

DOCTORADO DE SALUD MENTAL Y FAMILIA
UNIVERSIDAD DE DEUSTO

**PREDICTORES DE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES
CON TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD
DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO EN UNA
UNIDAD DE DÍA**

Dirigida por el Prof. José Guimón
(Catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco/EHU)
y el Prof. Luis De Nicolás
(Catedrático de Psicología de la Universidad de Deusto)

Tesis doctoral realizada por D. Andrés Mascaró Landolfi

Los Directores

El Doctorando

Bilbao, 5 de Julio de 2009.

Ilustración de portada: realizada por un paciente de la Unidad de Día de AMSA en el espacio de "arte-terapia"

Maquetación: casaf@euskalnet.net

Agradecimientos

La elaboración de esta tesis ha sido posible gracias al apoyo, esfuerzo y disponibilidad de los Profesores José Guimón y Luis De Nicolás.

A Iñaki Eguiluz, José Mariano Galletero, Claudio Maruottolo y Norberto Mascaró.

Summary

1. INTRODUCTION

Several meta-analytic reviews (Binks et al., 2007) conclude that the Randomized Control Trials on the psychotherapeutic treatments of patients with Borderline Personality Disorders are too few and scarce to inspire full confidence in their results. There are a few studies that show good results and are based on the experiences of therapeutic communities (framed by the time-limited day hospital approaches) (Springer and Silk, 1996, Hafner and Holmes, 1996, Linehan, 1987 and Bateman and Fonagy, 1999). In 2003 we organized in Bilbao a program in a day unit for a maximum of 27 patients simultaneously. In this thesis we are describing the evolution of some clinical variables of 106 patients (64, 2 % Borderline and 35, 8% Non-Borderline) during the year preceding their admission, and after their discharge from a dynamically-oriented day hospital program with a 50 day average hospital stay .

The general hypotheses are the following:

1. The clinical evolution of the BPD will be as favourable as that of the non-BPD
2. The compliance to treatment will be worse in BPD than in non-BPD

2. METHODOLOGY

2.1. Patients

There were some significant differences between the 106 patients (64.2 % Borderline and 35,8% Non-Borderline) involved in the study. Patients with Borderline personality disorder were more frequently male ($p=0.012$), single

($p=0.000$), of a younger age ($p=0.01$), coming from dysfunctional families ($p=0.000$). The subjects were in average employed ($p=0.05$), showed diagnostic comorbidity ($p=0,021$), presented self-harming behaviour and a history of suicidal attempts ($p=0.09$) with co-ocurrent substance and alcohol abuse ($p=0.000$). ($p=0.000$) when compared with those (35,8%) with other Non-BPD diagnoses (5,7% Psychoses, 47,2% Anxious /Dépressive, 18.9%, Substance abuse and 23,6% Other Personality Disorders).

2.2. Therapeutic programs

A maximum of 27 patients, with an average age of 37. 64 years were treated simultaneously with an average stay of 50 days (22,7%: less than 1 month, 25%: more than 3 months) within a five day week / four hour day program.

The two therapeutic teams were multidisciplinary. They included psychiatrists, psychologists, social workers, occupational therapists and psychomotor therapists, trained in individual dynamic therapy and group and family therapy. The program included: medication prescription and follow-up combined with three small verbal therapy groups (staff-patient meetings once a week, dynamic groups 5 days a week, and cognitive groups 5 days a week). In addition there are several group activities (artistic expression 2 days a week, dance movement therapy 2 days a week, relaxation once a week, daily activities 5 days a week). The multi-family group meets once a week.

2.3 Instruments.

Several instruments were used at program admittance and at discharge. On the clinical side: SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV-TR), BSI (Brief Symptoms Inventory, Lipman and Derogatis), HS (Beck's Hopelessness Scale, STAI (State-Trait Anxiety Inventory), BDI (Beck's Depression Inventory). The evaluation was made at the beginning of the program, and at the discharge. (Social variables such as family dynamics were also considered and measured using qualitative measurements).

3. RESULTS

At discharge, the patients showed an overall, significantly important, improvement of the symptoms without statistical differences between BPD and Non-BPD. On the other hand, some social variables affected significantly the outcome of some symptoms: depression receded more in those with higher socio-economical status and higher educational level. Suicidal ideation decreased more in those who were University students.

Regarding the attendance, we found no significant difference in the type of discharge and length of stay between BPD and Non BPD, contradicting our hypotheses, based on the literature, that BPD patients would have a more irregular attendance. In fact, the drop-out rate during the treatment was smaller in BPD than in Non-BPD ($p= 0,499$)

4. DISCUSSION

4.1. Limitations of this study

The program we have presented in this article is one of the group therapy programs that have been developed over the past 30 years, with an orientation towards community therapy, in a dozen different care units (short-stay units in general hospitals, rehabilitation units, and day hospitals) in Spain and in Switzerland and directed towards patients that show severe symptomatology.

These programs (that have been named “decaffeinated therapeutic communities”) include, at least: a “medium size” daily group, bringing together patients and staff; a patient “small group”, with a dynamic orientation, but with occasional cognitive-behavioral techniques; and several group activities (“group work”, in a Foulkian sense). The use of multi-family groups is a significant component of these types of programs.

We have not been able to make randomized controlled trials of our program and our research design is “naturalistic”. However, it should be outlined that the few published controlled studies were conducted in rather artificial settings.

Some meta-analytical evaluations on the results of programs made in day centres are quite optimistic. However, a recent Cochrane Review (by Binks) concludes that, although some of the problems frequently encountered by people with borderline personality disorder may be amenable to talking/behavioural treatments, all therapies remain experimental and the studies are too few and too scarce to inspire full confidence in their results. This sceptical conclusion highlights other limits of “empirically supported psychological treatments” with BPD: they have not been effectively disseminated to the mental health professionals; they are not readily available to the public who requires them; and they have only a remote resemblance to what goes on in actual clinical practice.

But, how to overcome these difficulties? Many authors emphasize the need to overcome the problems of rigid manuals and to avoid forcing clinicians to adhere to theories and practices that are outside their interest. Most proclaim the need of naturalistic psychotherapy studies.

4.2. The clinical improvement

This article shows important improvements in symptoms after the program discharge. BPD patients showed, on the other hand, a non-expected good attendance to the program considering the data mentioned in the literature.

Many authors found a poor clinical evolution in BPD patients after treatment. This was not our experience in this trial. In our sample, symptoms improved as much as in the non-borderline patients. This favourable data can of course be questioned on the basis of a milder clinical social picture in BPD, but this was not the case in our study as we found that a higher rate of patients belonged to the more severe spectrum of BPD.

Índice General

Resumen	13
I. INTRODUCCIÓN	15
1. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	19
1.1. Concepto de trastorno de personalidad	19
1.1.1. Concepto de trastorno borderline de la personalidad	20
1.2. Etiopatogenia de los trastornos de personalidad.....	22
1.2.1. Modelo biológico	22
1.2.2. Modelo relacional	24
1.2.3. Cuadros clínicos.....	27
1.3. Tratamiento de los trastornos de personalidad.....	30
1.3.1. Tratamiento del trastorno borderline de la personalidad	30
1.3.1.1. Tratamiento farmacológico	30
1.3.1.2. Tratamiento psicoterapéutico individual.....	31
1.3.1.3. Tratamiento psicoterapéutico grupal	31
1.3.1.4. Dificultades encontradas en terapias combinadas	33
2. LA “TERAPIA DEL MEDIO” (<i>MILIEU THERAPY</i>) EN EL CONTEXTO DE OTROS ENFOQUES	37
2.1. La experiencia británica.....	38
2.2. La psicoterapia institucional francesa	42
2.3. Otras experiencias	43
2.4. Estado actual de las comunidades terapéuticas.....	44
2.5. Los ingredientes terapéuticos de la Terapia por el Medio	50
2.6. El futuro	52
2.7. La creación de ambientes terapéuticos.....	55
3. LAS UNIDADES DE DÍA	57
3.1 Un recurso intermedio frente a la hospitalización.....	57
3.2. Unidad de día de AMSA	59
3.2.1. Marco teórico y modo de trabajo	60
3.2.2. Actividades terapéuticas.....	63
3.2.3. Fases del tratamiento.....	68
3.2.4. Abordaje de pacientes borderline en la Unidad	73

4. PREDICTORES DE EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES BORDERLINE EN LA TERAPIA DEL MEDIO	81
II. MÉTODO	83
5. JUSTIFICACIÓN	85
6. HIPÓTESIS	87
7. MUESTRA	89
8. INSTRUMENTOS	93
8.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)	93
8.2. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)	94
8.3. Escala de Desesperanza de Beck (HS)	95
8.4. La Lista Corta de Síntomas (BSI)	95
8.5. Entrevista clínica psiquiátrica. T. de la Personalidad (SCID II)	96
9. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	99
III. RESULTADOS	101
IV. DISCUSIÓN	133
10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	135
10.1. La evidencia de la práctica basada en las pruebas.....	135
10.2. La presencia o ausencia de pruebas de ineficacia	135
10.3 Las limitaciones de los estudios controlados.....	136
V. CONCLUSIONES	137
VI. REFERENCIAS	139
VII. APÉNDICES	151

Resumen

Desde el año 2003, Avances Médicos S.A. (AMSA) organizó en Bilbao una unidad de día para pacientes mentales graves que, entre el año 2003 y el 2006, contó con más de 450 pacientes. En la actualidad, existen dos unidades, de este tipo, que se ocupan de un máximo de 27 pacientes simultáneamente repartidos en dos programas, con una duración media de 50 días.

En un reciente estudio “naturalista”, con un total de 106 pacientes (64,2 % trastornos borderline de la personalidad y 35,8% con otros diagnósticos), comparamos diversas variables clínicas de los pacientes, al inicio del tratamiento y en el momento del alta, con diversos instrumentos.

Encontramos que, en contra de lo que habíamos predicho, los pacientes con trastorno borderline tuvieron un cumplimiento terapéutico semejante a otros diagnósticos e incluso que el porcentaje de abandono durante el tratamiento fue menor. Desde el punto de vista sintomatológico, las mejorías significativas fueron numerosas sin diferencias entre los dos grupos, aunque el rango era mayor en los que presentaban trastorno borderline de la personalidad. Encontramos, en concreto, mejorías en las variables ansiedad, depresión y riesgo suicida. Ante estos datos alentadores consideramos que las aproximaciones basadas en unidades de día con programas breves, intensivos, dinámicos (o eclécticos) son una indicación excelente para los pacientes borderline.

I. INTRODUCCIÓN

Los pacientes que presentan trastornos borderline de la personalidad son difíciles de tratar en psicoterapias analíticas individuales debido a su gran inestabilidad, frecuentemente relacionada con su baja autoestima y su difusión de identidad. Por esta razón, existe un alto porcentaje de abandonos en estos pacientes.

La terapia de grupo, tradicionalmente utilizada para pacientes hospitalizados, se considera en la actualidad de especial interés para pacientes en régimen ambulatorio ya que reduce los abandonos y aumenta el compromiso. (Dawson, 1988, Dawson 1993).

Debido al riesgo de actuaciones (*acting out*), el terapeuta debe contar con un sistema de apoyo que ofrezca una mayor contención para estos pacientes, por ejemplo una unidad hospitalaria (teniendo en cuenta el peligro de generar una relación prolongada y contraproducente con la institución) o una unidad de día. Por lo tanto, un recurso eficaz sería una terapia de grupo dentro de un programa multidimensional y preferentemente, un grupo heterogéneo con pacientes con otras patologías.

En el año 2006, Binks y colaboradores observaron que la unidad de día de orientación psicoanalítica, en comparación con un servicio de psiquiatría general, tiende a ser más efectiva, consiguiendo menos ingresos hospitalarios, utilizando menos medicación que el grupo control, y reduciendo los niveles de ansiedad y depresión y logrando un buen ajuste social. También encontraron *ratios* de abandono similares.

Las aportaciones psicoanalíticas están especialmente basadas en la teoría de las relaciones objetales. La mayoría de estas aportaciones han sido desarrolladas en ambientes hospitalarios o en centros intermedios. Es

principalmente, el trabajo de Kernberg (1979) sobre el que se basan los autores que utilizan el modelo psicoanalítico de las relaciones objetales en este campo.

Hafner y Holme (1996) observaron una reducción significativa de los síntomas en 34 pacientes con trastornos borderline de la personalidad después de una estancia media de 64 días en una comunidad terapéutica. Schimmel (1997) encontró un alto grado de eficacia en comunidades terapéuticas con tratamientos intensivos.

También se han encontrado resultados positivos para tratamientos hospitalarios de tiempo limitado con el abordaje cognitivo-conductual de Linehan. Springer y Silk (1996) diseñaron un eficiente programa de corta duración y discutieron las ventajas y desventajas de la terapia de comportamiento dialéctico de Linehan (Linehan, 1987). Los recientes trabajos de Bateman y de Bateman y Fonaggy (1999) con una perspectiva dinámica han mostrado resultados favorables en tratamientos en hospitales de día basados en la psicoterapia dinámica.

Numerosos estudios han sido realizados en favor de los predictores de resultados favorables para estos tratamientos. Zanarini y colaboradores (2004; 1987) encontraron que los tratamientos por abuso de sustancias están estrechamente asociados con el fracaso en la remisión del trastorno borderline de la personalidad. Existen 7 variables significativas asociadas con la remisión rápida de síntomas: edad precoz, ausencia de abusos sexuales en la infancia, ausencia de antecedentes familiares con trastornos por abuso de sustancias, buenos antecedentes laborales, ausencia de trastornos de ansiedad de la personalidad, bajo neuroticismo y alto nivel de compromiso. Los resultados de estos estudios sugieren que la predicción del tiempo de remisión de los trastornos borderline de la personalidad es de naturaleza multifactorial, incluyendo factores que son rutinarios en la práctica clínica, particularmente aspectos del temperamento, y otros que no lo son (Zanarini, 1988). Gunderson y colaboradores (2006), encontraron que los aspectos psicopatológicos más

severos (por ejemplo altos niveles de trastorno borderline de la personalidad y la incapacidad funcional) y un antecedente de trauma infantil predicen resultados pobres. La calidad de las relaciones actuales de los pacientes con trastornos borderline de la personalidad es significativa para el pronóstico.

En la presente tesis, estudiaremos las variables clínicas que predicen la evolución de pacientes con trastorno borderline de la personalidad, en comparación con pacientes con otros diagnósticos, después de un tratamiento en una unidad de día de orientación dinámica grupal.

1. Los trastornos de la personalidad

La DSM IV (1994) sitúa a estos trastornos en el Eje II, a diferencia del CIE-10, que los coloca en el eje I. Ambas clasificaciones distinguen entre los «Trastornos de la personalidad»; y los «Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados».

1.1. Concepto de trastorno de personalidad

De acuerdo a la OMS, se trata de peculiares estilos de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social.

Guimón (2001), define los trastornos de la personalidad como “trastornos de comportamientos inadaptados invasores y permanentes, profundamente enraizados y que no corresponden ni a enfermedades físicas ni a alteraciones culturales”. Implican rasgos comportamentales, emocionales, cognitivos, perceptivos y psicodinámicos.

Desde hace decenios se hablaba de una “patología del carácter” (Coderch, 1991) en referencia a distintos aspectos de un individuo, pero la acepción más generalizada fue la de Kurt Schneider, que en 1980, conceptualizó y clasificó las “personalidades psicopáticas”, describiendo una serie de cuadros que fueron recogidos en las clasificaciones internacionales y que posteriormente sirvieron de base para las modernas clasificaciones.

Resulta importante poseer información sobre la manera de ser y de actuar del paciente a lo largo de un periodo de tiempo prolongado y no sobre un momento determinado, para poder evaluar un trastorno de personalidad de

forma precisa. Estos trastornos se caracterizan sobre todo por un modelo de funcionamiento idéntico y duradero.

1.1.1. Concepto de trastorno borderline de la personalidad

El concepto de trastorno borderline apareció primero en la literatura psiquiátrica para designar algunos pacientes con síntomas neuróticos y psicóticos (Tabla 1). Posteriormente, se ha propuesto que forman parte del espectro de otros trastornos. Es desde el psicoanálisis que han sido considerados como trastornos propios de la patología del carácter (Kernberg, 1980) o de la personalidad (Gunderson, 1994).

Se ha considerado incluso que el término borderline no es adecuado porque describe sobre todo impulsividad, hostilidad desordenada, actos auto-destructivos, cambios de ánimo y escisión. Define síntomas pero no rasgos. De hecho, se discute actualmente en el seno de la comisión *ad hoc* de la APA sobre si en el próximo DSM V, que aparecerá dentro de tres años, no debería cambiar el término de trastorno borderline por el de trastorno impulsivo u otros.

Tabla 1. EL TERMINO BORDERLINE: TRASTORNO A MEDIO CAMINO ENTRE:

Neurosis-psicosis,
Carácter- personalidad
Esquizofrenia- trastorno del ánimo
Reactivo-biológico
Impulsivo-compulsivo,
Rasgo-estado

La validez del concepto no es alta porque, aunque ha sido descrita de forma semejante en muchos países, los hallazgos biológicos son dudosos pese a algunos hallazgos neurofisiológicos fiables. A principios de los 80, varios investigadores desarrollaron instrumentos específicamente diseñados para evaluar el trastorno borderline. Kernberg (1977, 1984) creó una entrevista estructurada para evaluar las distintas estructuras de la personalidad, fijándose en las defensas, el principio de realidad y los aspectos de la identidad que definen las distintas estructuras. Es una entrevista clínica centrada en el diagnóstico diferencial de los trastornos borderline. Esta entrevista está basada en las interacciones en el “aquí y ahora”, pero su fiabilidad no ha sido probada. El instrumento más utilizado para evaluar este trastorno es la entrevista diagnóstica para borderline, *Diagnostic Interview for Borderlines* (DIB), de Gunderson (1981). Esta entrevista clínica evalúa las características borderline de los pacientes y realiza un diagnóstico diferencial entre el trastorno borderline y otros trastornos de personalidad. El DIB considera los síntomas incluidos dentro de cuatro encabezados principales: 1. Afecto, 2. Cognición, 3. Modelo de acción de impulso y 4. Relaciones interpersonales.

Se han propuesto diversas hipótesis etiológicas para explicar este trastorno, desde factores constitucionales (dificultad para regularizar los afectos) a factores familiares y psicodinámicos: perturbaciones en el establecimiento de relaciones objetales y procesos inadecuados de identificación en el transcurso de la primera infancia. Desde el punto de vista anamnésico, parece haber una relación con el incesto infantil en las mujeres.

Desde el punto de vista clínico, estos cuadros se manifiestan a través de perturbaciones a nivel del control de los sentimientos, de la imagen que el paciente tiene de sí mismo y de las relaciones interpersonales. Como común denominador se encuentra una fuerte inestabilidad en campos diferentes y esto ha llevado a ciertos autores a proponer la denominación alternativa de «trastorno de la personalidad inestable». En especial, el estado de ánimo varía enormemente y va desde la angustia o la depresión a la disforia. El

sujeto tiene una impresión de vacío y de aburrimiento profundos y presenta temores exagerados al abandono y a la separación. Las conductas auto-destructivas son frecuentes, con actos de auto-mutilación en situaciones de tensión. Los pacientes pueden atravesar episodios psicóticos transitorios, cuando se hallan en una situación de estrés o después de haber ingerido alcohol o estupefacientes, que les producen un estado de desorganización psicológica.

Los cuadros clínicos son muy variados y existe una gran comorbilidad con otros trastornos del eje I del DSM IV y con otros trastornos de personalidad. Sin embargo, se pueden encontrar algunos síntomas discriminantes, que permiten establecer el diagnóstico y que por orden de importancia son: Relaciones interpersonales intensas e inestables; conducta autodestructiva crónica; temores crónicos de abandono; afectos crónicamente disfóricos; distorsiones cognitivas; impulsividad; y mala adaptación social.

1.2. Etiopatogenia de los trastornos de personalidad

La etiología de estos trastornos no está claramente establecida, ya que intervienen diversos factores (Tabla 2).

1.2.1. Modelo biológico

La etiología de estos trastornos no está claramente establecida, ya que intervienen diversos factores. El rol del factor genético parece importante, pero no está presente en todos los casos. Se ha subrayado también la existencia de factores constitucionales que condicionan defectos en el procesamiento de la información por el Sistema Nervioso Central.

En los últimos años, desde la Psicología empírica, los trastornos de la personalidad han sido descritos como «rasgos» estables (*traits*) o como

síntomas variables (*states*). Frente al diagnóstico «categorial» utilizado en el DSM IV se han propuesto diagnósticos «dimensionales», alternativa que permite entender mejor la heterogeneidad de los síntomas, y la falta de fronteras claras entre los diagnósticos. Este sistema permite además, detectar mejor síntomas y rasgos subumbrales y cuantificar los síntomas. El análisis factorial permite, a partir de ahí, encontrar las dimensiones principales que subyacen a esas variables, e identificar los rasgos de personalidad que implican.

La mayoría de las investigaciones se han realizado con el modelo de personalidad propuesto por Livesley (1986) que distingue cuatro grandes factores: desregulación emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad. Se han realizado también muchos estudios con el modelo de siete factores de Cloninger (1996) (SFM) y con el modelo de cinco factores (FFM; distingue neuroticismo vs. estabilidad, extroversión vs. introversión, apertura vs. cerrazón, acuerdo vs. antagonismo, cumplimiento vs. negligencia) que parecen demostrar una cierta base biológica heredada para los rasgos. Varios estudios relacionan el FFM con algunos trastornos de personalidad. Tanto el FFM como el SFM podrían un día ser incorporados a los diagnósticos oficiales.

Los psicólogos experimentales han realizado diversas investigaciones en el espectro de los llamados «trastornos impulsivos y compulsivos», relacionando este eje disposicional con otros parámetros psicológicos y fisiológicos. Así, realizan una tipología en la que hay un grupo extremo de «impulsivos», que se caracterizan por la tendencia a la «búsqueda de sensaciones» (*sensation seeking*) y la «evitación del daño» (*harm avoidance*). En ese extremo se sitúan los trastornos antisociales, seguidos de los borderline. En el intermedio van las compulsiones sexuales, el juego patológico, la tricotilomanía y el síndrome de la Tourette. Hacia el otro extremo se suceden la despersonalización, la anorexia nerviosa, el trastorno dismórfico, la hipocondría y, en el tope, el trastorno obsesivo-compulsivo.

La compulsividad se ha puesto en relación con la hiperfrontalidad, con un aumento del 5-HIAA y con algunas modificaciones de los inhibidores de la serotonina. La impulsividad con la hipofrontalidad y la hipofunción serotoninérgica.

Cloninger (1993) distingue, dentro de la personalidad, entre los conceptos de «temperamento», que contribuye con un 50% y que incluye los factores de búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia del premio y persistencia; y «carácter» que contribuye en el otro 50% e incluye los factores de «dirección hacia sí mismo», «cooperación» y «autotrascendencia». Gabbard (1988) ha intentado hacer compatible esta concepción con visiones como la psicoanalítica y compara el factor auto-dirección con la auto-estima; la auto-cohesión con las representaciones del *self* y las funciones del Yo; la cooperación con las relaciones internas de objeto externalizadas en las relaciones interpersonales; y la autotrascendencia con la sublimación y el altruismo.

1.2.2. Modelo relacional

Los conceptos psicoanalíticos sobre los trastornos de la personalidad se iniciaron con Freud (1908), que puso en relación el carácter con el erotismo anal. Fue Stern, psicoanalista americano, en 1938, el primero en usar el término *borderline* para categorizar a un grupo de pacientes que no encajaban en el psicoanálisis clásico (neurosis y psicosis). Aunque la etiología de los trastornos *borderline* se ha estudiado desde los distintos modelos teóricos, es desde el psicoanálisis donde se comenzó a estudiar y profundizar sobre este concepto.

Autores como Stern (1938) y Knight (1953) estudiaron la tendencia a la regresión de este tipo de pacientes. La tendencia a la regresión suele darse cuando el paciente se encuentra en situaciones de mucha inestabilidad y es una de las causas centrales que dificultan el tratamiento con pacientes *borderline*.

Otto Kernberg (1980) fue el primero en describir el trastorno borderline de manera sistematizada. Pone en relación los trastornos de la personalidad con los mecanismos precoces de defensa contra los impulsos sexuales y agresivos y habla de una patología del SuperYo; de una alteración de la organización yoica; de dificultades en las relaciones objetales internalizadas; y de un desarrollo patológico de las funciones narcisistas. Subraya el papel que juegan las perturbaciones de las relaciones de objeto que se establecen durante la primera infancia. El paciente pone en marcha mecanismos de defensa patológicos, utilizando sistemáticamente la disociación, el acting out, la identificación proyectiva etc., que le van a crear dificultades de relación en la edad adulta. Kernberg (2006) propone la psicoterapia basada en el análisis de la transferencia, para tratar este tipo de patología, con el objetivo de lograr integrar las representaciones del *self*, modificar los mecanismos defensivos y solucionar la difusión de identidad.

En la actualidad hay estudios que apoyan la tesis de que el trauma es un factor importante en la aparición de los trastornos borderline de la personalidad. Fonagy (2001) considera que cuando el trauma procede del cuidador, obstaculiza el proceso de mentalización. Cuando el niño se asusta, un progenitor ha de tranquilizarle sin disimular sentimientos o situaciones externas, sino transmitiéndole que los sucesos se pueden ver desde distintas perspectivas y que él está a salvo. En el caso de niños traumatizados, no se sienten seguros, por lo que una comunicación en este sentido es errónea y conduciría a la disociación. Afrontan el maltrato rechazando captar el pensamiento de sus figuras de apego y sufriendo una alteración defensiva de su capacidad de representación que genera esquemas imprecisos de pensamientos y sentimientos. Fonagy presenta un tratamiento basado en la mentalización que se refiere a la capacidad para la representación mental del funcionamiento psicológico del *self* y del otro, en términos de estados mentales. Este logro intrapsíquico e interpersonal surge en el contexto de una relación de apego seguro.

Tabla 2. MODELOS Y TEORÍAS EN LA ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS BORDERLINE

PSIQUIATRÍA	MODELO	TENDENCIAS DOCTRINALES	TEORÍAS
BIOLOGÍA	MÉDICO	Neuropsiquiatría Psiquiatría Biológica	1. Genética 2. Serotonina 3. Localización cerebral
RELACIONAL	PSICOLÓGICO	Conductismo Cognitivismo	4. Aprendizaje 5. Impulsividad
	SOCIAL	Psicoanálisis Relaciones objetales Mentalización Sociología Antipsiquiatría	6. Seducción y abuso 7. Carencias infantiles 8. Defensas primitivas 9. Risk seeking 10. Chivo expiatorio

1.2.3. Cuadros clínicos

Contrariamente a los síntomas «egodistónicos» (desagradables, para el propio paciente) que aparecen en los cuadros neuróticos, el paciente presenta durante estos trastornos síntomas «egosintónicos» (que el paciente no critica o incluso valora positivamente). El paciente sigue un modelo de conducta uniforme, rígido, en absoluto adaptado a las circunstancias exteriores. La respuesta no está modulada y los diferentes modelos de conducta se repiten en cada trastorno de la personalidad. El paciente puede trabajar, relacionarse, o hacer frente a las responsabilidades de forma menos adaptada que el que presenta un cuadro neurótico. Todo esto provoca en el sujeto o en las personas cercanas un profundo malestar y perturba sus relaciones sociales, familiares o profesionales.

En los trastornos de personalidad, el DSM IV mantiene el sistema categorial para diagnosticar los rasgos de personalidad, que se distribuyen a lo largo de un continuum que distingue entre las diferentes formas de alteración de las relaciones con los demás características de estas personas.

El grupo A, también conocido como el grupo de los «raros-excéntricos», incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo B (o de los «dramáticos-emotivos») los trastornos antisocial, borderline, histriónico y narcisista. El grupo C (de los «ansiosos-temerosos») incluye los trastornos por dependencia y el obsesivo compulsivo.

En el siguiente cuadro (Tabla 3), se observan los diversos tipos de trastornos de personalidad según el DSM IV y el CIE-10, aunque sin correlación entre las dos columnas.

Tabla 3. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (DSM IV y CIE 10)

A. "raros excéntricos" Paranoide Esquizoide Esquizotípico	Trastornos mixtos y otros trastornos de la pers.	F60
B. "dramáticos-emotivos" Antisocial Borderline Histriónico Narcisista	Transformación persistente de la pers. no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.	F61
	Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.	F62
	Trastornos de la identidad sexual.	F63
C. "ansiosos-temerosos" Evitadores Dependientes Obsesivo-compulsivo Trastorno específicos de la personalidad.	Trastornos de la inclinación sexual.	F64
	Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales	F65
	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	F66
	Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.	F68 F69
DIAGNOSTICO DSM IV	DIAGNÓSTICO CIE 10	F60-69

Para elaborar el diagnóstico, debe evaluarse el funcionamiento del individuo a través de su vida, distinguiéndose las manifestaciones anormales que definen un trastorno de las que pueden surgir como consecuencia de

situaciones estresantes específicas o de condiciones mentales transitorias (p.ej., intoxicaciones, trastorno del humor).

El CIE-10 (Tabla 4) presenta la descripción y las pautas del diagnóstico seguidos de los términos de inclusión y de exclusión. Categoriza ocho trastornos específicos principales codificados de F60.0 a F60.7, que no se excluyen mutuamente y que tienen sintomatología superpuesta. Son los tipos paranoide, esquizoide, disocial, de inestabilidad emocional (con subtipos impulsivo y límite o borderline), histriónico, anancástico (obsesivo-compulsivo), ansioso (con conducta de evitación) y dependiente. Dentro del grupo específico se incluyen también el tipo Otros (F60.8) y Sin especificación (F60.9). Para los casos difíciles de diagnosticar, porque no reúnen certeramente los síntomas de las categorías anteriores, se usa el código F61 con los subtipos mixto (F61.0) y el de variaciones problemáticas de la personalidad (F61-1). El grupo de transformación de la personalidad se caracteriza según sea consecuencia de una experiencia catastrófica (F62-0) o de una enfermedad psiquiátrica (F62.1).

Tabla 4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: CIE-10

F60.0 Paranoide
F60.1 Esquizoide
F60.2 Disocial
F60.3 Inestabilidad emocional
.30 Tipo impulsivo
.31 Tipo límite
F60.4 Histriónico
F60.5 Anancástico (obsesivo-compulsivo)
F60.6 Ansioso (con conducta de evitación)
F60.7 Dependiente
F60.8 Otros
F60.9 Sin especificación

1.3. Tratamientos de los trastornos de personalidad

No existe tratamiento específico para los diferentes trastornos de la personalidad. Los tratamientos a base de productos psicofarmacológicos sólo resultan útiles en presencia de síntomas tales como la ansiedad o la depresión, pero no tienen influencia sobre los rasgos de la personalidad de base. Así, en los casos de ansiedad, los ansiolíticos pueden ser útiles y también los antidepresivos, si aparece un estado depresivo. En ciertos trastornos, como el trastorno esquizotípico, así como en los episodios transitorios del trastorno «borderline», los neurolépticos pueden reducir la ansiedad. En el caso del trastorno de la personalidad por evitación, los IMAO han sido utilizados con resultados variables.

Se aconseja, en cualquier caso, un abordaje psicoterapéutico con el objetivo de ayudar al paciente a establecer un tipo de relación diferente con el entorno. La psicoterapia con orientación analítica, con modificaciones técnicas adecuadas, puede ser beneficiosa para muchos de estos pacientes.

1.3.1. *Tratamiento de los trastornos borderline*

“El trastorno borderline de la personalidad es frecuente en el 2% de la población general y en el 20% de la población de pacientes psiquiátricos hospitalizados”, Guimón (2008). Este grupo de pacientes tienen un impacto fundamental en los servicios de salud mental y en las urgencias médicas.

1.3.1.1. *Tratamiento farmacológico*

En la actualidad, no existe un tratamiento medicamentoso específico para el trastorno borderline. Los fármacos son útiles para síntomas tales como la ansiedad o la depresión, o para los episodios psicóticos que pueden padecer estos pacientes, pero no se ha probado una influencia demostrada en los rasgos de personalidad subyacentes. En los enfermos que presentan trastornos borderline de la personalidad, se han realizado algunos tratamientos bastante

específicos con inhibidores de la recaptación de la serotonina, estabilizadores del humor y neurolépticos a baja dosis.

1.3.1.2. Tratamiento psicoterapéutico individual

Estos pacientes son difíciles de manejar en psicoterapia analítica individual, a causa de su inestabilidad que se halla con frecuencia en relación con una disminución de la autoestima y una confusión de la identidad. El curso de la terapia tiende a verse alterado por transferencias intensas y actuaciones varias, como tentativas de suicidio, crisis de rabia y automutilaciones causadas por pensamientos suicidas.

Como hemos citado anteriormente, Kernberg (1968) propone la psicoterapia basada en el “análisis de la transferencia”, recomendando confrontar a estos pacientes e interpretar precozmente su transferencia negativa, mientras que otros autores (Buie & Adler, 1982) aconsejan que el terapeuta se limite a actuar como un entorno continente para el enfermo y evite interpretaciones. Por su parte Bateman y Fonagy (1999) proponen la “mentalización” como tratamiento para este tipo de pacientes.

Una gran proporción de pacientes sufren reacciones negativas al tratamiento, abandonando la psicoterapia.

1.3.1.3. Tratamiento psicoterapéutico grupal

Las terapias de grupo, utilizadas tradicionalmente en estos pacientes cuando estaban hospitalizados, son actualmente de particular interés cuando el paciente está en régimen ambulatorio. Springer y Silk (1996) proponen un programa eficaz a corto plazo y discuten, en particular, de las ventajas y de los inconvenientes de la Terapia dialéctica comportamental de Linehan. La terapia de grupo ofrece las ventajas de ser menos costosa; de facilitar el manejo de la transferencia; de producir una mejoría del funcionamiento del Yo, una mejoría

del funcionamiento interpersonal, y una disminución de las tendencias regresivas del paciente. Por otra parte, los enfermos son más propensos a recibir consejos o a tener confrontaciones con otros pacientes que con el terapeuta y tienen la posibilidad de relacionarse con ellos a un nivel de igualdad.

La terapia de grupo debe ser una parte de un programa multidimensional y el grupo debe, en principio, ser heterogéneo. La orientación de los grupos suele ser ecléctica y aunque los grupos psicodinámicos abiertos sean los más frecuentes, otros se centran en aspectos tales como las actuaciones, la escisión, la contratransferencia, el encuadre y la erotización de las relaciones.

A causa de estos riesgos de actuaciones, hay que contar con el apoyo de un dispositivo que ofrezca más contención para este tipo de pacientes, es decir, o bien una unidad hospitalaria, o bien una unidad de día. Debido a la frecuencia de gestos autolíticos en estos pacientes, los profesionales recurren con frecuencia a la hospitalización para prevenirlos. Sin embargo, la atención en centros de día con programas específicos que trabajan la tendencia repetitiva al suicidio, pueden ser una alternativa a la hospitalización

Otro estudio controlado ha comparado la psicoterapia individual y la terapia de grupo basada en un enfoque llamado «gestión de relaciones». La terapia de grupo fue tan eficaz como la individual y los pacientes que participaron en los grupos tuvieron además mejor adhesión al tratamiento.

Un trabajo de Bateman y Fonagy (1999) ha mostrado resultados favorables con un tratamiento basado en psicoterapia dinámica, en régimen de hospital de día.

Un trastorno borderline de la personalidad es un trastorno relativamente común con un mayor impacto en los servicios sanitarios ya que frecuentemente presentan crisis auto agresivas. Identificamos siete estudios

que engloban 262 personas y 5 comparaciones distintas. Cuando la unidad de día de orientación psicoanalítica es comparada con cuidados psiquiátricos, parece resultar más eficaz. Los pacientes que recibían tratamiento psicoanalítico en una unidad de día parecían necesitar menos cuidados sanitarios en diferentes momentos del tratamiento. Pocos pacientes de unidades de día con orientación psicoanalítica necesitaban de un día de hospitalización tras 18 meses después del alta. Más personas en el grupo de control tomaron medicación entre los meses 30 y 36 de seguimiento que las personas con tratamiento psicoanalítico. Las tasas de ansiedad y de depresión fueron generalmente más bajas para pacientes en unidades de día de orientación psicoanalítica. Además, estos pacientes también gozan de una mejoría en las relaciones sociales utilizando SAS-SR de los 6 a 12 meses de seguimiento. Las tasas de abandono muestran las mismas conclusiones. Esta revisión sugiere que los problemas frecuentemente encontrados en personas con trastornos borderline de la personalidad pueden ser manejados mediante tratamientos dialécticos-comportamentales, aunque todas las terapias siguen siendo experimentales y los estudios son escasos y pequeños como para inspirar resultados fiables. Estas conclusiones deben reapplicarse en estudios de mayor tamaño y realidad (Zanarini, 2003).

Servicios sanitarios mentales para pacientes con trastornos borderline de la personalidad y eje II fueron comparados durante 6 años de seguimiento (Zanarini, 2003). Los resultados de este estudio sugieren que la mayoría de los pacientes con trastornos borderline de la personalidad continúan utilizando tratamientos externos de manera continua durante 6 años de seguimiento y solamente una minoría emplea tratamientos más restrictivos.

1.3.1.4. Dificultades encontradas en las terapias combinadas

Se han discutido varios problemas técnicos en el enfoque dinámico que combina la terapia de grupo y la individual en los pacientes borderline.

La terapia individual puede mostrarse más aislante para dichos pacientes y la participación única en los grupos puede desorientarles. En este sentido, hay que preferir la terapia combinada ya que cumple sus necesidades más profundas. Esta terapia se dirige a la constancia de objeto, de la inter-relación de las representaciones de objetos y del self, del apego a los demás, de la aceptación de las pérdidas y de la mejora de las relaciones con los otros seres humanos. En efecto, llegan a comprender que incluso los individuos más trastornados (ellos incluidos) pueden participar de manera positiva en el proceso de cura. Los grupos favorecen además el compartir, la modestia y el funcionamiento democrático. Finalmente, los grupos ofrecen un continente muy particular, que ha sido comparado a una madre pre-edípica.

La psicoterapia grupal e individual pueden hacerse por el mismo terapeuta con pacientes borderline, lo que sin duda permite manejar mejor la información. El clínico debe de tener la capacidad y flexibilidad para pasar de un enfoque terapéutico al otro, y debe estar “alerta” a las manipulaciones y a las demandas de los pacientes. Existe un riesgo importante de desarrollar una contra-transferencia inadecuada, en ocasiones difícil de reconocer por el propio terapeuta, con lo que en estos casos es necesario recurrir a supervisiones externas (Guimón, 2001). Aunque, como hemos mencionado, un único terapeuta maneja mejor la información, el riesgo de fragmentación (*splitting*), no puede evitarse completamente porque el paciente puede “dividir” al terapeuta en objetos parciales y las dos formas de terapia en transferencias diferenciadas.

Busch y Gould, (1993) señalan la posibilidad recurrir a dos terapeutas diferentes en individual y en grupo, teniendo en cuenta las dificultades que pueden surgir en el seno de este triángulo terapéutico. En efecto, es muy frecuente que, cuando la comunicación entre los dos terapeutas no es suficientemente abierta y frecuente, se establezcan luchas de poder para ser “el paciente preferido”, llevando a conductas de rivalidad y de conflicto. Las transferencias negativas de los pacientes hacen entonces colusión con las

dificultades antes mencionadas y puede aparecer un enfoque competitivo acerca de la terapia más eficaz, y se pueden experimentar dificultades narcisistas a compartir el poder. Debido a esto, el paciente se halla frecuentemente reducido a un objeto narcisista. Además, las diferencias de edad pueden crear tensiones adicionales con luchas inter-generacionales.

El triángulo terapéutico es una réplica de la triada madre-padre-hijo. No es de extrañar que se produzca un fenómeno de fragmentación, *splitting*, bajo la forma de una polarización de buenos y malos sentimientos (amor y odio, apego y rechazo) de forma que el paciente contempla a algunos profesionales como totalmente buenos y a otros como totalmente malos. Esto lleva a una polarización entre los miembros de los equipos. El paciente puede considerar a un terapeuta como “el padre autoritario” o como “el buen padre deseado que nunca ha tenido” o como un intruso en una relación antes privilegiada, o bien simplemente como la persona que realmente es. Por parte del cuidador, se produce entonces una respuesta emocional proporcional a sus sentimientos y otras contra-transferencias particulares debido a las introyecciones proyectivas que los enfermos les envían (“objeto enloquecedor” de García Badaracco, 1990).

Kahn (1991) propone un cierto número de estrategias que permiten conducir a una buena alianza terapéutica triádica: Los diferentes terapeutas deben conocerse y respetarse, y para ello, es esencial una comunicación frecuente y abierta. Cada terapeuta debe saber lo que el otro piensa a nivel de modelo teórico y lo que hace desde un punto de vista técnico. Debe sentirse a gusto con estos procedimientos. Por parte del paciente, necesita saber que existe una comunicación entre los terapeutas y debe dar su acuerdo.

No es sencilla la tarea del terapeuta grupal para pacientes borderline. Por un lado hay que tener una experiencia de conductor de psicoterapia de grupo general. Por otro lado, hay que ser capaz de hacer supervisiones y comprometerse a hacerlas con frecuencia. Tanto por sus condiciones personales como por

su formación y supervisión, el terapeuta debe ser capaz de contener la agresividad y los conflictos explosivos. Debe tener un conocimiento especial y profundo del enfoque psicoanalítico de las relaciones objetales para poder manejar bien los mecanismos primitivos tales como la fragmentación (*splitting*), la proyección y la identificación proyectiva, tan frecuente en estos pacientes. Finalmente debe ser lo suficientemente modesto como para reconocer la dificultad de trabajar con este tipo de pacientes.

2. la “Terapia del Medio” (Milieu Therapy) en el contexto de otros enfoques

A lo largo de la segunda mitad de este siglo, se produjo una verdadera revolución en lo que se refiere a los cuidados prestados en las instituciones psicosociales: la aparición de las comunidades terapéuticas y la generalización del trabajo en equipo modificaron el ambiente de las unidades transformándolas en lo que se ha llamado verdaderos «medios terapéuticos». Este tipo de enfoque hace hincapié en la creación y la utilización de un entorno en su totalidad, para tratar las alteraciones mentales y conductuales. A través de actividades estructuradas y de un ambiente social estable se fomenta la modificación de conducta y el crecimiento personal, gracias a la interacción paciente-grupo y la comprensión del equipo terapéutico.

El concepto de «comunidad terapéutica» surgió, por primera vez en Inglaterra durante la Segunda Guerra Mundial para designar los esfuerzos encaminados a la creación de instituciones con un ambiente terapéutico que permitiera la readaptación de los soldados. El término ha sido utilizado como sinónimo de «tratamiento de medio», «terapia administrativa», «psiquiatría social», para definir la modalidad terapéutica que recalca la importancia del análisis de las relaciones interpersonales, intenta utilizar al máximo el potencial terapéutico de todo el personal y brinda a los pacientes la responsabilidad de actuar como su propio agente de cambio.

Las concepciones y técnicas psicoanalíticas ya habían sido aplicadas en los años veinte a pacientes hospitalizados en Alemania y, como veremos más adelante, en Estados Unidos. No fue, sin embargo hasta los cincuenta en que se teorizó la importancia de la comunicación abierta y las dificultades que plantean las tensiones no resueltas entre los miembros del personal, que favorecen las reacciones regresivas en los pacientes.

2.1. La experiencia británica

Ciertos psiquiatras de la *Tavistock Clinic* de Londres habían ya participado en la *War Office Selection Boards* a través de grupos sin líder, organizados a partir de los años 40, por Bion (1959).

En el Reino Unido se desarrollaron, de manera independiente, tres experiencias comunitarias pioneras: dos en Northfield y la tercera en el *Mill Hill Neurosis Center* por Maxwell Jones (1953).

Entre 1942 y 1948, el *Holymoor Hospital* de Birmingham (del cual Northfield formaba parte) fue utilizado por el ejército británico para tratar a soldados que presentaban trastornos diversos, con el objetivo de facilitar su retorno rápido al frente. Es posible hacerse una idea del tipo de pacientes que se atendía en Northfield considerando que en un hospital parecido se había atendido a 700 pacientes en diez meses: la mitad correspondía a casos de ansiedad, un cuarto presentaban síntomas histéricos, un décimo trastornos antisociales de la personalidad y un grupo más pequeño comprendía psicosis, psicosis maníaco-depresivas, epilepsias y problemas somáticos, como la enuresis, por ejemplo. Los tratamientos iban del electroshock a la psicoterapia individual.

Para mejorar el funcionamiento de ese hospital se hicieron dos intentos, conocidos como las «experiencias» de Northfield, que inauguraron el movimiento de las «comunidades terapéuticas» en el Reino Unido.

Rickman quien, ya en 1938, había recalcado la importancia que las teorías de las relaciones de objeto tenían para los grupos, llegó a Northfield en 1942 para hacerse cargo de una unidad médica de dieciséis pacientes, en la que introdujo discusiones de grupo cotidianas. Bion llegó en 1943 y aplicó aquellas ideas en la institución de Northfield en su totalidad. Iniciando lo que se ha llamado “la primera experiencia Northfield”

Rickman y Bion (1943) se dieron cuenta de que el potencial terapéutico del grupo no provenía del hecho de que hiciera resurgir material del pasado a través de la terapia individual, sino de la resolución explícita de la dinámica intragrupal mediando la experiencia del «aquí y ahora» que permite al individuo explorar el impacto de su comportamiento sobre los demás y modificar sus relaciones en tiempo real. Por otra parte estos autores adelantaron la idea de que las dificultades que se encontraban en el hospital no se circunscribían a los pacientes ya que los miembros del personal tampoco estaban libres de trastornos del comportamiento.

Los grupos, tanto de palabra como de actividades, se multiplicaron en Northfield. Bion pidió a uno o dos colaboradores que se pasearan por todos los grupos que se llevaban a cabo en Northfield, para examinar la experiencia desde el exterior «*to see how the rest of the world lives*». Es a partir de ese rol que, a continuación, se inspiraron para establecer en ciertas actividades didácticas, la figura del «hombre frontera». Parece ser, sin embargo, que Bion y Rickman tenían una actitud bastante arrogante frente a los otros psiquiatras de Northfield y hacia el comandante militar responsable de la institución. No tomaron en cuenta, pues, el entorno global del hospital, lo que puso fin a la primera experiencia de Northfield, tan sólo seis semanas después de su inicio. En efecto, súbitamente, los tres oficiales médicos responsables fueron transferidos a otras unidades por orden de la autoridad militar.

La «segunda experiencia Northfield» tuvo en cuenta este error y Foulkes (1942) hizo participar al comandante en jefe, buscando, además, el apoyo externo de Rickman que, aunque se había marchado de Northfield seguía teniendo una gran autoridad moral sobre los responsables.

Foulkes llegó en 1942 a Northfield, un mes después de la partida de Bion. Comenzó a enseñar la terapia social al personal y pasó de un servicio a otro como un terapeuta de grupo “peripatético”, iniciando, por ejemplo, discusiones espontáneas en las unidades a través de las actividades artísticas que

los pacientes realizaban o ayudando a resolver los conflictos que en un momento dado presentó la banda de música del centro. Se creó un club social y se iniciaron actividades artísticas en grupo, que han sido consideradas como las primeras experiencias de terapia por el arte en el Reino Unido y aparentemente en el mundo. Es a través de estas iniciativas que comenzó la “segunda experiencia de Northfield”. Trabajando mediante una forma precoz de «Teoría General de Sistemas», introdujeron métodos de psicoterapia grupal con un interés particular en el «aquí y ahora» y en el examen de las relaciones interpersonales, trabajando al mismo tiempo con la transferencia grupal (Harrison, 1999).

Foulkes dudaba en clasificar este tipo de grupos que se realizaban a corto plazo, a menudo con una orientación práctica, como grupo-análisis, pero, más tarde, los describió como tales. Foulkes (2007) definió el grupoanálisis como una psicoterapia psicoanalítica centrada en las dinámicas que se establecen entre los miembros y que tiene como marco de referencia el grupo en su conjunto.

El término de «comunidad terapéutica» fue propuesto para designar a las instituciones que contaban con un «medio terapéutico» obtenido gracias al empleo de técnicas grupales variadas. Aquellas organizaciones brindaban el tratamiento más eficaz que existía por entonces para individuos inadaptados. Maxwell Jones (1952) puso en marcha en el *Mill Hill Neurosis Center* un programa con pacientes que presentaban síntomas cardíacos de origen psicológico y después, en el hospital Henderson, otra experiencia en la que se trataba, sin prescripción de productos psicofarmacológicos ni electroshock, cerca de setenta enfermos de ambos sexos, jóvenes en su mayoría, que presentaban personalidades psicopáticas (que llevarían hoy la etiqueta de trastornos de la personalidad). Las actividades terapéuticas comprendían reuniones de la comunidad, una terapia de grupo con un médico, actividades sociales, un trabajo en taller, la participación en un comité de enfermos para repartirse las tareas de responsabilidad de la comunidad, etc.

Ese tipo de actividades terapéuticas se encontraría en la mayoría de comunidades terapéuticas creadas ulteriormente. M. Jones (1953) recalca el hecho de que los miembros de la comunidad debían responder a exigencias tales como participar en todas las actividades, criticar a un miembro demasiado provocador, o por parte del personal, tomar en cuenta las quejas de un hipocondríaco y responder a todas las preguntas de los pacientes.

Los puntos comunes más importantes que caracterizaron a la terapia comunitaria a lo largo de estas tres experiencias son la consideración de la institución como una totalidad, la capacidad de negociar con la jerarquía, la introducción de cambios, la práctica del trabajo en grupos grandes y el hecho de aceptar que los pacientes son a veces capaces de ayudarse más los unos a los otros que lo que pueden hacer los profesionales de la salud

Además, las experiencias de Northfield influyeron en la formación de las *Civil Resettlement Units for Prisoners of War* que tuvieron un rol importante en la rehabilitación de los soldados en el Reino Unido.

Por otra parte, entre los años cincuenta y setenta, se desarrolló en el Reino Unido una “aproximación de comunidad terapéutica” (más laxa que la de las «comunidades terapéuticas» *stricto sensu*) para los pacientes crónicos de los hospitales psiquiátricos, constituyendo lo que se llamó la «psiquiatría social británica» que tuvo una resonancia internacional importante. El hospital Cassel de Londres es un ejemplo emblemático de comunidad terapéutica basada en principios psicoanalíticos, que funcionó durante cerca de cincuenta años en el *British National Health Service*. Una red compleja y una asistencia de enfermería con una supervisión enfermero-terapeuta importante facilitaron el tratamiento de una serie de familias e individuos que padecían trastornos graves.

2.2. La psicoterapia institucional francesa

En Francia se desarrollaron, por otra parte durante cerca de medio siglo, nuevos abordajes terapéuticos con una orientación a la vez sociológica y psicoanalítica, a los que se les dio el nombre de «psicoterapia institucional».

El movimiento de la psicoterapia institucional se enriqueció con los aportes de diferentes autores (Tosquelles, Oury...) que podrían agruparse en tres tendencias: psicoanalistas que intentaron aplicar el análisis a las situaciones grupales, los psiquiatras que trataron de comprender las psicosis a través del psicoanálisis y los psicoterapeutas que trataron de articular la enfermedad mental y la alienación social. Gracias a estos abordajes, se pudieron observar progresos en el conocimiento de la función terapéutica de la institución, en el de las modificaciones del contexto institucional, necesarios para poner en práctica tratamientos psicoanalíticos de pacientes graves, y en relación a ciertas modificaciones de la teoría psicoanalítica a propósito de las psicosis.

La psicoterapia institucional se basa en técnicas que recalcan la singularidad del enfermo, el trabajo en equipo, el sistema de reunión y las terapias activas. Se prevén reuniones para facilitar la transmisión de la información, mientras se reduce la intensidad de los “rumores de pasillo” que pueden provenir de diversas reuniones de técnicos, pabellones, enfermos, equipos de dirección, etc. Las terapias activas están basadas en métodos de animación como la terapia ocupacional, la ergoterapia, la socioterapia, realizadas en grupos. Los clubs terapéuticos, creados para fomentar una gestión autónoma del trabajo ocupacional y manejado por los enfermos, tenían igualmente un rol terapéutico a través de los grupos.

Tosquelles (1969) de hecho, se interesaba en el análisis y la interpretación de las transferencias del conjunto del personal del hospital, que se manifestaban de manera diferente que en la psicoterapia dual. Las concepciones de “transferencia y contra-transferencia institucionales” propuestas por este autor

fueron cuestionadas por diversos autores psicoanalíticos que recomendaron utilizarlas con prudencia. Se tuvo que aceptar también que, como el paciente no se encuentra ligado a la institución más que durante su hospitalización, había que diferenciar la interpretación psicoanalítica, que rara vez debía ser formulada, de la comprensión psicoanalítica que el terapeuta adquiere de los fenómenos de grupo y de la relación institucional. De esta manera, para los enfermos psicóticos, Racamier (1983) propuso un tratamiento «bifocal» entre un psiquiatra que tomaría a su cargo los aspectos centrados en la realidad y un psicoanalista que trabajaría a nivel de lo imaginario.

Algunos años más tarde, en 1985, se dictó en Francia una ley sobre la sectorización, basada más en la población general que en las instituciones, con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados en lugares variados y en diferentes períodos de tiempo. Se pensó que esta estrategia de continuidad de cuidados permitiría que un mismo equipo pudiera seguir al paciente en el hospital y en el ambulatorio y una mejor atención con una óptica dinámica.

2.3. Otras experiencias

La psiquiatría de sector representó en Europa el antecedente más importante de la psiquiatría de comunidad. Pero, si bien es cierto que las primeras alternativas al modelo institucional nacieron en Europa durante los últimos decenios, es en Estados Unidos donde se observaron las manifestaciones más interesantes de la psiquiatría de comunidad.

La liberalización del medio hospitalario comenzó en Estados Unidos a principios de los años cincuenta. El equipo terapéutico de Woodbury (1967) había llevado a cabo una investigación en un pabellón, el *Chestnut Lodge*. En el sector privado, el más brillante ejemplo de comunidad terapéutica fue el efectuado en la clínica Menninger en Topika.

En el mundo occidental, a lo largo de los últimos treinta años, los nuevos tratamientos farmacológicos han permitido a los equipos terapéuticos disminuir la vigilancia estricta de los enfermos, permitiéndoles, en ciertos casos, consagrarse más al tratamiento psíquico de estos últimos. Así pues, primero en Inglaterra y luego en los Estados Unidos, y bastante más tarde (después de 1960) en Italia, en Holanda, en Francia, en Alemania, y en una menor proporción, en otros países, aparecieron algunos centros en los cuales se concedía a los pacientes la mayor libertad posible, atenuando así las ocasiones de conflictos entre ellos y el personal a cargo de su tratamiento. En América Latina, es sobre todo en el sector privado que las primeras experiencias fueron llevadas a cabo, por ejemplo en Buenos Aires, en la clínica de García Badaracco (1990).

En Italia, Franco Basaglia (1970) en el hospital de Gorizia, criticó la concepción de comunidad terapéutica proponiendo un programa de tratamiento basado en grupos: la reunión comunitaria de todos los pacientes del hospital seguida de una reunión del personal y de líderes, destinada a intercambiar ideas sobre la reunión precedente. Su experiencia le llevó a cuestionar el rol del psiquiatra en la salud mental.

2.4. Estado actual de las comunidades terapéuticas

Con la aparición de los modernos psicofármacos en los años cincuenta, la duración de la estancia media disminuyó drásticamente y las comunidades terapéuticas, basadas en la mejoría del ambiente terapéutico de las instituciones, cayeron en desuso y se vieron confinadas a las unidades a medio camino y a las comunidades de toxicómanos.

Sin embargo, a final de los años 70, pero sobre todo, durante los 80, principalmente en los EE.UU, comenzaron a reaparecer en las unidades de hospitalización breve de los hospitales generales.

En conjunto, se han llevado a cabo grandes esfuerzos en el mundo entero para utilizar la psicoterapia dinámica grupal como un elemento esencial del tratamiento psiquiátrico. De esta manera, a veces sin reconocer la paternidad, el espíritu de las comunidades terapéuticas ha vuelto al panorama de los cuidados psiquiátricos. Se desarrollaron nuevos dispositivos, basados en las comunidades terapéuticas en el sentido amplio del término, que han sido llamado comunidades “descafeinadas” (Guimón, 1983) y que han sido adoptados particularmente en dispositivos que se encuentran a medio camino y con una amplitud mínima en los dispositivos extra-hospitalarios. De la misma manera, en la asistencia psiquiátrica domiciliaria se realizaron experiencias de tratar a pacientes graves en sus propias casas o en familias de acogida, en servicios sociales públicos y en el seno de organizaciones de beneficencia. Sin embargo, ciertos autores recalcan que esas estructuras no tienen siempre una capacidad de contención suficiente lo que ha contribuido a veces a la pérdida de su credibilidad. El gran número de artículos y libros que han sido recientemente dedicados a estos abordajes dan testimonio del interés que incitan estos conceptos y prácticas.

Uno de los desarrollos más interesantes ha sido la creación de unidades de estancia corta de los hospitales psiquiátricos o de los hospitales generales, tanto en las unidades de hospitalización general como en las específicas.

En esa línea, se han desarrollado en el País Vasco, a lo largo de los últimos treinta años, un cierto número de programas de grupo con una orientación de comunidad terapéutica en diferentes unidades (Ej. Hospital de Día del Hospital de Basurto, Hospital de Día de Uribe Kosta en Getxo...). El programa de base que se organiza en todas esas unidades consta, en principio, de:

- a. Un grupo diario de discusión para el personal, a primeras horas de la mañana, de unos 30 minutos de duración.
- b. Un grupo de mediano tamaño para todos los pacientes y todos los profesionales disponibles, inmediatamente después del anterior, de

entre media y una hora de duración, 5 ó 7 días por semana, de entre media y una hora de duración. Este grupo se transforma, una vez por semana, en asamblea administrativa en la que los pacientes, con la coordinación de un presidente elegido por ellos, cada semana deciden sobre algunos aspectos de su vida diaria en la unidad.

- c. Un «postgrupo» del personal, de media hora.
- d. Un grupo pequeño «focal» en que durante una hora, 5 días a la semana, se intenta mejorar la comunicación por intermedio de actividades, juegos, etc.
- e. Un grupo pequeño verbal de una hora, durante 5 días a la semana, para pacientes que se encuentran en condiciones de discutir sus problemas.
- f. Un grupo de terapia por el arte una o dos veces por semana.
- g. Un grupo pequeño de medicación, de una hora, una vez por semana.
- h. Un grupo multifamiliar de mediano tamaño, de hora y media, una vez por semana.
- i. Un grupo de supervisión para todo el personal que lo desee, una vez por semana, durante una hora y media.
- j. Uno o dos grupos pequeños por semana, de una hora, de rehabilitación de habilidades sociales en unidades de psicóticos y de psicoterapia cognitiva para la depresión en unidades de depresivos.

No todas las unidades realizan todas las actividades, pero se insiste en que al menos realicen 5 por semana, siendo fundamental el grupo mediano de pacientes con el personal, el de medicación y el de discusión del personal.

En esos programas, las intervenciones de los conductores buscan ante todo facilitar la interacción y velar por el mantenimiento de las fronteras del grupo sin descuidar trabajar sobre ciertos temas que aparecen constantemente. En los pacientes hospitalizados, estos temas repetitivos se refieren a: la ansiedad

antes del ingreso; el duelo a causa de la marcha de ciertos miembros del grupo; los efectos de la medicación; y el temor ante la perspectiva de la salida.

Se intenta provocar la «universalización» de los conflictos e identificar las diferencias entre los miembros. Se evitan las confrontaciones excesivas, la puesta en cuestión de los mecanismos de defensa y el análisis de la transferencia. Se prefiere, de la misma manera, evitar las referencias a las situaciones que se produjeron en la familia de origen. Normalmente, los comentarios del conductor tratan de las situaciones actuales y adquieren una apariencia netamente psicopedagógica. Surgen a veces «incidentes críticos», cargados de emoción, que afectan a varios participantes y desaparecen al cabo de unos minutos, sin que se analicen en general.

Desde un punto de vista clínico, los resultados de este tipo de programas han sido muy positivos. El grupo pacientes/personal es el elemento clave por su contribución a la creación de un «continente» en la sala y por la información que aporta acerca de los pacientes. Los otros grupos también aportan al paciente una orientación y un apoyo emocional.

Todo esto ha permitido disminuir las dosis de fármacos empleados, ha creado una atmósfera agradable en la sala y ha hecho bajar el número de incidentes (agresiones, tentativas de suicidio y fugas). Las tensiones en el equipo terapéutico han disminuido.

Los diferentes grupos, añadidos a los ya realizados en el marco del hospital de día y de las consultas ambulatorias, constituyen una red de análisis de grupo favorable a una comunicación armoniosa entre las diferentes unidades del Departamento de Psiquiatría y el resto del Hospital. Esta visión sistémica de la institución permite detectar más fácilmente y más rápido los problemas y los conflictos en el interior de esta institución. Este programa aporta el input que alimenta la «sana paranoia anticipatoria», tan indispensable para gestionar estas organizaciones.

Las Comunidades para toxicómanos, también ocuparon un lugar importante, ya que numerosas unidades de rehabilitación con estancias de duración media (para psicóticos, trastornos borderline o para delincuentes) adoptaron sus técnicas que demostraron tener importantes efectos terapéuticos. En conjunto, estos programas adoptaron dos orientaciones diferentes.

Por un lado, el llamado «modelo democrático». Cuando hablamos de comunidad terapéutica democrática, nos referimos por lo general a un modelo desarrollado por psiquiatras siguiendo las orientaciones teóricas y prácticas de las comunidades terapéuticas británicas iniciales.

Sin embargo, los pioneros de aquellas comunidades nunca pretendieron ser «democráticos» en el reparto del poder y de la responsabilidad. Los roles eran adjudicados por los psiquiatras y los pacientes, por ejemplo, no podían, con el tiempo, formar parte del personal. Es cierto, sin embargo, que permitían un nivel de participación muy elevado de todos los miembros en el proceso de la toma de decisiones, un alto grado de reparto de información, y una gran capacidad de escuchar a los demás («gran oreja»).

Por otro lado, nos encontramos con el Modelo «basado en el concepto». Las raíces de las comunidades terapéuticas norteamericanas están en Synanon (Casriel, 1963; Yablonsky, 1967; Endore, 1968), comunidad de auto-ayuda muy influenciada por el movimiento de los alcohólicos anónimos (AA).

La comunidad de Synanon era muy diferente a la comunidad terapéutica de Maxwell Jones. Synanon planteaba un sistema de auto-ayuda. Era una comunidad en el sentido de que todas las personas que vivían y trabajaban en Synanon durante el día, también vivían allí durante su tiempo libre. No había miembros dentro del personal, profesionales y cualificados. La organización era más parecida a la de una gran familia patriarcal con una jerarquía rígida. Synanon no tenía teóricamente «pacientes». Todas las personas eran residentes y durante mucho tiempo no se admitieron a los profesionales.

«El juego» (*the game*) era el momento de catarsis para la comunidad y consistía en una reunión grupal que enfatizaba la confrontación y la expresión de sentimientos. Se esperaba que el miedo, la rabia y la alegría se expresaran directamente, sin inhibiciones o sin la mediación del autocontrol. Cada miembro de la comunidad, no importaba cuán mayor o joven, podía ser confrontado durante el juego. Este momento podía verse o bien como un intento de crear una democracia básica o como una válvula para la agresión y un medio de mantener el control social.

Synanon empezó bien, y creció hasta ser conocida como método de tratamiento viable para la adicción, pero los miembros sintieron que evolucionaban cada vez más hacia una comunidad “tipo secta”, demasiado centrada en sí misma y exigente hacia los residentes. Ex-residentes de Synanon crearon comunidades terapéuticas que, a diferencia de aquella, tenían como meta la reinserción del residente en la sociedad. Después del regreso de Casriel a Nueva York, Daytop Lodge fue fundada en 1963 como casa a medio camino para toxicómanos enviados desde la cárcel.

El intentar esclarecer dónde estaban las diferencias, y dónde están aún, de estos dos modelos, es un tema delicado porque está inevitablemente teñido de factores de ideología, de prejuicio y de experiencias personales divergentes.

Lo que ha ocurrido a lo largo de los años es que diferentes países han adoptado los dos modelos de comunidad terapéutica, alterándolos para que se adapten a sus necesidades y a su cultura particular. Así, por ejemplo, en Italia la comunidad terapéutica democrática está particularmente implicada en el tratamiento de las psicosis, mientras que en Inglaterra está principalmente implicada en el tratamiento de trastornos de la personalidad. Parece que en Italia hay más comunicación y solapamiento entre las comunidades terapéuticas democráticas y las comunidades terapéuticas basadas en el concepto, en particular a nivel de los directivos, y así los directores y los

psiquiatras pueden asistir a las mismas conferencias y pertenecer a las mismas organizaciones profesionales.

Se pueden, sin embargo, detectar dos diferencias durables importantes. Primero está el hecho de que la comunidad de concepto está casi siempre designada para personas cuyo problema primario es la toxicomanía, independientemente de los problemas «secundarios» o de los antecedentes que surjan a lo largo del curso del tratamiento. En contraste, las comunidades terapéuticas democráticas están casi siempre destinadas a personas clasificadas como trastornos de la personalidad o mentalmente trastornadas. Estas personas pueden también tener una adicción a las drogas, pero no necesariamente. La segunda diferencia principal es que el personal de las comunidades terapéuticas democráticas está formado sólo por profesionales, mientras que en el personal de una comunidad de concepto puede haber ex-residentes.

2.5. Los ingredientes terapéuticos de la Terapia por el Medio

Desde hace muchos años se conocen mecanismos terapéuticos que pueden explicar la eficacia de la “terapia del medio” con pacientes graves. Al margen de esos mecanismos se han descrito posteriormente otros ingredientes que explican la acción de las comunidades terapéuticas. La comunidad terapéutica crea, en primer lugar, una cultura que valoriza a sus miembros e intenta hacerles capaces de confrontarse a experiencias complejas (amor, odio, cólera, frustración, tristeza, ataque, defensa, etc.) que les ayudan a adquirir autonomía afectiva. Para esto, la comunidad terapéutica establece algunos rituales de integración (proceso de derivación, evaluación) y de partida (rituales de despedida, etc.).

Otro factor terapéutico fundamental es la «contención» (R. Saigh, 1999 y Hinshelwood, 1999), la creación de una sensación de seguridad frente al dolor,

a la rabia, a la desesperación infantil que son frecuentemente reexperimentados en una comunidad terapéutica. Este concepto hace referencia al «elemento maternal» de estas instituciones, aunque, por otra parte, existe también un «elemento paternal», representado por los límites y reglas que refuerzan las fronteras.

Una vez que la comunidad terapéutica ha realizado un trabajo preverbal primitivo con un paciente, el reto fundamental es que éste establezca una comunicación con los otros pacientes y el personal, que permita establecer una comprensión mutua. Se crea entonces un «comunalismo» (Rapaport, 1960) que consiste en un conjunto de relaciones íntimas facilitadas por medio de la participación de todos los miembros en las actividades terapéuticas, sociales, e informales en una «cultura de solicitud» (*culture of enquiry*). La comunidad puede entonces ser utilizada desde un punto de vista terapéutico a través de una unión inseparable entre «vivir y aprender» (*living-learning* de M. Jones, 1998).

Una creencia de base de las comunidades terapéuticas es que el inconsciente del paciente conoce mejor que el analista hacia dónde hay que guiar la terapia y que el efecto terapéutico más importante proviene del paciente y no tanto de los terapeutas. Ello conlleva una responsabilización del paciente en su propio proceso terapéutico lo que facilita su crecimiento, pero le origina sentimientos ambivalentes.

Como la mayoría de enfermos graves tiene un mundo interno fragmentado, con una desorganización de la identidad, las instituciones desorganizadas corren el riesgo de aumentar la desorganización de sus miembros, los que a su vez van a perturbar la institución. En efecto, los enfermos proyectan sus trastornos sobre la comunidad. Estos conceptos de «internalización de las relaciones de objeto» han sido utilizados en la mayoría de las comunidades terapéuticas.

La vida de una comunidad está en constante renovación gracias a la curiosidad de sus miembros («epistemofilia»), la cual se manifiesta a través de

algunos procesos de búsqueda sobre uno mismo. Bion (1962) señaló las relaciones de «búsqueda curiosa» en psicoanálisis, relaciones «K» (de *knowing*). Esta actitud K es el equivalente a la actitud de búsqueda en la comunidad que a cada paso se interroga sobre el porqué de las cosas. Si no se realiza esa puesta en cuestión, los recuerdos se difuminan y son reemplazados por una actitud moralista, («Nosotros hacemos esto de esta manera»). Es cierto, que incluso esa cultura de búsqueda puede convertirse en un ritual, y que se debe tener una especie de «metavigilancia» para evitarla (Levinson, 1996).

2.6. El futuro

Como hemos dicho, las comunidades terapéuticas han tenido dificultades para continuar existiendo dentro del ambiente medicalizado y de contención de los costos que prevalece en la mayoría de los países occidentales. Sin embargo, la relación propuesta por este tipo de programas podría ser un antídoto a estas tendencias del *managed care* o, si se es optimista, un complemento para sus actividades.

En cualquier caso, los pacientes psiquiátricos graves (incompetentes, suicidarios, dependientes) que sufren de un sentimiento de profunda inseguridad, continuarán teniendo necesidad de una terapia intensiva a largo plazo y nosotros debemos mostrarnos reticentes frente a las tentativas de reducir o hacer desaparecer los servicios comunitarios que ofrecemos. Un proceso de formación de acuerdo con los principios de las comunidades terapéuticas debe motivar el crecimiento y la diferenciación de los pacientes y evitar el endoctrinamiento y la infantilización que son típicos de la formación médica, pero también, a veces, del psicoanálisis clásico.

En el curso de los últimos años, la filosofía de las comunidades terapéuticas se ha propagado, sobre todo, como hemos dicho, en las instituciones a medio camino. Sin embargo, la comunidad terapéutica de hospitalización continuará

presentando cierto interés ya que combina el tratamiento socioterapéutico, el tratamiento psicoterapéutico y las ventajas de la hospitalización. También se ha mostrado útil en el tratamiento de trastornos de la personalidad borderline y en la rehabilitación de ciertos delincuentes. Se debe avanzar en la investigación para evaluar su eficacia en lo que se refiere a otros grupos diagnósticos pero, sin duda, estos procedimientos intensivos permiten la regresión terapéutica, al mismo tiempo que atenúan la regresión comportamental anti-terapéutica. Esto puede ser particularmente útil para los pacientes psicóticos que se han mostrado resistentes al tratamiento con otros medios. Ciompi (1997), por ejemplo, ha desarrollado en el curso de los últimos 20 años el concepto de «integración psico-socio-biológica de la lógica del afecto» en la terapia de la esquizofrenia, una relación terapéutica innovadora que ha dado buenos resultados.

Existen también centros de «crisis respite care» (Breslow, 2001) en lugares residenciales para tratamientos intensivos de situaciones de crisis. Algunos están basados en «familias de acogida», bien formadas, apoyadas por personal profesional y otras (*the group home model*) (Fields & Weisman, 1995) añaden elementos de terapia del medio.

A la hora de organizar este tipo de programa es necesario insistir en la necesidad de «calidad». La ausencia de participación o la inercia de algunos pacientes se deben a ciertos defectos de algunos programas, tales como la mala calidad del ambiente de las salas. Se ha podido constatar que, cuando el programa es bueno, la participación y el empeño son mejores. Por lo tanto, es indispensable mejorar los programas terapéuticos y las competencias de los profesionales.

Se debe, por otra parte, estar atento al hecho de que la ausencia aparente de distancia entre pacientes y profesionales, propia de las comunidades terapéuticas puede favorecer ciertas prácticas contrarias a la ética. Sin embargo, es verdad que la naturaleza misma del contacto próximo entre profesionales

y pacientes puede ser un medio creativo para engendrar un sistema de valores y de comportamientos morales en los pacientes, siempre que el personal sea consciente de los peligros inherentes e incorpore las garantías adecuadas.

Cuando, en 1984, se descubrieron los primeros casos de SIDA entre los residentes, fue un golpe terrible para los programas de adicción. También se fueron viendo residentes con otros problemas añadidos a la adicción: trastornos de la alimentación, diagnósticos dobles y familias profundamente disfuncionales en sus pautas relacionales. Las limitaciones del tratamiento se hicieron evidentes, al igual que la necesidad de conectar con otras agencias.

También se empezaron a dar cuenta de que, para poder trabajar en esta nueva situación, se necesitaban determinadas competencias que no formaban parte de la clásica formación del personal de la comunidad terapéutica. Se concibió una nueva formación para posibilitar que el personal se manejara mejor con aquellos residentes que representaban un reto, y para permitirles asegurar el enlace con las agencias externas. Esta formación fue seguida por todos los miembros del personal. Reuniones con médicos y psiquiatras formaron parte del trabajo. Estas reuniones permitían que el personal aprendiera que existían otras formas de describir situaciones y acciones y otras maneras de manejarlas más allá de las sanciones y de los gritos. Las familias fueron incluidas de forma diferente en el programa y tratadas como recurso en lugar de como factor patogénico.

En cuanto se empezó a conocer las experiencias norteamericanas, los profesionales de Europa visitaron los Estados Unidos y volvieron deseosos de crear centros similares en sus propios países. Uno de ellos creó Alfa House, en 1970, en Portsmouth, Inglaterra y otro, pocos meses más tarde, el Phoenix House en Londres.

En el primer año de la comunidad terapéutica Emilie Hoeve, se vio que los principios democráticos del modelo de Maxwell Jones podían tornarse

anti-terapéuticos. Los pacientes permanecían en un estado regresivo si el personal no presionaba suficientemente para hacerles actuar de forma responsable. El personal renunciaba al poder, en lugar de delegarlo y, como se responsabilizaba de todo al «grupo como un todo», los individuos evitaban tomar sus propias responsabilidades.

Después de estos caóticos meses iniciales, con la ayuda de miembros y de ex-miembros del personal de centros norteamericanos, se desarrollaron programas claros y estructurados en distintos lugares. En varios países, como Italia y España, la Iglesia apoyó la creación de comunidades terapéuticas.

Las comunidades terapéuticas en Europa también han empezado a ampliar su acción a campos de conductas auto-destructivas diferentes de la toxicomanía (Wexler, 1986; Ottenberg, 1990). Los profesionales de las comunidades terapéuticas han introducido el psicodrama, el análisis transaccional, los grupos de grito primario (*primal scream groups*), los grupos de bioenergética y han integrado grupos verbales de psicoterapia a sus programas. Se han creado comunidades terapéuticas con estructuras variables, permitiendo que diferentes poblaciones pudieran beneficiarse de un programa de comunidad terapéutica con mayor flexibilidad en la provisión del tratamiento.

Aunque la investigación ha mostrado que el tiempo que se está en el programa es el principal predictor de éxito, la duración de los programas ha tenido que reducirse por imperativos económicos.

2.7. La creación de ambientes terapéuticos

El tercer Informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (Kraus, Rees, Sivadon, 1953) citaba ciertos elementos esenciales que un hospital psiquiátrico debería proporcionar. Subrayaba, sobre todo, la importancia de crear una «atmósfera» adecuada, señalando que cuanto más imitara el hospital

psiquiátrico al hospital general tal como existía entonces, menos éxito tendría en la creación de una atmósfera adecuada. Muchos hospitales psiquiátricos, dice el informe, «dan la impresión de ser un compromiso incómodo entre el hospital general y una prisión, cuando, en realidad, el papel que deben jugar es diferente de las dos instituciones. Su rol es el de una comunidad terapéutica».

La finalidad principal de la llamada «Psiquiatría social» que, inspirada en la comunidad terapéutica de Notrhfield, fue una aportación fundamental de la psiquiatría británica por aquellos años, era ofrecer a las personas que vivían desde hace años en instituciones psiquiátricas un ambiente enriquecedor. Determinada manera de vivir, de trabajar, de establecer relaciones, el régimen de recompensas y de castigos establecido en las Instituciones resultaba de mayor importancia para la rehabilitación de los pacientes que el tratamiento médico que recibían.

3. Las Unidades de Día

3.1. Un recurso intermedio frente a la hospitalización

En los últimos años, la comunidad psiquiátrica ha mostrado una considerable atención sobre los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves, como los trastornos psicóticos crónicos, pero ha dejado de lado, un número creciente de pacientes, que requieren tratamientos agudos y que presentan una combinación de descontrol afectivo, estrés traumático, síntomas depresivos agudos, abuso de sustancias y dificultades sociales.

Al mismo tiempo, la comunidad psiquiátrica ha sido fuertemente desafiada por el nuevo contexto político y cultural que ha generado una crisis en los vínculos humanos con un aumento de personas viviendo solas, situaciones precarias, pobreza, etc. El 50% de la población vive en ciudades y el nuevo estilo de vida ha debilitado los vínculos sociales y ha aumentado las crisis vitales.

Por todo esto, las instituciones médicas se han visto envueltas en un importante cambio. Ha aparecido una gran demanda de nuevos pacientes, que han llenado las urgencias de los hospitales generales, por lo que ha sido necesario crear tratamientos innovadores para los nuevos pacientes agudos, y se ha convertido en un aspecto central de la política en salud mental.

La mayoría de los pacientes agudos son demasiado severos para ser tratados en las consultas ambulatorias, ya que no consiguen mejorías significativas y se aumenta el coste directo de los tratamientos de hospitalización. Paralelamente

a estos cambios, la epidemiología de los trastornos mentales agudos ha evolucionado a lo largo del tiempo, siendo algo transitorio y generando nuevas escenas clínicas.

Todo este contexto ha generado un incremento en la admisión de los hospitales generales, y ha aumentado la llamada «puerta giratoria», los costes sociales y la angustia del paciente. Por todo esto, es necesario modificar la política psiquiátrica y generar respuestas específicas institucionales y nuevas estrategias de tratamiento.

La epidemiología no es estable, como se pensaba en el pasado, y no concuerda con las necesidades actuales y con la experiencia práctica (la nueva población de pacientes agudos, la utilidad de la psicoterapia.). La intervención en crisis se centra en la actuación preventiva (homeostasis) antes de pensar en las soluciones de tratamiento. Esta centrada en la psicoterapia y en tratamientos combinados para pacientes agudos.

La intervención en crisis es un cambio en lo interdisciplinar, una interesante oportunidad científica y humana, un reto psicológico. Es un extraordinario instrumento para innovar la psiquiatría de pacientes agudos.

Básicamente, es una manera de enfatizar la importancia de los aspectos virtuales en las interacciones paciente-clínico y sus potenciales en los tratamientos coste efectividad.

Las Unidades de Día proveen a los pacientes tratamientos de tipo intensivo y de corta duración, existiendo distintas orientaciones terapéuticas para su aplicación en la actualidad. Estas Unidades han sido creadas en Estados Unidos (Yalom, 1983) y en algunos países europeos como Francia y Suiza (Guimón y Andreoli, 2008). Están organizadas con una finalidad preventiva y en el contexto de programas globales.

Estas Unidades ofrecen cuidados especializados a pacientes jóvenes y adultos que presentan situaciones de intenso conflicto y de desestabilización emocional, en ausencia de necesidad de ingreso hospitalario. Las terapias son de tipo combinado para superar las situaciones de crisis, realizando un abordaje multicausal de la patología.

El objetivo de este tratamiento breve es promover un proceso terapéutico individual, familiar y social. Este proceso se entiende como una sucesión de cambios psíquicos que apuntan a un crecimiento y desarrollo de la personalidad.

3.2. Unidad de Día de Avances Médicos (AMSA)

La Unidad de Día se encuentra dentro de un Servicio de Psiquiatría de tipo privado llamado Avances Médicos (AMSA). Esta Institución, creada en Bilbao en 1989, está centrada en la asistencia integral de personas con dificultades psíquicas. También se dedica a la investigación y la enseñanza. AMSA cuenta con una Unidad de Hospitalización, una Unidad de Consultas externas que incluye un Instituto de Psicoterapia (con diversos enfoques psicoterapéuticos y programas específicos) y dos Unidades de Día. La Unidad de Día es un servicio intermedio entre la hospitalización y las consultas ambulatorias, y funciona además, como canalizador hacia las distintas Unidades del Servicio (Hospitalización y Consultas) ya que es un Centro de llegada de muchos pacientes. Esta Unidad se encuentra ubicada en el centro de Bilbao y cuenta con unas instalaciones especialmente preparadas para ofrecer un espacio adecuado para el buen funcionamiento. Existe una amplia sala de grupos, cuatro despachos, una sala de estar, una cocina, una sala de terapia ocupacional y un hall de recepción donde se encuentra la secretaría.

La Unidad está dirigida a pacientes que se encuentran en una situación de crisis afectiva tal, que las consultas ambulatorias resultan insuficientes, pero que no estaría indicado su ingreso hospitalario.

Se aborda la patología individual, familiar y social del paciente, intentando llegar a un diagnóstico psicopatológico y situacional. Es decir, permite tratar los conflictos psíquicos desde distintas instancias terapéuticas.

En definitiva, esta Unidad de Día está enfocada principalmente al tratamiento de pacientes que están pasando por una situación de inestabilidad sintomatológica, junto con una crisis afectiva. Generalmente son pacientes diagnosticados de “Trastornos de la Personalidad”, esto es, patologías ubicadas en el eje II (DSM IV) o “Trastorno de la Personalidad o del Comportamiento en el adulto” (CIE-10), que por sus características no requieren hospitalización total. También con menos frecuencia (alrededor del 35%) se tratan otro tipo de patologías en situación de desestabilización.

La Unidad ofrece una atención personalizada intensiva por medio de un seguimiento programado y de carácter continuado, con la intervención de un equipo multidisciplinario, teniendo en cuenta los aspectos bio-psico-sociales de la problemática mental, permitiendo la continuidad en el entorno familiar y social del paciente (N. Mascaró y C. Maruottolo, 2006). El servicio de psiquiatría de AMSA cuenta con una Unidad de Urgencias, que consta de urgencias psiquiátricas in situ y atención telefónica, ambos 24 horas. Este servicio es muy útil, y es usado frecuentemente, por los pacientes que se encuentran en las Unidades de Día y permite una contención mayor a los pacientes.

3.2.1. Marco teórico y modo de trabajo

El marco teórico está basado en la comprensión dinámica de la enfermedad mental, utilizando técnicas de abordaje Dinámicas, Cognitivo-Conductuales y Sistémicas (individuales, grupales, familiares y multifamiliares) que posibiliten al paciente a superar la situación de crisis, contribuyendo a sostener al paciente hasta su mejoría clínica (C. Maruottolo y A. Mascaró, 2008). Los pacientes que cuentan con tratamientos psicoterapéuticos externos continúan con el mismo,

sin la necesidad de interrupción. La Unidad es considerada como un “pre-tratamiento dinámico”, limitado en el tiempo, cuya finalidad es la apertura sobre los procesos psíquicos plasmados por la crisis psiquiátrica aguda.

El tratamiento tiene una duración de tiempo limitado, de seis a ocho semanas, durante cuatro horas al día. Los pacientes acuden a la Unidad de lunes a viernes desde las 9.30h., hasta las 13.30h., y el número máximo de pacientes que pueden estar en tratamiento es de quince.

La Unidad de Día es un centro de diagnóstico y de tratamiento. Se realiza sistemáticamente un diagnóstico categorial de todos los ejes del DSM IV y clasificándolos según las normas europeas del CIE 10. Así mismo, se realiza un diagnóstico no categorial (Guimón, 2007), que permite entender y profundizar en la tarea. Para este fin, se utilizan además de las entrevistas psiquiátricas y psicológicas, un conjunto de instrumentos que miden la evolución de los pacientes y la eficacia del tratamiento.

Debido a que los Trastornos de Personalidad han sido etiquetados como “pacientes difíciles”, en los últimos años ha habido muchas investigaciones que han estudiado el tipo de abordaje para esta patología. La mayoría de las conclusiones señalan a las terapias combinadas, como los programas más exitosos para este tipo de pacientes. Las necesidades básicas del self, constancia de objeto, de apego a los demás, de aceptación de las pérdidas y de la tolerancia a la frustración, hacen que este tipo de abordaje sea el indicado para mejorar las relaciones con los otros seres humanos.

En nuestra Unidad, se hace hincapié en el trabajo grupal ya que, a diferencia de la terapia individual, aparecen rápidamente los rasgos de personalidad desadaptativos, debido a las transferencias múltiples. Frecuentemente los pacientes confrontan activamente y reaccionan frente a los patrones de personalidad de los demás. En el grupo, cada miembro se convierte en introyectos proyectados, y la comunicación subsiguiente puede dirigirse

simbólicamente al padre, madre, hermano o pareja del paciente. El grupo acelera el proceso ya que es más difícil la negación, racionalización y evitación, que en la terapia individual. “El sujeto en crisis es un eslabón de una larga cadena, en toda una red de interacciones, que constituyen el locus real del proceso que causa tanto la enfermedad como la cura” (S.H. Foulkes, 1957). El grupo acelera el proceso y pone en evidencia distintos niveles de defensas que deberán ser debidamente contenidas, interpretadas y trabajadas según el momento del proceso terapéutico en el que se encuentra el paciente y el grupo. En nuestra Unidad, los profesionales harán especial hincapié en el grupo, siguiendo la idea grupoanalítica de Foulkes (1964), “cuida al grupo y cada individuo se cuidará a sí mismo”.

La Unidad cuenta con un equipo Multidisciplinario entrenado en el tratamiento de pacientes con patología severa. El equipo está formado por profesionales con distinta formación teórica que funciona según una dinámica complementaria y está dirigido a proveer una atención integral que persiga no sólo la desaparición de los síntomas sino la creación de un proceso psicoterapéutico completo que permita al paciente lograr un grado de bienestar físico, psíquico y social.

El equipo terapéutico está formado por dos médicos psiquiatras, dos psicólogos, un terapeuta de arte-terapia, una terapeuta de danza movimiento terapia y una auxiliar administrativa. La Unidad tiene una estructura de tipo horizontal lo que permite que el equipo terapéutico interactúe en un plano de mayor simetría con un compromiso emocional más intenso y una participación en la toma de decisiones. El equipo terapéutico, junto con el grupo de pacientes, va a funcionar en un plano inconsciente como una “familia sustitutiva”, que favorecerá a los pacientes en una serie de experiencias vivenciales que permitirán contrarrestar el daño psicológico producido por sus vínculos primarios. Cada miembro del equipo ofrece recursos terapéuticos, que se organizan en función de promover un proceso terapéutico según las necesidades particulares de cada paciente. Más allá del rol específico que

asume cada miembro del equipo, existe una “forma de hacer” particular que caracteriza la filosofía de Nuestra Unidad. Dicha “forma de hacer” es lo que marca la actitud terapéutica, como esencia y finalidad de la función terapéutica. Como plantea García Badaracco (1989), “la función terapéutica se asienta sobre hacerse cargo del paciente y su familia, mostrando una forma particular de relacionarse con él, asumiendo sus dificultades, sus necesidades primitivas y compartiendo su dolor psíquico”.

3.2.2. Actividades terapéuticas

La Unidad cuenta con diversas actividades terapéuticas (Tabla 5), pensadas en dar una atención apropiada y personalizada al paciente. Las actividades son las siguientes:

El espacio de «Buenos Días» es un espacio diario de 9.30h. a 9.45h. Los pacientes van llegando a la Unidad y se van encontrando en la cocina. Se charla informalmente sobre cómo han pasado el día, se tocan temas de actualidad y se puede leer periódicos y revistas de actualidad. Siempre hay algún miembro del equipo presente.

El «Grupo Dinámico» es un grupo específico para pacientes en crisis y el espacio esencial en nuestra Unidad. Está basado en la terapia grupoanalítica breve para pacientes en situación de crisis emocional. El terapeuta mantiene una actitud activa y se mantiene el foco de intervención terapéutica en el “aquí y ahora” grupal. Se trabajan los ataques al encuadre, se intentan limitar las actuaciones, y se trabaja para disminuir la comunicación confusa y contradictoria propia de estos pacientes. Es la actividad terapéutica que ocupa un mayor espacio dentro de las actividades de la Unidad. Es un grupo diario, con una duración de una hora y es la primera actividad de la mañana (de 9.45 a 10.45h).

El «Grupo Cognitivo-comportamental» tiene lugar los lunes, miércoles y viernes de 12.30 a 13.30h. Es un grupo dirigido, en el que el terapeuta toma una

actitud activa. Se confrontan los comportamientos autodestructivos de los pacientes, estableciendo la conexión entre sentimientos y acciones, y dirigiéndose a la reformulación y modificación de los esquemas cognitivos. Pasando de las acciones como único lenguaje, a la palabra. Se centra en el estado actual y en los factores que se consideran relacionados con el mantenimiento del trastorno presente. Se trabaja la construcción de límites por medio de la planificación. Se abordan las relaciones interpersonales buscando soluciones adaptativas. Se focalizan los problemas más importantes del paciente y la influencia en su vida social, familiar y laboral. Se trabajan las habilidades sociales. También se aborda la planificación del fin de semana y del tiempo libre.

El «Grupo de Manejo de Ansiedad (Técnicas de Relajación)» tiene lugar todos los lunes de 11.15h a 12.15h. Esta basado en el abordaje cognitivo de la ansiedad y en el entrenamiento en las técnicas básicas de relajación. Este espacio se centra en el entrenamiento autógeno de Schultz (1969), basado en la percepción del cuerpo y en el método de relajación de Jacobson (1938), que actúa fundamentalmente sobre los músculos a través de producir disminución en la actividad tónica para luego utilizar este efecto calmante y reducir la excitabilidad cerebral.

La «Actividad de Terapia por el Arte» tiene lugar los martes y jueves de 11.15h. a 12.15h. Es un conjunto de prácticas muy variadas en la enseñanza, rehabilitación, y la psicoterapia cuyo objetivo es ayudar a la integración o a la reintegración de la personalidad. Este espacio está dirigido a expresar la creatividad a través de distintas actividades manuales, subrayando la importancia de la relación entre el terapeuta, el paciente y el objeto artístico, haciendo especial hincapié en los “fenómenos transferencia”.

El «Grupo de Danza Movimiento Terapia (DMT)» tiene lugar los miércoles y viernes de 11.15h a 12.15h. La DMT pertenece a las Artes Creativas en Psicoterapia y este grupo sigue el marco teórico de Marian Chace y Mary Whitehouse (pioneras de esta terapia en Estados Unidos). Es un grupo dinámico dónde, desde un marco psicoterapéutico seguro, se exploran los aspectos

psicológicos, conscientes e inconscientes, comunicativos y creativos del movimiento. A través de éstos, el mundo interior de la persona se hace más tangible, se comparte el simbolismo personal y se muestran los modelos de relación que uno tiene con los demás, encontrando significados en gestos, posturas y cualidades de movimiento.

El «Grupo Psicoeducativo» tiene lugar los martes de 12.30h. a 13.30h. Se imparte información sobre las diferentes enfermedades mentales y el tratamiento farmacológico. El origen de las patologías, multicausalidad, sintomatología, pronóstico y tratamiento. Se describen las distintas medicaciones y se aclaran todas las dudas que planteen los pacientes sobre este tema. El objetivo es el aumento de la adherencia al tratamiento medicamentoso, la explicación de los efectos secundarios de la medicación y de las interacciones medicamentosas.

El «Grupo de Focalización de Conflictos» tiene lugar los jueves de 12.30h. a 13.30h. Es un grupo dirigido, destinado a la resolución de los conflictos existentes (personales, familiares y sociales), intentando crear respuestas más adaptativas que permitan una disminución de la ansiedad y la angustia.

También se realizan semanalmente «Intervenciones Psicoterapéuticas Individuales». Las intervenciones individuales son complementarias a las intervenciones grupales que son la base del tratamiento en la Unidad. Estas se pueden dar durante cualquier momento a lo largo del día, según el criterio del equipo terapéutico o a petición del paciente. Fundamentalmente, se basan en una escucha activa de las dificultades del paciente, analizando los problemas individuales, intentando contener su angustia e impulsividad y se trabaja la adquisición de nuevos recursos yóicos.

Las «Intervenciones Psiquiátricas» se realizan según criterio del equipo multidisciplinar o por petición del paciente. El médico psiquiatra realiza el control de medicaciones y hace una evaluación psicopatológica.

Otra parte fundamental del tratamiento son las «Entrevistas Familiares». Se dan en cualquier momento dentro del horario de la Unidad, según criterio del equipo multidisciplinar y generalmente con cita previa a la familia. Se realiza una escucha activa a la conflictiva familiar y un análisis de las dinámicas familiares, así como la ayuda terapéutica necesaria para resolver conflictos interpersonales y superar la situación de crisis. El objetivo es implicar a la familia en el proceso terapéutico.

La Unidad también cuenta con un «Grupo Multifamiliar», que tiene lugar fuera del horario de la Unidad (lunes de 20 a 21.30h.), donde participan parte de los familiares y pacientes que se encuentran en tratamiento. Numerosos profesionales participan de este grupo, basado en la teoría de García Badaracó, que tiene como finalidad abordar la dimensión individual, familiar y social de la mente. Este grupo opera como un “continente” de los componentes más enfermos y regresivos y facilita la posibilidad de pensar y resolver los conflictos y el aprendizaje recíproco.

Aparte de los espacios terapéuticos, hay otros espacios fundamentales para el funcionamiento de la Unidad. Estos son las reuniones de staff. Existen dos tipos de «Reuniones de Equipo». Una diaria, que va de 9 a 9.30h., formada por los médicos y los psicólogos y otra es la reunión de equipo con todo el equipo terapéutico que tiene lugar los viernes de 13.30h a 15.00h. La totalidad del equipo multidisciplinar se reúne para discutir la evolución de los pacientes a lo largo de la semana. De manera consensuada se definen los diagnósticos de los pacientes y se concretan los planes terapéuticos específicos de cada paciente. En estas reuniones también se trabajan los aspectos contratransferenciales del equipo y las posibles dificultades propias del trabajo en la Unidad. Los miembros del equipo se encuentran dentro del campo transferencial de la Unidad (un campo transferencial generalmente intenso, regresivo y doloroso) por lo que las reuniones de equipo son fundamentales para trabajar la contratransferencia y evitar las contra-actuaciones agresivas del propio equipo.

Tabla 5. HORARIO DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS DE LA UNIDAD DE DIA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9.30 - 9.45	Buenos días	Buenos días	Buenos días	Buenos días	Buenos días
9.45 - 10.45	Grupo dinámico	Grupo dinámico	Grupo dinámico	Grupo dinámico	Grupo dinámico
10.45 - 11.15	Descanso 1	Descanso 1	Descanso 1	Descanso 1	Descanso 1
11.15 - 12.15	Técnicas de relajación	Terapia por el arte	Danza Movimiento Terapia	Terapia por el arte	Danza Movimiento Terapia
12.15 - 12.30	Descanso 2	Descanso 2	Descanso 2	Descanso 2	Descanso 2
12.30 - 13.30	Grupo cognitivo-comportamental	Grupo psicoeducativo	Grupo cognitivo-comportamental	Grupo focalización de conflictos	Grupo cognitivo-comportamental

Los criterios generales de inclusión/ exclusión para poder realizar el tratamiento en la Unidad de Día son los siguientes:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que intensifican sus síntomas y/o conflictos en el eje II y no pueden mantener el tratamiento ambulatorio y no requieran al momento hospitalización total.
2. Pacientes con trastornos de Personalidad que requieren continuar con el trabajo de deshabitación de tóxicos, luego de un periodo de desintoxicación en una unidad de ingreso y a posteriori posibilitar una reinserción socio-laboral.
3. Pacientes con crisis vitales.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con alto riesgo suicida.
2. Pacientes con tan alto riesgo de heteroagresividad o autoagresividad que ponen en riesgo la integridad física o la vida de sí mismos o de terceros.
3. Pacientes con déficits cognitivos importantes.
4. Conductas psicopáticas tan graves que impiden el funcionamiento de la unidad.
5. Consumo activo y compulsivo de tóxicos y/o alcohol.
6. Pacientes con descontrol de impulsos, de intensidad excesiva.
7. Enfermedades médicas descompensadas ó infectocontagiosas donde está indicado el aislamiento.

Una vez que el paciente es incluido en el tratamiento, se firma el compromiso terapéutico en el que se responsabilizan a acudir a la Unidad de 9.30 a 13.30h., de lunes a viernes, y a acudir a todas las actividades que ofrece el Servicio.

3.2.3. Fases del tratamiento

El tratamiento tiene una duración total de dos a tres meses aproximadamente, de lunes a viernes cuatro horas diarias, divididos en 3 fases (Tabla 6):

La primera es la “fase de admisión”, con una duración aproximada de 3 a 5 días. Podrá extenderse según determine el equipo terapéutico. Los objetivos de esta fase son los siguientes:

- Un objetivo de esta fase es que el equipo multidisciplinario realice un diagnóstico Bio-psico-social, a fin de determinar la permanencia del paciente en la Unidad de Día.

- Otro objetivo es lograr que el paciente acepte voluntariamente las indicaciones determinadas por el equipo terapéutico.
- Valorar si el paciente cumple los criterios de inclusión / exclusión.

Se realizará una evaluación por el médico psiquiatra:

- Se efectuará en el primer día, siendo el primer contacto que el paciente tenga con el tratamiento.
- Se realizará una entrevista a fin de determinar su estado psiquiátrico y su estado médico general, utilizando los criterios de inclusión-exclusión.
- Se solicitará estudios de laboratorio, E.K.G. y de imágenes, así como interconsultas con otras especialidades, de ser necesarios, antes de admitir a un paciente en la Unidad de Día.

También se realizará una evaluación por psicología:

- Se realizará el segundo día de tratamiento. Se realizará una primera entrevista psicológica para valorar las características de personalidad del paciente.
- Se le efectuará al paciente las baterías de tests que el equipo terapéutico establezca para documentar el estado psicológico. En principio, se realizará a todos los pacientes el Test de Desesperanza de Beck, el Inventario de Depresión de Beck- HS, el cuestionario de ansiedad estado/rasgo-STAI, la entrevista clínica psiquiátrica de trastornos de personalidad-SCID II. Si el equipo terapéutico lo cree necesario se realizará cualquier otro tipo de test.
- Se objetivará el grado de contención externa con que cuenta el paciente.
- Se obtendrá información de la historia longitudinal psicopatológica del paciente.

- Se valorará conciencia de enfermedad y de situación si hubiese patología familiar.

También el paciente debe recibir la información administrativa. Desde administración se tendrá en cuenta:

- Si el paciente cuenta a la fecha con un seguro privado de salud que cubra el tratamiento en la Unidad de Día.
- Si el paciente no cuenta con cobertura se le informará de los honorarios.

Antes de finalizar esta fase, se realizará una devolución del equipo psicoterapéutico. Se reunirán algún representante del equipo terapéutico con el paciente y/o la familia a fin de:

- Entregar un diagnóstico de enfermedad y situación.
- Se indicará la aceptación ó no aceptación del paciente al programa.
- En caso de no ser aceptado el equipo terapéutico justificará y se orientará al paciente hacia el programa mas idóneo (dentro ó fuera de A.M.S.A.) a fin de resolver la crisis existente.
- Se le informará del estado administrativo a fin de que el paciente pueda definir su compromiso de tratamiento.
- En caso de ser aceptado al programa de tratamiento, el paciente firmará el “Compromiso de Tratamiento Voluntario”.
- “Compromiso de Tratamiento Voluntario”: El paciente se compromete a asistir y realizar el tratamiento de Nuestra Unidad de Día de forma adecuada, haciéndose responsable de los honorarios de este.
- Una vez firmado el compromiso terapéutico, al paciente le será asignado, según decisión del equipo terapéutico, un psiquiatra y un psicólogo de referencia para su tratamiento en la Unidad.

- A lo largo de esta fase se trabaja la adhesión del paciente al tratamiento, a través de la alianza terapéutica con el equipo y buscando una adecuada integración al grupo.

La segunda es la “fase de tratamiento en curso”, con una duración aproximada de 30 días. Esta fase tiene los siguientes objetivos:

- En esta fase se trabajará en un marco de tratamiento estable fijado por horarios predeterminados de las sesiones, delimitación de lo que se trabajará en cada espacio terapéutico, sea grupal e individual, claras expectativas con referencia a los objetivos del tratamiento.
- El paciente participará diariamente de todos los espacios terapéuticos que cuenta la Unidad.
- Los pacientes con problemas de tóxicos realizarán los análisis de orina indicados por el equipo terapéutico.
- En esta fase, una vez conseguida una alianza terapéutica, se trabajará para que el paciente pueda profundizar en aspectos de su personalidad, logrando una mayor comprensión de sus conflictos individuales y relacionales.

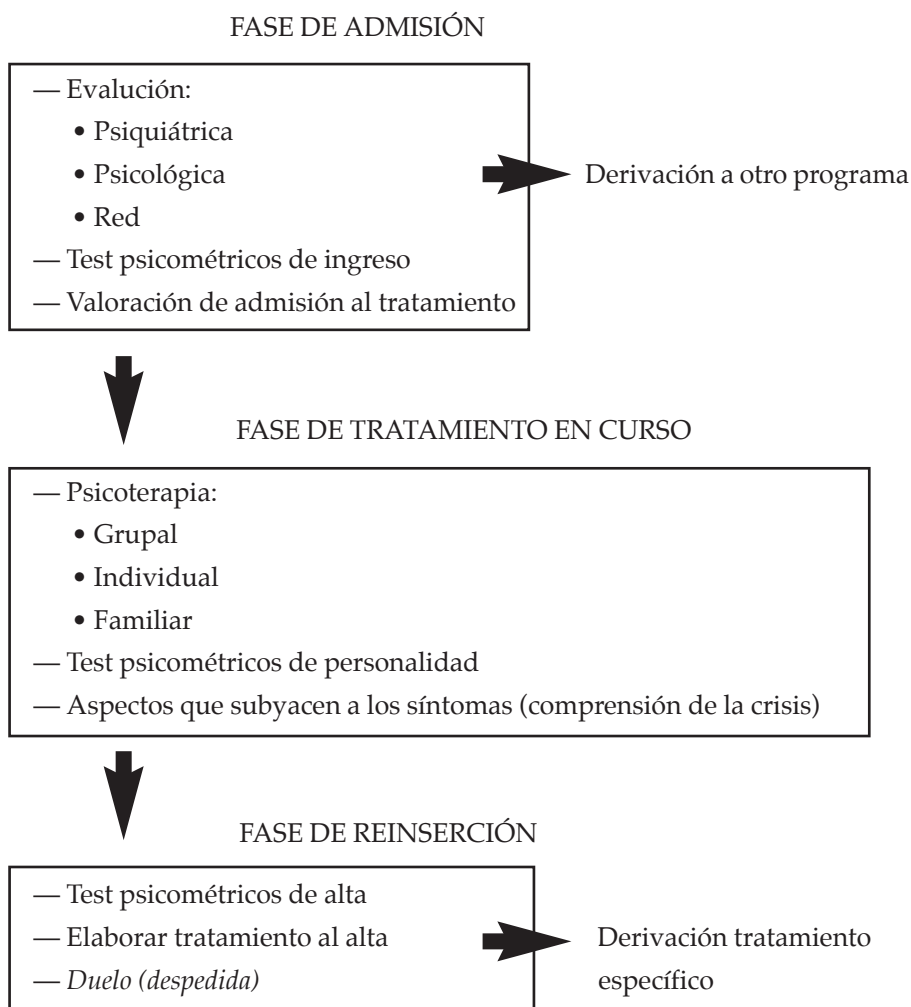
La última es la “fase de reinserción”, con una duración aproximada de 15 días y en la que se abordaran los siguientes aspectos:

- Los objetivos son la reinserción familiar, social, académica, o laboral del paciente.
- Se trabaja a través de los grupos y de las entrevistas individuales y familiares la prevención de recaídas.
- Se trabaja la necesidad de tratamiento continuado después del tratamiento en la Unidad. Una vez que el paciente logra una mayor estabilidad emocional y ha podido focalizar sus conflictos, consiguiendo

una mayor conciencia de enfermedad y situación, se trabaja la necesidad de tratamiento al alta.

- En esta fase, se crea junto al paciente y la familia un plan psicoterapéutico personalizado o se deriva a su terapeuta de referencia.

Tabla 6. CRONOGRAMA DE TRATAMIENTO EN UNIDAD DE DÍA



3.2.4. Abordaje de pacientes borderline en la Unidad

Los trastornos borderline son una de las patologías más difíciles de tratar clínicamente. Por sus características muchas veces tienen serias dificultades para mantener los tratamientos y son pacientes que habitualmente “desbordan” a los terapeutas y a los familiares. En Nuestra Unidad de Día se realiza un abordaje combinado (individual, grupal y familiar) para tratar de afrontar todas sus necesidades.

El CIE 10, define a los “trastornos de personalidad y del comportamiento adulto”, como “trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta”.

Desde un punto de vista psicoanalítico, O. Kernberg (1968), define la organización estructural límite, como una estructura con una carencia de la identidad integrada, es decir, con una difusión de identidad con aspectos contradictorios del “sí mismo” y de los demás, pobremente integrados y mantenidos aparte. También habla de una organización defensiva primitiva, como en la estructura psicótica, en la que predominan la idealización primitiva, la escisión, la identificación proyectiva, la negación, la omnipotencia y la devaluación. A diferencia de las estructuras psicóticas, la estructura neurótica y límite de la personalidad presentan un mantenimiento de la prueba de realidad, es decir, existe la capacidad de diferenciar el “sí-mismo” del “no-sí-mismo”, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos, y la capacidad para evaluar realísticamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales.

Este tipo de pacientes son difíciles de manejar en la terapia individual debido a su inestabilidad emocional y a la aparición de transferencias intensas

y actuaciones. Waldinger (1987) realizó un trabajo en el que muestra que dos tercios de los pacientes abandonaron el tratamiento (50% durante los primeros seis meses) y que sólo el 10% experimentó un resultado positivo. Las terapias de grupos con estos pacientes ofrecen la ventaja de una mejoría del funcionamiento del Yo y del funcionamiento interpersonal, así como una disminución de las tendencias regresivas. Por otra parte, toleran mejor las confrontaciones o indicaciones de otros pacientes que del terapeuta porque tienen la posibilidad de relacionarse con ellos a un nivel de igualdad.

Desde nuestro trabajo en la Unidad, la “alianza terapéutica” es indispensable y primordial para la intervención clínica sobre el paciente en crisis. Es la forma de aliviar la ansiedad y la angustia inicial y la manera de acompañar al paciente en esta experiencia terapéutica, favoreciendo un compromiso activo con el plan terapéutico.

A partir de esta “alianza terapéutica”, progresivamente se intenta facilitar la introspección, modificando la actitud del paciente en relación a los síntomas, de forma que “estos sean percibidos como elementos a comprender más que a eliminar” (Andreoli, 1992). Se procura que comprenda que los síntomas son en gran parte producto de la interacción con las personas significativas del entorno.

El eje terapéutico de la Unidad son los espacios grupales, que tratan de dar una contención al paciente y sacarlo de su aislamiento. A nivel grupal, el objetivo es la conformación de una matriz que circule por toda la unidad. La matriz grupal será la red de transferencias donde se van a poner en juego todas las ansiedades más primitivas y es el campo de acción creativo del proceso terapéutico. La relación como comunicación (más allá de lo verbal) es central ya que es un principio de otros agentes de cambio. “El lenguaje de los síntomas, aunque es ya una forma de comunicación, es autístico” (H.S. Foulkes). El poder verbalizar el conflicto subyacente al síntoma permite comenzar a superar los conflictos inconscientes y las catexias de los niveles más profundos de la mente.

El grupo se ofrece para estos pacientes como un espacio transicional, para salir de la relación de apeamiento patógeno que buscan en las relaciones que establecen. Esta relación parte del modelo de vínculo que tienen en su grupo familiar (Pichon-Rivière, 1957). Analizamos las tensiones del paciente con los distintos miembros del grupo, analizamos el grupo como totalidad en sí e investigamos las funciones del intragrupo, por ejemplo, el liderazgo. En última instancia, lo que provoca la aparición del emergente mental del paciente está en relación directa con la aparición de tensiones particulares en el grupo/familia.

En la Unidad se pretende aportar una experiencia compartida que contribuya tener una actitud de comprensión ante el discurso verbalizado, en contraposición a la puesta en acto que les caracteriza a estos pacientes. En el contexto grupal, es donde se podrá pensar e interpretar las actuaciones para poder comprender y elaborar la angustia que motiva a la actuación. Los pacientes borderline tienen serias dificultades para establecer una buena experiencia emocional debido a la escisión y a las violentas transferencias negativas que de ella deviene. Justamente, por estos motivos expuestos, el objetivo del equipo terapéutico es ir conformando y manteniendo una matriz grupal, es decir, una red de transferencias que están en el fondo de todo proceso terapéutico grupal, cuyo objeto sea dar contención y generar un espacio creativo y constructivo para el grupo y los sujetos que lo componen. (Maruottolo C. y Mascaró A. 2006).

Desde la perspectiva grupoanalítica, se busca proporcionar un espacio que fomente la comunicación, que permita pensar y sentir acerca de las preocupaciones conscientes que cada miembro trae al grupo en el momento de inestabilidad y de crisis en el que se encuentra. Esta comunicación genera en el paciente, además, una movilización de aspectos inconscientes primarios atemorizantes, interpretados en transferencias de diversa intensidad paranoide. Se debe trabajar para mostrar la seguridad del espacio, creando un espacio terapéutico contenedor y que no genere daño.

La contención y la comprensión son fundamentales para este tipo de pacientes en situación de gran inestabilidad, incluso, más que la interpretación. El sentirse escuchado y tenido en cuenta por el otro, permite entablar un vínculo seguro y distinto al que generalmente están acostumbrados. El sentimiento de impotencia es asociado a reacciones traumáticas de rechazo latente y comunicaciones hostiles de personas significativas de su entorno, de las que el paciente esperaba apoyo y compasión. Sin la contención y aceptación de la angustia del otro, no es fructífera ningún tipo de interpretación.

En el proceso terapéutico, dentro de la Unidad, se harán visibles los aspectos contradictorios de los comportamientos. Los pacientes que acuden, lo hacen de forma voluntaria, motivados por la crisis que presentan, pero inconscientemente repiten conductas dirigidas a mantener el mismo tipo de vínculos y el mismo patrón de comportamiento que tanto les ha dañado. Por todo esto, los terapeutas deben confrontar estas fuertes resistencias dirigidas contra el "cambio".

Una parte esencial dentro del tratamiento de los pacientes borderline, es el alta de la Unidad ya que estos pacientes están asociados a una gran vulnerabilidad a las crisis emocionales. El alta recrea las situaciones de duelo y abandono anteriormente vividas por el paciente. Al tratarse de una Unidad abierta, constantemente se están produciendo ingresos y altas, lo que se asemeja a otras situaciones de la vida real. En la

Unidad se tratan de acordar con el paciente, las fechas de finalización del tratamiento, intentando hacerlo con el tiempo necesario para poder trabajar los aspectos que se incluyen en el duelo. Los pacientes borderline tienden a establecer relaciones dependientes e idealizadas, por todo esto, las altas no siempre se resuelven de manera satisfactoria. Las reacciones traumáticas debido a los sentimientos de abandono por posibles rupturas sentimentales son el rasgo central de las crisis en los borderline. Desde el punto de vista clínico, estos eventos vitales están relacionados con un síndrome agudo de estrés incluyendo, intenso horror asociado a la experiencia de separación,

ideación compulsiva centrada en la insoportable experiencia de pérdida, niveles elevados de ansiedad, y en ocasiones trastornos disociativos. Después del abandono, la vida no tiene valor para este tipo de pacientes, y la muerte o el daño físico aparece como una solución y como una necesidad. El alta, en ocasiones reviva el intenso dominio de las experiencias traumáticas vividas. Por todo esto, el paciente debe ser ayudado por el resto del grupo para que pueda finalizar su tratamiento de manera satisfactoria, reconociendo sus logros y agradeciendo al grupo la ayuda prestada. De este modo se pretende integrar al duelo de la pérdida, la ganancia de los objetivos alcanzados y la riqueza de los vínculos humanos que han permitido los mismos, a manera de modelo para afrontar futuras situaciones vitales.

Dentro del abordaje de la patología borderline, otro parte fundamental del tratamiento en la Unidad, es el trabajo con las familias. Algunos pacientes que mejoran dentro de la Unidad, sufren recaídas cuando se reintegran a su medio familiar. García Badaracco (2000), define el concepto de “poder patógeno”, como los vínculos enfermos que actúan unos sobre otros, en este caso en la familia “aparentemente sana” y el paciente, que se desarrollaron en el pasado pero que mantienen una fuerza actuante en el presente. Desde nuestra Unidad, entendemos la crisis como un concepto complejo, que va más allá de lo individual, incluyendo lo relacional, es decir, a la familia y a la sociedad. Por lo tanto, creemos necesario incluir a la familia en el trabajo terapéutico, para poder entender las dificultades de los pacientes dentro de la Unidad y para poder aliviar las resistencias de la propia familia. F. Clarkin, F. Yeomans y O. Kernberg (2006) indican que la presión familiar es uno de los factores principales que contribuyen al abandono del tratamiento. Estos autores muestran que el cambio del paciente puede ser percibido como un peligro para el equilibrio familiar y esto genera rechazo en la familia. En la Unidad, se mantienen varias entrevistas familiares para poder sobrellevar, comprender y superar la crisis que están pasando. También contamos con el Grupo Multifamiliar, donde pueden participar las familias y los pacientes. A diferencia de la Unidad, el grupo multifamiliar perdura en el tiempo, y los

pacientes y familiares pueden continuar después de concluir el tratamiento en la Unidad. Desde este grupo, se trabajan los comportamientos y las relaciones personales (interdependencias) tratando de rescatar los aspectos positivos, las demandas emocionales y las necesidades profundas que se esconden detrás de las relaciones conflictivas (N. Mascaró, 2008). El trabajo familiar, simultáneo con el trabajo del paciente en la Unidad, permite desarrollar un trabajo más profundo, llevando a cabo un proceso terapéutico más adecuado y aprovechando mejor la experiencia terapéutica en la Unidad. Las entrevistas familiares se mantienen desde la primera o segunda semana del tratamiento (en función de la situación del paciente), y el objetivo es el establecimiento de una alianza con la familia. En muchas ocasiones, la familia muestra fuertes actitudes defensivas, especialmente por los sentimientos de culpa y por el miedo a participar en el tratamiento. Muchas familias presentan intensas resistencias y prefieren mantener sus mecanismos de defensa, antes que implicarse en el tratamiento y enfrentarse al intenso miedo que les genera escuchar al familiar “supuestamente enfermo”.

Desde la Unidad no se pretende realizar una psicoterapia familiar, sino a través de un número reducido de entrevistas (entre 4 y 5), se trata de aliviar los intensos conflictos y resistencias familiares, para lograr una mayor comprensión (intelectual y emocional) de la crisis, buscando la inclusión de la familia en el proceso terapéutico.

Para concluir, no podemos obviar la importancia del trabajo en equipo, con este tipo de pacientes. Los encuentros con el equipo terapéutico, tanto en las reuniones programadas, como en espacios informales, son fundamentales para poder manejar la contratransferencia y no quedarse “enganchado” en los vínculos patológicos que los pacientes en crisis nos ofrecen. La importancia radical del análisis de la contratransferencia, como fuente de material en estos pacientes, en detrimento del material asociativo, es algo comúnmente señalado por muchos autores, así como un instrumento de gran valor diagnóstico y terapéutico. Los pacientes borderline se caracterizan por hacer demandas

inusuales dirigidas a la emocionalidad del terapeuta. Searles (1986) describe como estos pacientes nos hacen ver, por ejemplo, si seremos capaces de enfrentar el miedo de que se vuelva psicótico, y nos muestra su deseo y el miedo sentido como ambivalencia extrema de volvernos psicóticos. Esta plasticidad del borderline y sus intensas demandas junto a su capacidad para literalmente “colocarnos” sus emociones con total nitidez es uno de los fenómenos más claros del tratamiento. De la misma forma que él siente intensamente, nos hace sentir intensamente. El impacto emocional que producen está íntimamente relacionado con la intensa escisión de las representaciones de amor y de odio que no son integradas. Searles (1986) ofrece una variada gama de formas posibles que puede adoptar la masiva transferencia de estos pacientes, encontrando según él, con gran frecuencia, que por debajo de una imagen del analista como omnipotente o “responsable diabólico” de sus problemas está la consideración del analista como un niño no deseado, repetición, según él, de algo encontrado en muchos casos, a saber, la sensación transmitida a muchos niños por sus madres de que todo estaría bien si ellos no hubieran nacido y que se repite en la situación analítica, cuando yendo todo aparentemente bien en la vida de los pacientes éstos cuentan que el único punto negro es el analista.

El trabajo en equipo es esencial para poder llevar a cabo este trabajo con este tipo de patología. Guimón (2001) señala que la relación con pacientes psiquiátricos produce una ansiedad que puede dar lugar en el profesional a actuaciones no encaminadas a resolver los problemas del paciente, sino a defenderse él mismo. La función del equipo va más allá de la realización de tareas, es decir, permite a los profesionales un marco seguro de trabajo y un lugar de desarrollo personal y profesional a través de las discrepancias que surgen en el propio equipo. El equipo terapéutico debe representar una “alter familia”, pero en el van a aparecer diversas dificultades derivadas de elementos de realidad (estrés laboral, rivalidades entre los miembros...) y provenientes de las identificaciones proyectivas que los pacientes depositan en los terapeutas. Por todo esto, es fundamental supervisiones periódicas de

los equipos y de los componentes individuales, para poder mantener un marco seguro para los propios profesionales.

4. Predictores de evolución de los pacientes borderline en la terapia del medio

En el año 2006, Zanarini realizó el estudio “Predicción del curso del trastorno borderline de la personalidad durante 10 años” que analizaba los predictores temporales clínicos más relevantes en la remisión de pacientes con trastornos borderline de la personalidad. 16 variables se mostraron relevantes como predictores de una remisión más temprana. Existen 7 variables significativas asociadas con la remisión rápida de síntomas: edad joven (*younger age*), ausencia de abusos sexuales en la infancia, ausencia de antecedentes familiares con trastornos por abuso de sustancias, buena carrera profesional (*good vocational record*), ausencia de trastornos de ansiedad de la personalidad, bajo neuroticismo y alto nivel de compromiso con el tratamiento (*agreeableness*). Los resultados de estos estudios sugieren que la predicción del tiempo de remisión de los trastornos borderline de la personalidad es de naturaleza multifactorial, incluyendo factores que son rutinarios en la práctica clínica, particularmente aspectos del temperamento, y otros que no lo son. El 88% de los pacientes con trastornos borderline de la personalidad estudiados muestran remisión. En términos temporales, 39,3% de los 242 pacientes que experimentaron una mejoría lo hicieron a partir del segundo año de seguimiento, 22,3% lo hicieron a partir del cuarto año, 21,9% a partir del sexto año de seguimiento, 12,8% a partir del octavo año y 3,7% a partir del décimo año de seguimiento.

En el 2006, Gunderson analizó los predictores de resultados a dos años para pacientes con trastornos borderline de la personalidad. Los resultados confirman las investigaciones previas, que los aspectos psicopatológicos más severos (por ejemplo altos niveles de trastorno borderline de la personalidad y la incapacidad funcional) y un antecedente de trauma infantil predicen

resultados pobres. Un nuevo estudio sugiere que la calidad de las relaciones actuales de los pacientes con trastornos borderline de la personalidad tienen significancia en un pronóstico a 2 años.

Zanarini, en el año 2003, estudió el curso longitudinal de la psicopatología borderline: seguimiento de 6 años del trastorno borderline de la personalidad. El fenómeno del trastorno borderline de la personalidad fue estudiado durante 6 años de seguimiento. Los resultados sugieren que la mejora de los síntomas es común y estable, incluso entre los pacientes con trastornos más severos, y que el pronóstico para la mayoría de ellos es mejor que lo que se reconocía previamente.

En el año 2004, Zanarini realizó el estudio “Eje II trastorno borderline de la personalidad: descripción de un seguimiento de 6 años y predicciones del tiempo de remisión”. Los resultados de este estudio sugieren que los trastornos del eje II ocurren menos frecuentemente en pacientes con trastornos borderline de la personalidad en el tiempo, principalmente con pacientes que han presentado una remisión. También indican que los trastornos de ansiedad son los criterios del eje II que impiden la remisión de los síntomas en pacientes con trastornos borderline de la personalidad.

II. MÉTODO

5. Justificación

El objetivo fundamental de este trabajo de investigación es evaluar clínicamente a los pacientes borderline, antes y después del tratamiento, en nuestra unidad de día. La valoración de la eficacia del tratamiento a través de la mejoría sintomatológica, su funcionamiento social y familiar y su mejora en su calidad de vida.

Para evaluar el tratamiento se suministrará a los pacientes los test psicométricos BDI, STAI, HS y BSI al inicio del mismo y al abandonar el centro. Los psicólogos que pasen los instrumentos serán distintos a los que realicen el tratamiento.

6. Hipótesis

En el presente trabajo, vamos a estudiar y a correlacionar un número de variables clínicas con respecto a los 106 pacientes estudiados (divididos en dos grupos borderline y no borderline).

Las hipótesis generales son:

1. Existirá una mejoría clínica al finalizar el tratamiento.
2. La cumplimentación del tratamiento será peor en los pacientes borderline que en los pacientes con otros diagnósticos.

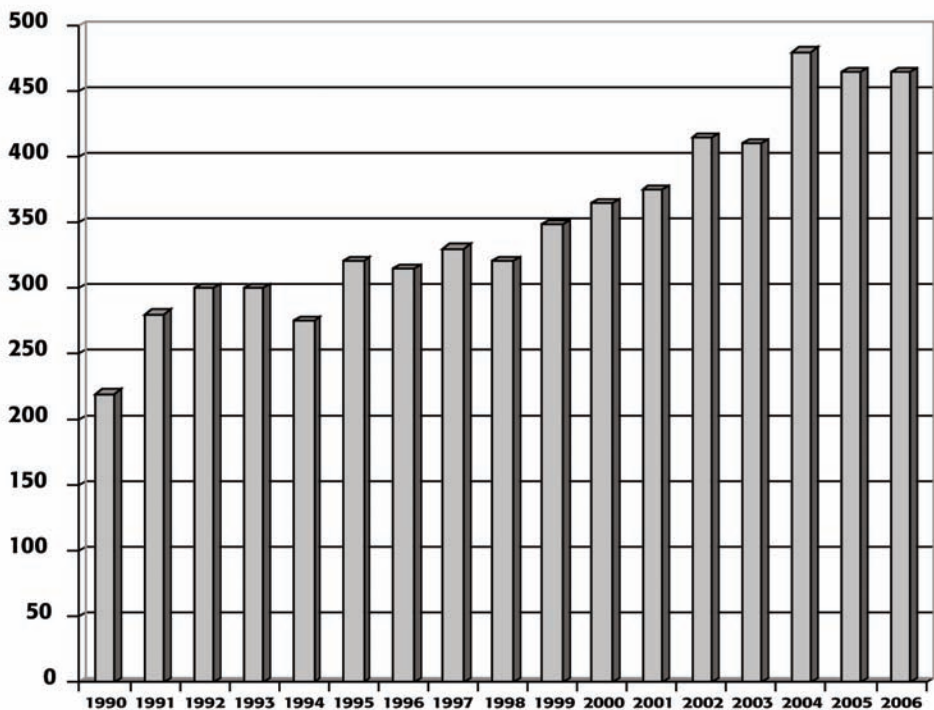
En relación con las hipótesis específicas:

1. Los pacientes borderline presentarán tanta mejoría en los síntomas depresivos como los no-borderline.
2. Los pacientes borderline presentarán una mejoría de los niveles ansiedad como los no-borderline.
3. Los pacientes borderline presentarán una disminución de la ideación autolítica como los no-borderline.
4. Los pacientes borderline tendrán un número mayor de altas no programadas durante el tratamiento.
5. La implicación familiar será un predictor favorable de la adherencia al tratamiento.

7. Muestra

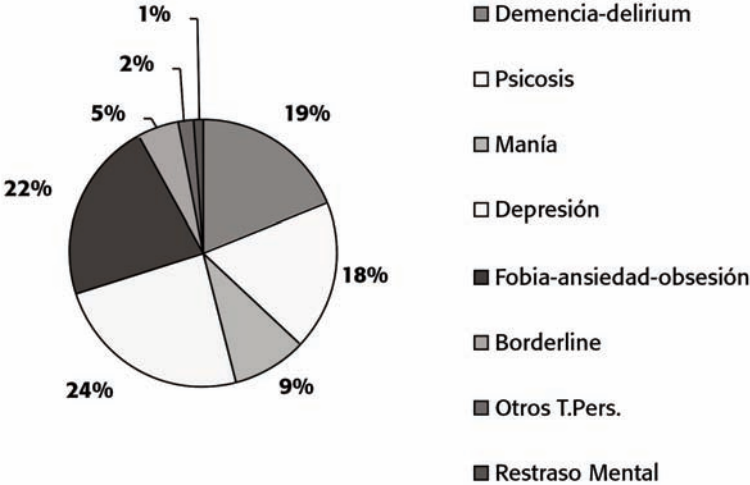
La sub-población sobre la que se ha obtenido la muestra, proviene de la población de pacientes que acudieron a los servicios de psiquiatría de AMSA, entre junio de 2003 y junio de 2005. Debido a que el número de pacientes hospitalizados crecía, a nuestro modo de ver, en exceso (Figura 1), decidimos crear dos unidades de día en las que, entre junio de 2003 y junio de 2005, se incluyeron 106 pacientes con lo que el número de ingresos disminuyó.

Fig. 1 PACIENTES HOSPITALIZACIÓN



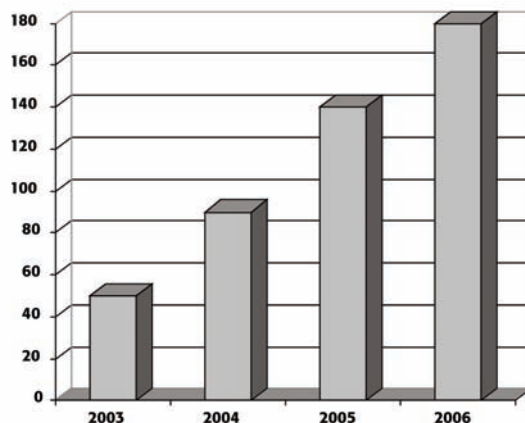
Nuestra Unidad de Hospitalización es una unidad de agudos. Se atienden a pacientes en un régimen de hospitalización breve en el ambiente menos restrictivo posible. Los tipos de patologías (Figura 2), en el año 2007, que se trataron en la Unidad de Hospitalización son las siguientes:

Fig. 2. DIAGNÓSTICOS HOSPITALIZACIÓN



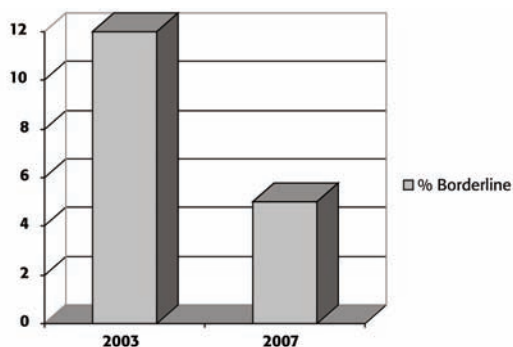
Como hemos mencionado con anterioridad, nuestras Unidades de Día fueron creadas a partir del año 2003. La población de pacientes se ha incrementado gradualmente (Figura 3) de manera significativa, llegando a los 180 pacientes atendidos en el año 2006.

Fig. 3. Nº PACIENTES UNIDAD DE DÍA



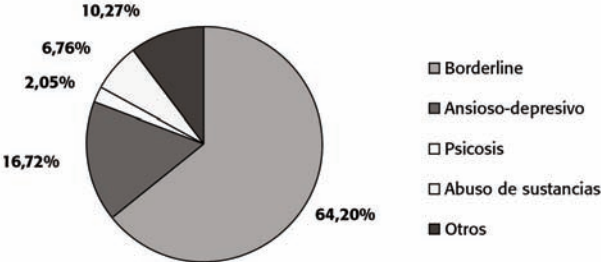
La mayor parte de los trastornos borderline de la personalidad eran tratados en la Unidad de Hospitalización (suponían el 12% del total de pacientes). Con la creación de la Unidad de Día, en el año 2003, los trastornos borderline de la personalidad han disminuido en un 7% en la Unidad de Hospitalización (Figura 4), y en la actualidad suponen un 5% del total de pacientes.

Fig. 4. POBLACIÓN DE PACIENTES BORDERLINE INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS EN LOS AÑOS 2003 Y 2007



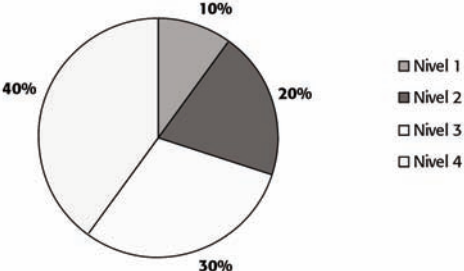
La muestra de este estudio consta de 106 pacientes de ambos sexos, adultos y que han realizado tratamiento en la Unidad de Día. El 64,2 % son trastorno borderline de la personalidad y 35,8% son no trastorno borderline (2,05% psicosis, 16,72% ansiedad/ depresión, 6,76% abuso de sustancias y 10,27% otros), como se muestra en el siguiente gráfico (Figura 5):

Fig. 5. DIAGNÓSTICOS UNIDAD DE DÍA



Dentro del grupo diagnóstico borderline, hemos realizado una clasificación en función del índice de gravedad en borderline (Figura 6). Este índice consta de 4 niveles, de menor a mayor gravedad y se basa en los 4 niveles del DSM IV. El grupo de pacientes borderline presenta los siguientes niveles de gravedad:

Fig. 6. INDICE DE GRAVEDAD EN BORDERLINE



8. Instrumentos (Apéndice A)

8.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI). Beck's Depression Inventory.

Los autores de este cuestionario son: Beck Aaron T., Steer Robert A., Brown Gregory K. (Editorial Paidós) y el objetivo del mismo es la evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM-IV.

La edad mínima para la realización del cuestionario es de 13 años en adelante (adolescentes y adultos). Las normas de puntuaciones de corte son según la severidad de la depresión y los tipos de administración pueden ser individual o colectiva, pero en cualquier caso, nos referimos a un cuestionario autoaplicable. El tiempo de administración suele variar entre 10 y 15 minutos y los ámbitos de aplicación son clínicos, forenses, e investigación aplicada.

En los últimos treinta y cinco años, el Inventario de Depresión de Beck se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión, dada su probada validez y fiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Esta versión del BDI, que viene a perfeccionar la anterior (BDI-IA), fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la American Psychiatric Association.

La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización. En el diseño de este test, se han tenido en cuenta esos criterios internacionales de descripción, por lo que no presenta teoría alguna de la depresión en particular.

Este instrumento, de muy fácil aplicación y puntuación, la realización lleva entre 10 y 15 minutos, provee pautas de administración, puntuación e interpretación, así como los resultados de los estudios de fiabilidad y de validez.

8.2. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). State-Trait Anxiety Inventory.

Evaluación de la ansiedad mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo -STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982; adaptación española de Seisdedos, 1988). Este instrumento permite la autoevaluación de la ansiedad mediante dos conceptos de la misma: como una predisposición a la ansiedad y a responder al estrés psicológico (ansiedad rasgo -A/R), y para evaluar el nivel transitorio de ansiedad en el momento presente (ansiedad estado -A/E). Consta de 40 elementos sobre una escala de respuesta con cuatro puntos, que va desde 0 a 3, y proporciona una puntuación de ansiedad rasgo (A/R escala de frecuencia, que va desde 0 casi nunca hasta 3 casi siempre) y otra de ansiedad estado (A/E escala de intensidad, desde 0 nada hasta 3 mucho). Las escalas se componen de elementos indicadores directos de ansiedad (como "Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas") y elementos inversos (como "Me siento bien"). La aplicación puede ser colectiva. El tiempo de administración suele ser variable, 20 minutos, aproximadamente. La edad: Adolescentes y adultos. La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

8.3. Escala de Desesperanza de Beck (HS). Beck's Hopelessness Scale.

La escala de Desesperanza de Beck (HS) fue creada por Beck, A., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. El cuestionario consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Es un instrumento autoaplicado. Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes: Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), Factor motivacional (pérdida de motivación) y Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.

8.4. La Lista corta de síntomas (BSI). The Brief Symptoms Inventory.

Fue creada por Lipman y Derogatis (1993). Se trata de una breve medición de auto-informe adecuada para la evaluación de la psicopatología y de las quejas psicológicas. Mide el estado psicológico y el estrés que el paciente padece en el presente. Es una forma corta del SCL-90-R, concebida por los mismos autores, y que incluye 53 de los 90 puntos originales. Es una escala breve y autoaplicada diseñada para la evaluación psicopatológica. Se redujo así el tiempo de administración de 15-20 minutos a 5-10 minutos. Los puntos se hallan resumidos para formar nueve escalas de síntomas (somatización, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, agresividad-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, sensibilidad interpersonal, y psicoticismo) y tres índices globales (índice de gravedad global, índice de angustia sintomática positiva, total de síntomas positivos). El BSI mide los síntomas experimentados

en los últimos siete días, incluido el día en el que se realiza la prueba. Hasta ahora, el BSI se ha aplicado principalmente en estudios con pacientes con trastornos psicológicos y en evaluaciones de resultados de tratamiento en psico-farmacoterapia. El BSI se ha traducido ahora a varios idiomas (p.j Francés, Alemán, Hebreo, Italiano, y Español).

8.5. Entrevista clínica psiquiátrica-Trastornos de la Personalidad.- SCID II

First, Michael, Gibbon Miriam, Spitzer, Robert (Editorial Masson) fueron los autores del SCID II. La Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes. La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos de Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados "3". Las entrevistas estructuradas se han desarrollado para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación, y para aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos. Uno de los objetivos en la elaboración de la SCID fue el producir un instrumento eficiente y de fácil manejo, de tal forma que las ventajas de la entrevista estructurada pudieran ser aplicadas en el ámbito clínico. La SCID puede ser utilizada para asegurar un diagnóstico más fiable y preciso en centros de asistencia primaria en salud mental y puede ser muy útil dada la existencia de casos complejos que existen en dichos centros. La SCID-VC representa un perfeccionamiento y una adaptación posteriores de la SCID para facilitar su utilización en la asistencia clínica. La SCID-VC ahorra tiempo, asegura una revisión concienzuda, es fácil de utilizar, y proporciona toda la información necesaria, mientras que mejora la precisión diagnóstica. Consta de 3 elementos:

1. Guía del usuario. Trata las patologías más comunes. Proporciona las instrucciones necesarias para usar correctamente la SCID-II. Presenta diversas discusiones detalladas de cómo llegar al criterio diagnóstico DSM-IV. También está incluido un caso muestra que ayuda al especialista en su aprendizaje del uso de la SCID-II.
2. Cuaderno de entrevista. Contiene numerosas preguntas para la entrevista así como los criterios diagnósticos del DSM-IV. Está especialmente diseñado para utilizarse con la hoja de resultados, con una duración de 45 a 90 minutos por sesión. Presentación tabulada, permitiendo al especialista pasar directamente de una sección a otra.
3. Cuestionario de la personalidad. Contiene un resumen de los criterios diagnósticos. Se usa como archivo de las decisiones diagnósticas.

9. Desarrollo de la investigación

El diseño que proponemos es el siguiente:

1. Admisión de pacientes: Se admitirán a todos los pacientes que lo soliciten y que reúnan los actuales criterios de admisión de la Unidad de Día
2. Diagnóstico: Se realizará mediante la aplicación del SCID-II, entrevista semiestructurada para el diagnóstico de DSM-IV y el CIE-10.
3. Para la evaluación del tratamiento se pasará las baterías autoaplicadas BDI, STAI, HS y BSI antes del inicio de tratamiento y al abandonar el paciente el centro.
4. El análisis estadístico de los datos se realizarán con el programa SPSS.
5. Los psicólogos que administren los instrumentos serán distintos que los que realicen el tratamiento.

III. RESULTADOS

Se evalúan variables clínicas y sociodemográficas, en el inicio del tratamiento y al final del mismo. El estudio se realiza sobre 106 pacientes de ambos sexos que acudieron en el periodo 2003, 2004, y 2005 a Nuestra Unidad de Bilbao. La estancia media de los pacientes fue de 50 días.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

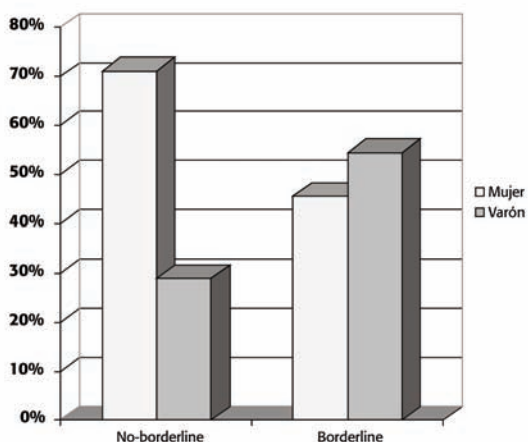
A continuación (Tabla 7) se observan las diferencias existentes entre borderline y no-borderline en cuanto a las siguientes variables sociodemográficas. El 54% de los borderline son hombres, frente a un 28,9% entre los no borderline, con un nivel de significación de $p = 0,012$. El 65,20% de los borderline son solteros, mientras que los no borderline lo son un 26,30%. El nivel de significación es de $p = 0,000$. Se ha encontrado un mayor número de población joven (18-25 años) en los borderline, con un nivel de significación de $p = 0,01$. Un 97% de los borderline tiene familias disfuncionales, lo que es más frecuente que en los no borderline, con un nivel de significación de $p = 0,000$. El 59,10% de los borderline se encuentran laboralmente activos, lo que es más frecuente que en los no borderline, con un nivel de significación de $p = 0,05$.

Tabla 7. DIFERENCIAS EN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES		BORDERLINE	NO-BORDERLINE
SEXO	<i>Hombres</i>	54,50%	28,90%
	<i>Mujeres</i>	45,50%	71,10%
ESTADO CIVIL	<i>Soltero</i>	65,20%	26,30%
	<i>Casado</i>	24,20%	52,60%
	<i>Divorciado</i>	10,60%	7,90%
ESTATUS SOCIO-ECONÓMICO	<i>Alto</i>	25,80%	18,40%
	<i>Medio</i>	57,60%	73,70%
	<i>Bajo</i>	16,70%	7,90%
SITUACIÓN FAMILIAR	<i>Funcional</i>	3%	31,60%
	<i>Disfuncional</i>	97%	47,40%
NIVEL EDUCATIVO	<i>Universitarios</i>	33,30%	28,90%
	<i>Secundarios</i>	48,50%	36,80%
	<i>Primarios</i>	18,20%	34,20%
REGULARIDAD DE ASISTENCIA	<i>No acude</i>	13,60%	5,30%
	<i>Irregular</i>	24,20%	21,10%
	<i>Regular</i>	62,20%	73,70%
DURACIÓN DE LA ESTANCIA	<i>Menos de 1 mes</i>	22,10%	18,40%
	<i>1-2 meses</i>	23,50%	23,70%
	<i>2-3 meses</i>	27,90%	18,40%
	<i>Más de 3 meses</i>	26,50%	39,50%
SITUACIÓN LABORAL	<i>Activo</i>	59,10%	10,50%
	<i>No activo</i>	40,90%	63,20%

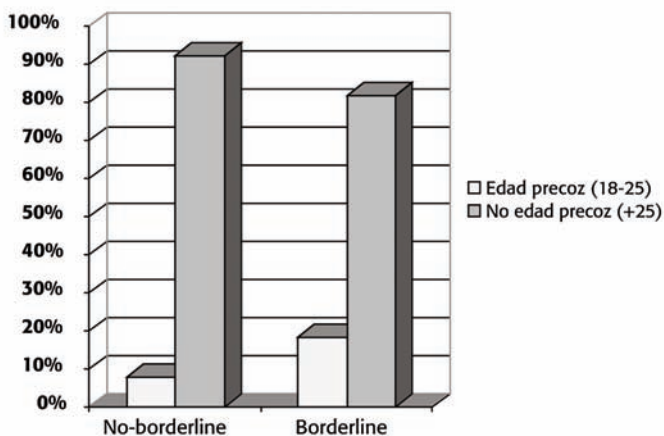
La proporción de hombres (54'50%) en la muestra de borderline, es mayor que en los no borderline (28'9%) con un nivel de significación de $p = 0,012$ (Figura 7).

Fig. 7. GÉNERO-PACIENTES



La media de edad entre los pacientes borderline es menor a la de los pacientes no-borderline (Figura 8). Hemos encontrado un mayor número de población joven (18-25 años) en los borderline con un nivel de significación de $p = 0,01$.

Fig. 8. EDAD PRECOZ



edad precoz * BORDERLINE Crosstabulation

			BORDERLINE		Total
			NO	BORDERLINE	
edad precoz	si	Count	3	12	15
		% within edad precoz	20,0%	80,0%	100,0%
		% within BORDERLINE	7,9%	18,2%	14,4%
	no	Count	35	54	89
		% within edad precoz	39,3%	60,7%	100,0%
		% within BORDERLINE	92,1%	81,8%	85,6%
Total	Count	38	66	104	
	% within edad precoz	36,5%	63,5%	100,0%	
	% within BORDERLINE	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

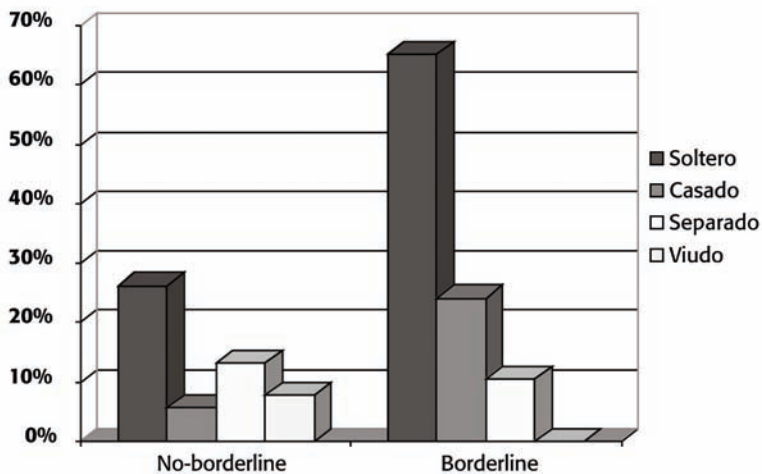
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,068 ^a	1	,150		
Continuity Correction ^b	1,318	1	,251		
Likelihood Ratio	2,238	1	,135		
Fisher's Exact Test				,246	,124
Linear-by-Linear Association	2,048	1	,152		
N of Valid Cases	104				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,48.

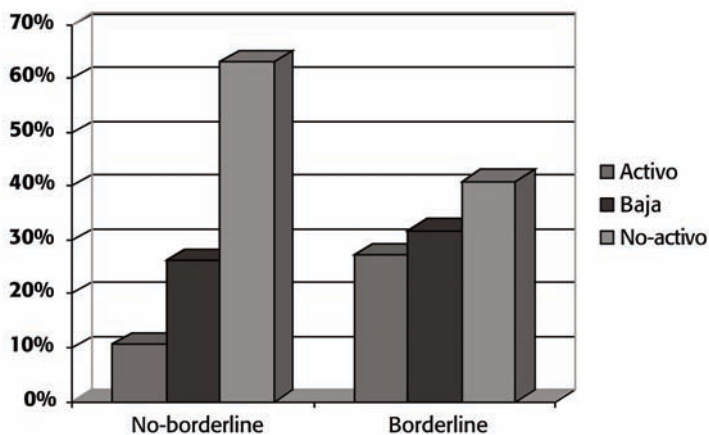
En la siguiente gráfica se muestra la variable de estado civil (Figura 9). El porcentaje de solteros es mayor entre los pacientes borderline (65'2%) que entre los no-borderline (26'3%), con un nivel de significación de $p = 0,000$.

Fig. 9. ESTADO CIVIL



La situación laboral (Figura 10) se muestra en la siguiente gráfica. El 59,10% de los borderline se encuentran laboralmente activos, lo que es más frecuente que los no borderline, con un nivel de significación de $p=0,05$.

Fig. 10. SITUACIÓN LABORAL



Labour Situation-Borderline (p=0,05)

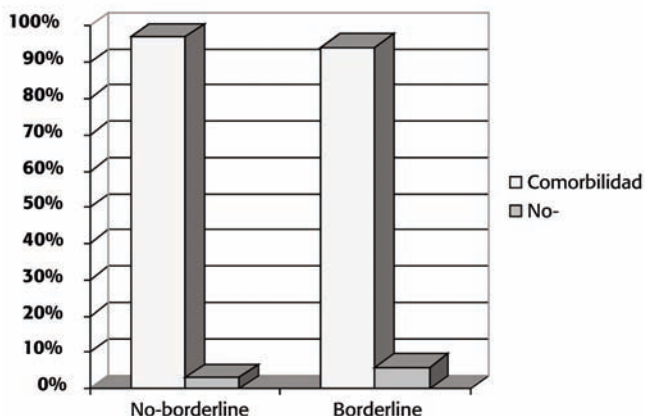
Cross tab.

			BORDERLINE		Total
			NO	BORDER LINE	
LABOUR SITUATION	ACTIVE	Recuento	4	18	22
		% de SLABORAL1	18,2%	81,8%	100,0%
		% de BORDERLINE	10,5%	27,3%	21,2%
	OFF SICK	Recuento	10	21	31
		% de SLABORAL1	32,3%	67,7%	100,0%
		% de BORDERLINE	26,3%	31,8%	29,8%
	NON ACTIVE	Recuento	24	27	51
		% de SLABORAL1	47,1%	52,9%	100,0%
		% de BORDERLINE	63,2%	40,9%	49,0%
Total	Recuento	38	66	104	
	% de SLABORAL1	36,5%	63,5%	100,0%	
	% de BORDERLINE	100,0%	100,0%	100,0%	

VARIABLES CLÍNICAS:

A continuación pasaremos a mostrar los resultados hallados a través de analizar las variables clínicas. En la siguiente gráfica (Figura 11) se muestra la variable “comorbilidad”. Los borderline presentan al ingreso una comorbilidad significativamente mayor ($p = 0,021$), que los no borderline.

Fig. 11. COMORBILIDAD AL INGRESO

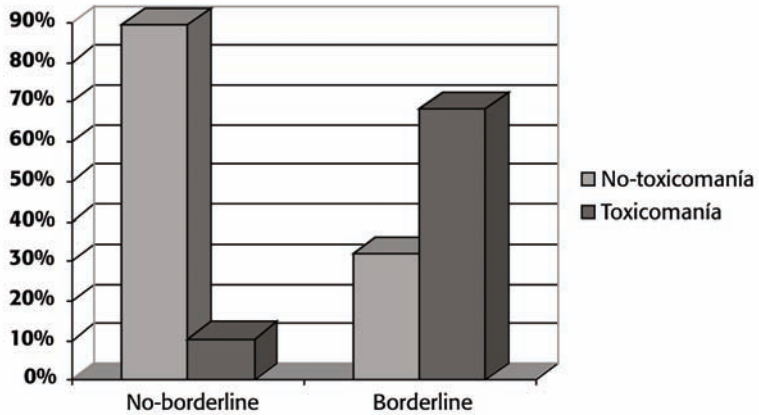


Comorbidity ($p=0,000$)

			DIAGNOSES		Total
			NO BORD	BORDERLINE	
OTHER DIAGNOSES	NON	Recuento	1	4	5
		% de AGRUPDIAGN	20,0%	80,0%	100,0%
		% de BORDERLINE	2,6%	5,9%	4,7%
	PSYCHOTIC	Recuento	6	0	6
		% de AGRUPDIAGN	100,0%	0,0%	100,0%
		% de BORDERLINE	15,8%	0,0%	5,7%
	ANXIOUS-DEPRESSIVE	Recuento	28	22	50
		% de AGRUPDIAGN	56,0%	44,0%	100,0%
		% de BORDERLINE	73,7%	32,4%	47,2%
	SUBSTANCE ABUSE	Recuento	3	17	20
		% de AGRUPDIAGN	15,0%	85,0%	100,0%
		% de BORDERLINE	7,9%	25,0%	18,9%
PERSONALITY DISORDER	Recuento	0	25	25	
	% de AGRUPDIAGN	0,0%	100,0%	100,0%	
	% de BORDERLINE	0,0%	36,8%	23,6%	
Total		Recuento	38	68	106
		% de AGRUPDIAGN	35,8%	64,2%	100,0%
		% de BORDERLINE	100,0%	100,0%	100,0%

Otra variable tenida en cuenta es la variable “abuso de sustancias” (Figura 12). Los borderline presentan mayor abuso de sustancias ($p = 0,000$), que los no borderline.

Fig. 12. ABUSO DE SUSTANCIAS



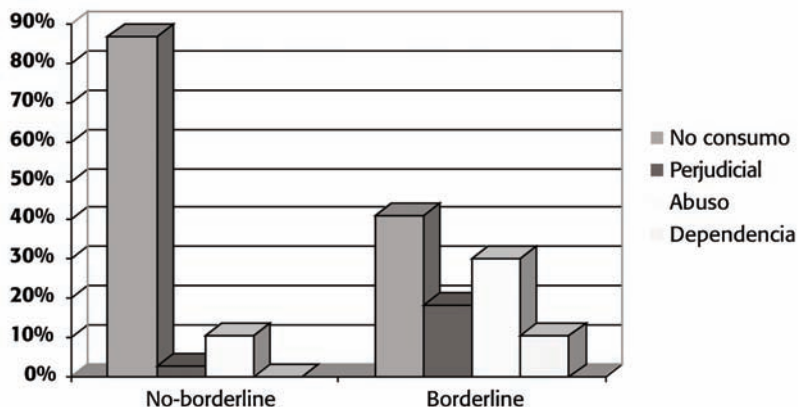
Substance Abuse-Borderline ($p=0,000$)

Cross tab.

			BORDERLINE		T total
			NO	BORDER LINE	
Substance abuse	NO	Recuento	34	21	55
		% de toxicomanías	61,8%	38,2%	100,0%
		% de BORDERLINE	89,5%	31,8%	52,9%
	YES	Recuento	4	45	49
		% de toxicomanías	8,2%	91,8%	100,0%
		% de BORDERLINE	10,5%	68,2%	47,1%
Total	Recuento	38	66	104	
	% de toxicomanías	36,5%	63,5%	100,0%	
	% de BORDERLINE	100,0%	100,0%	100,0%	

Dentro del abuso de sustancias, analizamos la variable “consumo de alcohol” (Figura 13). Los borderline presentan, al ingreso, mayor abuso de alcohol ($p = 0,000$), que los no borderline.

Fig. 13. CONSUMO DE ALCOHOL



Consumo de alcohol * BORDERLINE

			NO	BORDERLINE	Total
consumo no de alcohol	Count		33	27	60
	% within consumo de alcohol		55,0%	45,0%	100,0%
	% within BORDERLINE		86,8%	40,9%	57,7%
perjudicial	Count		1	12	13
	% within consumo de alcohol		7,7%	92,3%	100,0%
	% within BORDERLINE		2,6%	18,2%	12,5%
abuso	Count		4	20	24
	% within consumo de alcohol		16,7%	83,3%	100,0%
	% within BORDERLINE		10,5%	30,3%	23,1%
dependencia	Count		0	7	7
	% within consumo de alcohol		0,0%	100,0%	100,0%
	% within BORDERLINE		0,0%	10,6%	6,7%
Total	Count		38	66	104
	% within consumo de alcohol		36,5%	63,5%	100,0%
	% within BORDERLINE		100,0%	100,0%	100,0%

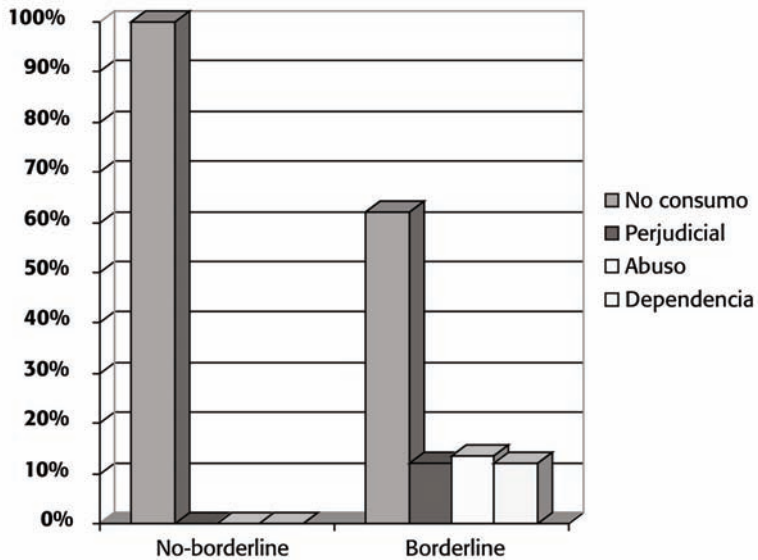
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,602 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	25,288	3	,000
Linear-by-Linear Association	17,482	1	,000
N of Valid Cases	104		

^a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,56.

Dentro del abuso de sustancias, también encontramos la variable “consumo de cannabis” (Figura 14). El 38% de los borderline presentan consumo de cannabis, mientras que los no-borderline, no presentan consumo de cannabis, con $p= 0'000$.

Fig. 14. CONSUMO DE CANNABIS



Consumo de cannabis * BORDERLINE

Crosstab

			BORDERLINE		Total
			NO	BORDER LINE	
consumo de cannabis	no	Count	38	41	79
		% within consumo de cannabis	48,1%	51,9%	100,0%
		% within BORDERLINE	100,0%	62,1%	76,0%
	perjudicial	Count	0	8	8
		% within consumo de cannabis	,0%	100,0%	100,0%
		% within BORDERLINE	,0%	12,1%	7,7%
	abuso	Count	0	9	9
		% within consumo de cannabis	,0%	100,0%	100,0%
		% within BORDERLINE	,0%	13,6%	8,7%
dependencia	Count	0	8	8	
	% within consumo de cannabis	,0%	100,0%	100,0%	
	% within BORDERLINE	,0%	12,1%	7,7%	
Total	Count	38	66	104	
	% within consumo de cannabis	36,5%	63,5%	100,0%	
	% within BORDERLINE	100,0%	100,0%	100,0%	

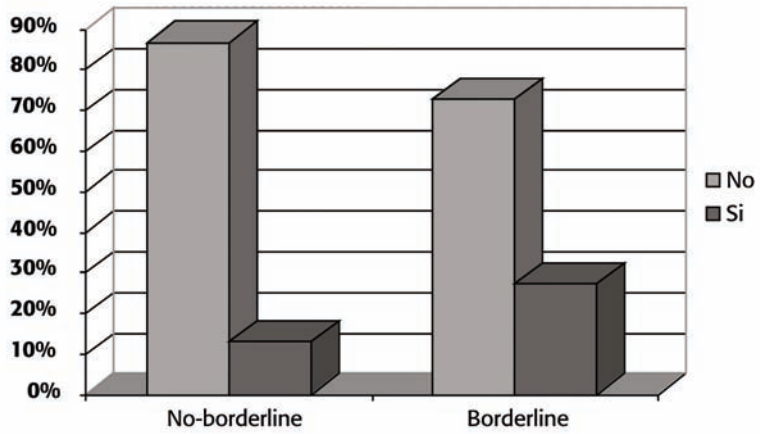
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,949 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	27,139	3	,000
Linear-by-Linear Association	15,502	1	,000
N of Valid Cases	104		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,92.

En la siguiente gráfica, se presenta la variable “autolesiones” (Figura 15). Los borderline (27%) presentan al ingreso más autolesiones ($p = 0,09$), que los no borderline (13%).

Fig. 15. AUTOLESIONES



Self Harm-Borderlines (p=0,09)

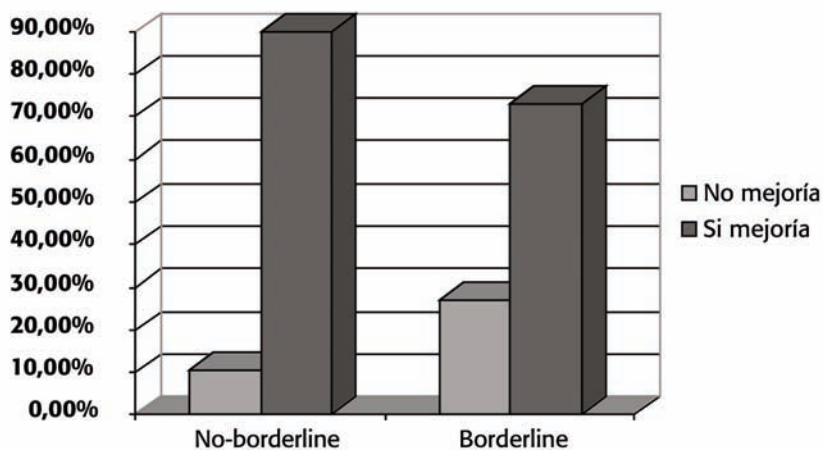
Cross tab.

			BORDERLINE		Total
			NO	BORDER LINE	
Oneself harm	no	Recuento	33	48	81
		% de autolesiones	40,7%	59,3%	100,0%
		% de BORDERLINE	86,8%	72,7%	77,9%
	yes	Recuento	5	18	23
		% de autolesiones	21,7%	78,3%	100,0%
		% de BORDERLINE	13,2%	27,3%	22,1%
Total	Recuento	38	66	104	
	% de autolesiones	36,5%	63,5%	100,0%	
	% de BORDERLINE	100,0%	100,0%	100,0%	

Se han encontrado importantes mejorías (sin diferencias entre patologías) en los cuestionarios pasados, antes del tratamiento y al alta, del BDI, STAI, HS y BSI. (Apéndice B). Todos ellos muestran mejores puntuaciones al alta, en comparación con los resultados encontrados antes del tratamiento.

En la siguiente gráfica se muestra la mejoría en la evolución (Figura 16), comparando al ingreso y al alta, en depresión sin diferencia entre grupos, medidos con el cuestionario BDI.

Fig. 16. EVOLUCIÓN DEPRESIÓN



BORDERLINE * MEJORÍA DEPRESIÓN

Tabla de contingencia

			MEJORÍA DEPRESION		Total
			NO	SI	
BORDERLINE	NO	Recuento	3	26	29
		% de BORDERLINE	10,3%	89,7%	100,0%
		% de MEJORÍA DEPRESION	17,6%	40,6%	35,8%
BORDERLINE	BORDERLINE	Recuento	14	38	52
		% de BORDERLINE	26,9%	73,1%	100,0%
		% de MEJORÍA DEPRESION	82,4%	59,4%	64,2%
Total		Recuento	17	64	81
		% de BORDERLINE	21,0%	79,0%	100,0%
		% de MEJORÍA DEPRESION	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

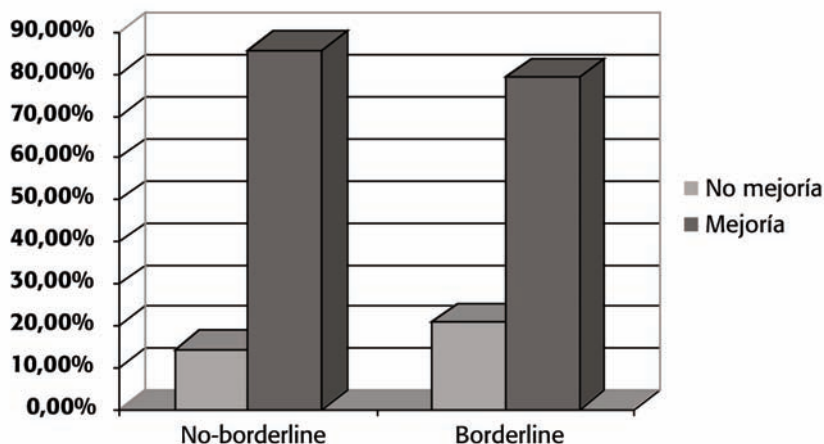
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,086 ^a	1	,079		
Corrección por continuidad	2,167	1	,141		
Razón de verosimilitudes	3,365	1	,067		
Estadístico exacto de Fisher				,095	,067
Asociación lineal por lineal	3,047	1	,081		
N de casos válidos	81				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,09.

En la siguiente gráfica (Figura 17), se muestra la evolución (comparando al ingreso y al alta) en los niveles de ansiedad, encontrando una mejoría sin diferencia entre grupos, medidos con el cuestionario STAI, con una $p= 0'476$.

Fig. 17. EVOLUCIÓN ANSIEDAD



BORDERLINE * MEJORÍA ANSIEDAD

Tabla de contingencia

			MEJORÍA ANSIEDAD		Total
			NO	SI	
BORDERLINE	NO	Recuento	4	24	28
		% de BORDERLINE	14,3%	85,7%	100,0%
		% de MEJORÍA ANSIEDAD	26,7%	36,4%	34,6%
	BORDERLINE	Recuento	11	42	53
		% de BORDERLINE	20,8%	79,2%	100,0%
		% de MEJORÍA ANSIEDAD	73,3%	63,6%	65,4%
Total		Recuento	15	66	81
		% de BORDERLINE	18,5%	81,5%	100,0%
		% de MEJORÍA ANSIEDAD	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

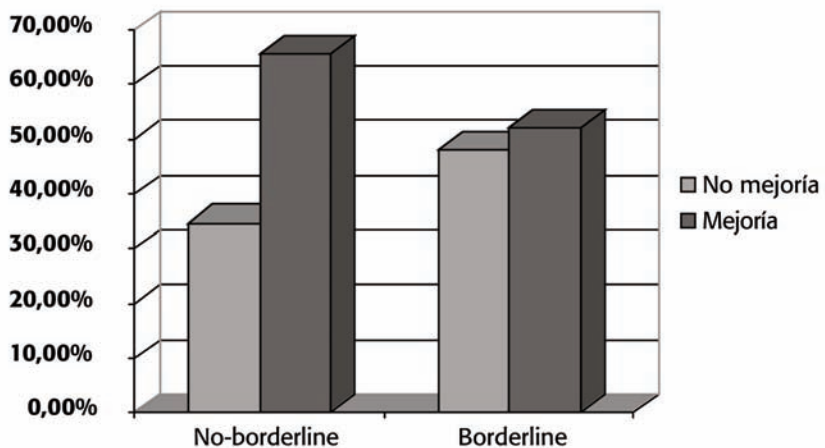
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,508 ^b	1	,476		
Corrección por continuidad	,170	1	,680		
Razón de verosimilitudes	,525	1	,469		
Estadístico exacto de Fisher				,560	,347
Asociación lineal por lineal	,502	1	,479		
N de casos válidos	81				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,19.

En la siguiente gráfica (Figura 18), se muestra la evolución (comparando al ingreso y al alta) en ideación autolítica, encontrando una mejoría, sin diferencia entre grupos, medidos con el cuestionario HS ($p= 0'264$).

Fig. 18. EVOLUCIÓN IDEA AUTOLÍTICA



BORDERLINE * MEJORIA RIESGO AUTOL

Tabla de contingencia

			MEJORIA RIESGO AUTOL		Total
			NO	SI	
BORDERLINE NO	Recuento	9	17	26	
	% de BORDERLINE	34,6%	65,4%	100,0%	
	% de MEJORIA RIESGO AUTOL	27,3%	39,5%	34,2%	
BORDERLINE	Recuento	24	26	50	
	% de BORDERLINE	48,0%	52,0%	100,0%	
	% de MEJORIA RIESGO AUTOL	72,7%	60,5%	65,8%	
Total	Recuento	33	43	76	
	% de BORDERLINE	43,4%	56,6%	100,0%	
	% de MEJORIA RIESGO AUTOL	100,0%	100,0%	100,0%	

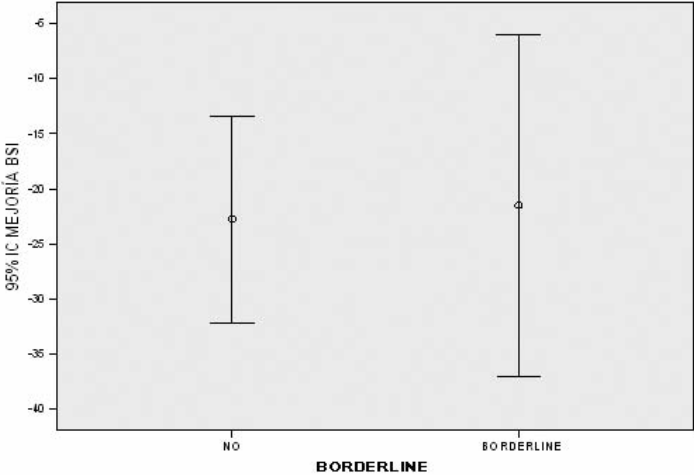
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,247 ^a	1	,264		
Corrección por continuidad	,762	1	,383		
Razón de verosimilitudes	1,262	1	,261		
Estadístico exacto de Fisher				,332	,192
Asociación lineal por lineal	1,231	1	,267		
N de casos válidos	76				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

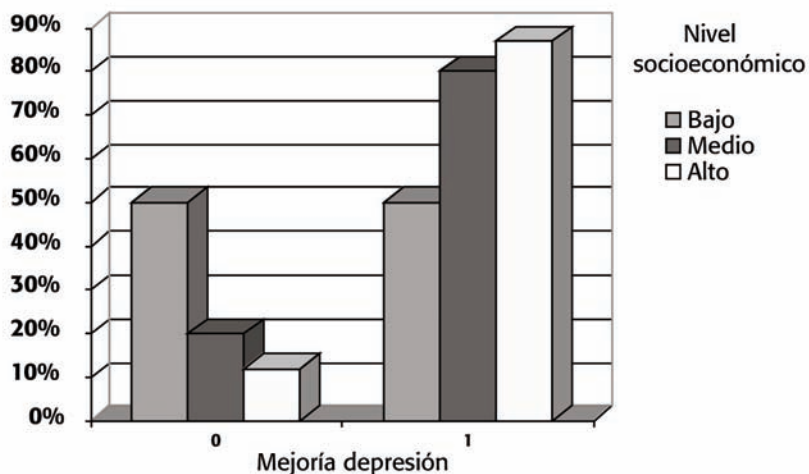
La mejoría sintomática (Figura 19), es notable y similar en ambos grupos, medidas por el BSI.

Fig. 19. MEJORÍA SINTOMÁTICA



A continuación estudiamos las variables “nivel socioeconómico y depresión” (Figura 20). Encontramos que los pacientes que tienen nivel socioeconómico alto, mejoran en las puntuaciones de depresión significativamente más que el resto ($p=0,086$). De esta forma, el 88,2% de los que tienen nivel socio-económico alto, mejoran después del tratamiento, mientras que los de nivel medio mejoran un 80% y los de bajo en un 50%.

Fig. 20. NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DEPRESIÓN



Nivel social-económico * MEJORÍA DEPRESIÓN

Tabla de contingencia

			MEJDEP		Total
			0	1	
nivel social-económico	bajo	Recuento	4	4	8
		% de nivel social-económico	50,0%	50,0%	100,0%
		% de MEJDEP	23,5%	6,3%	10,0%
	medio	Recuento	11	44	55
		% de nivel social-económico	20,0%	80,0%	100,0%
		% de MEJDEP	64,7%	69,8%	68,8%
	alto	Recuento	2	15	17
		% de nivel social-económico	11,8%	88,2%	100,0%
		% de MEJDEP	11,8%	23,8%	21,3%
Total		Recuento	17	63	80
		% de nivel social-económico	21,3%	78,8%	100,0%
		% de MEJDEP	100,0%	100,0%	100,0%

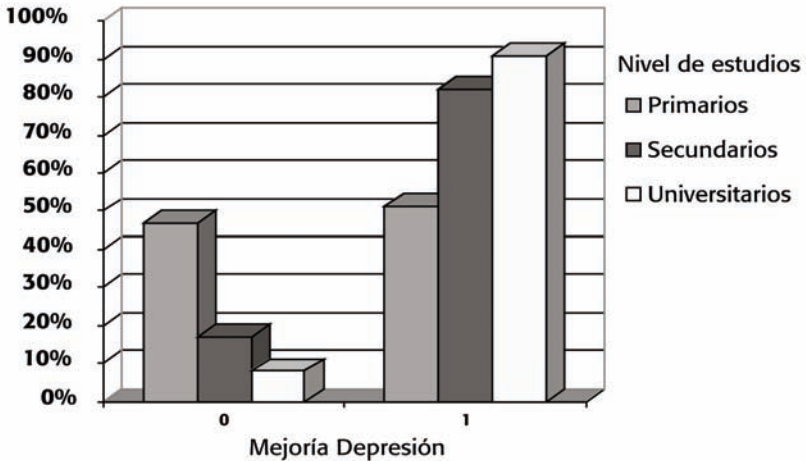
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,917 ^a	2	,086
Razón de verosimilitudes	4,310	2	,116
Asociación lineal por lineal	3,766	1	,052
N de casos válidos	80		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,70.

Al tratar las variables “nivel de estudios y mejoría depresión” (Figura 21), se detecta un nivel de significación de $p=0,005$. En esta tabla se observa que el 91,7% de los pacientes universitarios mejoran en depresión después del tratamiento mientras que los de nivel de estudios medio lo hacen con un 83,8% y los de bajo en un 52,6%.

Fig. 21. NIVEL DE ESTUDIOS Y DEPRESIÓN



Nivel de estudios * MEJORÍA DEPRESIÓN

Tabla de contingencia

			MEJDEP		Total
			0	1	
nivel de estudios	primarios	Recuento	9	10	19
		% de nivel de estudios	47,4%	52,6%	100,0%
		% de MEJDEP	52,9%	15,9%	23,8%
	medios	Recuento	6	31	37
		% de nivel de estudios	16,2%	83,8%	100,0%
		% de MEJDEP	35,3%	49,2%	46,3%
	universitarios	Recuento	2	22	24
		% de nivel de estudios	8,3%	91,7%	100,0%
		% de MEJDEP	11,8%	34,9%	30,0%
Total	Recuento	17	63	80	
	% de nivel de estudios	21,3%	78,8%	100,0%	
	% de MEJDEP	100,0%	100,0%	100,0%	

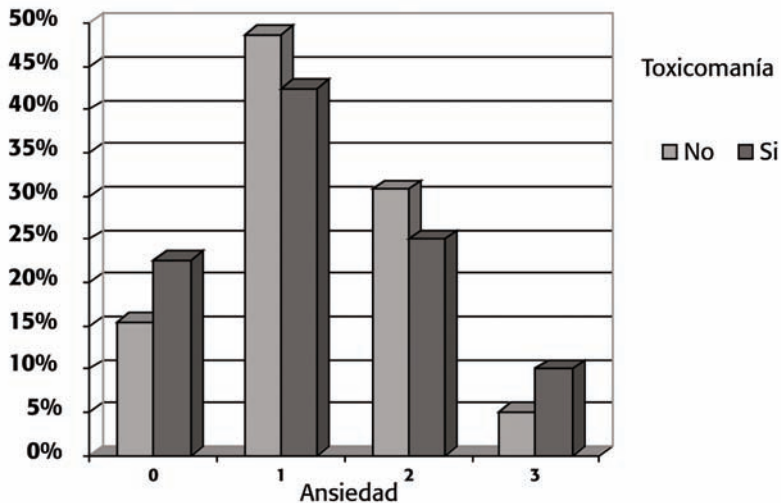
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,698 ^a	2	,005
Razón de verosimilitudes	9,905	2	,007
Asociación lineal por lineal	8,986	1	,003
N de casos válidos	80		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,04.

También estudiamos las variables “toxicomanías y niveles de ansiedad” (Figura 22). Los niveles de ansiedad mejoraron en mayor medida en los que presentaban abuso de sustancias (p= 0’671).

Fig. 22. TOXICOMANÍA Y ANSIEDAD



toxicomanias * MODANS Crosstabulation

			MODANS				Total
			0	1	2	3	
toxicomanias	no	Count	6	19	12	2	39
		% within toxicomanias	15,4%	48,7%	30,8%	5,1%	100,0%
		% within MODANS	40,0%	52,8%	54,5%	33,3%	49,4%
	si	Count	9	17	10	4	40
		% within toxicomanias	22,5%	42,5%	25,0%	10,0%	100,0%
		% within MODANS	60,0%	47,2%	45,5%	66,7%	50,6%
Total	Count	15	36	22	6	79	
	% within toxicomanias	19,0%	45,6%	27,8%	7,6%	100,0%	
	% within MODANS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,547 ^a	3	,671
Likelihood Ratio	1,564	3	,668
Linear-by-Linear Association	,027	1	,870
N of Valid Cases	79		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,96.

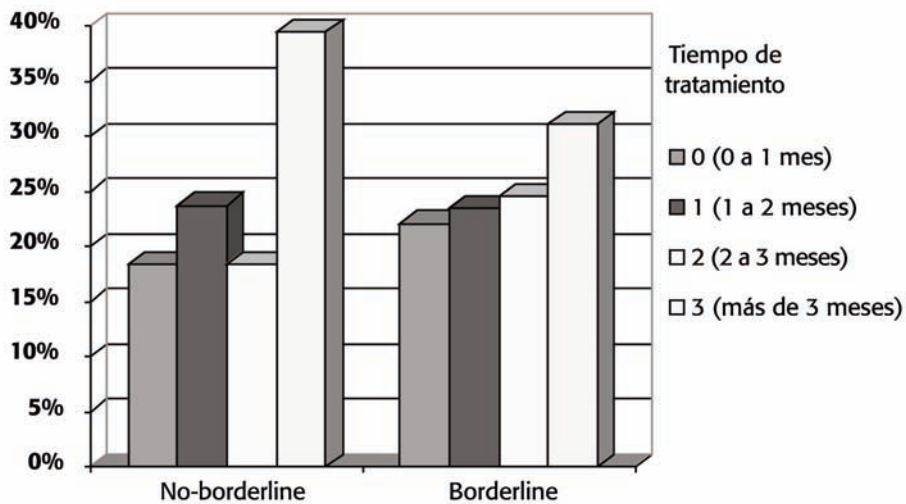
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,658 ^a	10	,471
Likelihood Ratio	9,597	10	,477
Linear-by-Linear Association	,473	1	,492
N of Valid Cases	80		

^a. 11 cells (61,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.

En la siguiente gráfica se muestra la duración de tratamiento en función de los pacientes borderline y no-borderline (Figura 24). No existen resultados significativos entre trastorno borderline y no borderline en cuanto a la variable “duración del tratamiento”.

Fig. 24. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO



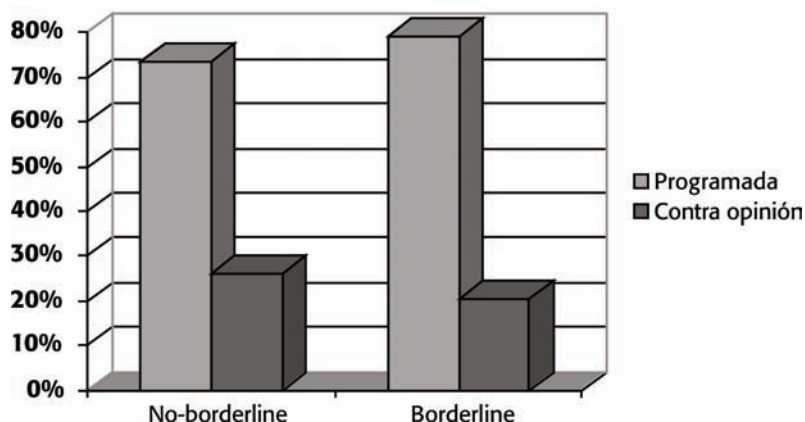
Borderline-Time of Stay (p=0,497)

Crosstab

		TIEMPO DE TRATAMIENTO				Total
		0	1	2	3	
BORDERLINE NO	Count	7	9	7	15	38
	% within BORDERLINE	18,4%	23,7%	18,4%	39,5%	100,0%
	% within TIEMPO DE TRATAMIENTO	31,8%	36,0%	26,9%	45,5%	35,8%
BORDERLINE	Count	15	16	19	18	68
	% within BORDERLINE	22,1%	23,5%	27,9%	26,5%	100,0%
	% within TIEMPO DE TRATAMIENTO	68,2%	64,0%	73,1%	54,5%	64,2%
Total	Count	22	25	26	33	106
	% within BORDERLINE	20,8%	23,6%	24,5%	31,1%	100,0%
	% within TIEMPO DE TRATAMIENTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A continuación se muestran los “tipos de alta” (Figura 25), diferenciando entre los pacientes borderline y los no-borderline, con p= 0’499.

Fig. 25. TIPO DE ALTA



En la siguiente gráfica se muestran las variables “estado civil y tipo de alta” (Figura 26) con $p=0'007$.

Fig. 26. ESTADO CIVIL Y TIPO DE ALTA

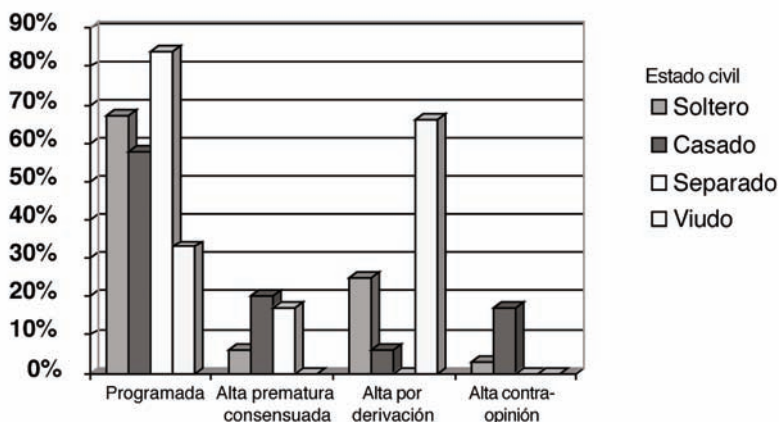


Tabla de contingencia

Recuento		tipo de alta				Total
		programada	alta prematura consensuada	alta por derivación	alta contra opinión	
escivil	soltero	36	3	12	2	53
	casado	21	7	2	6	36
	separarado	10	2	0	0	12
	viudo	1	0	2	0	3
Total		68	12	16	8	104

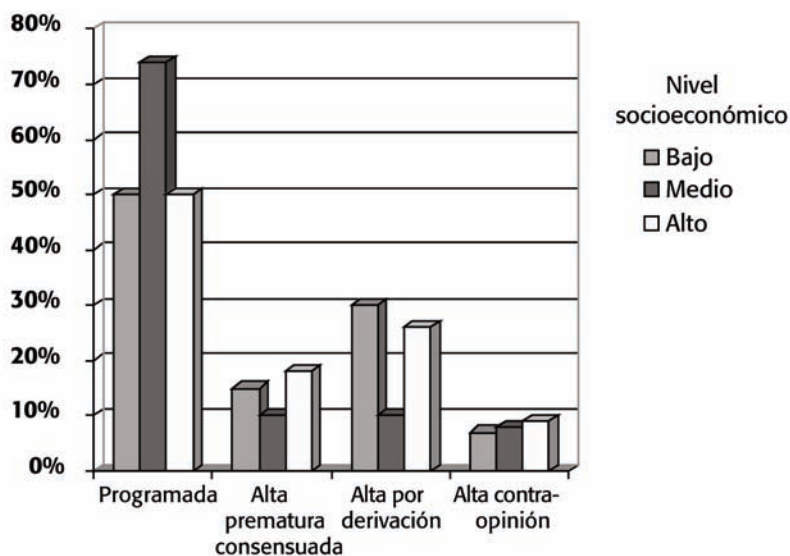
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,576 ^a	9	,007
Razón de verosimilitudes	23,454	9	,005
Asociación lineal por lineal	,000	1	,989
N de casos válidos	104		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

El siguiente análisis presenta las variables “nivel socioeconómico y tipo de alta” (Figura 27). Hemos encontrado más altas programadas en los de nivel socioeconómico medio, que en los de alto y bajo ($p= 0,246$).

Fig. 27. NIVEL SOCIOECONÓMICO Y TIPO DE ALTA



Nivel social-economico * tipo de alta

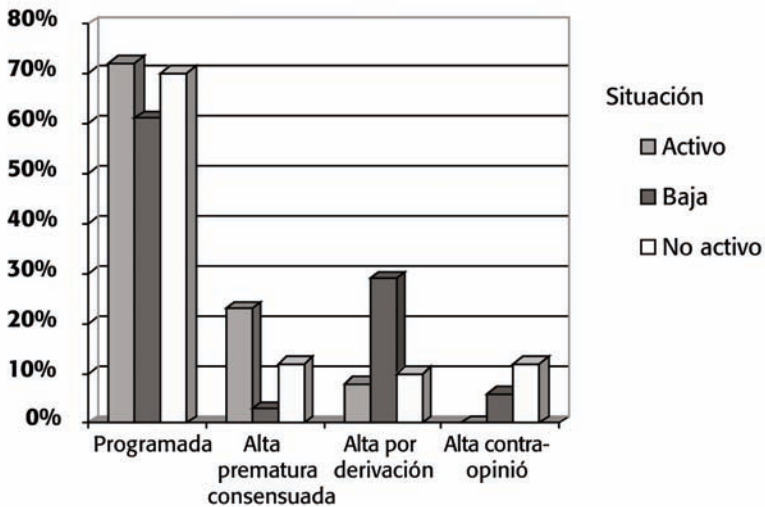
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,892 ^a	6	,246
Razón de verosimilitudes	7,676	6	,263
Asociación lineal por lineal	,163	1	,687
N de casos válidos	104		

^a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,08.

La siguiente gráfica muestra el análisis entre las variables “situación laboral y tipo de alta” (Figura 28). Son significativas $p = 0'013$.

Fig. 28. SITUACIÓN LABORAL Y TIPO DE ALTA



situación laboral * tipo de alta

Tabla de contingencia

Recuento		tipo de alta				Total
		programada	alta prematura consensuada	alta por derivación	alta contra opinión	
situación laboral	activo	15	5	2	0	22
	paro	19	1	9	2	31
	baja	31	6	5	5	47
	invalidez	3	0	0	0	3
	jubilado	0	0	0	1	1
Total		68	12	16	8	104

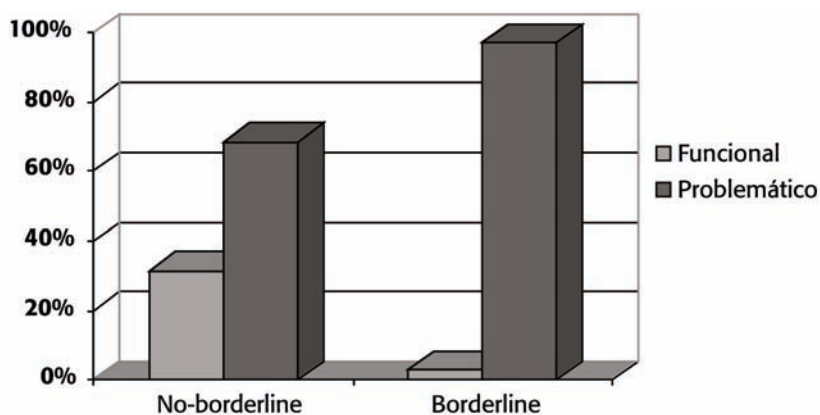
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,294 ^a	12	,013
Razón de verosimilitudes	20,639	12	,056
Asociación lineal por lineal	,970	1	,325
N de casos válidos	104		

a. 15 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

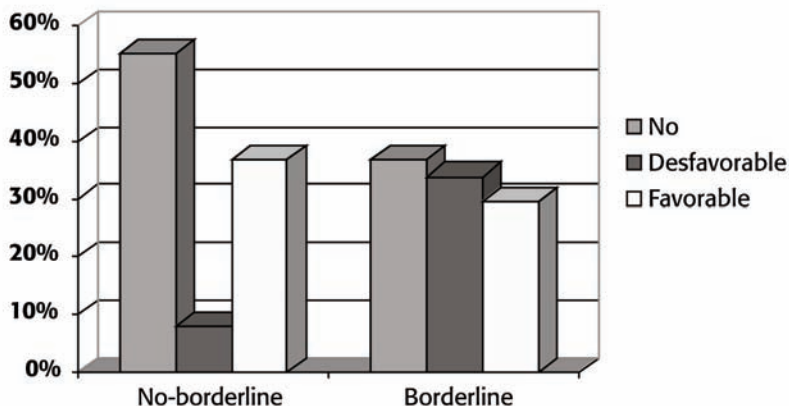
A continuación se muestra el “funcionamiento familiar” diferenciado por los dos grupos de pacientes (Figura 29). El 97% de las familias de los borderline presentan un funcionamiento problemático, mientras que en los no-borderline el porcentaje es del 68%:

Fig. 29. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR



En el siguiente gráfico (Figura 30), se presenta la “implicación familiar” con respecto al tratamiento.

Fig. 30. IMPLICACIÓN FAMILIAR



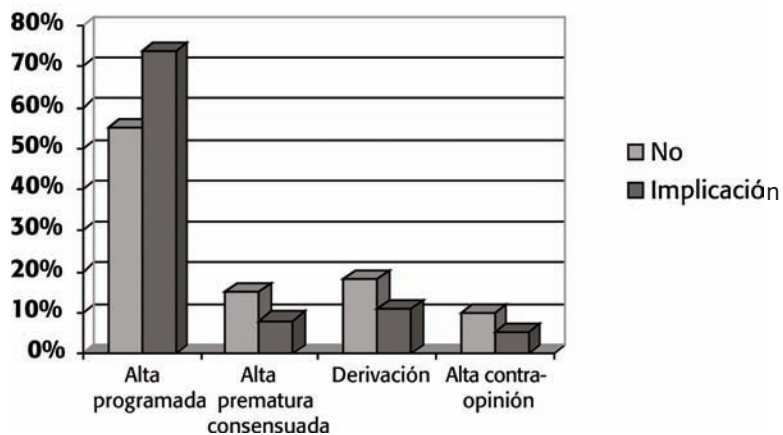
Borderline-Familiar Implication ($p=0,01$)

Crosstab

		iMPLICACIÓN FAMILIAR			Total
		NO IMPLICACIÓN	IMPLICACIÓN DESFAVORABLE	IMPLICACIÓN FAVORABLE	
BORDERLINE NO	Count	21	3	14	38
	% within BORDERLINE	55,3%	7,9%	36,8%	100,0%
	% within iMPLICACIÓN FAMILIAR	45,7%	11,5%	41,2%	35,8%
BORDERLINE	Count	25	23	20	68
	% within BORDERLINE	36,8%	33,8%	29,4%	100,0%
	% within iMPLICACIÓN FAMILIAR	54,3%	88,5%	58,8%	64,2%
Total	Count	46	26	34	106
	% within BORDERLINE	43,4%	24,5%	32,1%	100,0%
	% within iMPLICACIÓN FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A continuación (Figura 31), se tratan las variables “implicación familiar y tipo de alta”.

Fig. 31. IMPLICACIÓN FAMILIAR Y TIPO DE ALTA



IV. DISCUSIÓN

Como planteábamos en las hipótesis, y coincidiendo con trabajos de autores como Binks o Bateman y Fonagy, hemos encontrado una mejoría clínica (sintomatológica) al finalizar el tratamiento, sin diferencias entre grupos. Al igual que en las investigaciones de Binks (2006), a raíz de la creación de las unidades de día, han disminuido en un 7% los ingresos hospitalarios de pacientes borderline, entre los años 2003 y 2007.

El 70% de los pacientes borderline tratados estaban clasificados dentro del índice de gravedad para borderline (DSM IV), como pacientes, con una gravedad moderada o alta. A diferencia de los resultados de Gunderson (2006), hemos encontrado resultados favorables a pesar de la gravedad de los pacientes.

Como señalan Springer y Silk (1996), la duración breve y limitada del tratamiento (de 6 a 8 semanas en nuestra unidad) no es un inconveniente para lograr resultados favorables con pacientes borderline.

Se acepta la hipótesis en cuanto a la implicación familiar como predictor favorable de evolución. Como menciona Clarking y Kernberg (2006), la implicación familiar es fundamental para la disminución de abandonos de tratamiento y para la buena cumplimentación del mismo.

A pesar de la dificultad del trabajo con estos pacientes, como se desprende de gran parte de la literatura, no se cumple la hipótesis de peor cumplimentación de los pacientes borderline, ya que no hemos encontrado diferencias entre grupos en duración de tratamiento, ni tipo de alta.

10. Limitación del estudio y sugerencias para estudios futuros

10.1. La evidencia de la práctica basada en las pruebas

Las intervenciones psicodinámicas en Salud Mental han sido puestas en entredicho por la dificultad que tienen en demostrar su eficacia. El movimiento de la Psicoterapia basada en las pruebas (o “empíricamente justificada”) ha realizado importantes progresos mediante el establecimiento de “grupos de tarea” (*task forces*) y guías terapéuticas pero se enfrenta a problemas específicos que limitan su alcance, como las dudas sobre la validez externa, la fiabilidad y la transparencia de las revisiones de evaluación que se realizan.

La especificidad, es decir, la probabilidad de identificar un tratamiento como efectivo y la sensibilidad, es decir, la probabilidad de clasificar erróneamente un tratamiento eficaz como ineficaz, deben ser establecidos. La “validez aparente” (*face validity*) es insuficiente. Interesa utilizar otros indicadores independientes pero importantes como la coherencia teórica, el impacto en la salud pública y la aceptabilidad del consumidor.

10.2. La presencia o ausencia de pruebas de ineficacia.

En esas pruebas hay algunas que han sido evaluadas y encontradas como ineficientes para un grupo de pacientes y otras que no han sido nunca puestas a prueba. El hecho de que un tratamiento no haya sido sometido a escrutinio empírico puede no tener nada que ver con la eficacia sino con aspectos culturales por los que los investigadores no han tenido manuales de tratamiento o por la percepción de los terceros pagadores de la validez del tratamiento que puede influir mucho sobre la financiación y la publicación de las investigaciones.

10.3. Las limitaciones de los estudios controlados.

La presente tesis muestra un estudio “naturalista” (*naturalistic*) que evalúa el resultado del tratamiento de 67 pacientes diagnosticados de trastorno de la personalidad borderline (DSM-IV), comparándolo con otros 39 pacientes de otros diagnósticos que actúan como grupo de “contraste”. No es, por lo tanto, un diseño “RCT” (*Randomized control trial*) que resultaría impracticable por razones éticas y clínicas en el ambiente terapéutico en que se ha realizado, una unidad de día de una institución privada (AMSA), que se ve obligada a tratar a todos los pacientes que las entidades aseguradoras le envían. Por lo tanto, este estudio no ha operado sobre la muestra, ni sobre el tratamiento, manteniéndose fiel a la realidad de la práctica clínica habitual.

Los estudios controlados realizados en tratamientos psicosociales son a menudo mirados como inadecuados debido a su baja validez externa y baja generabilidad. Se supone que no son relevantes para la práctica clínica. La razón por la que las investigaciones con distribución al azar en muchas áreas de la salud mental tienen baja validez externa son: 1. La falta de representatividad de los profesionales de salud mental que participan. 2. La falta de representatividad de los pacientes incluidos para maximizar la homogeneidad. 3. El posible uso atípico de tratamientos designados para un trastorno único. 4. La limitación de la medida de la eficacia a síntomas que el foco del estudio y fácilmente mensurables pero prácticamente irrelevante (Fonagy 1999)

Los sesgos de los ensayos controlados son enormes en prácticas como la psicoterapia, que se basan más en la personalidad del paciente y del terapeuta, que en la técnica y que utilizan frecuentemente procedimientos eclécticos lo que dificulta adscribir los resultados a un aspecto u otro del tratamiento. Algunos autores proponen realizar más estudios “naturalistas” mezclando datos de la práctica clínica con estudios randomizados.

V. CONCLUSIONES

En relación con las dos hipótesis generales hemos encontrado los siguientes resultados:

1. Se confirma la 1ª hipótesis, ya que al finalizar el tratamiento, existe una mejoría clínica significativa de la sintomatología de los pacientes con trastorno borderline, semejante a la obtenida en el grupo de pacientes no-borderline.
2. No se acepta la 2ª hipótesis, que predecía que la cumplimentación del tratamiento sería peor en los borderline comparado con los no-borderline. En efecto, tanto la adherencia, como el tipo de alta, como los porcentajes de abandonos son semejantes.

En relación con las hipótesis específicas:

1. Se confirma que los pacientes borderline presentan tanta mejoría en los síntomas depresivos, medidos por el BDI, que los no-borderline
2. Se confirma que los pacientes borderline presentan tanta mejoría de la ansiedad, medida por el STAI, que los no-borderline
3. Se confirma que los pacientes borderline presentan tanta disminución de la ideación autolítica, medida por el HS, que los no borderline
4. No se cumple la hipótesis que predecía que los pacientes borderline tuvieran más altas no programadas durante el tratamiento.
5. Se confirma que la implicación familiar es un predictor favorable de la adherencia al tratamiento.

Estas conclusiones muestran la eficacia de este tratamiento breve, de tiempo limitado, con un grupo de pacientes heterogéneos. Hemos encontrado una mejoría sintomática (9 síntomas) medidas por el BSI. También hemos encontrado más evoluciones favorables en depresión en pacientes con niveles socio-económicos más altos, con niveles educacionales más altos y con historia de autolesiones. La ideación autolítica mejoró en ambos grupos, pero en mayor medida en estudiantes universitarios. Los niveles de ansiedad mejoraron en los que presentaban abuso de sustancias.

En contra de lo previsto, los pacientes borderline han tenido una buena cumplimentación del tratamiento, con duraciones de tiempo similares, con número de abandonos similares y sin diferencias significativas en los tipos de alta. Ha habido más altas programadas en los de nivel socioeconómico medio, que en los de alto y bajo. Los pacientes que estaban de baja, se fueron más frecuentemente con un alta no programada.

Hemos encontrado un número mayor de altas programadas en pacientes con familias implicadas en el tratamiento y en los que no tienen intentos autolíticos previos.

Este estudio muestra la eficacia clínica de la Unidad de Día para pacientes en crisis y la necesidad de realizar más estudios “naturalistas” para poder profundizar en el conocimiento científico de tratamientos de intervención en crisis y favorece la creación de programas de Día, breves y dinámicos, para grupos de pacientes heterogéneos.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Andreoli, A., Mühlebach, A., Gognalons, M., Abensur, J., Gimm, S., & Frances, A. J. (1992). Crisis intervention response and long-term outcomes: A pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 33(6), 388-396.
- Andreoli, A., Mascaró, A., Guimón, J. (2008). Intervención en crisis y política de salud mental en el área de Ginebra. *Crisis y Contención*. Eneida, Madrid, 81-93.
- Basaglia, F. (1970). *L'institution en négation*. Paris: Edition du Seuil.
- Bateman, A. (2002). Integrative therapy from an analytic perspective. In J. Holmes & A. Bateman (Eds.), *Integration in Psychotherapy. Models and Methods*. (pp. 11-27). New York: Oxford University Press.
- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, S. (1999). Using a team approach. *Rehab Manag*, 12(5), 48-49.
- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), Art. No.: CD005652.
- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C., & Duggan, C. (2007). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).

- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C., & Duggan, C. (2007). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Bion, W. (1959). *Experiences in Groups and other papers*. New York: Basic Books.
- Bion, W. R., Rickman, J., (1943). Intra-group tensions in therapy. *Lancet*.
- Boyra, A., Maruottolo, C., Mascaró, A., Guimón, J. (2008). Predictores de resultados de la psicoterapia grupal breve dinámica en pacientes borderline. *Crisis y Contención*. Eneida, Madrid, 71- 80.
- Breslow, E. (2001). Emergency Psychiatric Services. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 265-277). New York: Oxford University Press.
- Buie, D. H., & Adler, G. (1982). Definitive treatment of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis and Psychotherapy*, 9(51-87).
- Busch, F., BL, M., Rudden, M., Shapiro, T., Roiphe, J., Singer, M., & Aronson, A. (2001). How treating psychoanalysts respond to psychotherapy research constraints. *J Am Psychoanal Assoc*, 49(3), 961-984.
- Busch, F., Milrod, B., Rudden, M., Shapiro, T., Roiphe, J., Singer, M., & Aronson, A. (2001). How treating psychoanalysts respond to psychotherapy research constraints. *J Am Psychoanal Assoc*, 49(3), 961-984.
- Busch, F. N., & Gould, E. (1993). Treatment by a psychotherapist and a psychopharmacologist: transference and countertransference issues. *Hospital Community Psychiatry*, 44, 772-774.
- Ciampi, L. (1997). The concept of affect logic: an integrative psycho-socio-biological approach to understanding and treatment of schizophrenia. *Psychiatry*, 60(2), 158-170.

- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. (2006). *Psychoterapy for borderline personality: focusing on object relations*. American Psychiatry Publishing.
- Cloninger, C., Svrakic, D., & Przybeck, T. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord.*, 92(1), 35-44.
- Cloninger, C. R. (1996). Assessment of the Impulsive-Compulsive Spectrum of Behaviour by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. In J. M. Oldham & E. Hollander & A. E. Skodol (Eds.), *Impulsivity and Compulsivity..* (pp. 59-97). London: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, 975-990.
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría dinámica* (5 ed.). Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Dawson, D. F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *Can J Psychiatry*, 33(5), 370-374.
- Dawson, D. F., & MacMillan, H. L. (1993). *Relationship Management of the Borderline Patient*. New York: Brunner/Mazel.
- Derogatis, L. R. (1993). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual* (Third Edition). Minneapolis: National Computer Systems
- Fields, S., & Weisman, G. K. (1995). Crisis residential treatment: an alternative to hospitalization. *New Directions for Mental Health Services*, 67, 23-31.

- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. London. Other Press.
- Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic group analysis*, Allen & Unwin, Londres.
- Foulkes, S.H. (en castellano 2007). *Grupoanálisis terapéutico*. Cegaop Press, Barcelona.
- Freud, S., (1979). *Obras Completas. Volumen IX - El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen, y otras obras (1906-1908)*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu.
- Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington: Washigton, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (1995). *Psychodynamic Psychotherapies*. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders* (Vol. 2). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Gabbard, G. O., & Gunderson, J. C. (1999). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Gabbard, G. O., Horwith, L., Frieswyk, S. H., & al., e. (1988). The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 697-727.
- Garcia Badaracco, J. E., Proverbio, N., & Canevaro, A. (1970). *La terapia familiar en comunidad terapeutica psicanalitica de pacientes psicoticos (grupo familiar multiple y grupo familiar nuclear)*, en *Patologia y Terapeutica del Grupo Familiar*. Buenos Aires: Fundacion Acta.
- Garcia Badarracco, J. E. (1990). *Comunidad terapeutica psicoanalitica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones, S.A.

- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar*, Paidós, Buenos Aires.
- Guimón, J., Luna, D., Totorika, K., Diez, L., & Puertas, P. (1983). Group Psychotherapy as a basic therapeutic resource in psychiatric community care from the General Hospital. In J. J. L. Ibor & J. M. L. Ibor (Eds.), *General Hospital Psychiatry*. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Guimón, J. (2001), *Clínica Psiquiátrica Relacional* (vol. 2), Core Academia, Madrid.
- Guimón, J. (2001), *Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria* (vol. 3), Core Academia, Madrid.
- Guimón, J. (2001), *Los profesionales de la salud mental: Actividades, vicisitudes y formación* (vol. 4), Core Academia, Madrid.
- Guimón, J. (2001), *Introduction aux thérapies de groupe*, Masson, París.
- Guimón, J. (2007), *El diagnóstico no categorial (relaciones, dimensiones y espectros)*, Core Academia, Madrid.
- Guimón, J. (2008), *Salud Mental basada en las pruebas*, Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Gunderson, J., Daversa, M., Grilo, C., McGlashan, T., Zanarini, M., MT, S., Skodol, A., Yen, S., Sanislow, C., Bender, D., Dyck, I., Morey, L., & RL., S. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 163(5), 822-826.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., and Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *The American Journal of Psychiatric*, 138: 896-903.
- Gunderson, J. G. (1983). An overview of modern milieu therapy. In J. G. Gunderson (Ed.), *Principles and practice of milieu therapy*. London: Jason Aronson.

- Gunderson, J. G. (1994). Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 379, 12-18.
- Gunderson, J. G. (1999). Psychodynamic Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. In J. G. G. O. G. (Eds.) (Ed.), *Psychotherapy for Personality Disorders* (pp. 33-63). Washington DC, London: American Psychiatric Press, Inc.
- Gunderson, J. G., Berkowitz, C., & Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 61(4), 446-457.
- Gunderson, J. G., & Chu, J. A. (1993). Treatment implications of post trauma in borderline personality disorder (see comments). *Harvard Review of Psychiatry*, 1(2), 75-81.
- Hafner RJ, & G., H. (1996). The influence of a therapeutic community on psychiatric disorder. *J. Clin. Psychol.*, 52(4), 461-468.
- Harrison, T. (1999) Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield Experiments JTP U.S.A.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. 2nd. Edn. University of Chicago Press. Chicago.
- Jones, M. (1952). *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*. London: Tavistock Publications.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A new Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Kahn, D. A. (1991). Medication consultation and split treatment during psychotherapy. *J Am Acad Psychoanal*, 19, 84-98.

- Kahn, E. M. (1994). The patient-staff community meeting: old tools, new rules. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 32(8), 23-26.
- Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49(4), 600-619.
- Kernberg, O. (1986). *Internal world and external reality. Object relations theory applied*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1975). A systems approach to priority setting of interventions in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25(251-276).
- Kernberg, O. (1979). Regression in organizational leadership, *Psychiatry*, 42, pp.24-39.
- Kernberg, O. (1980). Neurosis, psychosis and the borderline states. In H. I. Kaplan & A. M. Freedman & B. J. Sadock (Eds.), *Textbook of psychiatry* (Vol. Vol 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. México: Manual Moderno.
- Kernberg, O. F. (2006). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *Int J Psychoanal*, 87(4), 919-927.
- Knight, R. (1953a). Borderline states. In *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, ed. R.P. Knight and C. R. Friedman. New York: International University Press, 1954, pp. 97-109.
- Levinson, A. (1996). The struggle to keep a culture of enquiry alive at the Cassel Hospital. *Therapeutic Communities*, 17, 47-57.
- Levy, K. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 17(4), 959-986.

- Levy, K., Clarkin, J., Yeomans, F., Scott, L., Wasserman, R., & Kernberg, O. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Clin Psychol*, 62(4), 481-501.
- Levy, K., Meehan, K., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. (2005). Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38(2), 64-74.
- Lineham, M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull. Menninger Clin.*, 51(3), 261-276.
- Lineham, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New-York and London: The Guildford Press.
- Lineham M.M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New-York and London: The Guildford Press.
- Livesley, W.(1986) Trait and behaviour prototypes of personality disorders. *Amer. J. Psychiat.*, 143, 728-732.
- Livesley, W. (2005). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder. *J Personal Disord*, 19(2), 131-155.
- Livesley, W., Jang, K., & Thordarson, D. (2005). Etiological relationships between eating disorder symptoms and dimensions of personality disorder. *Eat Disord*, 13(1), 23-35.
- Maruottolo, C., Mascaró, A. (2008). Factores clínicos en los pacientes en unidades de crisis AMSA. *Crisis y Contención*. Eneida, Madrid, 133-138.
- Mascaró, N. (2008). Crisis y contención: el grupo multifamiliar. *Crisis y Contención*. Eneida, Madrid, 153-156.

- Mascaró, N., Maruottolo, C., Nuñez, A., Mascaró, A., Gallo, L., Rodriguez, S. (2006) Unidad de Crisis basada en la intervención grupal. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal*. N°1-2006, 117-125.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (CIE 10). 10a. revisión. v. 3. Lista tabular. Washington, D.C.:OPS.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv.*, 53(6), 738-742.
- Paris, J. (2004). Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harv Rev Psychiatry.*, 12(3.), 140-145.
- Paris, J. (2004). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *J Personal Disord.*, 18(3), 240-247.
- Pichon Rivière, E. (1980). Teoría del vínculo. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Racamier, P. (1983). *Le psychanalyste sans divan - la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Paris: Payot.
- Rapaport, R. N. (1974). *La communauté thérapeutique*. Paris: François Maspéro.
- Searles, H. (1986). *My work with borderline patients*. Jason-Aronson Inc. New Jersey
- Schimmel, P. (1997). Swimming against the tide? A review of the therapeutic community. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(1), 120-127.
- Schimmel, P. (1999). The psychotherapeutic management of a patient

- presenting with brief psychotic episodes. *Aust N Z J Psychiatry*, 33(6), 918-925.
- Schultz, J.H., Luthe, W. (1969). *Autogenic methods*. Grune and Stratton. New York.
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Ediciones Morata, 8^o edición, Madrid.
- Springer, T., & Silk, K. R. (1996). A review of inpatient group therapy for borderline personality disorder. *Harvey Review of Psychiatry*, 3(5), 268-278.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7: 467-489.
- Tosquelles, F., (1969). Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle? *Informations psychiatriques*; 45, n.º 4.
- Waldinger, R. (1987). Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry* 144:267-274.
- Woodbury, M.A. (1967). Object Relations in the Psychiatric Hospital. *Int. J. Psycho-Anal.*, 48:83-86.
- Yalom, I. (1983). *Inpatient Group Psychotherapy*. New York: Basic Books Publishers.
- Zanarini, M. C., & Weinberg, E. (1996). Borderline Personality Disorder: Impulsive and Compulsive Features. In J. M. Oldham & E. Hollander & A. E. Skodol (Eds.), *Impulsivity and Compulsivity*. (pp. 37-59). London: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M.C, Frankenburg F.R, Hennen J, Silk K.R (2003). The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-year prospective follow-

up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160: 274-83.

Zanarini, M. C, Frankenburg F.R, Hennen J, Silk K.R (2004). Mental health service utilization of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Clin Psychiatry*; 65:28-36[Medline]

Zanarini MC, Frankenburg FR, Yong L, Raviola G, Reich DB, Hennen J, Hudson JI, Gunderson JG (2004). Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *J Personal Disord*; 18:439-447[CrossRef][Medline]

Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR (1988). DSM-III disorders in the families of borderline outpatients. *J Personal Disord*; 2:292-302

Zanarini MC, Frankenburg FR, Chauncey DL, Gunderson JG (1987). The Diagnostic Interview for Personality Disorders: inter-rater and test-retest reliability. *Compr Psychiatry*; 28:467-480[CrossRef][Medline]

VII. APÉNDICES

Apéndice A:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

(Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. *Estado de ánimo*

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. *Pesimismo*

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. *Sentimientos de fracaso*

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. *Insatisfacción*

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. *Sentimientos de culpa*

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. *Sentimientos de castigo*

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. *Odio a sí mismo*

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio

- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. *Autoacusación*

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. *Impulsos suicidas*

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. *Períodos de llanto*

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente.No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. *Irritabilidad*

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. *Aislamiento social*

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. *Indecisión*

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. *Imagen corporal*

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. *Capacidad laboral*

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. *Trastornos del sueño*

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir

- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. *Cansancio*

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. *Pérdida de apetito*

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. *Pérdida de peso*

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. *Hipocondría*

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. *Libido*

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

(Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo V F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo V F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así V F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años V F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer V F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar V F
7. Mi futuro me parece oscuro V F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio V F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro V F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro V F

11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable V F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo V F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora V F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera V F
15. Tengo una gran confianza en el futuro V F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa V F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro V F
18. El futuro me parece vago e incierto V F
19. Espero más bien épocas buenas que malas V F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré V F

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
2. Me siento seguro
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
3. Estoy tenso
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
4. Estoy contrariado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
6. Me siento alterado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
8. Me siento descansado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
9. Me siento angustiado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
10. Me siento confortable
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
12. Me siento nervioso
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

13. Estoy desasosegado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
15. Estoy relajado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
16. Me siento satisfecho
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
17. Estoy preocupado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
19. Me siento alegre
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
20. En este momento me siento bien
0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

1967. *Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes*

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones.

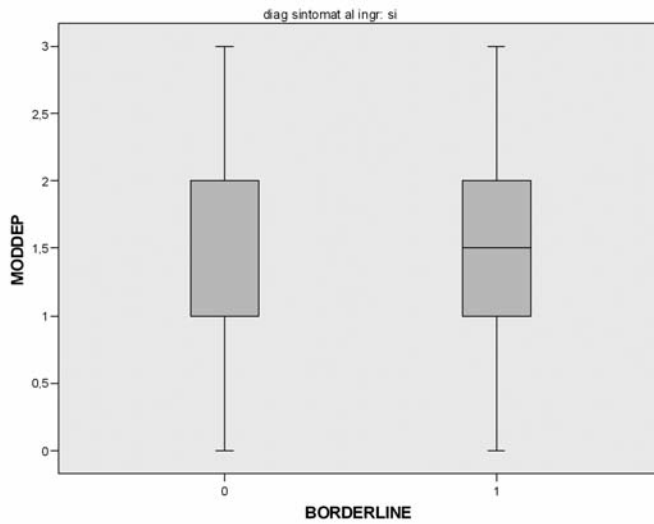
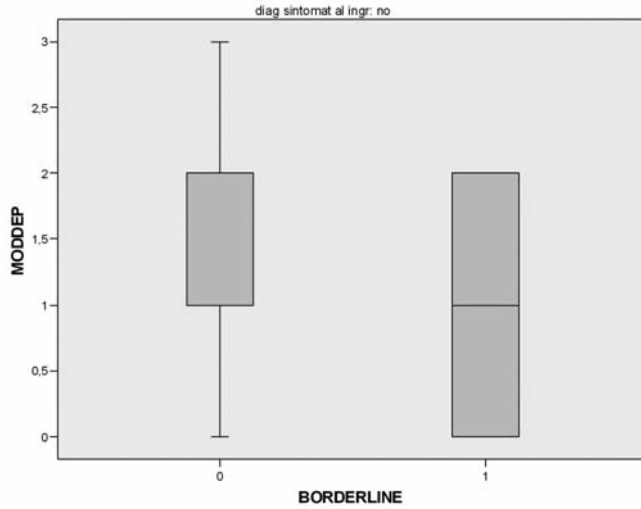
No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describe cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
26. Me siento descansado
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
30. Soy feliz
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
33. Me siento seguro
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

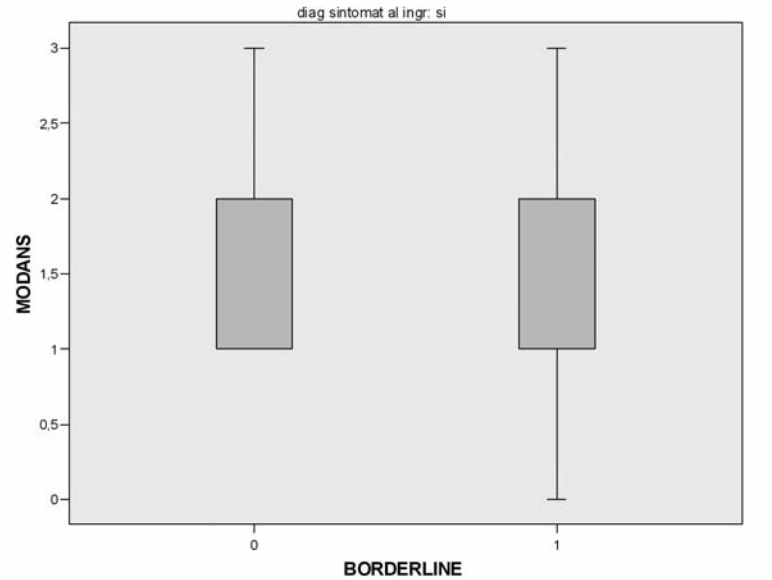
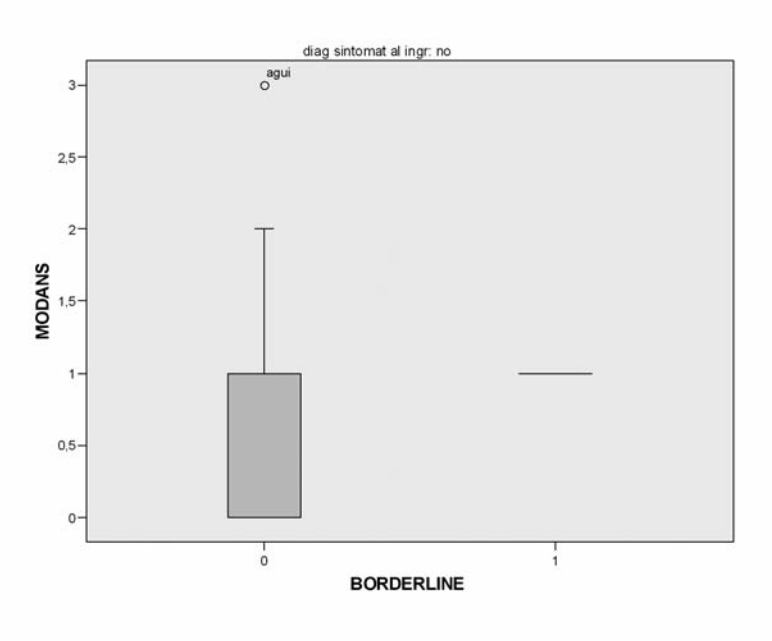
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado
0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

Apéndice B:

Modificación Depresión (Beck)



Modificación Ansiedad (STAI)



Modificación riesgo autolítico (Beck)

