasar “de lo dogmático a lo pragmático” y en ocasiones las propuestas terapéuticas se quedan en la exposición teórica sin descender a la realidad práctica diaria.

Es un hecho que las guías más conocidas sobre el abordaje terapéutico de los TP: las propuestas por la APA (American Psychiatric Association 2001) y el NICE (Nacional Institute for Clinical Excellence 2009) inglés son conocidas y examinadas al detalle en busca de orientaciones prácticas respecto al tratamiento a desarrollar. Un problema real, sin embargo, es que estas guías se construyen en base a las evidencias existentes en torno a las eficacias de los diferentes tratamientos, tanto biológicos como psicosociales, y dichas evidencias están muy lejos de ser suficientes. Las revisiones realizadas por Binks recientemente (Binks et al. 2006a, 2006b) para la Cochrane exponen con claridad este hecho: hay muy pocos ensayos clínicos y los que hay poseen tamaños muestrales bajos, tanto los relativos a abordajes farmacológicos como psicosociales.

Una dificultad añadida es la relacionada con la factibilidad de los escasos programas que sí cuentan con algunas evidencias interesantes en su apoyo. En general se trata de modelos terapéuticos surgidos al amparo de instituciones y equipos muy potentes, con grandes recursos, habitualmente ligados a Universidades y Centros de Investigación. Es muy difícil trasladar esos formatos a la realidad clínica en que nos movemos, no solo en nuestro país, sino en otros países desarrollados con nivel de renta per cápita mayor que el nuestro. La existencia de programas muy interesantes en EE.UU o en Inglaterra no nos debe hacer olvidar que la atención en esos países al grueso de los pacientes con TP sigue siendo muy deficitaria. Por ejemplo en los EE. UU las compañías aseguradoras, que financian la asistencia sanitaria de una parte mayoritaria de la población, sencillamente no suelen cubrir muchos de los tratamientos requeridos en TP. En España la situación no es diferente, pues la mayoría de las compañías aseguradoras, solo subvencionan aproximadamente un total de 15 sesiones de psicoterapia.

Todo esto genera una situación asistencial interesante desde el punto de vista sociológico y científico pero muy problemática de cara a la atención a los pacientes. En un mismo territorio nos podemos encontrar con dispositivos capaces de prestar una atención de alta calidad y que poseen grandes recursos, dedicados a proyectos de investigación, al lado de los dispositivos generales de la red asistencial, insuficientes muchas veces en recursos y formación, pero responsables de una parte mayoritaria del trabajo clínico. En respuesta a esta desafortunada situación se esbozan posibles soluciones: programas de formación generales para la red asistencial, experiencias piloto, difusión de técnicas novedosas y en algunos casos creación de dispositivos específicos, de naturaleza privada o pública con objetivos fundamentalmente asistenciales integrados y accesibles para el conjunto de los



pacientes de un área. Han surgido también algunas voces que abogan por la creación de un “protocolo de mínimos”, que a través de algunas orientaciones básicas y de medidas factibles, permita a los dispositivos generalistas atender con mayor calidad las necesidades de esta población.

No debemos perder de vista que dada la enorme comorbilidad de los TP, tanto entre sí como con patologías del Eje I, la abrumadora mayoría de los pacientes con TP en la red serán atendidos por clínicos no especializados en TP en el contexto de tratamientos dirigidos a la patología “acompañante”: T Afectivos, T de Ansiedad, Adicciones, T de Alimentación...

En el contexto de esa evolución hacia lo pragmático que señalaba Stone, se ha producido un movimiento generalizado hacia iniciativas terapéuticas que combinan abordajes muy diversos en busca de un efecto terapéutico global que vaya más allá de la mera suma de resultados. Se persigue un efecto “emergente” al actuar sobre el paciente desde distintas perspectivas, tanto a nivel biológico mediante un uso juicioso de la medicación, como a nivel psicosocial, trabajando sobre aspectos relacionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o sistémicos. Los formatos en los que estas intervenciones se desarrollan son también variados, desde el trabajo individual hasta los grupos o las intervenciones familiares. Estas propuestas procedentes de la selección deliberada y sistemática de abordajes que se complementan y que actúan sobre diferentes dianas e incluso proceden de modelos teóricos muy distintos son denominadas “abordajes multicomponentes”. En España, los abordajes integradores y multicomponentes han sido descritos por nuestro grupo (Lana Moliner et al 2006, Mirapeix et al. 2006).

Puede resultar interesante analizar con algún detalle dos de las propuestas terapéuticas más interesantes aparecidas en los últimos años en el área de los TP. Ambas corresponden a abordajes realmente multicomponentes, que combinan herramientas de distintos orígenes bajo el paraguas de una perspectiva básica que integra las partes. En un caso se trata de un fundamento cognitivo-conductual (la Terapia Conductual Dialéctica; Linehan et al. 1991, 2003) y en el otro psicodinámico (el Programa de Hospital de Día de Orientación Psicodinámica; Bateman & Fonagy 1999).

Describimos a continuación de modo sucinto los aspectos más nucleares de ambas propuestas (Gonzalez-Torres et al. En prensa).

La terapia conductual dialéctica es un abordaje cognitivo-conductual desarrollado originalmente para tratar pacientes con tendencias suicidas crónicas. Posteriormente, esta terapia ha evolucionado hasta abarcar el tratamiento de pacientes suicidas con trastorno límite de personalidad y ha sido adaptada para el tratamiento de pacientes con trastorno límite que presentan otros problemas diferentes al suicidio (p. ej., abuso de sustancias). La terapia conductual dialéctica combina procedimientos conductuales básicos de entrenamiento en habilidades, otros basados en la exposición, modificaciones cognitivas, manejo de contingencias, resolución de problemas con validación, reciprocidad y un foco sobre la relación paciente-terapeuta. La terapia conductual dialéctica está diseñada para servir como tratamiento comprensivo en pacientes con trastorno límite de cualquier nivel de gravedad y se conceptualiza en estadios basados en la gravedad y complejidad del trastorno. Esta terapia persigue 5 funciones:

- Estimula las capacidades del paciente.
- Incrementa la motivación del paciente hacia el cambio.
- Asegura que las nuevas capacidades se generalizan al ambiente natural del paciente.
- Estructura el ambiente de modo que apoye las capacidades del paciente y del terapeuta.
- Estimula las capacidades y la motivación del terapeuta para tratar pacientes de forma efectiva.

El foco primario de la terapia conductual dialéctica es la estabilización de los pacientes y la adquisición de control conductual. En el estadio 1, esta terapia aborda dianas específicas en un orden jerárquico de importancia:

- conductas suicidas y autolesivas;
- b) disminución de conductas que interfieren con el tratamiento;
- c) debilitación de patrones que inciden negativamente en la calidad de vida (p. ej., problemas del eje I, etc.), y



- d) aumento de habilidades conductuales. Tras la estabilización, se puede trabajar también en:
- e) incrementar experiencias emocionales y resolver respuestas de estrés postraumático (estadio 2);
- f) resolución de problemas en el vivir (estadio 3), y
- g) incremento de la capacidad para disfrutar (estadio 4).

Después de que los datos iniciales fueran publicados en 1991, este modelo se ha extendido por todo el mundo y se ha aplicado en una gran variedad de encuadres, tanto a nivel ambulatorio como en hospitalización parcial o completa. El que aborde específicamente la grave problemática suicida presente en los pacientes con trastorno límite de la personalidad ha ayudado a su rápida difusión, al aportar un sistema de intervenciones que aparece como una alternativa a la hospitalización de «puerta giratoria» tan frecuente en este tipo de pacientes. La detallada manualización del protocolo terapéutico permite un acercamiento progresivo y detallado a la técnica. En los últimos años se han llevado a cabo varios proyectos de investigación con pacientes con trastorno límite que utilizan terapia conductual dialéctica en alguna de sus ramas terapéuticas.

Algunos de ellos se han realizado en nuestro país (Soler et al. 2005, 2009). Esos resultados, unidos a los que provengan del seguimiento de grupos ya tratados, confirmarán en un próximo futuro los muy esperanzadores resultados obtenidos con este modelo.

El modelo de hospitalización parcial de orientación psicoanalítica de Bateman y Fonagy, combina un conjunto de técnicas psicoterapéuticas en distintos formatos con medicación en un contexto de hospitalización parcial. En detalle, consiste en una sesión semanal de psicoterapia psicoanalítica, tres sesiones semanales de análisis grupal (1 hora cada una), una sesión semanal de terapia expresiva que utiliza técnicas de psicodrama (1 hora) y una reunión comunitaria semanal (1 hora), todo ello distribuido a lo largo de los 5 días laborables. Además, una vez al mes el paciente tiene una entrevista con el «administrador del caso» (1 hora) y otra con un psiquiatra para revisar y ajustar en su caso la medicación. Las terapias y los contactos informales paciente-equipo se organizan de acuerdo con un modelo psicoanalítico de trastorno límite de la personalidad que concibe a éste como una alteración del apego o vinculación (attachment), la tolerancia de la separación y de la mentalización (la capacidad de pensar acerca de uno mismo en relación con otros y de entender los estados mentales de otros). Las medicaciones utilizadas consisten en antidepresivos y antipsicóticos prescritos según criterios clínicos habituales. Toda la psicoterapia es llevada a cabo por enfermeras psiquiátricas del equipo del hospital de día que no poseen entrenamiento formal en ella. La adhesión de las terapeutas al modelo se monitoriza a través de sesiones de supervisión con todo el equipo, dos veces por semana, en las que se usan transcripciones de sesiones y formularios recogidos por los terapeutas sobre sus actividades e intervenciones durante las sesiones.

Las esperanzas iniciales puestas en una difusión rápida de este modelo, dada la abundancia de unidades de hospitalización parcial con orientación dinámica, no se han visto confirmadas. Existe una disonancia clara entre los prometedores resultados de esta apuesta terapéutica (Bateman & Fonagy 2008) y su escasa presencia en las redes asistenciales. Posiblemente es difícil construir un equipo multidisciplinar con la suficiente formación, entusiasmo y supervisión (y medios) para reproducir el programa fuera de su lugar de origen. Las evidencias recientes (Bateman & Fonagy 2009) sobre la Terapia Basada en la Mentalización, componente principal del programa de hospital de día, pudiera servir para simplificar el complejo programa y hacerlo más accesible a un mayor número de equipos de salud mental.

Entre nosotros se han desarrollado diferentes propuestas terapéuticas en esta área (Lana et al. 2006; Mirapeix et al 2006; Gonzalez Torres et al 2007), casi todas ellas de carácter multicomponente como las descritas, con mayor énfasis en perspectivas dinámicas, cognitivo conductuales o integradoras dependiendo de la formación previa del equipo, de las características de los dispositivos asistenciales implicados y de los pacientes concretos que demandan atención.



La dificultad principal que deben superar las propuestas terapéuticas señaladas y todas las que podamos imaginar es disponer de un principio nuclear que de orden a todas las intervenciones y dote al conjunto de una estructura sólida. Utilizando un símil informático, se trata de contar con un “sistema operativo” que permita una combinación fructífera de las diversas herramientas, yendo más allá de la acumulación de técnicas y buscando un efecto terapéutico complementario. Ese “sistema operativo” debe llevar aparejada una visión teórica coherente sobre la etiopatogenia del TP o al menos sobre la respuesta terapéutica. Esa visión es lo que aportará coherencia al abordaje, de modo que todos los profesionales implicados (en los abordajes multicomponentes nunca es un solo profesional el responsable de todo el tratamiento) y los propios pacientes entiendan que todas las herramientas utilizadas apuntan en la misma dirección y su uso posee un sentido. En el mundo terapéutico real, el tratamiento de un paciente con TP ha de pasar por diferentes etapas y niveles de respuesta y es casi obligado esperar momentos de desaliento que pueden afectar a profesionales, pacientes y al entorno de éstos. Sólo una visión compartida, sólida y coherente, permite superar estos baches casi inevitables sin rupturas, conservando una “confianza básica” en el programa terapéutico, en los profesionales que lo aplican y en los resultados futuros.

## UN PROGRAMA FORMATIVO MULTICOMPONENTE DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Desde nuestro punto de vista, el principio básico que subyace a muchas de las propuestas terapéuticas actuales consiste en la consideración de que la dificultad básica de estos pacientes tiene que ver con disposiciones relacionales profundamente enraizadas en el individuo, que se originan en etapas tempranas de su vida, son matizados por la biografía posterior y determinan una actitud ante el otro y una expectativa de la relación que configura la problemática emocional, cognitiva e interpersonal propia de estas personas. Esas disposiciones relacionales profundas, que actúan de modo constante pero habitualmente inadvertido para el sujeto, reciben diferentes nombres según la escuela psicoterapéutica de que se trate. Unos hablan de “relaciones objetales internalizadas”, otros de “esquemas interpersonales”, “díadas relacionales internalizadas”, u otros términos. Todos ellos, básicamente, coinciden en señalar la importancia clave de la manera en la que se configura la tendencia automática y habitualmente no consciente a interpretar las relaciones con otras personas de un modo particular y que define la conducta social del sujeto y muchos aspectos de la psicología individual del mismo al estar vinculada a su autoestima e identidad más profunda.

En un artículo reciente, Clarkin (2006) hace hincapié en que hoy existe un consenso generalizado respecto a la consideración de los trastornos de personalidad como trastornos del self y de las relaciones interpersonales. Kohlenberg y Tsai (1991) consideran que el mejor laboratorio para experimentar, evaluar e intervenir en las relaciones interpersonales es la relación terapéutica.

Cuando en nuestra práctica cotidiana abrimos la puerta del despacho para pasar a nuestra consulta a un paciente con un trastorno de personalidad, una vez que nos “encontramos” con él, se actualizan y se representa en el proceso de relación interpersonal, paciente/terapeuta, los patrones aprendidos a lo largo de la historia del paciente y de la historia del terapeuta. Se activa una díada relacional en el propio vínculo terapéutico, que pondrá en juego patrones de relación interpersonal que habremos de identificar y sobre los que deberemos intervenir.

Esta concepción interpersonal del tratamiento y de los trastornos de personalidad, nos va hacer conceptualizar la personalidad como algo que se desarrolla en un contexto de aprendizaje en la relación con el otro. El tratamiento no puede entonces realizarse de otra manera que no sea a través de intervenir en el proceso de relación interpersonal con el terapeuta y con los demás, sean estos un grupo de terapia, la familia y/o la pareja (Bender et al 2005).

La comunicación entre terapeuta y paciente se articula a través de un diálogo que va exponiendo las estructuras y el mundo de significación del paciente. Terapeuta y paciente se esforzarán en descubrir conjuntamente ese mundo, con el objetivo de comprender mejor la historia de vida del sujeto que le ha traído a la consulta y cómo su sistema de construcción de la realidad y sus formas de relación con el



mundo ya no le son útiles. El tratamiento consiste en evidenciar la historia que perturbó los patrones de relación interpersonal y contribuyo al desarrollo de una narrativa y de una forma de enfrentarse a la realidad hoy insatisfactoria. En términos de Guidano (1987), la narrativa del paciente es “una mentira que le hace sufrir” y que no le resulta eficaz a la hora de enfrentarse al mundo. La psicoterapia consiste en ayudar a que el paciente construya una historia que le sea útil, aunque quizás no sea verdadera.

Algunas cuestiones relativas a los trastornos de personalidad son especialmente relevantes de cara a la construcción de un programa docente.

## **Las posibilidades de cambio de los trastornos de personalidad.**

No es extraño todavía encontrarnos con muchos compañeros que afirman que los trastornos de personalidad no tienen cura. Es cierto que esa actitud viene siendo más minoritaria cada vez, pero aun así, resulta necesario reflexionar acerca del concepto de cronicidad e incurabilidad de los TP, entre otros motivos porque este pesimismo terapéutico se halla latente en el entorno cultural e influye tanto en nosotros como en los pacientes.

La creencia en la imposibilidad de modificar los trastornos de personalidad lleva a dos actitudes totalmente negativas: por un lado el pesimismo clínico y por otro a una actitud negativa. El pesimismo clínico determina que el paciente también este convencido de que no puede cambiar y no lo intente, lo que provocará un resultado negativo. Por otro lado la actitud negativa hace que los terapeutas ni siquiera intenten tratar al paciente con lo cual el resultado también es negativo.

Si asumimos que la personalidad puede cambiar, nos encontramos con que cada escuela terapéutica tiene su propia forma de ver el proceso de cambio y el soporte teórico del mismo. Pero hay un modelo general mucho más amplio que se denomina la teoría de los sistemas dinámicos y que nos sirve para entender tres condiciones básicas que explican el crecimiento y el cambio de los sistemas complejos:

- La desestabilización del sistema.
- La reducción de los mecanismos de autoprotección.
- El descubrimiento de estados atractores adaptativos.

Las intervenciones dirigidas a la desestabilización del sistema van a facilitar el crecimiento y el cambio. Estas intervenciones están relacionadas con la exploración de historia personal, con la confrontación del paciente, con su situación emocional cognitiva y social actual, el estímulo de la automonitorización de los comportamientos disfuncionales y el incremento de la presión emocional que facilite los procesos de cambio.

La reducción de los mecanismos de autoprotección está relacionada con la creación de un entorno terapéutico que sea estimulante y esperanzador acerca del cambio, con un sentido de un entorno seguro que va a permitir aventurarse en esa presión emocional y cambio interpersonal, con una actitud que refuerce las fortalezas y el apoyo social.

Por último la ayuda del terapeuta a que el paciente descubra estados adaptativos que actúen como atractores están vinculados al desarrollo de experiencias emocionales correctivas que faciliten el desarrollo de nuevos comportamientos interpersonales que faciliten los procesos homeostáticos de regulación cognitivo emocional. Además de estimular nuevas condiciones y conductas en el paciente.

Por lo tanto podríamos concluir que los objetivos de un tratamientos integrado de los trastornos de la personalidad tienen que ver con:

- La modificación de las unidades cognitivos-afectivas y representaciones mentales.
- Con la reestructuración afectiva y conductual a través del desarrollo de nuevas habilidades de resolución de problemas.



- La modificación de los modelos de trabajo internalizados disfuncionales.
- La modificación de los esquemas disfuncionales.
- La construcción de narrativas alternativas que permitan construir historias vivenciales y diseñar un futuro diferente.

Cualquiera de estos procesos de cambio va a ir vinculado a un proceso de relación interpersonal, en el que hay una serie de características que se estiman como básicas:

- El terapeuta tiene que tener un marco teórico de referencia que le ayude a posicionarse delante del paciente, para activar un modelo de comprensión de lo que está sucediendo en la sesión.
- El terapeuta debe tener un marco teórico que sea a su vez flexible y que sea capaz de adaptarse a las características individuales del paciente, en vez de adaptar al paciente a su marco teórico.
- El éxito de la terapia está vinculado con la capacidad del terapeuta de estructurar un modelo de relación con el paciente, que sea capaz de promover el cambio terapéutico.

A partir de estas ideas fundamentales, hemos desarrollado un programa formativo de psicoterapia integrada multicomponente de los trastornos de la personalidad. Su puesta en marcha ha sido posible gracias al apoyo de tres Instituciones: la Universidad de Deusto, la Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad (FUNDIPP) y la Fundación OMIE. Su contenido pretende transmitir una concepción integradora del abordaje terapéutico, sustentada en varios ejes teóricos y técnicos.

El eje organizador del programa formativo es el modelo de eclecticismo de Livesley que jerarquiza las intervenciones en base a una planificación de complejidad creciente en función del momento clínico del paciente. Dos columnas sostienen el programa: una comprensión dinámica de la estructura psíquica en base a la internalización de diadas relacionales con personas del entorno que han configurado la estructura de personalidad y el trabajo sobre la relación terapéutica basado en intervenciones que tomen en consideración la dialéctica transferencia-contratransferencia.

El programa formativo incluye un examen detallado de abordajes terapéuticos en distintos formatos: individuales, familiares, de pareja o grupales. En el caso de los grupos, se explicita el funcionamiento de programas con distintos objetivos: unos operativos, dirigidos al entrenamiento de habilidades y otros relacionales, dirigidos a la identificación y mejora de las relaciones interpersonales, siguiendo una estructura terapéutica similar a la descrita en los grupos relacionales clásicos.

Parte del programa formativo va dirigido a la descripción de estrategias de abordaje de las conductas altamente disruptivas de los pacientes con trastornos límite de la personalidad como son: la auto y heteroagresiones, los intentos suicidas y la pérdida del control de impulsos.

La última etapa del programa se centra en la aplicación de programas específicos para trastornos de personalidad en distintos encuadres asistenciales: centros de salud mental, hospitales de día, unidades especializadas en TP y unidades de agudos. Finalmente se dedican unas horas al examen de los costes específicos de este tipo de programas terapéuticos en el contexto de las evidencias disponibles en torno al coste-efectividad.

De forma resumida, los contenidos principales del programa son los siguientes.

#### **Primer Trimestre:**

- Una visión integradora como marco conceptual para la comprensión de la etiopatogenia de los trastornos de la personalidad.
- Aprendizaje de la utilización de instrumentos estandarizados de evaluación con fines investigadores.
- Modelos actuales de comprensión de los TP's: teoría del vínculo, mentalización, múltiples estados del self, análisis de secuencias dialógicas en las narrativas.
- Aprendizaje de reformulación de casos específicamente aplicados a los trastornos de personalidad.
- Criterios operativos en la selección terapéutica diferencial en este tipo de trastornos.





## Segundo trimestre:

- Modalidades relacionales específicas con los diferentes trastornos de personalidad.
- Estrategias generales de intervención con el cluster C.
- Habilidades terapéuticas en el tratamiento del trastorno límite de personalidad.
- Resolución de las situaciones clínicas conflictivas en el tratamiento de este tipo de pacientes. Problemas contratransferenciales de aparición habitual con esta patología.
- Algoritmos para al tratamiento psicofarmacológico.
- El equipo terapéutico y la supervisión de casos.

## Tercer trimestre:

- Características específicas de los formatos terapéuticos: grupos relacionales, operativos, de mujeres maltratadas con TLP, parejas y familias.
- Planificación asistencial en un área sanitaria: el desarrollo de un programa para TP's.
- Criterios de asignación a diferentes dispositivos terapéuticos.
- Peculiaridades del tratamiento de estos pacientes en diferentes dispositivos: Hospital de día, en Unidades de Agudos, Programas de tratamiento de baja intensidad en CSM's, Programas especiales en CRPS's.
- Características específicas en la organización de una Unidad de tratamiento ambulatorio intensivo.

## CONCLUSIONES: LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

El futuro del tratamiento de los TP se halla lejos de estar marcado con claridad. Existen hoy diversos abordajes terapéuticos que han generado evidencias de su eficacia. En general tales propuestas son complejas y no siempre fáciles de poner en práctica. Una formación adecuada de los profesionales es sin duda un requisito imprescindible. Posiblemente es necesario simplificar los modelos para hacerlos accesibles a un número mayor de equipos y clínicos. La coherencia teórica, una estructura sólida de los programas y un cierto optimismo terapéutico compartido por todo el equipo parecen claves en el éxito de los tratamientos. Todo ello puede articularse alrededor de principios básicos que actúen como núcleos de un "sistema operativo" que posibilite la integración de técnicas de origen diverso. En nuestro caso, ese principio fundamental corresponde a las relaciones objetales internalizadas. Dichas representaciones internas se crean como huellas de experiencias relacionales que "marcan" especialmente al sujeto y que determinan respuestas y actitudes automáticas y por tanto parcialmente inconscientes, ante los vínculos interpersonales. Situar en el eje de la formación este concepto nos permite prestar atención simultáneamente a la experiencia biográfica del sujeto, a la realidad de su mundo interno actual, a sus relaciones interpersonales del momento y al modo en que se vincula al terapeuta, verdadero "laboratorio relacional" que permite explorar en detalle actitudes, emociones, afectos y conductas vivos y presentes.

Una parte importante de la formación que proponemos pasa por promover una monitorización constante por parte del clínico de sus reacciones ante el paciente, con un triple sentido: afinar el diagnóstico, pues nuestra propia reacción nos ha de dar pistas sobre el mundo interno e interpersonal del paciente; seleccionar mejor nuestras intervenciones terapéuticas, informados por un conocimiento más profundo y finalmente evitar respuestas inadecuadas y rupturas de límites por nuestra parte, en general debidas a reacciones no examinadas en el contexto de gran intensidad emocional que con frecuencia acompaña a estos tratamientos.

Otro punto clave de la formación en intervenciones terapéuticas en TP ha de ser el recurso constante al estudio de viñetas clínicas y de casos. Ello nos permite a docentes y alumnos "descender" hasta la realidad clínica diaria, planteando situaciones a veces muy alejadas de las condiciones ideales que suelen presentarse en los estudios de investigación. En programas de formación en técnicas complejas hay siempre un riesgo de quedarse en un nivel teórico puramente, convirtiendo el programa docente en un mero ejercicio intelectual, sin duda interesante, pero alejado de las necesidades reales de las



personas que nos piden ayuda y de quienes les tratan. Solo así es posible, como recomendaba Stone, pasar de lo “dogmático a lo pragmático”.

Creemos que el trabajo clínico con personas con TP constituye uno de los retos más difíciles a los que un profesional de salud mental puede enfrentarse. Una formación adecuada que aporte un marco de comprensión de la patología y las posibilidades terapéuticas es clave para el desarrollo de la capacidad terapéutica necesaria. Esa formación, sobre todo, debe aportar una estructura teórica y práctica sólida que permita contener las intervenciones terapéuticas que hoy utilizamos e incluir otras que vayan desarrollándose en el futuro. El concepto de relaciones objetales internalizadas debe en nuestra opinión constituir esa piedra angular que sostenga el edificio terapéutico.



## Referencias:

American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry.* 158, 10 Supp; pp 1-52. 2001

Bateman A, & Fonagy P. *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am.J.Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569.

Bateman A; Fonagy P. *8 Years follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization based treatment versus treatment as usual. American Journal of Psychiatry* 165; 631-638. 2008

Bateman,A.; Fonagy,P. *Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry* 166, 12 1355-1364. 2009

Bender DS, Skodol AE. *Borderline personality as a self-other representational disturbance. Journal of Personality Disorders.* 21(5), 500-517. 2007

Bender, DS, *The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. J Psychiatr Pract.,* vol. 11, no. 2, pp. 73-87. 2005

Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, & Duggan C. *Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD005653, 2006a.

Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006b). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane.Database.Syst.Rev.,* CD005652.

Clarkin, J. 2006, "Conceptualization and treatment of personality disorders", *Psychotherapy Research*, vol. 16, no. 1, pp. 1-11.

González-Torres MA, Abeijón JA, Bustamante S, Elizagárate E, Larrínaga M, Lasa A, Muñoz P, Querejeta I, Rodríguez I, Salazar MA., González de Artaza M. *Abordajes de los trastornos de la personalidad en la red de Salud Mental del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoira-Gasteiz.*

Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. *Informe nº: Osteba D-08-01.*

González-Torres MA, Fernández Rivas A. *Trastornos de Personalidad: Abordajes psicoterapéuticos.*

*En Tratado de Psiquiatría. 2ª Edición. Vallejo J y Leal C Editores. En prensa.*

Guidano V. *Complexity of the Self. Guilford. New York.* 1987

Kohlenberg, B. & Tsai, P., *Functional Analytic Therapy. Plenum Press. New York.* 1991

Lana Moliner, F, Gonzalez Torres, MA, and Mirapeix, C. "Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad."

<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26268/?++interactivo>. 2006.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, & Heard HL. *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch.Gen.Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.

Linehan M. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós Ibérica* 2003.



Livesley, W. J. 2005, "Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder 21", *J Personal.Disord.*, vol. 19, no. 2, pp. 131-155.

Mirapeix, C, et al. "Tratamiento multicomponente, de orientación cognitivo analítica del TLP.". <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26289/?++interactivo>. 2006

National Institute of Clinical Excellence (NICE). National Collaborating Centre for Mental Health. *Borderline Personality Disorder: treatment and management. Full Guide. NICE Clinical Guideline 78. Pp-1-495.* 2009

Soler, J., et al. "Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 162.6: 1221-24. (2005)

Soler, J., et al. "Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial." *Behav.Res.Ther.* 47.5: 353-58. (2009)

Stone, M. H. *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice.* New York: Guilford Press. (1990).

