

2005

# Tratamiento multicomponente, de orientación cognitivo analítica, del TLP.

Carlos Mirapeix, Maite Urizar -Aldaca, Susana Landin,  
Antonio Nieto.

Unidad de Trastornos de la Personalidad. FUNDIPP  
SANTANDER - MADRID

\*Dr. Carlos Mirapeix. Psiquiatra.

Director Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad



## INTRODUCCION

El título del artículo hace referencia a la complejidad del abordaje terapéutico del trastorno límite de la personalidad. Este, ha de ser programado y multicomponente, es decir, ha de ser estructurado y formado por un paquete terapéutico con diferentes niveles de abordaje y formatos terapéuticos que permitan tratar sinérgicamente un trastorno tan complejo como el TLP. Los modelos con evidencia empírica (1-5) utilizan todos ellos varios componentes terapéuticos (fármacos, psicoterapia individual, grupos, abordajes familiares) y esa es la alternativa que ha demostrado eficacia y que cuenta con aportaciones actuales muy eclécticas, pendientes de confirmación empírica, pero muy consistentes (6). El avance de los tratamientos del TLP se quedaría estancado si solo nos remitiésemos a la utilización de los tratamientos validados empíricamente. Un trastorno complejo requiere desarrollar nuevos abordajes, sustentados en desarrollos sólidos (7-12) que hayan sido aplicados a los trastornos borderline (13-16), con resultados favorables y todos ellos publicados en revistas de prestigio. Actualmente, además de nuestro grupo (Mirapeix y cols), está el grupo de la Universidad de Sheffield (Glenys Parry y cols) y el del Servicio de Tratamiento Psicológico Intensivo del NHS de Dorset (Clarke y cols), todos ellos con investigaciones en curso y que en un tiempo razonable aportaran datos sobre eficacia y eficiencia.

La realidad clínica nos muestra que los pacientes con Trastornos de Personalidad son un grupo de trastornos heterogéneos desde el punto del estrés sintomático y deterioro funcional. Un número bastante significativo de estos pacientes necesitan un tratamiento más intensivo del que les es ofrecido en los tratamientos ambulatorios clásicos (17).

Las características propias de los trastornos de personalidad (estables, resistentes al cambio, y difíciles de tratar), implica que se requieran tratamientos muy potentes para conseguir una mejoría. Ninguna intervención simple es capaz de satisfacer las diversas y múltiples necesidades de estos pacientes con este tipo de trastornos(18).

El modelo terapéutico que presentamos en este artículo es el aplicado en la Unidad de Trastornos de la Personalidad de Cantabria, cuya organización y algunos datos preliminares hemos tenido ocasión de presentar en otros lugares (19). Es un dispositivo de tratamiento ambulatorio intensivo, que aporta al paciente una dosis de terapia de entre 4 y 7 horas a la semana, similar a los modelos de tratamiento intensivo descritos por Gunderson (20). Los programas de tratamiento ambulatorio intensivo van a proponer continuar con el funcionamiento del paciente en la comunidad ofreciéndole un nivel de tratamiento más intensivo y con un apoyo más estructurado que el que previamente había tenido como en los programas de tratamiento ambulatorio estándar (21).

## MOTIVOS PARA LA ATENCION A TP's

La alta prevalencia de los trastornos de la personalidad en la comunidad (22-25), en atención primaria (26), en los centros de salud mental (27) y la alta prevalencia y comorbilidad en pacientes hospitalizados señalada en un estudio andaluz reciente (28), hacen que deban de ser considerados un problema sanitario importante a resolver, para el que de momento no hay una respuesta adecuada. En este número monográfico el Prof Medina aborda esta temática de la epidemiología de los trastornos de la personalidad con profundidad.



Las conductas de riesgo en los pacientes con trastornos de personalidad y específicamente en el trastorno límite, hace que el interés por un adecuado tratamiento sea prioritario. El elevado coste directo e indirecto (29-31), y los riesgos específicos derivados de la psicopatología del TLP hacen que este trastorno deba considerarse una prioridad en la planificación sanitaria.

El suicidio y las conductas auto lesivas han sido claramente establecida por la revisión meta-analítica, en el que el índice de mortalidad está altamente vinculado a la presencia de trastornos de personalidad (32). Por otro lado, la asociación entre trastornos de personalidad y conductas auto lesivas están claramente vinculadas como criterio diagnóstico del trastorno borderline y a su mantenimiento a lo largo del tiempo (33). Los trastornos de personalidad por otro lado están vinculados a comportamientos impulsivos y peligrosos por los que la mortalidad y los accidentes en este tipo de pacientes son más elevados que en la población normal; los datos derivados de algunos estudios hablan de que la ratio de mortalidad por causas no naturales de fallecimiento es 4.3 veces superior a la población normal en el caso de trastorno psicopático de la personalidad (34).

Por otro lado, la asociación entre la presencia de trastornos de la personalidad y el sufrimiento co-mórbido de otros trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida, es conocida en la literatura internacional. La influencia en el tratamiento de otros trastornos de eje I es muy relevante (35) y especialmente el consumo y dependencia de sustancias y alcohol (36).

Los Trastornos de la Personalidad están infratratados, son los nuevos habitantes de la puerta giratoria, los costes tanto directos como indirectos de la atención de este tipo de patología son muy elevados y necesitan para ser atendidos de programas terapéuticos muy complejos, con una dotación de personal y un equipo terapéutico que ha de tener un entrenamiento muy específico para el tratamiento de esta patología (37).

### LA ESTRUCTURA COMPLEJA DEL TLP: SUBTIPOS EN LA CLASIFICACION DE LOS TLP.

No hay pacientes borderline puros, hay diferentes subtipos de borderline con diferentes configuraciones sindrómicas y una de las tareas fundamentales que tenemos por delante consiste en establecer cuáles son los clusters sintomáticos que agrupan a pacientes con perfiles fenomenológicos, que permitan realizar una selección terapéutica diferencial adecuada, desarrollando programas terapéuticos específicos en función del perfil sintomático que se haya detectado (3).

Las posibilidades de clusterizar el TLP, tiene consecuencias no solo para la psicoterapia, sino también y fundamentalmente para el desarrollo de algoritmos terapéuticos psicofarmacológicos. Recientemente se describían 3 subtipos de pacientes Borderline: la disregulación afectiva, el cognitivo-perceptual y descontrol de impulsos, esto junto con las variables demográficas se usara para predecir el uso de cinco clases de medicación. (38).

La complejidad de todo paciente con trastorno borderline, permite afirmar que son un grupo heterogéneo de pacientes, de tal forma que tras haber realizado un análisis de qué factores son los que subyacen a los criterios sintomáticos, encuentra tres criterios que están detrás de los criterios diagnósticos del trastorno límite, un factor afectivo, un factor de identidad y un factor vinculado al control de los impulsos (39).



En un trabajo más reciente el autor y sus colaboradores realizan un análisis de los prototipos de pacientes borderline y de las diferentes comorbilidades que presentan, estableciendo tres prototipos diferentes: uno correspondiente a una comorbilidad y a un perfil compatible con el cluster A, al que llama TLP con una personalidad paranoide; otro que corresponde al cluster B, que llama TLP con personalidad narcisista y otro correspondiente al cluster C que denomina TLP con personalidad evitativa. A juicio del autor estos diferentes subgrupos del TLP que han identificado en su estudio tiene implicaciones pronósticas de gran valor en psicoterapia(40).

A nuestro juicio sorprende realmente este análisis de prototipos combinados que realiza Clarkin, pues se corresponde solo parcialmente con la realidad clínica y la experiencia acumulada de nuestro grupo a lo largo de los años. A nuestro juicio deja fuera el autor prototipos de combinaciones altamente prevalentes en una unidad de tratamiento especializado en TP como es la nuestra. El trastorno borderline con un perfil esquizoide, el trastorno borderline con un perfil histérico y especialmente el border-path (41), que es un perfil prototípico bastante frecuente pero que más que consultar en los centros de salud mental, donde está es en la cárcel y es el prototipo de borderline con perfil psicopático.

Los avances en la neurobiología, pruebas de laboratorio, pruebas psicométricas y técnicas de entrevista, nos van a permitir evaluar con mayor profundidad la organización de la personalidad y la identificación de subgrupos de pacientes para los que se pueda aplicar tratamientos más específicos. Tenemos que conseguir focalizar en qué funciones del ser humano se deben modificar y esto nos va a permitir avanzar en la comprensión de cuales son los mecanismos de cambio en psicoterapia, lo cual a su vez nos dará datos acerca de las características esenciales y fundamentales de cada una de las intervenciones psicoterapéuticas (40).

En función de la experiencia acumulada y sin pretender realizar aquí un replanteamiento nosológico de los pacientes borderline, sí que en términos generales quiero plantear que nuestra experiencia clínica, nos sugiere varios subtipos de pacientes borderline que pueden resultar perfectamente clasificables en función metodologías de análisis y evaluación y que tienen consecuencias decisivas en la planificación estratégica, en la selección terapéutica diferencial y en la prescripción técnica del tratamiento de estos pacientes.

Otro artículo en este número monográfico (Lana y cols) profundiza en estos temas organizativos y aquí solo quiero mencionar algunos aspectos relevantes. Fundamentalmente relativos a reflexiones ante la seriedad del problema, lo infradiagnosticado del mismo, la urgencia de mejorar la detección de casos y el desarrollo de modelos regionales de tratamiento multinivel de estos trastornos complejos de alto coste, directo e indirecto.

Un trastorno mental en el que la incidencia de suicidios consumados es del 10%, es un trastorno grave que debe ser considerado una prioridad sanitaria (42). Por otro lado (y sin entrar en datos epidemiológicos, que ya se hace en otro artículo en este número) la elevada prevalencia en la comunidad de los TP's, su cada día mayor presencia en AP, la necesidad de mejorar la detección en los CSM's donde datos propios nuestros y de otros autores, hablan de un 50% de pacientes con un posible diagnóstico de TP y un 15% de TLP's entre los pacientes atendidos en un CSM. Todo ello nos da datos relativos a un problema que enmascarado tras la apariencia de trastornos de eje I, está presente una problemática específica de eje II, infra-diagnosticada, que está interfiriendo en el adecuado tratamiento de los trastornos de eje I, empeorando su pronóstico por un inadecuado abordaje y lo mas grave, está dejando sin un



tratamiento especializado, hoy en día disponible, a una amplia población de usuarios de los servicios sanitarios a quienes no se les está prestando la atención requerida.

## LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS. LA EXPERIENCIA CANTABRA: LA UTP

### **Motivos para su puesta en funcionamiento:**

En nuestra Región (Comunidad Autónoma de Cantabria) entre 1998 y 2001, se desarrolló un plan de salud mental con intervenciones altamente efectivas y que fue evaluado por una comisión de expertos que publicó los resultados de dicha evaluación en octubre de 2002, en un documento editado por la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Los principales logros del plan (p.52) fueron la creación de nuevos dispositivos comunitarios, con una priorización de las políticas de concertación desarrolladas dentro del plan de Salud Mental mencionado. Estos dispositivos intermedios, facilitaron en gran medida la atención ambulatoria de los pacientes con trastornos psicóticos graves, poniéndose en funcionamiento en nuestra Región, Centros de Rehabilitación Psicosocial en distintas poblaciones que permitieron, por un lado, desinstitucionalizar a pacientes crónicos que estaban hospitalizados y, por otro lado, prestar una atención ambulatoria que no sobrecargase las consultas de los Centros de Salud Mental, proveyendo a los pacientes con esquizofrenia de las atenciones especializadas específicas de los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

Esta mejora de la calidad asistencial en Salud Mental, en términos generales y particularmente de los pacientes psicóticos, puso en evidencia una carencia que fue detectada por el comité de expertos que evaluó la eficacia y las debilidades del Plan de Salud Mental aplicado. Entre las deficiencias más importantes y por tanto entre las sugerencias que el comité de expertos dio para el desarrollo del nuevo Plan de Salud Mental en Cantabria (p.53), se contempló la necesidad de crear programas específicos para determinados problemas, solicitando el comité de expertos la creación, entre otras, de unidades especializadas para el tratamiento de Trastornos de la Personalidad.

Esta breve introducción nos hace comprender el motivo por el cual en la Comunidad Autónoma de Cantabria se toma la decisión de la apertura de una Unidad especializada en tratamiento ambulatorio intensivo de Trastornos Graves de Personalidad. En la cual, como veremos más adelante, en torno al 70% de los pacientes presenta un Trastorno Límite de la Personalidad con diferentes configuraciones sintomáticas.

### **La situación a nivel internacional:**

Además de la recomendaciones realizadas por el Comité de Expertos mencionado, es sabido el elevadísimo coste social, a distintos niveles, que producen los Trastornos de Personalidad y derivado de esto la necesidad imperiosa de establecer programas terapéuticos efectivos para tratar este tipo de trastornos como recoge la Guía del NHS (Personality Disorders, no longer a diagnostic of exclusion. 2003).

Recientemente, en el Journal of Personality Disorders (Feb 2004) se dedica un número especial a los progresos más actuales en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Entre ellos, se recogen las aportaciones de la terapia cognitivo analítica (16); del tratamiento basado en la mentalización (43); la TFP (3); así como el estado actual y los desarrollos y direcciones futuras de la DBT (44)); junto a ello se habla en este número monográfico de las tendencias actuales en la farmacoterapia de los Trastornos de Personalidad (45), así como un tratamiento

manualizado de los pacientes con trastornos de personalidad y conductas de auto mutilación (46). En la aportación de Tony Ryle, sobre la contribución de la terapia cognitivo analítica en el tratamiento de los trastornos de personalidad, en el texto del artículo, en la página 26, se menciona específicamente el proyecto de la Unidad de Trastornos de Personalidad desarrollado en Cantabria y que presentamos en este trabajo.

Las unidades especializadas para el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad, deben de liderar los programas terapéuticos para pacientes con este diagnóstico en la comunidad. Estos servicios especializados para el tratamiento de trastornos de personalidad implican un papel muy importante en la relación con otros dispositivos asistenciales, para coordinar la intervención en crisis y planificar el apoyo social a este tipo de pacientes; sobre esta última temática de la visión y la implicación social y rehabilitadora en el tratamiento de estos pacientes también reflexionaré al final del presente trabajo.

## **Recomendaciones básicas** para la organización de estas unidades:

Por lo tanto, y siguiendo las descripciones realizadas por la Guía del NHS 2003, los tratamientos psicológicos han demostrado su efectividad en el tratamiento de los trastornos de la personalidad y estos tienen una serie de características que es importante recalcar y que son las siguientes:

- a) Deben de estar bien estructurados.
- b) Deben dedicar un esfuerzo considerable al cumplimiento del tratamiento y a la adhesión terapéutica.
- c) Han de tener focos claros, en los cuáles pueden estar problemas conductuales como las autolesiones o problemas relativos a las relaciones interpersonales.
- d) Deben de tener un modelo teórico coherente y que sea claramente compartido por el paciente y el terapeuta.
- e) En términos generales, son tratamientos de media, y larga duración.
- f) Hay que hacer un hincapié especial en el establecimiento de relaciones de apego y de una alianza terapéutica sólida entre el terapeuta y paciente, estimulando en términos generales al terapeuta a mantener unas actitudes más activas que pasivas.
- g) Este tipo de tratamiento deben de estar bien integrados con otros dispositivos y servicios disponibles para el paciente.

Creemos haber dado cumplimiento a la mayoría de las recomendaciones anteriores y presentamos a continuación la Unidad de Trastornos de la Personalidad de Cantabria (UTP)

## **Descripción de la UTP:**

La Unidad de Trastornos la Personalidad es un recurso sanitario gestionado por la "Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad", con financiaciones múltiples que atiende a pacientes de diferentes procedencias, tanto privada como concertada.



Las instalaciones son utilizadas en horario de tarde de 16:00 a 21:00 por distintos motivos organizativos y derivados de la concertación específica. Sin duda, esto dificulta el tratamiento de algunos pacientes que pudieran beneficiarse de ser atendidos en horario de mañana pero, por otro lado, facilita el tratamiento de aquellos pacientes que puedan estar siguiendo algún programa formativo, entrenamiento prelaboral o algún tipo de trabajo.

Hay también otros grupos que hablan de tratamientos específicos para trastornos de personalidad en horario de tarde de tal forma que perturben lo menos posible la ya precaria adaptación de estos pacientes que alguno de ellos los mantienen conservados su adaptación escolar y/o laboral (17).

## Aspectos organizativos:

Hay cuestiones organizativas relevantes que queremos comentar: el diseño de la unidad, en términos de dedicación de personal, desde el inicio se programó de tal forma que ningún profesional que trabaje en la Unidad lo haga a tiempo completo. Todos los profesionales, independientemente de su categoría, tienen contratos a tiempo parcial, como forma de prevenir el burnout desde el inicio y trabajan en otros programas de menor intensidad dependientes de nuestra Fundación. Por otro lado, la modalidad de gestión privada por parte de la Fundación, permite una agilidad y flexibilidad en la Gestión. La libertad y responsabilidad de la selección y contratación del personal, tiene una enorme ventaja, en la medida que sólo son contratados para este programa tan especializado terapeutas con formaciones específicas en psicoterapia, preferentemente cognitivo analítica, lo que permite dar la coherencia teórica de la que hablamos, aunque también se contratan terapeutas con otras formaciones que aportan conocimientos específicos al programa.

## Algunos datos clínicos y sociodemográficos:

Presentamos datos relativos al primer año de funcionamiento, y estamos pendientes de procesar la ingente cantidad de información estructurada de la que disponemos, todo ello será presentado en su momento.

El número total de pacientes a 31 de Abril de 2004 es de 94, de los cuales están en tratamiento activo a 72 pacientes, bien en el proceso de evaluación o ya incorporados al programa multicomponente de tratamiento.

	Total	%
Nº Total de pacientes	94	100
Pacientes activos	72	76.5

Se refleja con esto una tasa de retención del 76.5 %, esta cifra habla de la calidad asistencial, de la contención emocional y de la más que aceptable adhesión al tratamiento conseguida en nuestra Unidad.

Presentamos algunos datos sociodemográficos respecto a los 56 pacientes activos que siguen actualmente tratamiento en la Unidad. En términos generales, la descripción del perfil sociodemográfico de los pacientes coincide en gran medida con aquellos otros datos presentados en trabajos internacionales por autores relevantes (1;3;47).





Pacientes	%
<b>Edad Media</b>	30
<b>Genero</b>	
Mujeres	65 %
Varones	35 %
<b>Estado civil</b>	
Soltero	63 %
Casados	29 %
Separado/divorciado	9 %
<b>Residencia</b>	
Residente en Santander	67 %
Residente en Torrelavega	4 %
Otras residencias	29 %

Sobre el total de pacientes a un año, se recogen una serie de variables clínicas relevantes en la siguiente tabla:

<i>Grupo Diagnósticos fundamentales</i>		%
	Trastorno Límite	61
	Trastorno Mixto (con diferentes configuraciones)	39
<b>Antecedentes de conductas suicidas o parasuicidas</b>		%
	Si	56
	No	44
<i>Antecedentes de Abusos Sexuales</i>		%
	Si	27
	No	73
<i>Antecedentes de Consumo de recursos</i>		%
	Si	56
	No	44
<i>Maltratos físicos</i>		%
	Si	36
	No	62

Como se puede apreciar en la tabla, el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad alcanza un 61 % de los pacientes activos, pudiendo entonces considerar que esta Unidad no es solo para trastornos severos de la personalidad sino también y fundamentalmente para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

El perfil de pacientes que tratamos en la UTP es: mujer soltera, residente en el área de Santander, con un diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, que tienen antecedentes de conducta suicidas, han sido o bien abusadas sexualmente o maltratadas en su infancia y con una frecuencia del 65% ha estado consumiendo recursos sanitarios a lo largo del último año antes de ingresar en nuestro programa.

Este grado de especificidad relativo al Trastorno Límite de la Personalidad, hace que muchos de los documentos y recomendaciones que obran disponibles al público en la página





Web de la Unidad ([www.utp-cantabria.org](http://www.utp-cantabria.org)) se refieran principalmente a la complejidad de este trastorno.

## Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión fueron negociados con los representantes más significativos de la red Asistencial Pública de la Región, e inspirados en los programas similares desarrollados a nivel Internacional. Pasamos a recoger a continuación los criterios de inclusión y exclusión aplicados en nuestra Unidad.

### *Criterios de inclusión:*

- Pacientes con perfiles de edad entre los 17 y 45 años.
- La presencia de trastorno de la personalidad como diagnóstico principal. Preferentemente del Cluster B y específicamente pacientes con trastorno límite de la personalidad.
- Como índice de severidad se tomara de referencia la escala de evaluación de la actividad global (EEAG. DSM-IV) en la que los pacientes obtengan puntuaciones entre 41 y 60.

### *Criterios de exclusión:*

- Todos aquellos criterios que lo son de ingreso corto, medio o largo, a su vez son criterios de exclusión para un programa ambulatorio intensivo como el que se realiza en este dispositivo asistencial (Guía APA de tratamiento de TLP).
- Pacientes con patología psicótica activa.
- Patología orgánica y/o tóxica
- Bajo nivel intelectual.
- Consumo activo de drogas sin que acepte someterse a tratamiento en un centro especializado
- Rasgos psicopáticos de personalidad sin motivación para el tratamiento.

Conductas auto o heteroagresivas que requieran ingreso Hospitalario previo para su estabilización.

## **Análisis de la remisión de pacientes**

Nuestra Unidad está situada en la encrucijada de los Centros de Salud Mental, Unidades de Agudos y Hospitales de media y larga estancia y Hospitales de día. Es una Unidad que presta una atención especializada a pacientes que vienen de diferentes fuentes de remisión.

El apoyo recibido por los Centros de Salud Mental y Hospitales en los que la Unidad ha sido presentada hace que a 31 de Marzo de 2004 se supere sobradamente el número de pacientes estimados en el año 2003 como se presentó en la memoria inicial y que sirvió para la aprobación de esta Unidad, tal y como se presenta en la tabla siguiente:

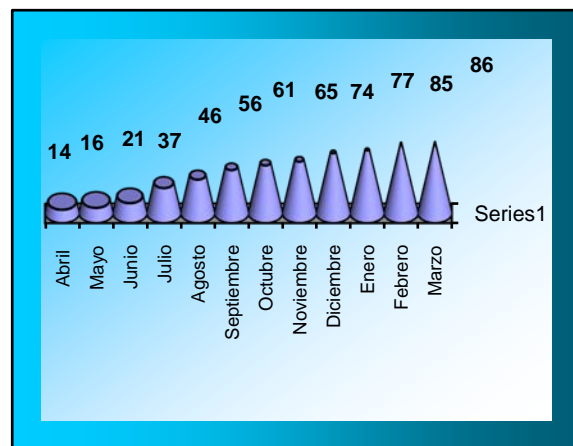
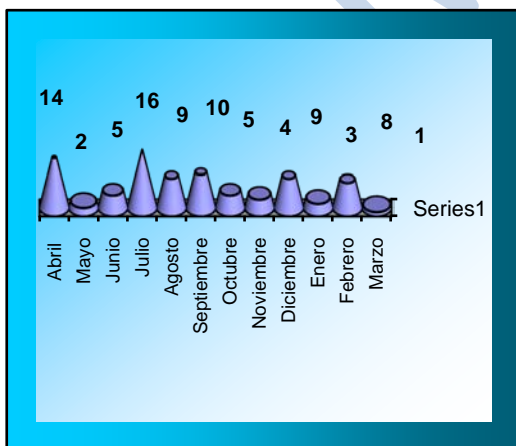


	Nº pacientes previstos	
1º Trimestre	16	21
2º Trimestre	24	56
3º Trimestre	32	74
4º Trimestre	48	86

Describimos a continuación, en la siguiente tabla, la evolución relativa al incremento mensual de pacientes:

	Entrada de pacientes en mes	
Abril	14	
Mayo	2	16
Junio	5	21
Julio	16	37
Agosto	9	46
Septiembre	10	56
Octubre	5	61
Noviembre	4	65
Diciembre	9	74
Enero	3	77
Febrero	8	85
Marzo	1	86

Adjuntamos dos gráficos que permiten ver el incremento mensual y el acumulativo a lo largo de un año. Téngase en cuenta, que la unidad presta servicio al área de Santander preferentemente, de donde proceden casi el 70% de los pacientes y se corresponde a una población estimada de 250.000 personas.



Como queda reflejado en la gráfica que recoge los 12 meses de asistencia, hay un incremento en los primeros meses hasta Julio, observándose un decremento en los meses posteriores.

Con los datos que tenemos, podríamos establecer una media que nos permite hablar de un número de remisiones en torno a 6,5 pacientes nuevos mes, lo que haría pensar en una remisión en torno a 75 pacientes nuevos año. En caso de que mantengamos esta tasa de remisión de pacientes en los próximos meses (sin hacer ninguna campaña de presentación de la Unidad en los centros especializados) cabría esperar (manteniendo unas tasas de retención del 74% y el número de pacientes descritos) que tuviésemos un número de pacientes en torno a 127 para cuando la unidad lleve 18 meses funcionando y 150 a los 2 años, como así fue.

A continuación se detalla en esta tabla los centros remitores de los pacientes que han acudido a la Unidad.

CENTROS DE SALUD MENTAL	62
HOSPITALES	18
OTROS	6
<b>Total</b>	<b>86</b>

LOS ABORDAJES TERAPEUTICOS COMPLEJOS.  
EL MODELO MULTICOMPONENTE DE ORIENTACIÓN COGNITIVO  
ANALITICA DE LA UTP.

**Macroestructura**

Con respecto a la estrategia general de abordaje de los trastornos de la personalidad en una Unidad de tratamiento ambulatorio intensivo, hay que plantear una clara discriminación en lo referente a las metas a corto, medio y largo plazo que están vinculadas a la severidad clínica y al proceso terapéutico, de tal forma que al inicio el establecimiento de la alianza, el favorecimiento de la vinculación del paciente al programa terapéutico, y la motivación del paciente para un tratamiento psicoterapéutico de media/larga estancia son fundamentales. En un segundo lugar metas relacionadas con una reducción sintomática, reducción del acting out y desarrollo de planes de rehabilitación laboral de entrenamiento prelaboral y/o educación son los que deben de cumplirse. Mientras las metas a largo plazo que van a poder potenciarse en el grupo ambulatorio de psicoterapia son la rehabilitación y la maduración psicológica a través de la traslaboración del paciente, de sus conflictos intrapsíquicos e interpersonales (17).

En un estudio sobre 1244 pacientes tratados en la red de hospitales de día entre 1993 y 2000 realizaron la comparación entre programas de alta intensidad 16 horas por semana y programas de baja intensidad entre 5 y 10 horas por semana. En relación a la vinculación al programa, cambios significativos en el funcionamiento social, reducción sintomática, mejora de las relaciones interpersonales y calidad de vida, fueron las variables que se analizaron para evaluar la efectividad de los programas. Se encontró que los programas de baja intensidad funcionaban mejor y se llegó a la conclusión de que programas en torno a 10 horas por semana pueden ser de la suficiente intensidad como para obtener las metas que se han marcado (48). La UTP tiene una dosificación terapéutica entre 4 y 7 horas/semana.

Por otro lado, las guías desarrolladas recientemente por Livesley (6) actúan como marco de referencia, no sólo en nuestra unidad si no que creo que el modelo ecléctico e integrador desarrollado por el autor mencionado servirá de marco de referencia estratégico para cualquier



profesional, unidad o dispositivo que trate trastornos de personalidad. Estas fases que guían la planificación estratégica del tratamiento de los trastornos de la personalidad son:

**Seguridad:** intervenciones que garantizan la seguridad del paciente y de los otros.

**Contención:** intervenciones que primariamente están basadas en estrategias terapéuticas generales para contener la inestabilidad conductual y afectiva, con el suplemento de la medicación cuando es necesario.

**Control y regulación:** intervenciones farmacológicas, conductuales y cognitivas para reducir los síntomas y mejorar la regulación del self (self-regulation) de impulsos y afectos.

**Exploración y cambio:** intervenciones cognitivas, interpersonales y psicodinámicas para cambiar los factores cognitivos afectivos y situacionales que contribuyen a los problemas conductuales.

**Integración y síntesis:** intervenciones diseñadas para abordar la patología nuclear y crear un nuevo sentido del self y un sistema más integrado y adaptativo de los sistemas interpersonales y del self.

## La necesidad de un marco teórico de referencia

La necesidad de una coherencia teórica en el equipo, en el diseño del programa e implementación del mismo es absolutamente fundamental para garantizar la homogeneidad mínima en el abordaje. No es fácil de conseguir, pero todos los estudios empíricos validados del TLP, son modelos terapéuticos con definiciones muy claras de su marco teórico de referencia.

Los modelos teóricos más frecuentes para el tratamiento de los Trastornos Límite de la Personalidad vienen recogidos en la siguiente tabla.

<i>Disfunción</i>	<i>Autor</i>
<b><i>Desintegración de roles recíprocos</i></b>	Ryle 2004
<b><i>Agresividad innata y defensas primitivas</i></b>	Kernberg 1997
<b><i>Disfunciones metacognitivas</i></b>	Semerari 2002
<b><i>Déficit de regulación emocional</i></b>	Lineham 1993
<b><i>Deterioro en la diferenciación y mentalización</i></b>	Fonagy y Bateman 2004
<b><i>Apego desorganizado</i></b>	Liotti 2002

Los diferentes modelos mencionados en la tabla anterior, son aplicados en diferentes programas terapéuticos recogidos y reconocidos a nivel internacional. Hay algo que a pesar de que el modelo que utilizamos en nuestra unidad sea un modelo integrador, resulta fundamental y que ha sido recogido por las recomendaciones de la Guía para la implantación de servicios especializados de trastornos de personalidad del NHS (2003). Uno de los elementos fundamentales de la recomendación es la coherencia del marco teórico, es por esto que en nuestra Unidad, el marco teórico general es un modelo integrador con un programa de tratamiento multicomponente de orientación cognitivo analítica, que sirve de matriz conceptual para comprender todos los subprogramas terapéuticos de forma individualizada y la interacción y sinergia o riesgos de colisión entre los mismos.



El modelo Cognitivo Analítico de Psicoterapia, ha sido mencionado anteriormente y se pueden encontrar publicaciones específicas sobre él (13;49-51), remitimos al lector a estas publicaciones para un estudio más detallado.

La psicoterapia cognitivo analítica es una terapia que inicialmente fue diseñada para ser realizada en 16 sesiones, por lo tanto en sus inicios fue una terapia breve, focal, centrada en esquemas, en la detección, descripción y modificación de distorsiones cognitivas. Aplicada a los trastornos de personalidad la duración se ha extendido y focaliza en la identificación de los diferentes estados mentales, los roles recíprocos internalizados, en su representación diagramática, así como al señalamiento, descripción y modificación de los patrones de relación interpersonal que se sustentan en esos roles recíprocos internalizados y que se actúan tanto en la transferencia, como en las relaciones interpersonales del paciente. La psicoterapia cognitivo analítica es una terapia auténticamente integradora que simultáneamente va dirigida al insight y a la acción. Podemos decir que esta visión integradora y dialéctica es la que los dos polos antitéticos de la dialéctica Hegeliana son sintetizados en un modelo integrador en los diferentes niveles de ejecución de la terapia, como describimos a continuación.

En la evaluación, la utilización de cuestionarios estructurados junto con la utilización de las reacciones emocionales del terapeuta, sintetizan la estructuración y objetivización en el proceso evaluador, junto con la comprensión empática y emocional de dicho proceso. Un elemento fundamental de la terapia cognitivo analítica como es la reformulación del caso, sirve de guía para la selección terapéutica diferencial, a nivel estratégico y la prescripción técnica a nivel práctico; ésta, la reformulación, es a su vez una descripción racional con un alto contenido afectivo, que actúa como primera piedra sobre la que sustentar el edificio del cambio en psicoterapia. La selección de objetivos en psicoterapia cognitivo analítica, va tanto dirigida a las conductas observables como a la modificación de los procesos internos de regulación cognitivo emocional y su repercusión en las relaciones interpersonales y en el automanejo del self. La actitud del terapeuta, varía desde una directividad pedagógica a una pasividad evocadora y provocadora de reacciones emocionales en el paciente. Los niveles de intervención, oscilan desde la focalización en los síntomas hasta las intervenciones dirigidas a la verbalización, actuación y resolución de los conflictos; tanto en actividades que se realizan intrasesión a través de intervenciones transferenciales, role playings o utilización de tecnología propia como las representaciones secuenciales diagramáticas, así como a la utilización de técnicas directivas a modo de tareas para casa, especialmente focalizadas en tareas de índole interpersonal que se realizan en los periodos entre sesiones. Por lo tanto, los niveles de intervención son tanto racionales, focales y sobre conductas observables, como sobre niveles emocionales, simbólicos y de modificación de la cualidad de las relaciones interpersonales. Una técnica utilizada en psicoterapia cognitivo analítica, como es la carta de despedida, claramente tiene un componente relacional en la descripción de los logros conseguidos en la terapia, así como una descripción de aquellos aspectos que aún quedan por trabajar, pero se pretende que dicha carta de despedida tenga un alto contenido afectivo y que ambos elementos, tanto racional como el emocional, puedan ser utilizados como instrumentos para el seguimiento del paciente.

Como vemos la síntesis dialéctica entre elementos racionales y emocionales es una constante en la psicoterapia cognitivo analítica a lo largo de cada uno de los subprocesos de la terapia.

El modelo de los múltiples estados del self:



La esencia del modelo cognitivo analítico aplicado a los TP's, es la comprensión del Trastorno Límite de la Personalidad desde lo que denominamos el Modelo de los Múltiples Estados del Self, y que paso a recoger brevemente a continuación, como guía del modelo teórico conceptual que inspira el programa. La comprensión del trastorno límite de la personalidad desde este marco conceptual, ayudará a dar un referente las estrategias y técnicas terapéuticas utilizadas en el programa terapéutico que posteriormente presentaremos.

La conceptualización teórica de los múltiples estados del self, evolucionó en respuesta a las dificultades prácticas encontradas en la comprensión y reformulación del tratamiento de los pacientes con trastornos de personalidad severos. A medida que fue haciéndose patente la utilidad de representar los diferentes roles recíprocos y sus patrones de rol relacional en estados del self separados, se hizo cada vez más necesario desarrollar una conceptualización teórica que describiese la evolución de la estructura que se estaba utilizando.

Desde el punto de vista clínico aquellos pacientes que se presentan de manera muy diferente de una sesión a otra, por ejemplo marchándose de una de las sesiones de manera cercana y con un estado de ánimo aliviado, mientras que para la próxima con frecuencia vienen resentidos, suspicaces,... son indicadores que pueden estar manifestando la existencia de estados mentales diferenciados. De manera mucho más directa hay pacientes que generan confusión en el terapeuta por cambios en su estado mental que ocurren durante la sesión. En muchas ocasiones esto ocurre sin que exista una evidente provocación y en algunas otras debido a algo que se ha dicho por parte del terapeuta o relacionado con el tópico que se está discutiendo en ese momento en la sesión.

Los cambios de estado están acompañados de alteraciones en el tono de voz, en la postura y pueden venir acompañados de síntomas disociativos. En este sentido pueden ser similares a los fenómenos descritos en los trastornos de personalidad múltiple (52). Cuando se sospechan estados del self separados, los pacientes han de ser entrevistados preguntándoles sobre la posibilidad de reconocerlos y caracterizarlos; muchos pacientes no tienen dificultades en pensar acerca de si mismos en esta manera que se le sugiere pero puede resultar de ayuda dar al paciente instrucciones

Estos diferentes estados mentales, detectados no solo clínicamente, sino a través de metodologías de exploración específicas (PSQ-personality structure questionnaire y SDP- state description procedure, disponibles en [www.iepsi.org/documentos](http://www.iepsi.org/documentos)), permiten utilizar unos instrumentos para la detección y descripción de los estados mentales. La utilización de un diagrama secuencial para describir los estados del self separados, permite caracterizar cada uno de ellos por su patrón de rol recíproco dominante. Describir las transiciones entre los estados del self tiene la misma función que los diagramas secuenciales básicos en los pacientes menos perturbados, facilita a ambos (al terapeuta y al paciente) ha aprender a reconocer donde están ambos en términos del mapa. Adicionalmente capacita a su vez a ambos a mantenerse alerta y conscientes de los aspectos disociados que pudieran estar presentes en el momento actual. En este sentido, ayuda al paciente a ganar control sobre los cambios bruscos y dañinos y es una herramienta crucial en el trabajo dirigido a la integración de los self disociados.

Este modelo y forma de trabajo es muy práctico, como base para la autoobservación y el registro de los estados del self, colorear los estados del self y los bucles procedimentales generados desde ellos, puede ser útil en muchos casos. Los estados del self más que los procedimientos individuales, pasan a ser el foco de los autorregistros .



La terapia cognitivo analítica pretende movilizar las capacidades del paciente para su capacidad para la autorreflexión y el control, no difiriendo en este objetivo del modelo de mentalización (43). El reto principal con el que nos encontramos con los pacientes borderline es su tendencia a destruir aquello que necesitan, así como la utilización de su hostilidad para conseguir o defenderse en contra de la vulnerabilidad y la persistencia de su disociación.

Las metas terapéuticas solo se pueden conseguir combinando una relación correctiva (esto es, que no sea colusiva) junto con la dotación al paciente de herramientas conceptuales a través de las cuales incrementa su capacidad de autoobservación y comprensión. La co-construcción de sencillos diagramas secuenciales que permitan describir la estructura de los múltiples estados del self del paciente, que hagan tener sentido a sus experiencias disociativas y que permitan describir conexiones entre estos estados del self contradictorios es un primer paso en el proceso de integración terapéutica y desde el principio le da al paciente una herramienta de mucha ayuda para superar la sistemática disociación con la que funciona(13).

## DESCRIPCIÓN DE LOS SUB-PROGRAMAS:

### Introducción

Ningún tratamiento simple puede abarcar la complejidad de las diferentes necesidades terapéuticas con los pacientes con trastornos de la personalidad (53). La organización de un programa terapéutico para TP's y específicamente para TLP implica tomar en consideración la propia estructura compleja de los TP's, su psico-socio-génesis, el proceso social de transformación de un genotipo hasta la adquisición de una identidad psicológica subjetivamente denominada self y sustentada en un conglomerado individualizado de variables funcionales del individuo, que denominamos personalidad, este efectivamente no puede ser modificado con una intervención simple, que va en contra de la propia estructura compleja mencionada.

Por otro lado, la información derivada de los sistemas diagnóstico del DSM o CIE es insuficiente para guiarnos en la comprensión de los TP's, porque la disfunción de la personalidad del sujeto no es sinónimo con la lista de los criterios de cada uno de los trastornos. La utilización estándar que se está haciendo actualmente de los criterios DSM en la investigación de los TP evidencia con toda claridad su falta de capacidad para guiarnos a la hora de entender en que consiste en profundidad la patología del paciente y poder guiarnos en el diseño de intervenciones clínicas efectivas. Los tratamientos deben de ser diferenciados y multifacéticos, respecto a los subgrupos de pacientes con trastornos severos de personalidad (40).

Un programa de tratamiento debería estar basado en las siguientes consideraciones básicas: 1) La prueba científica de la efectividad de los elementos terapéuticos 2) una justificación teórica razonada 3) la prueba de la satisfacción del usuario, 4) la experiencia clínica, 5) la comprensión y la consistencia, y 6) La disponibilidad de recursos y habilidades terapéuticas. Como apunta unas líneas mas abajo el autor, el peso específico de cada uno de las consideraciones mencionadas es diferente según para que subprograma del tratamiento de día. Unos tendrán mas evidencia empírica y otros menos, pero los datos disponibles, la experiencia clínica, la evaluación de la satisfacción de pacientes y familiares y la evaluación realizada a los terapeutas, nos permitirá configurar un programa terapéutico de una composición razonada clínicamente y soportada empíricamente lo mas posible (18).





Presentaremos el programa multicomponente, algunos comentarios sobre su secuenciación y haremos mención de las modificaciones que hemos introducido a lo largo de todo este tiempo en el programa.

Fase de acogida: la primera toma de contacto con el paciente, en el que se evalúa la demanda, la derivación, la motivación y noción de "problema de personalidad" y se informa al paciente de las características de la Unidad y del procedimiento de atención.

Evaluación clínica y psicométrica: Evaluación clínica estándar y específica supeditada al programa de investigación.

Psicopedagogía individual y familiar: Psicoeducación sobre los trastornos de personalidad e información sobre las características del programa (normas, riesgos, disponibilidad del equipo, etc.).

Psicoterapia individual: de orientación cognitivo analítica y con una metodología específica de evaluación (CBA, CED, PSQ y SDP disponibles en [www.iepsi.org/documentos](http://www.iepsi.org/documentos)) y un protocolo estructurado de actuación, inmersa en un permanente proceso de reformulación y planificación terapéutica que se vincula con los demás subprogramas, énfasis de la figura del terapeuta individual como el "case manager".

Psicoterapia grupal específica:

Grupo relacional: de orientación cognitivo analítica, se basa en el reconocimiento -en el grupo y con el grupo- de los estados mentales y los esquemas de relación interpersonal de los pacientes y en la revisión y modificación de aquellos patrones disfuncionales.

Grupo operativo: de orientación dialéctica-conductual, adapta los módulos de tratamiento de Lineham para pacientes con trastornos graves de personalidad a las necesidades de nuestro programa.

Los efectos terapéuticos generales de todo grupo relacional de índole interpersonal tienen que ver con la mejora específica de la relaciones interpersonales, el autocontrol de los cambios de estado y la autoconciencia de su interferencia en las relaciones, la autorregulación emocional, la mejora de las habilidades metacognitivas y otros efectos que tienen que ver con cuestiones organizativas en la medida que estas tengan relación con contextos cercanos a un funcionamiento de comunidad terapéutica. De todas formas y como señala Karterud, el marco meta teórico desde el que se opere, condicionara los sutiles mecanismos curativos que uno atribuya a su programa terapéutico y al grupo en particular(48).

Grupos multifamiliares: aportan información, aclaran dudas y sirven de espacio para compartir problemas y ofrecer autoayuda, orientan en la adquisición de nuevas estrategias de resolución de conflictos familiares y movilizan procesos asociativos que favorezcan la ampliación de recursos asistenciales.

Psicoterapia familiar y de pareja si se precisa: aborda conflictos específicos que requieren de un espacio de privacidad, en fase de conceptualización y de desarrollo de nuestro modelo.

Tratamiento psicofármaco lógico: Se centra en la evaluación de la evolución clínica global y en la realización de ajustes de medicación según el caso, refuerza las sinergias, prioriza

la psicoterapia como tratamiento fundamental y minimiza las interferencias en el proceso terapéutico. En algunos grupos de trabajo el trato que ese le da al control farmacológico es bastante pobre y además no deja claro cual es el papel del psiquiatra (48;54), asunto este que Bateman especifica con mas claridad (43), hasta el punto que el papel del psiquiatra es clave como coordinador de una Unidad de estas características. Un asunto que debe de reflexionarse mas, a mi juicio, la complejidad de los TP's, hace absolutamente necesario, por las comorbilidades, por las interacciones y por la coherencia con la sinergia con otros tratamientos, que el papel del psiquiatra este mejor definido en este tipo de Unidades. A nuestro juicio y en nuestra experiencia, aunque el terapeuta individual es el case manager, el papel del psiquiatra es clave y absolutamente imprescindible que comparta la orientación psicoterapéutica de todo el equipo.

□ Socioterapia: programa de asistencia social según las necesidades sociales de los pacientes y de animación sociocultural a partir del estudio de las actividades de ocio mejor aceptadas por los pacientes.

## **ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE EL PROGRAMA:**

### *Cuestiones generales:*

Queremos transmitir en este trabajo nuestra experiencia a lo largo de los años que venimos trabajando en el área específica de los TP's. Actualmente la Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad (FUNDIPP) engloba y da cobertura a toda la experiencia acumulada a lo largo de estos años. Desde 1994 venimos trabajando con el modelo cognitivo analítico de psicoterapia y con una dedicación específica a los TP's desde 1996, hemos desarrollado una fase de pilotaje de la UTP de 2000 a 2002 y desde 2003 venimos desarrollando este modelo multicomponente en la Unidad de trastornos de la personalidad, con diferentes tipos de financiaciones, subvenciones y conciertos con el sistema público y privado.

El protocolo terapéutico que desarrollamos inicialmente en la fase de pilotaje tenía una estructuración más o menos rígida, que pretendía desde una perspectiva cognitivo analítica sintetizar e incorporar elementos técnicos derivados de otros modelos conceptuales que permitieran abordar diferentes aspectos específicos dentro del trastorno borderline. Nuestra experiencia terapéutica a lo largo de estos años nos ha llevado a flexibilizar nuestro enfoque y nos permitimos aportar los siguientes comentarios:

### *Aspectos nosológicos:*

En primer lugar, queremos comentar algunos aspectos específicos relativos al subtipo de paciente impulsivo. Hay un subtipo de pacientes borderline clasificado de la CIE- 10 como trastorno por pérdida de control de impulsos, que nos parece una entidad clínica específica dentro de la patología de trastorno por inestabilidad emocional o trastorno límite de la personalidad del DSM-IV-R. A nuestro juicio este subtipo de trastorno impulsivo de la personalidad, tiene unas connotaciones diagnósticas claramente diferenciales y que conllevan implicaciones estratégicas relativas a la selección terapéutica diferencial y específicamente a la prescripción de intervenciones técnicas de cara a tratar a estos pacientes. En los pacientes con TLP con una alta presencia de emociones negativas, se ha detectado un déficit en procesamiento ejecutivo del control atencional, estos descubrimientos pueden tener implicaciones para entender el TLP y su tratamiento(55). Los déficit neuropsicológicos cada vez



son mas evidentes en el TLP y hay un subgrupo de pacientes con déficit específicos (56) que requerirán abordajes adaptados a sus características. Este subgrupo consideramos que debe de ser abordado con un protocolo de tratamiento individual, de combinación de psicofármacos y de psicoterapia de orientación cognitivo conductual en una primera fase para controlar las conductas impulsivas, mejorar los déficit de procesamiento y controlar si están presentes las conductas heteroagresivas que pueden conllevar problemáticas interpersonales, sociales y legales. Actualmente, estamos poniendo a punto un programa terapéutico en grupo que permita abordar esta patología no solo con psicoterapias individuales sino también grupales.

A nuestro juicio la composición múltiple de los pacientes borderline es la que sin lugar a dudas obliga al desarrollo de tratamientos mucho más especializados que aborden los diferentes subgrupos y aquellas características psicológicas específicas que van a condicionar no solo el abordaje estratégico sino también técnico y van a gravitar directamente sobre el pronóstico del trastorno. Los pacientes con déficit específicos en la neurocognición ejecutiva que implica el control voluntario de la atención y conducta motora (56;57) condicionan no solo el pronóstico sino las estrategias terapéuticas a utilizar, de tal forma que recientemente se planteaba que intervenciones psicodinámicas o cualquier otra que sobrecargue la capacidad de procesamiento y las limitaciones metacognitivas del TLP, pueden resultar iatrogénicas (58). Si bien nuestro grupo como es sabido y ha quedado claro a través de este artículo, trabaja con una orientación psicoterapéutica inspirada en el modelo integrador cognitivo analítico, en este subgrupo de pacientes con déficit neuropsicológicos y con un diagnóstico de trastorno de control de los impulsos, iniciar el abordaje terapéutico con terapias dirigidas a la introspección está condenado al fracaso.

Por otro lado, hay un subtipo de pacientes borderline en los que la historia de abusos sexuales está muy relacionada con una clara estructura disociativa relativa y congruente con la teoría cognitivo analítica de los múltiples estados del self (13;59). Pollock describe a través de un diagrama de flujo en árbol las diferentes vías de evolución de los roles recíprocos internalizados y de los patrones de conducta interpersonal que pueden derivarse de experiencias traumáticas de abuso o maltrato. La alta prevalencia de los abusos y malos tratos en el TLP, conlleva una especificidad en el abordaje estratégico y que se solapa el PTSD reiterado y el proceso subsecuente de desestructuración de la personalidad que produce.

Recientemente se planteaba en una carta al director del Psychiatric Services un término que nos resultó especialmente significativo por hacer hincapié en una realidad clínica práctica que es el borderpath (41), es decir, pacientes con trastornos límite de la personalidad y con claros componentes psicopáticos que son pacientes con muy poca adhesión al tratamiento, drop out prematuros y que con protocolos específicos como los desarrollados en nuestra unidad son de difícil abordaje.

Otra aportación útil clínicamente es la clasificación que recientemente ha realizado Peter Tyrer (60) sobre pacientes tipo R y tipo S. Nos parece una clasificación tremendamente útil desde un punto de vista práctico e introduce una variable predictiva de adhesión al tratamiento, que además condiciona las estrategias de abordaje desde el inicio del mismo. Veremos a continuación por qué. A nuestro juicio los paciente tipo R, necesitan intervenciones motivacionales en las que junto con el trabajo de enfermería, trabajo social, psicopedagogía, entrevistas de psicoterapia motivacional y entrevistas de apoyo con ex-pacientes que han terminado con éxito el programa terapéutico, contribuyen a una toma de conciencia de su problemática de personalidad y a un proceso de movilización progresiva y lenta desde un



patrón tipo R a un patrón tipo S. En consonancia con los principios del modelo Transteorético de Prochaska (61), en el que tal y como él planteaba, aquellos pacientes en estadios de cambio precontemplativo deben de ser movidos a estadios contemplativos. El modelo de Prochaska que ha sido aplicado preferentemente a los trastornos adictivos, tiene ciertas similitudes con la síntesis que realiza Peter Tyrer, aplicándola específicamente a los trastornos de personalidad en general y a los trastornos límite en particular. Por lo tanto el trabajo motivacional, descrito ya por Prochaska en intervenciones secuenciales dirigidas al corrimiento del estadio de cambio en el que se encuentra el paciente, o la sugerencia que el propio Peter Tyrer realiza en su último artículo, acerca del reto que supone para los terapeutas que nos dedicamos al tratamiento de trastornos de personalidad, no sólo identificar el subtipo R o S sino que debemos identificar métodos de intervención, que permitan transitar a pacientes con un perfil R y colocarlos en una posición de pacientes con un perfil S que se tomen conciencia de su problemática de personalidad que incrementen su mentalización, la toma de conciencia de sus problemas, de sus conflictos interpersonales; todo ello como paso previo para incrementar su motivación para tratarse y la adherencia al tratamiento.

### *Algunos comentarios técnicos:*

Lo mencionado anteriormente, derivado de los últimos desarrollos de Tyrer y de nuestra experiencia con las dificultades específicas de adhesión de algunos pacientes, nos llevo a esta como primera modificación general, estructural y estratégica con respecto al trabajo que estamos desarrollando en nuestra unidad. A continuación, incluimos algunas matizaciones específicas con respecto a la secuenciación estratégica del diseño de los programas en función de los subtipos de los pacientes borderline según los cluster sintomáticos que presentan los pacientes.

Todos los pacientes que están en un estadio S y con baja motivación, noción de conflicto y capacidad para adherirse al tratamiento son incluidos en un protocolo psicopedagógico tanto individual como familiar y así mismo todos participan de un programa reducido de grupos de entrenamiento en meditación terapéutica (mindfulness), por entender desde nuestra experiencia, así como la compartida por otros muchos autores, que las habilidades adquiridas en los grupos de entrenamiento en mindfulness ayudan a controlar la inestabilidad emocional de los pacientes, a encontrar y resolver la problemática dicotómica que sistemáticamente está presente en estos pacientes, al desarrollo de esa mente sabia descrita por Marsha Leineham, y fundamentalmente al incremento de las habilidades de autoobservación, metacognitivas, o de mentalización en términos de Fonagy y Bateman.

Las ramas de tratamiento posteriores a este primer estadio terapéutico, psicopedagógico y de entrenamiento en meditación terapéutica, incluyen tres tipos diferentes de grupos y de abordajes.

El subtipo de "self-harmers", es tratado con los dos primeros grupos y asignación a psicoterapia individual, hasta que la contención de las conductas autolesivas permita incorporarles a otros protocolos grupales.

El grupo relacional de orientación cognitivo analítica es realizado por la mayor parte del resto de los pacientes con una duración estimada de unos seis meses, duración que suele superponerse a la de las psicoterapia individual, los grupos son abiertos pero la estancia de los pacientes en los mismos suele ser limitada en función al cumplimiento de los objetivos que el paciente va



consiguiendo a lo largo del tratamiento. La coherencia del modelo teórico cognitivo analítico, el modelo de Roles recíprocos, de estados mentales y de instrumentos de evaluación específicas desarrollados últimamente (concretamente el SDP). La utilización de diagramas que describen los estados del Self, los cambios de uno a otro, los patrones interpersonales disruptivos derivados de cada uno de los roles internalizados, son utilizados no sólo en las terapias individuales sino también en las terapias grupales relacionales.

Las asambleas de Unidad, con el equipo y los pacientes, son un grupo grande, que actúa como una ventana por la que se mira al programa terapéutico, una "biopsia del medio terapéutico" (48), en sí mismo este grupo facilita enormemente la autoobservación, especialmente si usamos las reformulaciones contextuales en el propio grupo como descripción de los procesos implícitos en la implementación global del programa. Además, el grupo grande, esa ventana a la globalidad del programa, la presencia de los otros, el gran grupo, actúan como contenedores de conductas disruptivas, permitiendo contener la impulsividad y del actino out (48). Es realmente raro que se produzcan comportamientos fuera de lugar en grupos grandes. Nuestra experiencia en las asambleas de Unidad, en reuniones generales con la asociación de familiares, es que jamás se produjo ninguna conducta disruptiva. Es mas, alguna amenaza tuvimos de ella y jamás se culminó. Efectivamente el peso del gran grupo permite que este se autocontrole ante posibles conductas amenazantes.

Por último, y una vez que los pacientes han terminado el grupo relacional alguno de ellos con un claro déficit en habilidades sociales, por la larga duración de su enfermedad, consideramos que deben de ser incluido en grupos de entrenamiento de habilidades sociales, dentro de protocolos específicos más de índoles rehabilitador dirigidos a la readaptación del paciente a su entorno social y laboral con grupos de entrenamiento en búsqueda de empleo, resolución de conflictos, manejo de estrés, etc. Grupos más de tipo operativo y cognitivo conductual aunque mantengamos el marco conceptual integrador cognitivo analítico que venimos defendiendo a lo largo de este trabajo. En los pacientes graves, de muchos años de evolución, que han perdido su capacidad de integración socio-laboral, la adopción de un enfoque rehabilitador, es absolutamente necesario y coherente con la realidad clínica. En algún foro defendimos que una de las diferencias de las concepciones terapéuticas americanas y europeas en el terreno de los TLP's graves, era la visión rehabilitadora, mas desarrollada en Europa por el sistema sanitario y de cobertura social que tiene, en comparación con el americano.

La introducción de un teléfono de intervención en crisis, rotatorio entre los terapeutas del equipo, fue una consecuencia, no sólo de técnicas descritas como útiles en el modelo dialéctico conductual, sino de una realidad clínica, derivada del gran número de casos y de la necesidad de contención de las demandas y situaciones de crisis que eran tan frecuentes. Este subprograma se ha demostrado clínicamente muy efectivo y es utilizado bajo un protocolo aceptado por pacientes y familias, siendo nuestra experiencia tremendamente positiva y en absoluto hemos sufrido un abuso del mismo.

Los pacientes con buena evolución, pasan al grupo de seguimiento que actúa como los grupos ambulatorios descritos por el grupo Noruego. El establecimiento de un grupo a continuación del tratamiento de día limitado en el tiempo, de tal forma que este grupo ambulatorio de seguimiento de los pacientes que han terminado la primera fase del programa mejora la adaptación del paciente. Por nuestra parte tuvimos la experiencia de la introducción de una psicoterapia grupal de seguimiento, mantenimiento y apoyo a dificultades que surgieran posteriormente a la terminación de la primera fase del programa y coincidimos con el grupo



noruego de que este abordaje terapéutico es muy importante para garantizar el mantenimiento de los logros conseguidos (17).

El Equipo terapéutico:

Hay algunas características especiales que quiero señalar. En algún lugar de este artículo he señalado que la dedicación del personal era toda a tiempo parcial y quiero hacer hincapié en recomendar esto como medida necesaria para la prevención del burnout. Dudo mucho que una Unidad especializada como la nuestra, que trata solo TLP's preferentemente, vaya a funcionar con la mitad del personal, pero a tiempo completo, casi me atrevería a decir que es una garantía de inevitables bajas laborales o al menos malestar psíquico de los integrantes del equipo. Por otro lado, todos los miembros del equipo decidieron voluntariamente su participación en este proyecto, este componente de voluntariedad e interés por la temática del tratamiento de los TP's es otro elemento que garantiza la motivación del equipo y la cohesión del grupo por tener intereses compartidos libremente desde el inicio. De tal forma que la cohesión y el entusiasmo que todo el equipo pone en la realización de su trabajo es un elemento clave en el éxito del programa terapéutico. Este tipo de atmósfera grupal podemos decir que contribuye al éxito terapéutico (48).

Por otro lado, el clima de contención y de facilitación de la comunicación y las intervenciones validadoras de la experiencia, contenedoras y el claro establecimiento de los límites, me hacen pensar en lo que serían los factores comunes de estos programas especializados de tratamiento, en los que más allá de las técnicas utilizadas, el contexto terapéutico es descrito como el elemento curativo más potente. El concepto y la función del "entorno protector" en el sentido de Winicott (21), es una parte fundamental del programa terapéutico para pacientes con trastornos borderline de la personalidad. El hecho de poder dar al paciente un entorno en el que este se sienta lo suficientemente seguro y contenido emocionalmente, es una de las partes fundamentales del programa. El autor mencionado comenta que, es tan importante ofrecer este entorno contenedor en un programa intensivo ambulatorio, que debe de infiltrar toda la estructura, apoyo y coordinación de un programa de estas características y debe de reunir requisitos terapéuticos similares a los de la "milieu terapia" (21).

## COMENTARIOS FINALES:

Cuestiones relativas a la formación continuada del personal, a la necesidad de supervisión, a los análisis de costes, a la fiabilidad y manualización de los procedimientos de intervención, las medidas de la competencia de los terapeutas nos está llevando un trabajo exhaustivo y esperamos poder presentarlo en un futuro próximo.

Dada la complejidad de los trastornos borderline y los diferentes subgrupos existentes en este trastorno, podemos decir que en el momento actual y según los conocimientos de los que disponemos no hay un tratamiento de elección para los pacientes con un TLP (40). Otros autores comentaban que la investigación en el tratamiento de los trastornos de personalidad está simplemente en sus comienzos y apenas hay datos empíricos que ayuden en la toma de decisiones terapéuticas.

Los estudios sobre la eficacia de los tratamientos en los trastornos límites de la personalidad están creciendo en número, pero el número total de pacientes investigados es pequeño, y el poder explicativo es bajo en cada uno de los estudios, así como las áreas evaluadas en la





evolución se han limitado fundamentalmente a los síntomas. Los mecanismos implicados en el cambio apenas han sido examinados, por lo tanto no tenemos datos suficientes sobre la evidencia de los factores específicos que se habían hipotetizado en los tratamientos diseñados con evaluaciones positivas. En estos estudios en los que se requieren tratamientos muy largos, se ha prestado poca atención a la adhesión del terapeuta, al manual terapéutico y a la competencia en la implementación del modelo terapéutico que se estaba evaluando. Por otro lado como se ha enfatizado en este artículo y debido al grupo tan heterogéneo que son los TLP, es muy difícil comparar los tratamientos en diferentes lugares unos con otros. Tan es así que cualquier generalización sobre estos estudios es más bien tentativa en términos de la eficacia relativa de diferentes tratamientos, en relación a las áreas evolutivas que se han evaluado en cada uno de los diferentes proyectos de investigación. La conclusión más parsimoniosa que se puede realizar es que los tratamientos estructurados son mejores que los no estructurados, pero es muy difícil desenmascarar los mecanismos que se han hipotetizado relativos al cambio en estos tratamientos validados empíricamente (40).

Los estudios de los tratamientos de día en pacientes con trastornos de personalidad, han identificado algunos predictores de aquellos pacientes que se mantienen en el programa terapéutico y se benefician de él. Estos hallazgos revelan que mantenerse en un programa de día depende de una serie de variables y los autores sugieren las siguientes: Pacientes más capacitados psicológicamente, con mayor capacidad de introspección, que tienen una historia de relaciones interpersonales maduras, que son de más edad y casados, con mayor nivel de educación y que tienen una comorbilidad con un trastorno depresivo o un trastorno de estrés postraumático, y que previamente hayan completado un programa terapéutico en un centro de día. Así como tener una historia psiquiátrica de menos años y de menor intensidad (18).

La ingente cantidad de datos de que disponemos, requiere de un tiempo para su elaboración, personal y presupuestos que permitirán publicar los resultados.

### Reference List

(1) Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999 Nov;156(10):1563-9.

(2) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001 Feb;158(1):36-42.

(3) Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Personal Disord* 2004 Mar;18(1):52-72.

(4) Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991 Dec;48(12):1060-4.





- (5) Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry* 1993 Dec;50(12):971-4.
- (6) Livesley WJ. *Principles and strategies for treating personality disorder. Can J Psychiatry* 2005 Jul;50(8):442-50.
- (7) Ryle A, Lunghi ME. *The measurement of relevant change after psychotherapy: use of repertory grid testing. Br J Psychiatry* 1969 Nov;115(528):1297-304.
- (8) Ryle A. *A common language for the psychotherapies? Br J Psychiatry* 1978 Jun;132:585-94.
- (9) Ryle A. *Defining goals and assessing change in brief psychotherapy: a pilot study using target ratings and the dyad grid. Br J Med Psychol* 1979 Sep;52(3):223-33.
- (10) Ryle A. *The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. Br J Psychiatry* 1979 Jan;134:46-54.
- (11) Ryle A. *Some measures of goal attainment in focussed integrated active psychotherapy: a study of fifteen cases. Br J Psychiatry* 1980 Nov;137:475-86.
- (12) Ryle A, Beard H. *The integrative effect of reformulation: cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. Br J Med Psychol* 1993 Sep;66 ( Pt 3):249-58.
- (13) Ryle A. *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder. Wiley; 1997.*
- (14) Ryle A, Golyunkina K. *Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. Br J Med Psychol* 2000 Jul;73 ( Pt 2):197-210.
- (15) Ryle A. *Personality disorder. Br J Psychiatry* 2002 Aug;181:76-7.
- (16) Ryle A. *The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. J Personal Disord* 2004 Mar;18(1):3-35.
- (17) Wilberg T, Karterud S, Urnes O, Pedersen G, Friis S. *Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. Psychiatr Serv* 1998 Nov;49(11):1462-7.
- (18) Ogrodniczuk JS, Piper WE. *Day treatment for personality disorders: a review of research findings. Harv Rev Psychiatry* 2001 May;9(3):105-17.
- (19) Mirapeix C. *Tratamiento ambulatorio intensivo de los trastornos limite de la personalidad. V Congreso Nacional y VI Congreso Europeo de Trastornos de la Personalidad. 16 al 19 de Junio 2004. Zaragoza . 2004.*

Ref Type: Abstract

- (20) Gunderson JG. *Trastorno limite de la personalidad. Ares medical; 2002.*



- (21) Smith GW, Ruiz-Sancho A, Gunderson JG. An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 2001 May;52(4):532-3.
- (22) Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J Psychiatry Suppl* 2003 Feb;44:S3-10.
- (23) Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, III, Brown CH, Costa PT, Jr., Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002 Jul;180:536-42.
- (24) Sater N, Samuels JF, Bienvenu OJ, Nestadt G. Epidemiology of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001 Mar;3(1):41-5.
- (25) Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Jul;58(6):590-6.
- (26) Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000 Aug;102(1):52-7.
- (27) Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry* 2005 Oct 1;162(10):1911-8.
- (28) Pena-Andreu JM, Fontalba A, Carrera M, Martinez JL, Rodriguez MI. Refining the personality disorder diagnosis  
41. *Am J Psychiatry* 2005 May;162(5):1030-1.
- (29) Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med* 2003 Feb;45(1):5-14.
- (30) Montgomery C, Lloyd K, Holmes J. The burden of personality disorder: a district-based survey. *Int J Soc Psychiatry* 2000;46(3):164-9.
- (31) Rendu A, Moran P, Patel A, Knapp M, Mann A. Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *Br J Psychiatry* 2002 Aug;181:62-6.
- (32) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997 Mar;170:205-28.
- (33) Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. Self-harm behaviors across the life cycle: a pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2002 May;43(3):215-8.
- (34) Rydelius PA. The development of antisocial behaviour and sudden violent death. *Acta Psychiatr Scand* 1988 Apr;77(4):398-403.
- (35) Reich J. The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *J Personal Disord* 2003 Nov;17(5):387-405.



(36) Goeb JL, Coste J, Bigot T, Ferrand I. [Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients--apropos of 257 patients of the Cassini Center in Paris]. *Encephale* 2000 Nov;26(6):11-20.

(37) NIMH (E). *Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusion*. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/42/30/04054230.pdf> . 2003.

Ref Type: Serial (Book, Monograph)

(38) Oldham JM, Bender DS, Skodol AE, Dyck IR, Sanislow CA, Yen S, et al. Testing an APA practice guideline: symptom-targeted medication utilization for patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2004 Jun;10(3):156-61.

(39) Clarkin JF, Posner M. *Defining the mechanisms of borderline personality disorder*

94. *Psychopathology* 2005 Mar;38(2):56-63.

(40) Clarkin J. *Conceptualization and treatment of personality disorders*. *Psychotherapy Research* 2006;16(1):1-11.

(41) Swift NP, Nandhra HS. *Borderpath for cluster B personality disorder?* *Psychiatr Serv* 2004 Mar;55(2):193-4.

(42) Meares R, Stevenson J. *Borderline personality disorder*. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 Nov;34(5):869-71.

(43) Bateman AW, Fonagy P. *Mentalization-based treatment of BPD*. *J Personal Disord* 2004 Feb;18(1):36-51.

(44) Robins CJ, Chapman AL. *Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions*. *J Personal Disord* 2004 Mar;18(1):73-89.

(45) Markovitz PJ. *Recent trends in the pharmacotherapy of personality disorders*. *J Personal Disord* 2004 Mar;18(1):90-101.

(46) Tyrer P, Tom B, Byford S, Schmidt U, Jones V, Davidson K, et al. *Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study*. *J Personal Disord* 2004 Mar;18(1):102-16.

(47) Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. *Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial*. *Behav Res Ther* 2004 Jun;42(5):487-99.

(48) Karterud S, Urnes O. *Short-term day treatment programmes for patients with personality disorders. What is the optimal composition?* *Nord J Psychiatry* 2004;58(3):243-9.

(49) Mirapeix C. *Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención*. <http://www.aperturas.org/18mirapeix.html> 2004.



- (50) Ryle A. *The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. J Personal Disord* 2004 Feb;18(1):3-35.
- (51) Ryle A, Kerr I. *Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica. Desclee de Brouwer (en prensa); 2006.*
- (52) Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, et al. *Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. J Nerv Ment Dis* 1996 Nov;184(11):673-9.
- (53) Links PS. *Developing effective services for patients with personality disorders. Can J Psychiatry* 1998 Apr;43(3):251-9.
- (54) Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, Brabrand J, Friis S, Haaseth O, et al. *Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. J Personal Disord* 2003 Jul;17(3):243-62.
- (55) Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N, Thomas KM, Levy KN, Fossella J, et al. *An approach to the psychobiology of personality disorders. Dev Psychopathol* 2003;15(4):1093-106.
- (56) Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF. *The association between attentional and executive controls in the expression of borderline personality disorder features: a preliminary study*  
*92. Psychopathology* 2005 Mar;38(2):75-81.
- (57) Lenzenweger MF, Clarkin JF, Fertuck EA, Kernberg OF. *Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder: a preliminary study. J Personal Disord* 2004 Nov;18(5):421-38.
- (58) FONAGY PETE, BATEMAN ANTH. *Progress in the treatment of borderline personality disorder. Br J Psychiatry* 2006 Jan 1;188(1):1-3.
- (59) Pollock PH. *Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse. Wiley; 2001.*
- (60) Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M. *Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. J Personal Disord* 2003 Jul;17(3):263-8.
- (61) Prochaska JO, Velicer WF. *The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot* 1997 Sep;12(1):38-48.

