

Osateba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-08-01

ABORDAJES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA RED DE SALUD MENTAL DEL PAÍS VASCO

Proyecto de Investigación Comisionada

Julio 2007

INFORME DE EVALUACIÓN

D-08-01

ABORDAJES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA RED DE SALUD MENTAL DEL PAÍS VASCO

Proyecto de Investigación Comisionada

Julio 2007

González Torres, Miguel Ángel
Abeijón Merchán, Juan Antonio
Bustamante Madariaga, Sonia
Elizagárate Zabala, Edorta
Larrínaga Vélez, Marian
Lasa Zulueta, Alberto
Muñoz Domínguez, Pedro
Querejeta Ayerdi, Imanol
Rodríguez Arocena, Itziar
Salazar Vallejo, Miguel Ángel
González de Artaza Lavesa, Maider

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2008

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2005. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. N.º Expediente 2005/07.

Este documento debe ser citado como:

González MA, Abeijón JA, Bustamante S, Elizagárate E, Larrínaga M, Lasa A, Muñoz P, Querejeta I, Rodríguez I, Salazar MA., González de Artaza M. Abordajes de los trastornos de la personalidad en la red de Salud Mental del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-01.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª marzo 2008

Tirada: 300 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad

Internet: www.osanet.euskadi.net/osteba/es

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Ipar, S. Coop.
Zurbaran, 2-4 - 48007 Bilbao

Impresión: Grafo, S.A.
Avda. Cervantes, 51 - 48970 Basauri (Bizkaia)

ISBN: 978-84-457-2700-3

D.L.: BI - 1.071-08

Investigador principal

Miguel Ángel González Torres. Doctor en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto, Bilbao. Bizkaia

Miembros del equipo de investigación

Juan Antonio Abeijón Merchán. Licenciado en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría. CSM Ajuriaguerra, Bilbao. Bizkaia.

Sonia Bustamante Madariaga. Licenciado en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto, Bilbao. Bizkaia.

Edorta Elizagárate Zabala. Doctor en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría. H. Psiquiátrico de Álava. Vitoria-Gasteiz. Álava.

Marian Larrínaga Vélez. Diplomada en Trabajo Social. Hospital de Basurto, Bilbao. Bizkaia.

Alberto Lasa Zulueta. Doctor en Medicina y Cirugía. CSM Uribe Costa, Getxo. Bizkaia.

Pedro Muñoz Domínguez. Licenciado en Medicina y Cirugía. CSM Ortuella, Bilbao. Bizkaia.

Imanol Querejeta Ayerdi. Doctor en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría. C.H. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa.

Itziar Rodríguez Arocena. Licenciado en Psicología. CSM Antiguo. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa.

Miguel Ángel Salazar Vallejo. Licenciado en Medicina y Cirugía. CSM Otxarkoaga, Bilbao. Bizkaia.

Becaria del Proyecto

Maidier González de Artaza Lavesa

Revisión externa

D. Vicente Rubio Larrosa. Unidad de Trastornos de Personalidad. Hospital Ntra Sra de la Gracia. Zaragoza.

D. Fernando Lana Moliner. Unidad de Trastornos de Personalidad. Centros Asistenciales Mira López-Torribera. Sta Coloma de Gramanet. Barcelona.

D. Carlos Mirapeix Costas. Instituto de Estudios Psicoterapéuticos, Santander.

Coordinación del proyecto en Osteba

M.ª Asun Gutiérrez Iglesias. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Álava).

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas han colaborado de alguna forma en la elaboración de este documento. Quienes figuran a continuación han participado especialmente, junto al equipo investigador, aportando documentos, datos y/o opiniones sobre el texto. Obviamente, los juicios y recomendaciones que se recogen en el documento reflejan la visión del equipo investigador y no necesariamente la de las personas señaladas.

Aranzazu Fernández Rivas. Hospital de Basurto. Bilbao. Bizkaia.

Jose M.^a Galletero. AMSA, Bilbao. Bizkaia.

Cristina Iniesta Ozcariz. CSM de Eibar. Gipuzkoa.

Álvaro Iruin Sanz. Director de Salud Mental. Dpto. de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Álava.

Fernando Lana Moliner. Centros Asistenciales Torribera. Santa Coloma de Gramanet, Barcelona.

Begoña Lejona Martínez de Lecea. Biblioteca Hospital de Basurto, Bilbao. Bizkaia.

Jose A. Martín Zurimendi. Director de Salud Mental y A. Psiquiátrica Extrahospitalaria de Bizkaia. Osakidetza.

Claudio Maurotolo. AMSA, Bilbao. Bizkaia.

Carlos Mirapeix Costas. Instituto de Estudios Psicoterapéuticos, Santander.

Natalia Neira Laredo. Osakidetza. San Sebastián. Gipuzkoa.

Rodrigo Oraá Gil. H. Psiquiátrico de Zaldibar. Bizkaia.

Maite Rodríguez Fernández. Biblioteca Hospital de Basurto. Bilbao. Bizkaia.

Beatriz Rodríguez Vega. Hospital de la Paz. Madrid.

Vicente Rubio Larrosa. Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

Carmen Sánchez. Centros Asistenciales Torribera. Santa Coloma de Gramanet, Barcelona.

ÍNDICE

GLOSARIO.....	11
RESÚMENES ESTRUCTURADOS.....	15
1. INTRODUCCIÓN.....	23
2. OBJETIVOS.....	29
3. MATERIAL Y MÉTODOS	33
3.1. Recogida de datos sobre la demanda de atención de los Trastornos de Personalidad en el País Vasco	35
3.1.1. Obtención de los datos de los registros sanitarios disponibles en la red de Salud Mental del País Vasco	35
3.1.2. Obtención de los datos de una muestra de centros asistenciales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.....	35
3.2. Recogida de información sobre esquemas organizativos.....	35
3.2.1. Recogida de información de las modalidades de asistencia, protocolos y programas específicos utilizados en la atención de los Trastornos de Personalidad en el País Vasco.....	35
3.2.2. Recogida de información de programas específicos del entorno nacional e internacional, dedicados a la atención de los Trastornos de Personalidad.....	35
a) Contacto con programas nacionales	36
b) Contacto con profesionales que trabajaron en centros pioneros extranjeros...	36
3.3. Revisión sistemática de la literatura científica	36
3.3.1. Estrategia de búsqueda	36
3.3.2. Resultados de la búsqueda	37
3.3.3. Método de revisión	37
3.3.4. Criterios de inclusión.....	37
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
4.1. Datos epidemiológicos de los Trastornos de Personalidad.....	41
4.2. Flujo asistencial de los Trastornos de Personalidad en nuestro entorno	44
4.3. Visión de los profesionales. Problemas de los Trastornos de Personalidad en nuestros centros	45
4.4. Unidades de referencia regional y nacional	47
4.4.1. «Unidad de Trastornos de Personalidad». Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza. Director: Dr. Vicente Rubio Larrosa	47

4.4.2. Programa de Atención integrada TLP y TP, Hospital de Día. Centros Asistenciales de Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. Director: Dr. Fernando Lana Moliner ..	49
4.4.3. Unidad de Crisis para Trastornos de Personalidad. AMSA, Bilbao. Director: Dr. José M. ^a Galletero / Dr. Claudio Maurotolo	52
4.4.4. Unidad de Trastornos de Personalidad de Cantabria. Director: Dr. Carlos Mirapeix. Instituto de Estudios Psicoterapéuticos. Santander.....	54
4.5. Unidades de referencia internacional	56
4.5.1. Unidad de Psicoterapias de Halliwick. Servicio especializado en TPs. Hospital St Ann. Haringey, Londres. Director: Dr. Bateman.....	56
4.5.2. Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital de Nueva York-Centro Médico Cornell (División Wetchester). Director: Dr. Otto F. Kernberg	58
4.5.3. Behavioral Research & Therapy Clinics, Universidad de Washington. Seattle, Washington. Directora: Marsha M. Linehan.	59
4.6. Revisión sistemática de la literatura	60
4.6.1. Preámbulo.....	60
4.6.2. Propuestas sobre programas de atención a pacientes con Trastorno de Personalidad	61
4.6.3. Intervenciones psicoterapéuticas.....	62
a) Revisiones.....	62
b) Nuevos ensayos clínicos randomizados.....	64
c) Reflexiones a partir de las revisiones	66
d) Literatura sobre intervenciones psicoterapéuticas concretas	66
4.6.4. Intervenciones psicofarmacológicas.....	73
a) Guías y propuestas	73
b) Revisiones.....	74
c) Estudios recientes	75
4.6.5. Una reflexión sobre los costes	76
5. RECOMENDACIONES FINALES	79
6. CONCLUSIONES.....	87
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS.....	103

GLOSARIO

AIMS:	Afecto, Impulso, Motivación, Self-Awareness
APA:	American Psychiatric Association
ATS:	Ayudante Técnico Sanitario
BDI:	Beck Depression Inventory
BRTC:	Behavioral Research and Therapy Clinics
BSL:	Borderline Symptom List
CAPV:	Comunidad Autónoma del País Vasco
CAT:	Cognitive Analytic Therapy /Terapia Cognitivo Analítica
CAV:	Comunidad Autonómica Vasca
CBT:	Cognitive Behavioural Therapy / Terapia Cognitivo Conductual
CH:	Centro Hospitalario
CIE:	Código Internacional de clasificación de las Enfermedades
CRPS:	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CSIC:	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
CSM:	Centro de Salud Mental
CT:	Comunidad Terapéutica
DBT:	Dialectical Behavioral Therapy
DDS:	Demographic Data Scale
DSM:	Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales
DUE:	Diplomada Universitaria en Enfermería
ECR:	Ensayo Clínico Randomizado
EEAG:	Escala de Evaluación de la Actividad Global
GAF:	Global Assessment of Functioning
GDR:	Grupos de Diagnóstico Relacionados
HD:	Hospital de Día
IMAO:	Inhibidores de Monoaminoxidasa
IME:	Índice Médico Español
ISOC:	Índice de Ciencias Sociales y Humanidades
ISRS:	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
LPC:	Lifetime Parasuicide Count
MBE:	Medicina Basada en la Evidencia
MIR:	Médico Interno Residente

MMPI:	The Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NHS:	National Health Service
NIMH:	National Institute of Mental Health
PIR:	Psicólogo Interno Residente
PT:	Psicoterapia
RFL:	Escala Reasons for Living Scale
SAHI:	Substance Abuse History Interview
SASII:	Suicide Attempt Self-Injury Interview
SBQ:	Suicidal Behaviors Questionnaire
SHI:	Social History
STAI:	State-Trait Anxiety Inventory
TESEO:	Tesis Doctorales de las Universidades Españolas
TCD:	Terapia Conductual Dialéctica
TCI-R:	Revised version of the Temperament and Character Inventory
TFP:	Terapia Focalizada en la Transferencia
TGP:	Trastorno Grave de la Personalidad
THI:	Treatment History Interview
TLP:	Trastorno Límite de la Personalidad
TMS:	Trastornos Mentales Severos
TP:	Trastornos de Personalidad
UFITP:	Unidad de Formación e Investigación
UTP:	Unidad de Trastorno de la Personalidad
WHOQOL:	The World Health Organization Quality of Life

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: ABORDAJES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA RED DE SALUD MENTAL DEL PAÍS VASCO.

Autores: González M.A., Abeijón J.A., Bustamante S., Elizagárate E., Larrínaga M., Lasa A., Muñoz P, Querejeta I., Rodríguez I., Salazar M.A.

Palabras Clave Mesh: Trastornos de personalidad, psicoterapia, psicofarmacología, tratamientos psicóticos.

Fecha: Julio 2007

Páginas: 108

Referencias: 148

Lenguaje: español

ISBN: 978-84-457-2700-3

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Personalidad (TPs) constituyen un grupo de pacientes que genera gran preocupación entre los profesionales sanitarios por la complejidad de su clínica, la respuesta frecuentemente insatisfactoria a los tratamientos y la carencia de propuestas claras sobre intervenciones terapéuticas idóneas. Ello genera la necesidad de examinar la trascendencia del problema en la CAV, así como de establecer una serie de recomendaciones que guíen a la autoridad sanitaria a la hora de diseñar una oferta asistencial adecuada para estas personas.

OBJETIVOS

- Conocer la demanda de atención sanitaria directamente relacionada con los Trastornos de Personalidad en la red pública de la CAPV.
- Analizar las técnicas y esquemas organizativos empleados en la red y en otros sistemas sanitarios para atender dichos trastornos.
- Elaborar una serie de propuestas sobre la atención a Trastornos de Personalidad, para su eventual puesta en marcha en la CAPV, con el fin de mejorar la atención actual, teniendo en cuenta la calidad de las evidencias que la sustentan y la aplicabilidad del esquema organizativo en nuestro sistema sanitario, que incluya una reflexión sobre los costes.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Análisis de registros sanitarios disponibles en la red de salud mental del País Vasco, complementados por un examen más detallado de los datos de cada centro donde desarrollan su tarea los investigadores.
- Recogida de información sobre la práctica asistencial real en nuestro medio a los pacientes con TP a través de fuentes de alta calidad.

- Recogida de información sobre esquemas organizativos en este campo, tanto de nuestro entorno nacional como de aquellos dispositivos extranjeros de prestigio.
- Revisión sistemática de la literatura científica sobre la atención a Trastornos de Personalidad y modelos organizativos.
- Análisis de los datos obtenidos, debate y elaboración de un informe con recomendaciones concretas.

Análisis económico: Sí NO **Opinión de Expertos:** Sí NO

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los TP son frecuentes en nuestros dispositivos. Con frecuencia pasan desapercibidos para los planificadores por un infradiagnóstico unido a un infrarregistro. Los profesionales los consideran difíciles de tratar y les otorgan un pronóstico sombrío, en contradicción con los datos de evolución más optimistas de la literatura. Carecemos de protocolos estructurados para el abordaje de los TP en nuestras unidades. Nos falta formación tanto sobre la patología en sí como de las posibles intervenciones terapéuticas.

Las unidades de referencia a nivel nacional o internacional suelen caracterizarse por una estructura sólida, una terapéutica multicomponente con intervenciones integradas sobre todo de base dinámica o cognitivo-conductual, aplicadas en encuadres individuales y grupales, tanto a nivel ambulatorio intensivo como de hospitalización parcial.

Las evidencias halladas en la literatura son escasas y difíciles de interpretar por la complejidad metodológica que acompaña a la investigación en PT que se añade a las dificultades propias de trabajar con TPs. Existe un consenso amplio que considera la psicoterapia como el elemento central del tratamiento de los TP, combinada con una intervención farmacológica dirigida a agrupaciones de síntomas. Las técnicas cognitivo-conductuales y dinámicas son las más utilizadas. Los antidepresivos en general y los ISRS en particular, han mostrado mayor potencial en el tratamiento de los TPs. Respecto a la duración de los tratamientos, tiende a considerarse la necesidad de duraciones largas, superiores a un año. El encuadre preferido en los programas existentes es el ambulatorio intensivo o bien la hospitalización parcial.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Se plantean una serie de niveles de mejoras en el abordaje a los TP de complejidad creciente que pueden implantarse sucesiva o simultáneamente en la Red de SM del País Vasco.

1. Programa de Formación en TP. Red SM
2. Unidad de Formación e Investigación
3. Unidad Asistencial Piloto. Énfasis en intervenciones grupales. Uso preferente de Técnicas dinámicas. Formación de profesionales en técnicas cognitivo-conductuales. Evaluación exhaustiva de resultados
4. Difusión de Unidades Asistenciales
5. Unidad de Hospitalización. Programa residencial

Optamos por proponer comenzar el desarrollo de este plan a partir del nivel 3, con la creación de una Unidad Asistencial Piloto, que se haga cargo además de los niveles previos 1 y 2.

LABURPENA EGITURATUA

Izenburua: EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO OSASUN MENTALEKO SAREAN
NORTASUNAREN NAHASTEAK ABORDATZEA

Egileak: González M.A., Abeijón J.A., Bustamante S., Elizagárate E., Larrínaga M., Lasa A.,
Muñoz P., Querejeta I., Rodríguez I., Salazar M.A.

MESH gako-hitzak: Nortasunaren nahasteak, psikoterapia, psikofarmakologia, tratamendu psikotikoak.

Data: 2007ko uztaila

Orrialdeak: 108

Erreferentziak: 148

Hizkuntza: Gaztelania

ISBN edo lege-gordailua: 978-84-457-2700-3

SARRERA

Nortasunaren Nahasteak (NNak), profesional sanitarioengan ardua handia sortzen duen paziente-talde bat osatzen dute. Ardua hori honako hauek eragiten dute: klinikaren konplexutasunak, tratamenduekiko erantzuna sarritan gogobetekoa ez izateak eta interbentzio terapeutiko aproposeri buruzko proposamen argirik ez egoteak. Horrek guztiak, EAEn arazo honek duen garrantzia aztertzekeo beharra sortzen du, baita pertsona horientzako eskaintza asistentzial egoki bat diseinatzekeo orduan agintari sanitarioak gidatuko dituzten gomendio batzuk ezartzeko beharra ere.

HELBURUAK

- EAeko sare publikoan nortasunaren nahasteekin zerikusi zuzena duen atentzio sanitarioaren eskaria ezagutzea.
- Nahaste horietaz arduratzeko sarean eta beste sistema sanitario batzuetan erabilitako antolaketa eskemak eta teknikak aztertzea.
- Nortasunaren nahasteen atentzioari buruzko zenbait proposamen prestatzea, EAEn aldi baterako martxan jar daitezzen, egungo atentzioa hobetzeko asmoz, sostengatzen duten ebidentzien kalitatea eta gure sistema sanitarioan kostuei buruzko gogoeta bat barne hartzen duen antolaketa-sistemaren aplikagarritasuna kontuan hartuz.

MATERIALA ETA METODOAK

- Euskal Autonomia Erkidegoko osasun mentaleko sarean erabil daitezkeen erregistro sanitarioen analisia, ikertzaileek euren zeregina egiten duten zentro bakoitzeko datuen azterlan xehatuago batez osatuta.
- Nortasunaren nahastea duten pazienteei gure ingurunean benetako praktika asistentzialari buruzko informazioa, goi-mailako kalitatea duten iturrien bidez, biltzea.

- Eremu horretan antolaketa-eskemei buruzko informazio-bilketa, bai gure ingurune nazionalekoa bai atzerriko prestigioeko dispositiboena.
- Nortasunaren nahastearen atentzioari buruzko bibliografia zientifikoaren berrikuspen sistematikoa eta antolamendu-ereduak.
- Lortutako datuen analisia, eztabaida eta gomendio zehatzak dakartzan txosten bat prestatzea.

Analisi ekonomikoa: BAI **EZ**

Adituen Iritzia: **BAI** EZ

EMAITZAK ETA EZTABAIDA

NNak sarritan gertatzen dira gure dispositiboetan. Askotan, planifikatzaileentzat ohargabe gertatzen dira azpierreregistro bati lotutako azpidiagnostikotzat hartzen direlako. Profesionalek uste dute zaila dela tratamendua jartzea eta pronostiko iluna ematen diete, bibliografiak dakartzan eboluzio-datu baikorragoekin kontraesanean. Gure unitateetan ez daukagu NNei ekiteko protokolo egituraturik, ezta patologiarri berari eta egin daitezkeen interbentzio terapeutikoei buruzko prestakuntzarik ere.

Erreferentzia-unitateak, maila nazional edo nazioarteko mailan, egitura sendoak bereizten ditu, baita osagai askoko terapia batek ere, batez ere oinarri dinamikoa edo kognitibo-konduktualak duten interbentzio integratuekin, banaka eta taldeka ezartzen direnak, bai maila anbulatorio intentsiboan bai ospitalizazio partzialesan.

Bibliografian aurkitutako ebidentziak urriak dira eta zaila da horiek interpretatzea, PTKo ikerkuntzak dakarren konplexutasun metodologikoagatik, NNekin lan egiteak berak dituen zailtasunez gain. Psikoterapia, sintomen taldekatzeentzako interbentzio farmakologiko batekin konbinatuta, NNen tratamenduaren elementu nagusitzat jotzen duen adostasun zabala dago. Teknika kognitibo-konduktualak eta dinamikoak gehien erabiltzen direnak dira. Antidepressiboek oro har eta serotoninaren birkaptazioaren inhibitzaile selektiboek (SBIS) bereziki, NNen tratamenduan ahalmen handiagoa erakutsi dute. Tratamenduen iraupenari dagokionez, iraupen luzea (urtebetetik gorakoa) behar dela pentsatzeko joera dago. Dauden programetan nahiago den kokapena anbulatorio intentsiboa da edo, bestela, ospitalizazio partziala.

GOMENDIOAK ETA ONDORIOAK

Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Mentaleko Sarean hurrenez hurren edo aldi berean ezar daitezkeen eta gero eta konplexutasun handiagoa duten nortasunaren nahasteak abordatzean hobetzeko maila batzuk planteatzen dira.

1. NNko Prestakuntza Programa. OM Sarea
2. Prestakuntza eta Ikerkuntza Unitatea
3. Unitate Asistentzial Pilotua. Enfasia talde-interbentzioetan. Teknika dinamikoen lehentasunezko erabilera. Teknika kognitibo-konduktualeko profesionalen prestakuntza. Emaitzen ebaluazio zehatza
4. Unitate Asistentzialeen hedapena
5. Ospitalizazio Unitatea. Egoitza-programa

Plan honen garapena 3. mailatik aurrera hasteko proposamena egitea erabaki dugu. Horretarako, Unitate Asistentzial Pilotu bat sortuko da, alde zuzeneko 1. eta 2. mailetatik ere arduratuko dena.

STRUCTURED ABSTRACT

Title: APPROACH TO PERSONALITY DISORDERS IN THE MENTAL HEALTH SYSTEM OF THE BASQUE COUNTRY

Authors: González M.A., Abeijón J.A., Bustamante S., Elizagárate E., Larrínaga M., Lasa A., Muñoz P., Querejeta I., Rodríguez I., Salazar M.A.

Key Words MeSH: Personality Disorders, psychotherapy, psychopharmacology, psychotropic drugs.

Date: July 2007

Pages: 108

References: 148

Language: Spanish

ISBN: 978-84-457-2700-3

INTRODUCTION

Personality Disorders create many problems in the clinical community due to the complexity of their symptoms, the therapeutic response often unsatisfactory and the absence of clear cut proposals on therapeutic interventions. This generates a need to examine the importance of the problem in the Basque Autonomous Community and to establish a series of recommendations which guide the health authority to design a clinical care program adequate for these persons.

AIMS

- To know the health assistance demand directly related to Personality Disorders at the Basque Country Mental Health System.
- Analysis of organisational schemes and techniques applied to Personality Disorders in our system and in other national and international systems.
- Elaboration of proposals on treatment of Personality Disorders which will be eventually developed in the Basque Country to improve the current situation, considering the quality of evidences supporting our proposal and its applicability in our specific conditions, costs included.

MATERIALS AND METHODS

- Analysis of case registers available in the Basque Country Mental Health System, complemented by a detailed examination of data in each of the mental health units where members of the research team work.
- Information recollection on actual clinical care devoted to patients with PD in our community through high quality sources.

- Information recollection on treatment programs in this field at a national level and also studying prestigious international programs.
- Systematic review of scientific literature on specific treatment interventions and programs of treatment of Personality Disorders.
- Data analysis, discussion among team members and elaboration of a document with specific recommendations.

Economic analysis: YES NO

Expert opinion: YES NO

RESULTS AND DISCUSSION

PD are often found in our units. Many times they are not recognized by planners due to «under-diagnosis» and «under-registration». Clinicians consider them difficult to treat and give them a sombre prognosis, in contradiction with current data on outcome and course of PD. We are lacking well structured clinical protocols to treat these patients in our units. Information is needed on the nature of the disorders and possible clinical approaches.

Units of reference, be they at a national or international level, share some specific characteristics: a solid structure, a multicomponent approach with interventions integrated with predominance of dynamic and cognitive-behavioral techniques, applied in individual or group settings in intensive outpatient or partial hospitalization models.

Evidences in the literature are scarce and difficult to interpret due to the methodological complexity that goes with psycthotehrapy resaerch added to the specific difficulties following PD research. A wide consensus considers psychotherapy the central element in PD treatment, combined with pharmacological intervention addressed to concrete symptoms clusters. Cognitive-behavioral and dynamic techniques are the more used PT interventions. Antidepressants and ISRS in particular have shown the higher potential in PD treatment. Treatment duration is always longer than a year. Outpatient intensive care and partial hospitalization are the preferred settings in published clinical trials.

RECOMENDATIONS AND CONCLUSIONS

Five levels of improvement in the treatment of PD are proponed. They have an increasing complexity and can be implemented all at the same time or step by step in the Basque Country Mental Health Network.

1. Training program in PD for the MH Network
2. Training and research Unit
3. Pilot Treatment Unit. Emphasising group interventions. Preferent use of dynamic interventions. Training in cognitive-behavioral techniques. Exhaustive evaluation of clinical outcomes
4. Creation of treatment units throughout all the Basque Country
5. Inpatient Unit. Residencial Program

We specifically recommend to start this plan from level 3, creating a Pilot Treatment Unit that also takes charge of developing levels 1 and 2.

1. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Personalidad (TPs) generan grandes complicaciones en el sistema sanitario. Pese a una relativamente escasa presencia en las estadísticas clínicas oficiales, despiertan enorme atención, interés y preocupación entre clínicos e investigadores. El número de publicaciones relativas a este tema se ha disparado en todo el mundo, las sociedades dedicadas a los TPs han surgido con fuerza y crecen a buen ritmo. Diferentes unidades dedicadas específicamente a los TPs se extienden por nuestro país tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario.

¿Cuál es la razón de esta paradoja?. Podemos encontrar varios factores que examinamos a partir de un trabajo realizado entre nosotros (Lana, F, González, M. A., & Mirapeix, C, 2006):

1. La prevalencia real de los TPs puede ser mucho mayor de lo que recogen las estadísticas oficiales disponibles. Nos encontramos aquí con un fenómeno doble interesante. Por un lado, los estudios epidemiológicos que acompañan a numerosos trabajos de investigación en los que se busca exhaustivamente pacientes con TP ofrecen cifras elevadísimas que chocan con la experiencia clínica diaria. Por otro, el número de pacientes identificados como TPs en las muestras clínicas de unidades no especializadas en el tema es francamente bajo ¿cuál es la realidad?. El infradiagnóstico es una posible causa; sencillamente los casos no se detectan y el paciente es atendido considerando otros diagnósticos. El infrarregistro es otra causa; aunque el paciente es correctamente diagnosticado como portador de un TP, se registra solamente otro diagnóstico identificado como motivo principal de consulta (por ejemplo un Trastorno Afectivo, un Abuso de Sustancias, etc.). En el ámbito hospitalario, la situación de los TPs en el Eje II complica las cosas. El sistema GDR, por ejemplo, considera como clave a la hora de asignar un código al paciente, el diagnóstico relacionado con el motivo principal de ingreso. En la mayoría de los casos, un paciente con TP es ingresado por una patología comórbida que genera una crisis, y no por el TP en sí mismo.
2. Independiente del volumen de la demanda asistencial vinculada a los TPs, no se sabe muy bien qué hacer con estos pacientes. La literatura tiende a aportar en este campo evidencias de calidad limitada sobre iniciativas terapéuticas difíciles de aplicar en la mayoría de los sistemas públicos. No es fácil hoy entre nosotros reproducir miméticamente el modelo de Linehan (Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L., 1991) o el de Bateman & Fonagy (Bateman, A. & Fonagy, P., 1999). Nuestros equipos de salud no cuentan con los suficientes recursos, tanto en número como en el nivel formativo de los profesionales. De hecho, ni siquiera en el sistema público británico es viable hoy multiplicar centros como el de Halliwick de Bateman & Fonagy, quedando estas y otras iniciativas como programas muy valiosos que pueden mostrar líneas de conducta terapéutica a los demás equipos —no superespecializados— de la red de Salud Mental del National Health Service (NHS). Por otra parte, en los Ensayos Clínicos Randomizados (ECRs) relacionados con TPs se manifiestan de forma aún más clara las limitaciones de esta metodología de investigación. Los abordajes psicosociales se adaptan con dificultad al corsé de los ECRs y los pacientes de las muestras están a veces tan seleccionados que podemos dudar si los resultados de los ensayos pueden aplicarse sin más a los pacientes reales que vemos en la clínica.
3. Los tratamientos reales desarrollados en las unidades generales de los sistemas públicos hasta la fecha tienden a ofrecer resultados limitados. Fracasos y abandonos se repiten con frecuencia. El cumplimiento y la adhesión son bajos, las recaídas en patologías del Eje I habituales. El número de terapeutas que atiende a estos pacientes a lo largo de los años es elevado, apor-

tando a estos pacientes una «experiencia» en iniciativas terapéuticas que muchas veces complica la puesta en marcha de un nuevo tratamiento y facilita en el clínico una actitud escéptica. Podríamos decir que estos pacientes presentan un reto terapéutico difícil de afrontar. Quizá por ello las iniciativas docentes en torno a los TPs suelen despertar un gran interés entre los clínicos.

4. La reacción que estos pacientes producen en los clínicos es intensa y muchas veces negativa, lo que añade aún más complicaciones a un tratamiento ya de por sí complejo. Todos los TPs y en especial los clasificados en el Cluster B que constituye el grupo más numeroso de esos pacientes en las muestras clínicas (o los que muestran problemáticas más difíciles) son capaces de evocar emociones muy intensas en el terapeuta. El concepto de Contratransferencia cobra en este contexto una relevancia fundamental. Fácilmente el clínico novel inicia un acercamiento a la problemática del paciente llevado por un interés cuasi apostólico o salvador, que se torna en persecutorio cuando aparece una cierta frustración, terapéutica o de otro tipo. Estos pacientes permanecen en nuestro recuerdo, nos «acompañan» a casa y generan más rupturas de límites que cualesquiera otros.

Resumiendo todo lo anterior podríamos decir que los TPs nos preocupan a los clínicos y son mucho más frecuentes de lo que pudiera parecer por los datos disponibles, son difíciles de tratar, encuentran resultados terapéuticos pobres y, por si fuera poco, tienden a despertar en el clínico reacciones intensas y difíciles de manejar.

La clínica del trastorno grave de la personalidad, nos guste o no, empuja al clínico de tal modo que convierte en una suerte de dilematismo académico los debates teóricos engolados y fuerza a los profesionales a buscar respuestas pragmáticas que ofrezcan solucio-

nes de verdad a personas con problemáticas complejas y muchas veces con alto nivel de sufrimiento personal y familiar. En esa saludable evolución hacia la ayuda real parecen haberse desarrollado algunos programas que persiguen siempre, y a veces encuentran, ese difícil balance entre apoyo y confrontación, entre contención y exigencia. Algunas iniciativas notables en este campo han sido puestas en marcha entre nosotros y comienzan a ser conocidas y evaluadas. Un examen desapasionado de sus características y sus logros terapéuticos es muy necesario de cara a una mejor respuesta del sistema sanitario, especialmente a nivel público a esta demanda asistencial tan compleja y exigente.

La mayoría de los clínicos reconocen (NIMH(E), 2003) que no tienen suficiente formación para responsabilizarse del tratamiento de un Trastorno Grave de la Personalidad (TGP) y los que la tienen trabajan a modo de «héroe solitario», pues los centros no están organizados para dar una respuesta coordinada de equipo a las demandas de estos pacientes. El resultado es que los escasos centros donde se ofrece atención especializada para los TGPs han surgido del empeño e ilusión de unas pocas personas y no de una planificación sanitaria acorde con la magnitud del problema de los TP.

En los últimos años, se ha producido una mejora sustancial de los recursos disponibles para los pacientes con trastornos psicóticos en Occidente. Esto ha tenido, por lo menos, dos consecuencias (Fahy T, 2003). Por un lado, en la atención a los trastornos mentales graves, los clínicos se sienten más confortables dedicando su esfuerzo y pericia a los trastornos psicóticos que a los volubles e inestables TPs. Por otro lado, la estancia media psiquiátrica a pasado en pocos años de 45-60 días a 10-20 días para potenciar el tratamiento de los psicóticos en la comunidad. Como consecuencia las unidades psiquiátricas de corta estancia no son ya tan adecuadas para realizar intervenciones psicoterapéuticas o rehabilitadoras. Este cambio, sin duda positivo para

los psicóticos no ha hecho sino empeorar la situación de la asistencia de los TPs y facilitar numerosos reingresos. En situaciones de crisis, sin crearse nuevos recursos ambulatorios, los TPs han perdido la posibilidad de «refugiarse» en un hospital, por más que ello resulte a medio plazo terapéuticamente estéril.

Las Guías clínicas para TP y la opinión de los expertos (revisadas más adelante) afirman que el tratamiento debe ser fundamentalmente ambulatorio y se debe evitar la hospitalización. Sin embargo, el ingreso sólo puede evitarse o ser breve cuando se dispone de tratamiento ambulatorio específico e intensivo (Krawitz, R. & Watson, C, 1999). Por tanto, resulta que las unidades de agudos no son un sitio adecuado para el tratamiento de los TPs, pero en los recursos ambulatorios (CSM) a menudo no se dispone ni de tiempo ni de formación para realizar una terapia adecuada. No es de extrañar que, al margen de otros factores, cuando estas personas y sus familias llegan a urgencias desahoguen todo el malestar y sentimiento de «injusticia» por este mensaje «confuso y paradójico» que en muchos casos impresiona como una repetición «real» de experiencias biográficas previas de desamparo, abandono o maltrato también reales.

Como consecuencia, la asistencia de los TPs, especialmente los graves, se centra en los síntomas y, lo que es peor, en los síntomas más graves, lo cual parece favorecer uno de los esquemas cognitivo-afectivos más paradigmáticos de los TP graves: «sólo si les convenzo que estoy muy mal me ayudarán». Así mismo, se dedican muy pocos recursos en intervenciones tempranas dirigidas al «núcleo psicopatológico» del TP y grandes esfuerzos y recursos a la contención de las crisis. El resultado final es que a veces en la práctica, el tratamiento «real» de los TPs graves se realiza en el hospital y en urgencias, a pesar de la evidencia que ni clínica ni económicamente es efectivo (Krawitz, R. & Watson, C, 1999).

La opinión de los usuarios debería ocupar un lugar destacado en la moderna planifica-

ción sanitaria. Actualmente, es impensable la planificación y gestión de los servicios de salud mental en general y de los trastornos de personalidad en particular sin conocer la opinión de las personas que los van a utilizar. Haig (Haigh, R, 2003) realizó un excelente estudio cuyas conclusiones se resumen en la Tabla I (ver anexo).

Existen varios niveles de trabajo en TP. Quizás el modelo más conocido es el del hospital MacLean (Boston, EE.UU.) que ha sido difundido por Gunderson (Gunderson, J. G., 2002). La Tabla I presenta una adaptación de este modelo. Sin embargo, de cara a una aplicación de este modelo a nuestro país, conviene tener en cuenta los siguientes principios generales:

1. Las unidades especializadas de tratamiento ambulatorio intensivo, son una parte de lo que debe ser un programa integral de abordaje de los TPs en una Comunidad.
2. Los requisitos organizativos en el tratamiento de los TPs comparten algunas características comunes en el diseño estratégico de la intervención
3. Las características funcionales de estos dispositivos, deben reunir unos requisitos y evitar otros.
4. Debe existir una propuesta de criterios objetivables que permitan la asignación de pacientes a diferentes dispositivos.
5. La especificación de los programas, debe incluir su composición terapéutica y la dosificación terapéutica semanal
6. Los análisis de costes deben vincularse sistemáticamente a los procesos de evaluación de estos programas. La eficiencia demostrada debe ser replicada en diferentes poblaciones y contextos.

De acuerdo con estos principios y el modelo de Gunderson, Mirapeix (Mirapeix C, 2004) ha propuesto una clasificación (ver anexo, Tabla II) que propone unos criterios objeti-

vos para determinar qué dispositivo se adecua mejor a las necesidades de cada persona con trastorno de la personalidad. La clasificación de dos subtipos de TP: tipos R y S (que rechaza —Reject— o busca —Seek— en tratamiento) realizada por Tyrer (Tyrer, P., Mitchard, S., Methuen, C., & Ranger, M., 2003) es de utilidad en este contexto. Además, tal y como se señala en otros apartados de este trabajo, el índice de gravedad en relación al nivel de adaptación funcional es criterio de asignación de recursos. Por otro lado, los diferentes

dispositivos han de tener paquetes terapéuticos específicos, adaptados a las necesidades propias de la población que tratan y a los recursos disponibles.

Finalmente, la especificación de los programas terapéuticos, debe ser realizada en términos de su composición terapéutica y en la dosificación terapéutica semanal. La Tabla III (ver anexo) esboza una composición de programas en términos de dosis y componentes terapéuticos.

2. OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son:

- Estimar la demanda de atención sanitaria directamente relacionada con los Trastornos de Personalidad en la red pública de la CAPV.
- Analizar las técnicas y esquemas organizativos empleados en la red y en otros sistemas sanitarios para atender dichos trastornos.
- Elaborar una serie de propuestas sobre atención a Trastornos de Personalidad para su eventual puesta en marcha en la CAPV con el fin de mejorar la atención actual, teniendo en cuenta la calidad de las evidencias que la sustentan y la aplicabilidad del esquema organizativo en nuestro sistema sanitario, que incluya una reflexión sobre los costes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. RECOGIDA DE DATOS SOBRE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL PAÍS VASCO

3.1.1. Obtención de datos de los registros sanitarios disponibles en la red de Salud Mental del País Vasco

Solicitamos a la autoridad sanitaria los datos disponibles en el registro de casos del País Vasco, para realizar un análisis de la atención que se les presta a los Trastornos de Personalidad en las diferentes unidades hospitalarias y extrahospitalarias de nuestra red.

3.1.2. Obtención de los datos de una muestra de centros asistenciales de la CAPV

Para disponer de datos paralelos de mayor calidad y fiabilidad que nos aportasen una impresión cualificada de la situación real de nuestra red, complementamos los datos recogidos en los registros sanitarios, con un examen más detallado de la demanda de estos pacientes en los dispositivos de los diferentes miembros del equipo investigador durante el año 2005 (estudio retrospectivo) y los primeros meses del 2006 (estudio prospectivo).

Estos profesionales, psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales, han jugado un papel fundamental en esta parte del proyecto, al ocupar lugares claves en la red sanitaria, cubriendo prácticamente todo el abanico de recursos de la red de Salud Mental relacionados con la atención diaria a los Trastornos de Personalidad en sus distintas etapas de evolución.

Esta recogida complementaria de datos se llevó a cabo en Unidades de Hospital General (H. Basurto, Bilbao y CH Donostia, San Sebastián), en una Unidad Hospitalaria de Psicosis Refractarias (H. Psiquiátrico de Álava, Vitoria), en equipos ambulatorios de adultos (CSM Antiguo, San Sebastián) y Consultorio de Otxarkoaga y CSM Ajuriaguerra, Bilbao) e Infanto-juve-

niles (CSM Uribe Costa, Algorta), en Unidades especializadas en Toxicomanías (CSM de Ajuaguerra - Toxicomanías) y en una Unidad especializada en Trastornos de Conducta Alimentaria (CSM de Ortuella y TCA, Bilbao).

3.2. RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE ESQUEMAS ORGANIZATIVOS

3.2.1. Recogida de información de las modalidades de asistencia, protocolos y programas específicos utilizados en la atención de los Trastornos de Personalidad en el País Vasco

Se llevó a cabo una visita a cada centro de trabajo de los miembros del equipo, para realizar una entrevista personal, con el objetivo de evaluar cómo es el recorrido estándar de un paciente con Trastorno de Personalidad en nuestra red y las diferentes modalidades de asistencia empleadas para estos pacientes en el País Vasco.

Para facilitar la recogida de información se elaboró una entrevista semiestructurada en la que se hacían preguntas referentes a los materiales y herramientas utilizados para la detección y diagnóstico de los Trastornos de Personalidad, la comorbilidad y su influencia en el tratamiento, abordajes específicos, protocolos, técnicas o esquemas organizativos empleados en su abordaje, si cuentan con formación específica, cómo se lleva a cabo el alta, derivación y seguimiento de estos pacientes y por último dificultades generales y específicas encontradas en el abordaje empleado hasta el momento.

3.2.2. Recogida de información de programas específicos del entorno nacional e internacional, dedicados a la atención de los Trastornos de Personalidad

Obtuvimos material y en muchos casos visitamos estos dispositivos para conocer en deta-

Ile sus programas y recoger sus impresiones en cuanto a fortalezas, debilidades y áreas de mejora.

a) *Contacto con programas nacionales*

Para llevar a cabo el estudio de estos programas, visitamos personalmente Unidades existentes en la CAPV, como la «Unidad de Crisis para Trastornos de Personalidad» de AMSA en Bilbao, de ámbito privado, y aquellas ubicadas en otras CC.AA., tanto de iniciativa privada: «Unidad de Trastornos de Personalidad» y el «Centro de rehabilitación y Psicoterapia Universidad» en Santander, como de iniciativa pública: el Hospital de Día del «Programa de Atención Integrada TLP y TP» ubicado en los Centros Asistenciales Torribera de Santa Coloma de Gramenet, Barcelona y la «Unidad de Trastornos de Personalidad» ubicada en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza. También contactamos con la Unidad de Formación e Investigación en Psicoterapia organizada desde el Hospital de la Paz (Madrid).

En todos los casos recopilamos documentación de los centros y conocimos in situ las dificultades que se han encontrado y cómo se han enfrentado a ellas, para llevar a cabo una buena valoración de los programas.

b) *Contacto con profesionales que trabajaron en centros pioneros extranjeros.*

Con el fin de poder generar unas propuestas de mejora adecuadas y aplicables en nuestro contexto, nos pusimos en contacto con profesionales con experiencia en centros de prestigio internacional, como:

- el Programa de Terapia Conductual Dialéctica (DBT) de Linehan en Seattle,
- el Programa de Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP) de Kernberg en Nueva York y
- el Programa de Terapia Basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy en el Hospital de Día de Halliwick, Londres.

Recopilamos información y realizamos una valoración de los programas, con una entrevista a los profesionales que los conocieron de cerca.

3.3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

3.3.1. Estrategia de búsqueda

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de localizar artículos y documentos sobre programas, servicios o modelos organizativos nacionales e internacionales efectivos en el abordaje de los Trastornos de Personalidad y recomendaciones terapéuticas efectivas para esta patología.

Para ello, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos informatizadas: Medline, Embase y PsycInfo (OVID), en las Bases de datos del CSIC concretamente en el Índice Médico Español e Índice de Ciencias Sociales y Humanidades y en las bases de datos del registro de Tesis Doctorales de las Universidades Españolas (TESEO).

Otras bases de datos consultadas han sido la Cochrane Database of Systematic Reviews (OVID) y Cochrane Library Plus (Ministerio de Sanidad y Consumo), las Guías de práctica clínica, PsychBooks o Tripdatabase.

Se han utilizado buscadores como «Google», «Google Scholar» o «Google Books» y se han consultado páginas web como la NHS y revistas electrónicas como «psiquiatria.com».

La búsqueda se cerró el 15 de noviembre de 2006.

La estrategia de búsqueda simultánea en Medline, Embase y PsycInfo se realizó de la siguiente forma:

1. exp Personality disorders/
2. exp Psychotherapy/
3. exp Psychopharmacology/

4. exp Psychotropic Drugs/
5. 2 or 3 or 4
6. 1 and 5
7. program\$.mp.
8. 6 and 7
9. remove duplicates from 8

En la base de datos del Índice Médico Español (IME) e Índice de Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC) se realizó una búsqueda amplia, introduciendo todos los términos posibles del lenguaje natural.

Los términos utilizados para la búsqueda en TESEO fueron «trastornos de personalidad».

En los casos en los que encontramos varios artículos de un mismo investigador, se realizó una búsqueda en PubMed por autor.

3.3.2. Resultados de la búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline dio como resultado 272 referencias, la base de datos Embase 309 y PsycInfo 196.

De la base del IME obtuvimos 11 referencias relacionadas con el tema a trabajar, de las cuales fueron seleccionadas 2. Y de la base de datos del ISOC obtuvimos 5 referencias, seleccionamos 1.

Tras revisar todos los artículos encontrados en la búsqueda y la información aportada por los diferentes centros, se hizo una selección siguiendo los criterios explicados en el apartado de criterios de inclusión, y se realizaron dos bases de datos, denominadas:

1. Servicios de atención de Trastornos de Personalidad, que constaba de 52 referencias.
2. Técnicas terapéuticas para Trastornos de Personalidad, con 132 referencias.

Nuestro objetivo a la hora de llevar a cabo la revisión sistemática de la literatura, era reali-

zar un análisis cualificado de la información obtenida, que nos permitiera orientar nuestras recomendaciones.

3.3.3. Método de revisión

Para seleccionar los artículos y documentos para el proyecto, se revisaron los títulos y todos los resúmenes de las referencias encontradas, y en caso de duda se consultó el propio artículo.

3.3.4. Criterios de inclusión

A la hora de realizar un examen de la bibliografía disponible y todavía más cuando pretendemos revisar un tema directamente relacionado con el cuidado a los pacientes, como son las aportaciones sobre dispositivos y programas de atención a los TPs y sus resultados, es obligado utilizar criterios de calidad al examinar las evidencias disponibles.

Es preciso tener en cuenta que en este aspecto los TPs ofrecen dificultades específicas. Esto se debe a la presencia de la psicoterapia como uno de los abordajes fundamentales dentro del tratamiento de estos trastornos. Algunas guías fundamentales en esta área (American Psychiatric Association, 2001) llegan a situar la psicoterapia como el abordaje principal, dejando a la atención farmacológica un papel colateral al actuar sobre síntomas concretos que suelen acompañar al trastorno.

La metodología de Ensayo Clínico Randomizado (ECR) aplicada a la psicoterapia presenta enormes dificultades debido a la naturaleza del tratamiento. Si consideramos que el ECR se asienta sobre tres pilares: uso del placebo o grupo control, asignación al azar y doble ciego, podemos señalar que en el caso de los ensayos aplicados a las psicoterapias, dos de estos tres pilares presentan dificultades, en un caso insalvables. El doble ciego es en psicoterapia, al igual que en otras interven-

ciones de salud, sencillamente imposible, al menos en su versión extrema aplicada en los ensayos farmacológicos. El uso del placebo presenta en sí mismo grandes dificultades, pues no está claro qué intervención neutra, comparable en varios aspectos a la psicoterapia pudiera ser adecuada. Tampoco el grupo control se establece con facilidad. En general se opta por sortear estas dificultades con ingenio, convirtiendo en ciego a quien analiza los datos, por ejemplo y tomando como grupo control lo que se denomina «treatment as usual» o tratamiento estándar recibido por

esos pacientes en el entorno de que se trate. Son opciones interesantes pero que no permiten equiparar exactamente la metodología del ECR en psicoterapia con el ECR en farmacología.

Es por ello que en una revisión sistemática de la literatura sobre abordajes a los TPs, no es suficiente con los pocos trabajos que se acercan a los criterios típicos del ECR tradicional, sino que deberemos también prestar atención a estudios con evidencias de «menor» calidad, pero que aportan una enorme riqueza.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Revisando estudios que abordan este campo, nos encontramos con cifras muy dispares. Este hecho, apunta a la necesidad de estudios más extensos y refleja posiblemente otros sesgos como la falta de representatividad de las poblaciones examinadas, la problemática del curso y diagnóstico de los TP y la variedad y diversidad de métodos e instrumentos de evaluación aplicados. Estas dificultades nos obligan a mirar con prudencia los datos disponibles, ya que la prevalencia puede ser mayor de lo que indican los estudios actuales (Lana, F, González, M. A., & Mirapeix, C, 2006).

Por un lado, en población general, los datos nos hablan de prevalencias entre el 2 y el 20%, según autores y estudios. En cualquier caso, el número de personas que presentan TP en la población general es muy elevado (Cloninger, C. R & et al., 2005; Cloninger, C. R & et al., 2005).

Según estimaciones de la propia clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, la DSM-IV, la prevalencia en la población general alcanza hasta un 3% para el Trastorno Esquizotípico y el T Histriónico, 2,5% para el T Paranoide, 2% para el T Límite y el T Antisocial y cifras menores para el resto de los tipos, siendo el T Esquizoide el menos común de todos ellos (American Psychiatric Association, 1995).

Debemos tener en cuenta además la gran comorbilidad entre unos y otros TP. Es habitual que un mismo paciente reúna criterios para recibir más de un diagnóstico de TP. Por ejemplo un 68% de los pacientes con T Esquizotípico reúnen criterios de T Evitativa, un 59% de aquellos con T Antisocial pueden ser además diagnosticados de T Límite y un 60% de quienes presentan un T Narcisista pueden ser también diagnosticados de T Histriónico (Casey, P. R. & Tyrer, P. J., 1986).

Los hombres presentan TP con mayor frecuencia. Según los datos de la clasificación DSM-IV, los trastornos de personalidad pa-

ranoide, esquizoide, antisocial, narcisista y obsesivo-compulsivo son más comunes en hombres y el trastorno esquizotípico e histriónico en mujeres. El trastorno evitativo y el dependiente ocurre con similar frecuencia en los dos sexos. Los TP son más frecuentes en personas jóvenes, que pertenecen a un nivel socio económico bajo y que viven en ciudades grandes.

Por otro lado, tenemos estudios en población asistida que indican que la prevalencia de TP si se utilizan instrumentos de evaluación estandarizada, puede llegar al 81% (Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L., & Gunderson, J. G., 1987). Sin embargo, estas cifras parecen poco útiles tanto para los clínicos como para los responsables de la gestión de los servicios sanitarios, ya que cuando el diagnóstico se realiza mediante evaluación clínica, la prevalencia en población atendida oscila entre el 5 y el 11,6% (De Girolano G & Reich JH, 1996).

Por lo tanto, una forma pragmática de aproximarse a esta cuestión, es considerar TP sólo a los pacientes que los clínicos así los consideran y registran en la historia clínica. La revisión de los registros de casos permite estudiar en una población sanitaria bien delimitada y en un periodo de tiempo concreto, cuántos TP han sido atendidos. Las limitaciones de este diseño son bien conocidas: datos retrospectivos, fiabilidad cuestionable de los diagnósticos, etc., pero a cambio son fáciles de realizar, económicos y permiten una primera aproximación al problema.

No obstante, el diseño descrito arriba, precisa que se tengan en cuenta ciertos aspectos metodológicos para que los resultados posean una calidad mínima. Veamos algunos ejemplos:

- Según el registro de casos, en Cataluña durante el año 2000, el 0,8% de los pacientes atendidos presentaban un Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut., 2006). Se trata sin duda de una cifra muy baja, poco

útil, que lo primero que haría pensar es en un infradiagnóstico del TLP. Sin embargo, esta prevalencia se obtuvo únicamente de los datos procedentes de los CSM y sólo se recogió el primer diagnóstico psiquiátrico.

- De la misma forma, en Navarra durante 2003, aproximadamente un 4,4 % de los pacientes atendidos en todos los centros psiquiátricos presentaban un TP (Osasunbidea / Servicio Navarro de Salud, 2004), pero también sólo se tuvo en cuenta el primer diagnóstico. La inclusión del segundo diagnóstico es fundamental para que no se pierdan TP, pues el clínico suele registrar en primer lugar el diagnóstico que conocemos como «de Eje I».

Por tanto, es necesario recoger los datos de todos los centros psiquiátricos de un área geográfica, ambulatorios, hospitalarios de urgencias, etc, y, si no se registra específicamente el diagnóstico de eje II, por lo menos hay que intentar registrar un segundo diagnóstico.

- De acuerdo con estos criterios, en una población metropolitana de Barcelona de unos 120.000 habitantes, durante el 2003,

la prevalencia de TPs en todos los centros psiquiátricos del distrito sanitario, fue de 11%, pero si sólo se hubiera recogido el primer diagnóstico la prevalencia hubiera quedado en un 6%. La prevalencia de TLP fue de 2,9%, el 26% del total de TPs (Lana y cols, en prensa).

Siguiendo esta línea, llevamos a cabo un análisis de los datos obtenidos sobre la demanda de atención de los TPs en nuestro entorno, con el objetivo de obtener una visión inicial de la magnitud del problema en el País Vasco, que nos aportase una impresión cualificada de la situación real de nuestra red, a pesar de las limitaciones anteriormente comentadas.

Se recogió, el número de pacientes nuevos con TP que llegasen a consulta o bien todos aquellos que pasasen por los centros, es decir, consultas nuevas o sucesivas.

Los datos recogidos fueron los siguientes:

1. Datos disponibles en los registros sanitarios del País Vasco, pertenecientes a los distintos dispositivos del ámbito extrahospitalario de Bizkaia y Gipuzkoa, del año 2005.

Tabla 1. Distintos dispositivos del ámbito extrahospitalario de Bizkaia y Gipuzkoa

	PORCENTAJES TPs ATENDIDOS
	E. Retrospectivo (Año 2005)
CSMs Bizkaia	2,86% (N+A)
CSMs Gipuzkoa	2,13% (N) 3,56% (N+A)
CSMs Bizkaia Infanto-juvenil (>5-17)	6,34% (N+A)

N: pacientes nuevos. N+A: pacientes nuevos y acumulados.
En los totales no constan los no diagnosticados.

2. Datos de la demanda de estos pacientes en una muestra de centros asistenciales de la CAPV, pertenecientes a los diferentes miembros del equipo investigador.

- a) *Estudio retrospectivo* de los pacientes con TP atendidos en un período de tiempo previo, durante el año 2005.
- b) *Estudio prospectivo* de los TPs atendidos a lo largo de los primeros meses del 2006.

Tabla 2. Demanda de pacientes a diferentes centros asistenciales de la CAPV

CENTROS	PORCENTAJES TPs ATENDIDOS	
	E. Retrospectivo (Año 2005)	E. Prospectivo (Año 2006)
<i>H. Basurto</i>	8,97% (Ingresos)	17,87% (Ingresos) (marzo - mayo)
<i>C.H. Donostia</i>	7,75% (Altas)	13,67% (Altas) (enero - marzo)
<i>H. Psiquiátrico de Álava</i> Unidad UPR	18,18% (Altas)	35% (Ingresos) (enero - junio)
<i>CSM Antiguo</i> Adultos	4,16% (N+A)	4,56% (N+A) (enero - abril)
<i>CSM Uribe Costa</i> Infanto-juvenil (<18-24)	2,98% (N) 9,72% (N+A)	—
<i>CSM Ajuriaguerra</i> Toxicomanías	33,15% (N+A)	—
<i>CSM Otxarkoaga</i> Toxicomanías	4,67% (N+A) (noviembre 2005 - enero 2006)	16% (N) (febrero - junio)
<i>CSM Ortuella</i> Unidad TCA	13,64% (N)	0% (N) (enero - marzo)

N: pacientes nuevos. N+A: pacientes nuevos y acumulados.
En los totales no constan los no diagnosticados.

En el estudio retrospectivo se observa que en la práctica clínica diaria en la mayoría de los centros, los resultados son bajos. Por lo tanto, consideramos que estos resultados no nos muestran con exactitud la demanda de atención sanitaria por parte de los pacientes con Trastorno de Personalidad en nuestro medio, es decir, la fiabilidad de estos datos es relativa.

Esto puede deberse a varios motivos ya comentados anteriormente, un número importante de casos no son detectados, los casos detectados no siempre pasan al registro y por último, en muchas ocasiones, los casos registrados se analizan de forma insuficiente (Lana, F, González, M. A., & Mirapeix, C, 2006).

Moran afirma que en la población general, las personas con TP son más propensas a sufrir problemas de alcohol y drogas (Moran, P., 2002). Los TP frecuentemente coexisten con patologías psiquiátricas del Eje I sien-

do un factor de predisposición para algunas de ellas (consumo de tóxicos y alcohol, trastornos de conducta alimentaria, descompensación psicótica...) (Cloninger, C. R & et al., 2005). De ahí que los porcentajes más altos de la Tabla 2, pertenecientes al año 2005, se den en el CSM Ajuriaguerra de toxicomanías (33,15%), en la Unidad de Psicosis Refractarias (18,18%) y en el CSM de Trastornos de Conducta Alimentaria (13,64%).

En los datos obtenidos en el estudio prospectivo es importante señalar el cambio en las prevalencias detectadas cuando se busca el diagnóstico de forma deliberada y sistemática. En nuestra opinión el descenso en el porcentaje de TPs detectados prospectivamente en la Unidad de TCA (Ortuella) podría reflejar un cambio real en la muestra, pequeña de todos modos, y no una diferente actitud de los clínicos al realizarse en ese dispositivo un examen diagnóstico más en profundidad de

modo habitual, relacionado con proyectos de investigación.

Esto lleva a pensar que nuestro modo actual de registrar los casos psiquiátricos promueve una atención excesiva al síntoma más aparente, facilitando que los TP queden ocultos bajo los consumos de tóxicos, los trastornos de alimentación y otras patologías. Cuando se busca el diagnóstico proactivamente, sin embargo, se observa un aumento significativo del número de TP atendidos en los centros durante los primeros meses del 2006 (salvando la excepción de la Unidad de TCA, señalada previamente).

Otra cuestión diferente e importante es la intensidad con que estos pacientes utilizan los servicios sanitarios. El muy citado trabajo de Bender y cols. (Bender, D. S. et al., 2001) encontró que los TP utilizan más los servicios hospitalarios, ambulatorios y los tratamientos psicofarmacológicos que los pacientes con trastorno depresivo mayor.

En este sentido, reviste especial importancia la utilización de los servicios hospitalarios, la cual no siempre es evidente en un primer análisis. Así, aunque los TP sólo representan el 9% de los ingresos de una unidad de agudos (muy lejos del 42,5% de los trastornos esquizofrénicos), suponen nada menos que el 31% de los ingresos a corto plazo (porcentaje muy similar al 34,5% de los trastornos esquizofrénicos) (Lana, F., Fernández San Martín, M., Vinué, M., 2004).

4.2. FLUJO ASISTENCIAL DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN NUESTRO ENTORNO

Hasta hoy, en el País Vasco se ha optado por atender a los Trastornos de Personalidad a través de los dispositivos asistenciales generales de la red de Salud Mental, lo que no se hace con otros grupos de patologías como los Trastornos de Conducta Alimentaria o las Toxicomanías, o con el gran grupo de proble-

mas de salud mental que afectan a la población infanto-juvenil.

Disponemos de un conjunto de dispositivos diferentes situados a nivel intra y extrahospitalario, poco conectados y que funcionan con una gran autonomía a la hora de establecer programas y seleccionar modos de trabajo. De forma que los diferentes equipos trabajan atendiendo al mismo paciente en distintas fases de la enfermedad, con una continuidad de cuidados que depende a veces más de la buena voluntad de los clínicos que de la existencia de una estructura o recursos disponibles en cada dispositivo que propicie esta continuidad. Es decir, no existe una práctica clínica común con estos pacientes en nuestro medio.

Por otro lado, en nuestra red no existen figuras que coordinen en cada sector toda la atención de Salud Mental a un sector de población determinado y concretamente, la asistencia extrahospitalaria y la intrahospitalaria dependen de responsables diferentes para una misma población.

En nuestra comunidad no existe ningún dispositivo específico público para los TP, aunque recientemente se ha puesto en marcha una unidad privada de hospitalización parcial. También en otras Comunidades se han desarrollado iniciativas privadas (Andalucía, Cantabria, Madrid...) para atender personas con TP. En otras se han puesto en marcha dispositivos públicos dedicados a la atención hospitalaria (Cataluña, Aragón) o ambulatoria (Madrid). En todos esos casos, sin embargo, se tratan de dispositivos aislados que atienden a un grupo pequeño de pacientes de entre los que acuden a esa red pública. Hoy por hoy, ninguna de las CC.AA. ha optado por una red específica para los TP dentro de su red de salud mental, ni ha puesto en marcha todavía un programa general de asistencia a estos pacientes. La excepción hoy puede ser únicamente Aragón, donde la UTP del Hospital Ntra. Sra. De Gracia de Zaragoza ya es una Unidad de referencia para toda la comunidad

existiendo un protocolo de derivación unificado y publicitado entre todos los profesionales de Salud Mental, así como un Programa global de intervención dirigido a TPs.

4.3. VISIÓN DE LOS PROFESIONALES. PROBLEMAS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN NUESTROS CENTROS

Hoy en día tenemos a nuestra disposición literatura que recoge la visión de profesionales de diferentes contextos, sobre los problemas o dificultades que encuentran en su práctica clínica diaria con los TPs.

Los Trastornos de Personalidad se caracterizan por su alta prevalencia en los niveles asistenciales y en la población general (Paris, J., 2002), pero independientemente del volumen de la demanda asistencial vinculada a estos trastornos, no se sabe bien qué hacer con estos pacientes (Lana, F, González, M. A., & Mirapeix, C, 2005). El sentimiento de un elevado porcentaje de profesionales sobre la situación actual de los TPs, es de gran preocupación e impotencia.

Se sienten desbordados ante la elevada demanda de estos pacientes en los servicios hospitalarios y ambulatorios (Bender, D. S. et al., 2001). El consumo sanitario es mayor, el número de ingresos aumenta y también su duración.

Esta impresión no sólo se da entre nosotros. En los centros de la red de Nueva Zelanda, los profesionales aseguran también no contar con herramientas, recursos y organización para dar una respuesta coordinada de equipo a las demandas de estos pacientes. Los Servicios de Salud Mental de aquel país están escasamente equipados para atender a personas con Trastorno Límite de la Personalidad (Krawitz, R. & Cristine, W, 2006).

En un documento editado por el Instituto Nacional de salud mental de Inglaterra (NIMH(E), 2003), afirman que las dificultades interperso-

nales y reacciones emocionales que caracterizan a los TPs, a menudo generan desavenencias médico-paciente, facilitan la disgregación de los equipos que les tratan y provocan elevados niveles de ansiedad entre los profesionales sanitarios. Por otro lado se encuentran con otro problema añadido, el número de profesionales diferentes que atiende a estos pacientes va aumentando de forma imparable según van pasando los años, provocando desmotivación y un gran desgaste de los equipos sanitarios y a su vez los clínicos reconocen carecer de conocimientos y formación específica para responsabilizarse del tratamiento de un Trastorno Grave de la Personalidad (TGP). El resultado de esta situación es que los escasos centros donde se ofrece atención especializada para los TGPs han surgido del empeño de unas pocas personas y no de una planificación sanitaria acorde con la magnitud del problema de los TPs.

Para contrastar esta información, hemos resumido a continuación los datos recogidos en los diferentes centros de los miembros del equipo investigador, sobre la asistencia que se presta a estos pacientes en las diferentes etapas de su enfermedad, desde su detección, hasta el alta, derivación o seguimiento en nuestra red y por otro lado, qué dificultades se han encontrado nuestros profesionales en su trayectoria clínica en el abordaje de este trastorno, de forma que podamos fundamentar nuestras recomendaciones.

Este es el dibujo del flujo real del paciente en la red de Salud Mental del País Vasco:

1. Para detectar los Trastornos de Personalidad, estos profesionales utilizan la entrevista estándar, la historia previa, los informes, la experiencia clínica, «la intuición». No se lleva a cabo un protocolo de evaluación clínica concreto, ni una entrevista estructurada o baterías de test específicas.
2. Por otro lado, afirman detectar muchos menos TPs de los que creen que se tienen que detectar, debido a la comorbilidad de este trastorno, quedando éste difumina-

- do y oculto bajo otros diagnósticos o síntomas más relevantes. Pero por otro lado afirman que los TP más graves, sí son detectados.
3. Consideran que el TP es un componente muy importante del cuadro que se atiende. Debería determinar la atención prestada, pero en ocasiones no es así. Muchas veces el síntoma es tan llamativo que se centran sólo en él. Sólo si el trastorno es el diagnóstico principal y causa del motivo de consulta, se aborda el problema desde dicha perspectiva. De hecho en las hospitalizaciones de estos pacientes este trastorno condiciona el pronóstico, el abordaje, la estancia y las condiciones de atención en la unidad, de una manera más concreta.
 4. Este trastorno influye mucho en la evolución de los cuadros adictivos, trastornos de alimentación... En infantil ayuda a confirmar el diagnóstico, en el caso de que persista y se complique. En las unidades de hospitalización influye mucho en la evolución, que suele ser peor y más difícil y se les dedica más tiempo, más atención y más intervención por parte del equipo.
 5. En los dispositivos dedicados a drogodependencias, se refiere una mayor disponibilidad de recursos para atender a estos pacientes, hecho posiblemente relacionado con la alta prevalencia de TP entre los toxicómanos. En el resto de dispositivos se considera que existen pocos recursos.
 6. El alta es complicada siempre y especialmente en los dispositivos hospitalarios donde los vínculos paciente-equipo son intensos y complejos y facilitan decisiones a veces inapropiadas.
 7. A la hora de derivar contamos con escasos recursos y apenas existen centros especializados. Ni la institución ni la familia son muchas veces contenedoras. En muchas ocasiones se les deriva a estructuras intermedias donde no están preparados para atenderles. Los asistentes sociales se sienten desbordados ante la falta de recursos, apoyo y mala utilización de los pocos medios que existen para otros pacientes.
 8. Es muy complicado hacer seguimientos a los TP. Conocen a los profesionales de todo el sistema, dejan la terapia, vuelven... son pacientes muy demandantes, poco estables e imprevisibles para poder llevar a cabo un seguimiento adecuado.
- Las dificultades fundamentales que encuentra la muestra de profesionales de nuestra red asistencial en el abordaje diario de los TP, son las siguientes:
- Problemas entre los clínicos con los sistemas de clasificación. No se diagnostica de la misma manera. La impresión diagnóstica pocas veces coincide o hay variaciones por varios motivos: diferentes orientaciones, diferentes criterios profesionales y dificultad a la hora de afinar el diagnóstico, debido a la carencia de herramientas específicas para el diagnóstico de estos pacientes, abusando de diagnósticos como el TP mixto y el T Adaptativo. En el caso de niños y adolescentes ni siquiera existe un sistema de clasificación que lo profile.
 - Falta de homogeneidad generalizada en la respuesta a estos pacientes, no existe una respuesta terapéutica protocolizada.
 - Nuestros profesionales no cuentan con una formación específica y continuada o un protocolo de estudio, evaluación y tratamiento.
 - Déficit de recursos específicos para los pacientes con TP al alta.
 - Necesidad de un seguimiento adecuado intensivo.
 - Gran desgaste y desmotivación de los profesionales.
 - El elevado número de ingresos y la excesiva demanda de consultas de estos pacientes, genera elevados costes sanitarios, desgaste asistencial y el etiquetaje de «intratable» de estos pacientes por parte del entorno clínico.

- Serias dificultades en la coordinación de estos pacientes entre el medio hospitalario y extrahospitalario.

4.4. UNIDADES DE REFERENCIA REGIONAL Y NACIONAL

4.4.1. «Unidad de Trastornos de Personalidad». Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza. Director: Dr. Vicente Rubio Larrosa

La experiencia de los últimos años del Servicio de Psiquiatría del Hospital Real y Provincial de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza, en el tratamiento de los trastornos de la personalidad, les ha facultado para la creación de una Unidad de hospitalización específica para Trastornos de Personalidad (UTP).

La UTP está ubicada en un Hospital General y desde un punto de vista administrativo, es una unidad pública de ámbito regional. Al ser una unidad de referencia regional, depende por un lado de la Dirección de Salud Mental y por otro del sector al que pertenece, el sector 1.

Esta UTP comenzó su andadura hace aproximadamente 3 años, con 6 camas. En la actualidad cuenta con 12 y toda una plantilla completamente diferenciada que sólo se dedica a TPs: dos psiquiatras, dos psicólogas, una trabajadora social, 6 ATS de hospitalización, varias auxiliares a turnos y profesionales en formación (MIR, PIR, EIR...).

En esta unidad se realiza un abordaje específico y global de la patología de la personalidad: límites, obsesivos, dependientes, histriónicos, narcisistas y esquizoides, que en fases graves, pueden beneficiarse de la ruptura con la dinámica ambiental que les rodea. Los pacientes ingresan para iniciar un programa completo de 2 años, que incluye una fase de hospitalización y otra ambulatoria.

El programa para los pacientes ingresados se desarrolla durante aproximadamente dos o

tres meses, en función de la evolución del paciente y se requiere para ello unos criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados de TP según criterios DSM IV o CIE-10, excepto aquellos con diagnóstico principal de Trastorno Disocial o Antisocial de la Personalidad.
- Los ingresos urgentes (tentativas autolíticas, episodios de auto o heteroagresividad) son derivados inicialmente a la Unidad de Agudos, valorándose posteriormente la conveniencia de su paso a la UTP.
- Los ingresos son programados, con informe de derivación por parte del recurso asistencial de salud mental de referencia, Unidad de Agudos, Centro de Salud Mental, Unidad de Rehabilitación, etc.

Este programa no sólo atiende al paciente ingresado, sino que también trabaja con el núcleo familiar donde convive el paciente, padres, pareja, etc. Consideran imprescindible la intervención en el núcleo de convivencia de estos pacientes como forma de abordar de una manera global su problemática. El análisis de la comunicación interpersonal familiar, la valoración de enfermería, el estudio social y las pruebas psicométricas aplicadas al entorno del paciente, hacen que sea de total utilidad para un mejor tratamiento y también para la realización de futuras investigaciones.

El paciente ingresa en esta unidad de forma voluntaria y se compromete a no solicitar el alta voluntaria, no recibir ni llamadas ni visitas, tener la medicación camuflada (el paciente es ciego respecto a los medicamentos concretos que toma) y comprometerse a seguir su proceso de rehabilitación posterior a nivel ambulatorio (durante dos años). La interrupción unilateral del tratamiento supone la imposibilidad de admisión en la UTP durante un año.

Al ingreso y al alta se realizan una serie de pruebas complementarias de carácter biológico.

También se le realiza al paciente, una entrevista de valoración general en la que se re-

coge información respecto a áreas de la vida que son sensibles de verse afectadas durante la biografía de un TP, como el área laboral, social y académica, los antecedentes personales y familiares, la valoración clínica, los tratamientos, la dinámica existencial, la sexual y relacional, las conductas autolíticas e impulsivas, los consumos de tóxicos, etc.

Se hace un amplísimo estudio para valorar toda la sintomatología asociada, comórbida o latente que el paciente pueda presentar, mediante pruebas psicométricas: IPDE, BARRAT, MADRS de depresión, la PANNS, HAM-A de ansiedad, el cuestionario de ACONTECIMIENTOS VITALES de Holmes y Rahe, la escala autoaplicada de adaptación social, etc.

Durante el ingreso de estos pacientes enfermería realiza una observación y valoración continuada de su conducta en la unidad. Realizan actividades y grupos terapéuticos y de convivencia, así como de manejo de habilidades sociales.

En cuanto al abordaje terapéutico, defienden la aplicación de una intervención que denominan «inmersión terapéutica» que ha demostrado una eficacia contrastada.

- *Farmacología*: el paciente recibe la medicación con una presentación camuflada, evitando que el paciente sepa lo que toma, para poder valorar mejor sus efectos secundarios y su eficacia.
- *Psicoterapia*: se realiza tanto de orientación dinámica como de orientación cognitiva, con intervenciones individuales y grupales, técnicas de afrontamiento, psicodrama, habilidades sociales, relajación, etc.
- *Socioterapia*: realización de técnicas de socialización favorecedoras de una mejora de las relaciones interpersonales, orientación socio-laboral, análisis del entorno del paciente...
- *Progresión Terapéutica*: como forma de aumentar la vinculación y la responsabilidad de los pacientes y según la evolución de los mismos, a partir de las seis semanas de

ingreso los pacientes tendrán funciones de apoyo terapéutico con los pacientes recién ingresados, responsabilidades en el funcionamiento de la UTP, etc.

- *Análisis observacional*: mediante filmaciones en video y visionado posterior, se analizan conductas y reacciones que los pacientes tengan en las diferentes sesiones de psicoterapia que se realicen.
- *Grupo Psicoeducativo*: con los familiares o núcleo de convivencia de los pacientes se establece un programa de psicoeducación con cuatro sesiones al mes (1 por semana) y cuyos objetivos son que los familiares de los pacientes con TP aumenten sus conocimientos sobre la enfermedad, sus síntomas y tratamientos, que conozcan y aprendan a utilizar los recursos asistenciales y de apoyo a familiares, que expresen sus problemas más habituales con el paciente y adquieran pautas que mejoren la convivencia, que sepan discriminar señales de alarma que puedan suponer una recaída o agudización en la evolución clínica del paciente.

La UTP por sus características de pionera en el tratamiento de los trastornos de la personalidad establece dentro de sus prioridades la realización de investigaciones aprovechando su banco de datos, dando cumplida cuenta de sus resultados en los congresos y publicaciones científicas de la especialidad.

La formación de profesionales interesados por los TP es también tarea destacada de la UTP, mediante las visitas a la Unidad, rotaciones, así como la realización de cursos especializados.

Algunas dificultades percibidas

Este tipo de ingresos, si bien resultan necesarios, no afrontan la realidad del problema, el núcleo patológico del TP.

Los profesionales «mal utilizan» la Unidad, derivando pacientes que les resultan «molestos» y que no cumplen los criterios de la Unidad.

Existe una larga lista de espera, dificultando la atención.

Aspectos positivos

Una vez ingresados en la Unidad han tenido menos problemas de los que podían prever (menos del 3-4%). No han tenido ningún acto violento o tentativas de suicidio

En cuanto al protocolo no han tenido ningún problema porque nunca se han cerrado rígidamente a mantenerlo. Revisión continua.

Para los profesionales en general y para el sistema público aragonés, la apertura de la Unidad ha servido como referente y mentalización para todos los profesionales de la Salud Mental. Se han dado cuenta de que hay una intervención que puede ser positiva.

De cara a los pacientes son personas que han pasado por infinitos recursos de todo tipo, pero con este programa están compensados y disminuye la sintomatología.

Es una unidad muy rentable donde poca gente luego ha tenido recaídas y esto económicamente es muy significativo. La Unidad es cara pero rentable.

Por otro lado el trabajo social es un punto fuerte. El objetivo es intentar desestigmatizar lo máximo posible a estos pacientes utilizando medios lo más normalizados posibles.

Finalmente, se ha constatado una escasa necesidad de psicofármacos durante el ingreso en estos pacientes, relacionada a criterio del equipo con el hecho de tomar la medicación «camuflada» (ciego simple). Ello facilita además el uso de menores dosis en el seguimiento ambulatorio posterior al estar el paciente ya «mentalizado».

Mejoras, proyectos futuros

La unidad será ampliada con 10 camas y un aumento de plantilla de aquí a tres años. Tras la puesta en marcha del hospital de día se ampliará el dispositivo de consultas con el fin

de poder atender a todo paciente de Aragón con TP. Con este proyecto final, quedarían cubiertas las lagunas que se encuentran estos pacientes en cuanto a recursos.

4.4.2. Programa de Atención integrada TLP y TP, Hospital de Día. Centros Asistenciales de Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. Director: Dr. Fernando Lana Moliner

Antecedentes

- El Departamento de psiquiatría y salud mental de los Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López (CAEM) de la Diputación de Barcelona disponían desde finales de los 90 de un HD que ofrece tratamiento intensivo, integral e individualizado a las personas con Trastornos Mentales Severos (TMS).
- Durante estos años, el HD se ha funcionado como un dispositivo asistencial de *tratamiento activo* de los TMS en régimen de día. Era y sigue siendo, pues, un servicio ambulatorio y sectorizado: responsable de las necesidades de HD de la población del Barcelonés Norte (Santa Coloma de Gramenet, Badalona y el barrio de «La Mina» de Sant Adrià del Besòs).
- El HD tenía y tiene como meta ofrecer servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticos intensivos, en un ambiente terapéutico estable, utilizando un esquema integrado, global y basado en técnicas recogidas de la experiencia clínica y la evidencia científica.
- El equipo terapéutico está formado por 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 1 DUE, y 2 auxiliares de enfermería.
- Como consecuencia de las nuevas necesidades asistenciales detectadas en la red de salud mental del Barcelonés Norte, durante el año 2002 el HD que, hasta ese momento había atendido fundamentalmente Trastornos Esquizofrénicos y Afectivos, desarrolló un Programa piloto específico para Trastor-

nos Graves de la Personalidad y, especialmente, para Trastornos Límites de la Personalidad. Inicialmente, por la formación de los terapeutas del HD y por los resultados publicados el programa intento recoger los elementos nucleares del tratamiento propuesto por Bateman y Fonagy (American Psychiatric Association, 2001).

- En resumen, aprovechando un recurso que ya existía y que estaba razonablemente dotado en cuanto a personal y formación psicoterapéutica, el HD se empezó a transformar para que, al mismo tiempo que hacía su trabajo habitual (programa básico de HD), poder albergar un programa especializado para Trastornos Graves de Personalidad, fundamentalmente TP del Cluster B.

Entrada al programa

- Las derivaciones al HD son realizadas mediante un informe de derivación desde el CSM o la unidad de agudos de referencia. El facultativo que remite al paciente le explica la necesidad de llamar personalmente (no un familiar) para explicitar su interés en realizar el programa.
- Criterios de ingreso: Trastornos Graves de la Personalidad (TGP), fundamentalmente del cluster B, en todo caso, con un funcionamiento bajo (EEAG < 45) y síntomas actuales de tipo conductual severos, especialmente conductas multi-impulsivas (intentos de suicidio, autolesiones, crisis de ira, sexo de riesgo, etc.). Frecuentemente presentan comorbilidad importante (consumo de sustancias, reacciones paranoides, trastornos disociativos, del estado de ánimo, por estrés postraumático, de la conducta alimentaria, etc.). Muchos de ellos son frecuentadores habituales de urgencias y/o han reingresado en numerosas ocasiones en la unidad de agudos. Todo ello hace que precisen un tratamiento que sea a la vez específico para su TGP e intensivo, es decir ofrezca un marco de contención que no está al alcance de un programa ambulatorio.

- Criterios de exclusión:

1. Clínicos: riesgo autolítico grave, consumo activo de sustancias con repercusión conductual importante, remisión (total o parcial) inferior a 4 meses de consumo severo de sustancias, conducta antisocial severa, desorganización del pensamiento y déficit intelectual. También que el núcleo psicopatológico fundamental sea un trastorno del eje I crónico, que ha recibido numerosos tratamientos previos y que los rasgos de personalidad o el TP sólo hayan sido un factor asociado de mal pronóstico.
2. De funcionamiento: no poder acudir con cierta regularidad al programa por clinofilia severa, borracheras diarias, etc.

Fase de pretratamiento y evaluación

- La fase de evaluación, debe prolongarse el tiempo necesario para explorar en profundidad los diversos problemas del paciente, pero también para que la persona sepa qué va a hacer en el programa. Es un pre-tratamiento porque incluye diversas técnicas de motivación, orientación al tratamiento y facilitación del compromiso, pues sin éste la terapia está condenada al fracaso.
- Protocolo de evaluación interdisciplinar: incluye entrevista clínica estándar y diversas escalas validadas (SCID-II, TCI-R, SCL-90R, STAI, BDI, EEAG, SASS, BARRAT, WHOQOL BREF, etc.). Con toda esta información el equipo elabora un Plan Terapéutico Individualizado (PTI).
- Para que esta fase sea eficaz es necesario que durante la evaluación el paciente siga en tratamiento en su CSM con su psiquiatra o psicólogo habitual. De esta manera el paciente sabe desde el principio que el ingreso no lo tiene garantizado y que está «obligado» a pensar en lo que le pasa en lugar de «actuar» sus dificultades, pues el profesional del HD todavía no es el que va tener que responder a las conductas impulsivas.

- Una vez que el paciente y el equipo se han comprometido a trabajar juntos se firma «el acuerdo de colaboración», el cual explicita claramente los compromisos del paciente y los del equipo terapéutico. A partir de ese momento el equipo del HD se hace cargo de todo el tratamiento farmacológico y las urgencias.

Contenidos terapéuticos y organización

- **Objetivos:**
 1. Seguridad: que no se maten o hagan daño a otros.
 2. Vinculación, adherencia.
 3. Contención de la inestabilidad conductual y afectiva, sobre todo, intentos de suicidio y autoagresiones.
 4. Prevención de reingresos y/o la dependencia de hospitalizaciones prolongadas.
 5. Mejorar el control y auto-regulación de ciertos síntomas sin necesidad de acudir a urgencias.
 6. Motivación para seguir psicoterapia ambulatoria tras el alta.
- Duración del ingreso: 6 meses; en algunos casos la estancia se puede prorrogar otros 6 meses. Como veremos esto ha cambiado desde la puesta en marcha del programa ambulatorio intensivo (PAI).
- Horario: 3 días a la semana de terapias grupales más la hora de terapia individual y la consulta psiquiátrica y las urgencias (coordinadas con el servicio de urgencias que incluye camas de observación). Los pacientes no se quedan a comer, y en la actualidad los TP no comparten actividades con los pacientes del programa básico de HD.
- **Ingredientes terapéuticos:**
 1. Psicoterapia individual. Depende de la formación del terapeuta. En la actualidad se realiza psicoterapia psicodinámica (combinación de elementos de apoyo

(Modelo de Rockland) y mentalización (modelo de Bateman y Fonagy), según la gravedad del paciente) y terapia dialéctica-conductual de Linehan (DBT).

2. Grupo relacional inspirado en la terapia basada en la mentalización (MBT).
 3. Grupo de habilidades basado en el modelo de Linehan.
 4. Terapia de relajación y afrontamiento al estrés.
 5. Grupo psicoeducativo para TGP.
 6. Actividades lúdicas y artísticas orientadas a mejorar las relaciones interpersonales.
 7. Intervención familiar adaptada a cada caso.
 8. Grupo psicoeducativo para familiares de TGP.
 9. Consulta psiquiátrica y de enfermería.
- La organización actual se basa en los elementos nucleares de la MBT en HD de Bateman y Fonagy, incluye estrategias y tácticas de la Psicoterapia focalizada en la transferencia de Clarkin y Kernberg (TFP) y de la DBT de Linehan. Todas las mañanas se dedican 30 minutos para hablar de todos los pacientes. Grupo de discusión/supervisión de casos semanal y grupo de estudio semanal.
 - Al alta, el paciente se deriva a los dispositivos terapéuticos de los CSMs o de rehabilitación e inserción socio-laboral.

Entre los aspectos negativos a destacar, existe un grupo de pacientes con TP grave que no cabe en estos programas, bien por la cronicidad del cuadro, bien porque están comenzando con su clínica. Por otro lado, es difícil a veces conseguir profesionales para llevar a cabo las supervisiones de terapias desarrolladas en el centro.

Entre los aspectos positivos puede mencionarse que la opinión general de los clínicos, pacientes y familiares implicados en la Unidad es

muy favorable. Además, supone una alternativa real para el paciente y su familia, de manera que la única disyuntiva del psiquiatra de guardia no sólo pueda ser ingresar al paciente o remitirlo a su domicilio. Se ha alcanzado en este tiempo un buen nivel de capacidad, formación y buena relación de equipo. La unidad cree contar con un personal flexible, muy capaz de adaptarse a las necesidades de los pacientes. Se presta además mucha atención a las supervisiones de equipo. Se cuenta además con un líder claro, que da cohesión al equipo y contribuye a unificar criterios.

El proyecto más inmediato, ha sido la puesta en marcha desde enero de 2007 del programa ambulatorio intensivo (PAI) con el objetivo de continuar el trabajo realizado en HD y de ofrecer tratamiento a TP con menor severidad clínica. Esta dirigido sólo a TLP y supone la incorporación de otro psicólogo.

4.4.3. Unidad de Crisis para Trastornos de Personalidad. AMSA, Bilbao. Director: Dr. Claudio Maurotolo

En el año 2003 AMSA (Avances Médicos, SA, una compañía médica privada) contaba en Bilbao con una Unidad de Hospitalización y Consultas Externas, tanto psiquiátricas como psicológicas individuales. En ese año, se baraja la posibilidad de crear una unidad intermedia, una Unidad de Día, y se pensó trabajar con pacientes con TP, ya que no había ningún tratamiento ambulatorio intensivo para estos pacientes en Bilbao.

Tenían que darle un marco, de manera que quedase cubierto a través de mutuas o seguros privados para poder mantener una estructura suficiente. Había que darle un contexto administrativo, calidad y servicio y se comenzó con el modelo de 4 horas de lunes a viernes, con el objetivo de que estuviese al alcance de los pacientes.

En un principio se pensó en pacientes graves con mecanismos de defensa primitivos,

pero estos requieren una unidad con mucho equipo, eran muy impulsivos, surgían problemas de drogas y el local se deterioró rápidamente; requerían otro tipo de estructura y de contención y las instalaciones no eran las adecuadas.

Al final se optó por TPs que requerían un tratamiento intensivo, pero que tuviesen mecanismos de defensa más evolucionados y los niveles de ansiedad y tensión no fuesen tan elevados, con una estructura familiar más o menos armada y una situación económica más o menos estable.

De manera que cuando surge una situación de crisis y el TP se descompensa, el clínico en vez de efectuar el ingreso, tiene la posibilidad de derivarlo a esta Unidad, ése es el lugar que ocupa. De esta forma, permite trabajar en colaboración con el médico externo e implementar una serie de estrategias para volver rápidamente a estabilizar a ese paciente.

Por lo tanto, la unidad se denominó Unidad de Crisis para Trastornos de Personalidad, en vez de Unidad de Día, porque es una unidad para las crisis. Mientras el paciente está en la Unidad se informa a su psiquiatra, se da estabilidad al paciente, se reduce el coste de ingreso el coste cama (que desde el aspecto administrativo es muy importante), se trata de mostrar cómo estos pacientes han reducido el número de ingresos y las crisis.

Los criterios de exclusión son: consumo excesivo de drogas, dependencia a alcohol, estructura psicótica, estructura neurótica e ideas autolíticas presentes y estructuradas.

Los dos objetivos fundamentales de la Unidad son los siguientes:

1. Solucionar las crisis y problemas que generan los trastornos del Eje I (DSM IV).
2. Que el paciente pueda empezar a entender. Consideran que a través de las crisis el paciente reabre problemas con la familia, los amigos, el trabajo... y empieza a «darse cuenta» de que los mecanismos que utiliza

para la contención de su conflicto interno empiezan a fracasar. Por un lado se defienden más, se muestran más resistentes y más ansiosos, pero por otro lado están más receptivos y piensan «estoy en crisis y eso es por algo», el paciente va buscando una solución, una alternativa. Hay mecanismos conscientes e inconscientes que se van poniendo a prueba en el tratamiento y entonces eso abre la posibilidad para buscar un nuevo paradigma. Creen que es importante que el paciente empiece a entender qué mecanismos internos lo han llevado a tener problemas, qué aspectos de su personalidad están haciendo que les cueste adaptarse a la realidad.

La media de estancia de los pacientes es de 60 días aproximadamente. Y el horario es de 9:30 a 13:30 horas.

Se mantiene una buena comunicación tanto con los médicos de la red pública como con los privados, y también se pide a los pacientes que no pierdan esa comunicación con su médico.

En la Unidad se lleva a cabo un protocolo específico que consta de tres fases:

1. Admisión. Dura una semana. El paciente tiene una entrevista con el psiquiatra y con uno de los dos psicólogos más experimentados. Se les pasa una serie de baterías de test básicas (el test de depresión de BECK, el STAI, la Escala de Desesperanza...) para comprobar cómo está el paciente y si hay riesgo autolítico. Se informa al paciente de que esta primera etapa es un periodo de decisión tanto para el paciente como para el equipo.
2. Tratamiento. Un mes aproximadamente. Se trabaja patología del Eje I y Eje II. Se pasan baterías de tests de personalidad, para determinar diagnósticos objetivos (Cloninger), para completar información... El MMPI se utiliza en caso de un TP más complejo o si existe alguna duda con el diagnóstico.

3. Periodo de partida. Un mes. El paciente se siente protegido en la unidad, pero el paciente tiene que empezar a buscar su autonomía y que ese nivel semana a semana aumente. El equipo se centra en trabajar el duelo de la salida. A veces este periodo se alarga por un empeoramiento del paciente. Este proceso consta de tres etapas.

En cuanto al abordaje terapéutico se pensó en un modelo combinado: Linehan, Bateman y Fonagy. La lectura es psicodinámica, pero hay una integración de estas dos corrientes. Sobre estos dos modelos se traza la unidad y es apoyada por otras fuentes que lo complementan: arte terapia y danza movimiento terapia. Esta comunidad terapéutica sigue también la línea de Jorge García Baradacco, prestando una especial atención a la aproximación hacia el paciente, de acompañarlo, de comprometerse con él.

Otro elemento que se agrega es el familiar, porque consideran que en los TPs las crisis pueden ser origen de malas relaciones, problemas familiares o puede que los problemas de los pacientes afecten a la familia. Por un lado se trabaja con las familias y por otro se trabaja en el grupo multifamiliar de orientación analítica. Se realiza una vez por semana vienen todos los familiares, amigos, profesionales y participan en esa terapia (30-40 personas). Lo dirige Norberto Mascaró, discípulo de Baradacco y le acompañan otros profesionales invitados.

La unidad está basada fundamentalmente en los grupos terapéuticos. Todo se trabaja mediante terapias grupales, todo el trabajo central es grupal. Se atiende individualmente a los pacientes si se considera que hay algo puntual que trabajar, sino se trabaja en grupo.

El equipo terapéutico sigue un modelo de tipo comunitario, de pensamiento horizontal. Todos trabajan y participan en el equipo como una forma de manejar la contratransferencia.

El personal de la unidad está formado por un psiquiatra, tres psicólogos y personal con formación en expresión corporal, danza movimiento terapia y un terapeuta ocupacional encargado del grupo de arte terapia. Cada uno en el equipo tiene un rol, esto lo hace más dinámico.

A parte de la reunión de equipo diaria, hay un grupo analítico grupal y una supervisión para ver qué ha aparecido y distribuir tareas de trabajo.

Por otro lado, hay grupos complementarios como el grupo de danza movimiento terapia o el de expresión artística, uno cognitivo comportamental y por último, una vez a la semana hay una reunión de todo el equipo que ha participado a lo largo de la semana y otro donde trabajan lo que sienten hacia los pacientes. Analizan paciente a paciente cómo está funcionando en la unidad y cómo se encuentra psiquiátricamente o psicológicamente, dan un diagnóstico o se van aproximando a éste, se comentan las alianzas que van surgiendo entre pacientes, cómo funciona la unidad.

Al alta, las derivaciones de estos pacientes se realizan tanto a la red pública como a la privada. Preparar a estos pacientes para el alta es fundamental, de forma que no sigan sólo un control o seguimiento psiquiátrico/farmacológico, sino un tratamiento psicoterapéutico. Por este motivo uno de los objetivos del equipo terapéutico es armarle un adecuado proyecto de tratamiento psicoterapéutico tras el abandono de la Unidad: terapia familiar, individual o grupal, según el paciente.

Entre los aspectos positivos, el equipo valora la reducción de la medicación desde la entrada hasta la salida de la unidad, también una disminución en los ingresos y las crisis de los pacientes durante su estancia. Los pacientes aumentan su conciencia de enfermedad de manera que se puede plantear una terapia al alta. También se logra una mayor implicación de la familia y el paciente y una reducción de

la morbilidad y la comorbilidad. En ocasiones, el equipo considera que se da una salida a estos pacientes que el sistema público no ha sido capaz de aportar.

Entre los aspectos negativos, citan la necesidad de un mayor contacto con la red pública, la necesidad de mayores recursos, teniendo en cuenta la complejidad de los pacientes que tratan y así mismo el hecho de que algunos pacientes con una especial gravedad quedan fuera de las posibilidades del dispositivo.

4.4.4. Unidad de Trastornos de Personalidad de Cantabria. Director: Dr. Carlos Mirapeix (I.E.P.; Instituto de Estudios Psicoterapéuticos). Santander.

La Unidad de Trastornos la Personalidad es un dispositivo público y gratuito perteneciente a la red de asistencia especializada de los Servicios Sanitarios de la Comunidad Regional de Cantabria. Es un recurso financiado con dinero público a través de un convenio entre la Fundación Pública Marqués de Valdecilla y el Instituto de Estudios Psicoterapéuticos, que es quién gestiona y dirige dicha Unidad. La financiación es realizada a través de fondos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.

Para ser atendido en la Unidad de Trastornos de la Personalidad, el paciente debe ser remitido a ella por un profesional de Salud Mental. La fuente de derivación puede ser pública o privada, pero siempre realizada por profesionales de la Salud Mental (Psiquiatras o Psicólogos) acreditando en el informe de remisión, que el paciente presenta un trastorno de personalidad y que cumple los criterios de inclusión para ser admitido en este programa terapéutico especializado.

Todos los profesionales, independientemente de su categoría, tienen contratos a tiempo parcial, como forma desde el inicio de prevenir el burnout.

Criterios de inclusión:

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

Criterios de exclusión:

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

Siguiendo la clasificación de *Gunderson* (cit en (Lana, F, González, M. A., & Mirapeix, C, 2005)) es un dispositivo asistencial de nivel II que debe considerarse como una Unidad de tratamiento ambulatorio intensivo, con rasgos diferenciales con respecto a los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CRP's) y Hospitales de día.

Uno de los elementos fundamentales de la recomendaciones establecidas en el documento de la NIMH(E) (2003) es la coherencia

del marco teórico. En esta Unidad, el marco teórico general es un modelo integrador con un programa de tratamiento multicomponente de orientación cognitivo analítica (Ryle, A., 2004) que sirve de matriz conceptual para comprender todos los subprogramas terapéuticos de forma individualizada y la interacción y sinergia o riesgos de colisión entre los mismos.

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

En síntesis podemos decir que la Unidad de TP de Cantabria supone un modelo de enorme interés a la hora de construir un dispositivo ambulatorio de abordaje intensivo de pacientes con TP, especialmente de intensidad sintomática moderada a grave. Su programa ambulatorio puro unido al de hospitalización parcial son claramente una referencia para nosotros. Sin embargo, no podemos dejar de señalar que al tratarse de un dispositivo privado concertado posee una agilidad a la hora de reclutar personal y en otros aspectos de la que carecen los centros propiamente públicos. Este es un dato muy importante por la necesidad de profesionales con un perfil rela-

cional especial, con una motivación muy clara y además con un bagaje de conocimientos difícil de adquirir y conservar. A veces la rigidez del sistema de contratación público no facilita en absoluto la constitución y mantenimiento de equipos de alta especialización.

4.5. UNIDADES DE REFERENCIA INTERNACIONAL

Existen en el ámbito internacional cercano y en la literatura, propuestas sobre abordajes terapéuticos que ofrecen evidencias de alta calidad (Linehan, M. M. et al., 2006; Bateman, A. W. & Fonagy, P., 2004) sin embargo, es muy difícil poner en marcha esos programas en la mayoría de sistemas de salud, incluso en aquellos de países económica y sanitariamente avanzados.

Estos programas tienden a quedar aislados en unidades dependientes de las universidades y centradas en la investigación, alejadas de la asistencia diaria de salud mental del grueso de los pacientes. En general este tipo de programas precisan profesionales con un alto nivel de formación y motivación y pacientes colaboradores y constantes, condiciones que no siempre se dan en un entorno asistencial estándar.

La gran cuestión pendiente, a nivel internacional, es cómo abordar estos trastornos de forma idónea desde la red de salud mental.

4.5.1. Unidad de Psicoterapias de Halliwick. Servicio especializado en TPs. Hospital St Ann. Haringey, Londres. Director: Dr. Bateman.

Esta Unidad pertenece al Hospital St Ann, situado en Haringey, al norte de Londres. Perteneció al NHS, Barnet, Enfield and Haringey Trust y está dedicado principalmente a la Salud.

Tiene un servicio especializado en Trastornos de la Personalidad dirigido por el Dr. Bateman,

en el que se utiliza la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), diseñada por éste y Peter Fonagy (Bateman, A. W. & Fonagy, P., 2004).

Este servicio está formado por un equipo de médicos, psicólogos, enfermeras y terapeutas ocupacionales que atienden principalmente a pacientes del Grupo B. Combinan psicoterapias individuales y de grupo y tienen como objetivo facilitar la mentalización: identificar la expresión adecuada de afecto, desarrollar representaciones internas estables, formar un sentido del self coherente y capacidad para formar relaciones seguras.

Los objetivos generales de esta unidad especializada son los siguientes:

- Desarrollar una relación de confianza.
- Identificar dificultades logísticas y sociales.
- Reforzar la adherencia de los pacientes y analizar dificultades.
- Reducir síntomas psiquiátricos.
- Reducir conductas autolesivas y comportamientos suicidas.
 - Monitorización individual continua.
 - Contexto interpersonal y afectivo.
 - Tratamiento específico dirigido a habilidades de afrontamiento.

Una vez que el paciente está estable en el programa, se lleva a cabo el abordaje de unos objetivos interpersonales, sociales y de estabilidad interna:

- Evitar en lo posible los ingresos.
- No llevar a cabo ingresos urgentes sin contactar.
- Continuar asistiendo durante el ingreso.
- Evitar ingresos involuntarios.
- Animar a los pacientes a decidir el momento del alta.

Este servicio especializado en TPs, propone dos ofertas diferentes de tratamiento: un

Hospital de Día y un Programa Intensivo Ambulatorio.

1. El **Hospital de Día** (HD) consta de 20 plazas y el tratamiento suele ser aproximadamente de 2 años de duración. Suelen acudir pacientes con un alto riesgo de conductas autolesivas y suicidas.

El personal está formado por Bateman, un psiquiatra, una enfermera Senior, dos enfermeras, psicopedagoga y terapeuta ocupacional y visitantes, estudiantes enfermería.

Al inicio se realiza una entrevista previa en la cual se lleva a cabo una descripción de las normas, horarios y se le asigna un terapeuta y los grupos.

Los pacientes tienen que acudir 5 días a la semana, se realiza una sesión semanal de terapia individual y diferentes grupos de psicoterapia a lo largo de la semana: el «Large Group» (acuden todos los pacientes y 5 terapeutas), el Small Group (6 a 8 personas), el grupo Afecto, Impulso, Motivación, Self-Awareness (AIMS) que es una terapia cognitivo-conductual, centrada en habilidades de tolerancia al estrés, control de impulsos y resolución de problemas, y grupos expresivos (dibujo, arcilla, escritura...)

También se llevan a cabo otro tipo de actividades como el Case Conference, donde se realiza una revisión periódica de la evolución del paciente. Acude éste y el personal implicado, incluyendo la familia, servicios sociales y otros centros.

La medicación suele ser revisada generalmente en los «case conferences» (guías MBE, Soloff 98). Las llevan a cabo los médicos de la unidad.

Se realizan supervisiones tras cada grupo, semanalmente con el Dr. Bateman, semanalmente en grupo con un grupoanalista e individual semanal con un supervisor que no pertenece a la unidad.

El alta se organiza con tiempo y en ocasiones se ofrece seguimiento.

2. El **Programa Ambulatorio Intensivo** forma parte de un proyecto de investigación. Cuenta con 24 plazas. Los pacientes tienen un mejor funcionamiento que los del HD pero requieren tratamiento intensivo. El tratamiento está basado en la Mentalización y se realizan sesiones individuales y grupales cada semana por diferentes terapeutas.

Los principios generales del tratamiento que se lleva a cabo en el programa son los siguientes:

- Tratamiento estructurado.
- Esfuerzo dirigido al cumplimiento.
- Foco claro en la mentalización.
- Larga duración (18 meses).
- Actitud activa del terapeuta.
- Buena integración con otros tratamientos.
- Buena coordinación entre terapeutas.

Nuestros informantes destacaban como aspectos más positivos del programa de Halliwick los siguientes:

- La flexibilidad. No se fuerza al paciente a adaptarse a un enfoque rígido de «café para todos», creándose planes individualizados de tratamiento.
- Se buscan soluciones a síntomas concretos, adaptándolas al contexto.
- «Case Conference» donde se revisa cada caso y se comparten objetivos, dificultades y se construyen posibles soluciones.
- Las supervisiones que permiten una homogeneización de abordajes y generan un apoyo al clínico, a veces muy necesario.
- El carisma de Bateman, capaz de generar un espíritu de equipo y de mostrar un liderazgo fiable.
- Las sesiones grupales que suponen un abordaje de calidad y a la vez con un excelente balance coste-efectividad.
- La estructura de la Unidad, con una buena organización en la que las responsabilidades se hallan muy bien precisadas y asignadas.

Entre los aspectos más problemáticos de la Unidad, nuestros informantes destacan:

- La formación necesaria para tratar a estos pacientes en esta Unidad es muy específica y difícil de obtener fuera de la propia Unidad.
- La selección del personal depende del Director de la Unidad. Ello es necesario dado el perfil muy específico de los pacientes tratados y de las técnicas empleadas, pero indudablemente entorpece el proceso.
- La motivación necesaria para trabajar en la Unidad es muy alta. Una consecuencia posible del clima laboral con elevado nivel de estrés es el «burn out».
- Son muy estrictos con la puntualidad y el tiempo de duración de las actividades, lo que choca a veces con las tendencias propias de estos pacientes.

4.5.2. Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital de Nueva York-Centro Médico Cornell (División Wetchester). Director: Dr. Otto F. Kernberg

1. Instituto de los Trastornos de la Personalidad

El perfil del paciente que ingresa en la Unidad puede asumir el coste de los honorarios, ha aceptado los requisitos de la terapia y cumple los criterios de diagnóstico de trastorno de la personalidad (fundamentalmente Organizaciones Límite de Personalidad en la tipología de Kernberg).

Estos pacientes son derivados de las consultas privadas de otros terapeutas, de la Unidad de Hospitalización o de la población general, es decir, al ser un sistema privado cualquier persona puede ingresar en la unidad, si puede asumir los costes.

La derivación se realiza verbalmente entre terapeutas y sin intercambio de informes o historia clínica, para mantener la privacidad.

Las técnicas terapéuticas empleadas en el Instituto de TP son las siguientes:

- Terapia centrada en la Transferencia (TFP).
- Terapia Comportamental Dialéctica (DBT).
- Terapia de apoyo.
- Fármacos.

2. Unidad de Hospitalización

El Hospital de Nueva York cuenta con 25 camas en la Unidad de Hospitalización. Está dirigida por el Dr. Nudman. Cuenta con un equipo de 3-4 residentes de psiquiatría, 4 trabajadores sociales, 2 terapeutas ocupacionales, un equipo de enfermería, 2 estudiantes de medicina de 3.º curso y celadores.

El perfil del paciente de esta Unidad es el de un hombre o mujer entre 18 y 50 años, con un diagnóstico de trastorno de la personalidad, con un elevado riesgo de conducta suicida u homicida y que asume los costes del ingreso directa o indirectamente (familia, compañía de seguros). Son derivados del servicio de Urgencias de Psiquiatría o de medicina General.

Las categorías diagnósticas que cumplen son: trastorno de la personalidad tipo límite, trastorno narcisista de la personalidad, esquizofrenia paranoide y otros trastornos como trastornos psicóticos o trastornos afectivos (depresión mayor, hipomanía). La estancia media de estos pacientes suele ser de 19 días.

Las técnicas terapéuticas empleadas son: Terapia Comportamental Dialéctica (DBT) (una sesión individual prácticamente a diario y una grupal por semana), terapia de apoyo (es muy variable, suelen realizar varias sesiones por semana) y fármacos.

En esta unidad se llevan a cabo diversas terapias de grupos: grupo de control de emociones, grupo de apoyo, grupo de manejo del estrés, grupo de relaciones interpersonales, grupo de medicación, grupo de autoestima, grupo problemas de la unidad (donde los pacientes tienen un espacio para expresar sus quejas), grupo de dietas, grupo de signos y síntomas y grupo de drogas y alcohol.

Los pacientes cuando son dados de alta de la Unidad de Hospitalización, son derivados a consultas externas, a grupos de terapia o a consultas privadas de otros terapeutas.

Como resumen, podemos decir que el equipo del Instituto de T de Personalidad de Cornell posee una doble característica que lo aleja de nuestra posición y relativiza las enseñanzas que puede transmitirnos. Por un lado se trata de un dispositivo eminentemente privado y, sobre todo, se trata de un equipo dedicado a la investigación. La asistencia no se desdeña en absoluto, pero siempre está imbricada en proyectos de investigación psicoterapéutica. Entendemos que de este centro podemos extraer conocimientos muy relevantes en cuanto a abordajes terapéuticos concretos y a cómo transmitirlos a los profesionales. Son limitadas, en cambio, las aplicaciones de un dispositivo de este tipo en el entorno público y asistencial que nos corresponde.

La principal aportación terapéutica de este grupo es la llamada Terapia Focalizada en la Transferencia, una psicoterapia psicoanalítica adaptada para la atención a pacientes con Organización Límite de Personalidad (concepto estructural de personalidad que engloba el cluster B de la clasificación DSM-IV así como algunos cuadros del cluster A...) y que presta atención especial a los patrones de relación objetal que se activan en el paciente en el vínculo con el terapeuta. Existe numerosa bibliografía sobre este abordaje (Clarkin JF, Yeomans FE, & Kernberg OF, 2006), aunque aún no se dispone de traducciones al castellano de estos manuales.

4.5.3. Behavioral Research & Therapy Clinics, Universidad de Washington. Seattle, Washington. Directora: Marsha M. Linehan

La Clínica de Terapia e Investigación Conductual (Behavioral Research and Therapy Clinic, BRTC) es un dispositivo centrado fundamentalmente en el desarrollo y evaluación de

psicoterapias para personas con trastornos graves de personalidad. Como en el caso anterior se trata de un equipo dedicado básicamente a la investigación y que no posee responsabilidades asistenciales. Las terapias se llevan a cabo siempre en el marco de un proyecto de investigación.

La investigación, ha sido patrocinada en su mayor parte por los Institutos Nacionales de Salud, y se centra en la comprensión, evaluación y tratamiento de los comportamientos suicidas y del trastorno límite de la personalidad. El principal tratamiento de la BRTC es la Terapia Comportamental Dialéctica (DBT), un tratamiento cognitivo conductual desarrollado por Linehan.

La BRTC es una unidad privada de la Universidad de Washington, patrocinada por medio de becas o subvenciones de investigación e ingresos clínicos generados por la Dr. Linehan y otros miembros del equipo. También recibe donaciones o apoyo financiado de la comunidad.

Los clientes que están interesados, tienen la opción de recibir tratamiento o participar en un estudio de investigación del BRTC. Ofrecen también formación a profesionales y estudiantes sobre la DBT y la posibilidad de colaborar en investigaciones.

Como en el caso anterior, las enseñanzas que podemos extraer de esta Unidad de prestigio internacional tienen más que ver con los abordajes técnicos concretos que ellos han promovido que con programas asistenciales aplicables en nuestro marco sanitario actual.

La aportación principal de este grupo, la llamada Terapia Conductual Dialéctica, abarca un abanico de técnicas cognitivas y conductuales dirigidas al tratamiento de los problemas que acompañan al TLP y muy especialmente las conductas suicidas. Se otorga gran importancia a la evaluación continua y a la recolección de datos sobre las conductas actuales, la definición clara y precisa de los objetivos de tratamiento y una relación de

colaboración entre terapeuta y cliente. Existen manuales actualizados de esta compleja intervención, incluso traducidos al castellano (Linehan, M., 2003), además de muy numerosa bibliografía del grupo reflejando sus proyectos de investigación.

4.6. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

4.6.1. Preámbulo

En los últimos tiempos van siendo numerosos los estudios destinados a examinar avances en la forma de atender los problemas de salud mental en una población dada, tanto desde las iniciativas privadas como desde los sistemas públicos. Algunos de estos estudios han tenido la valentía de proponer cambios radicales y llevar a la práctica aquello que las evidencias van mostrando como eficaz. Un comité ligado a la prestigiosa London School of Economics (The Centre of Economic of Performance's Mental Health Policy Group, 2006) y compuesto por figuras señaladas de la medicina, la psiquiatría y la psicología clínica inglesa, ha propuesto nada menos que un plan de 7 años para contar con 10.000 terapeutas más de los actuales en el Reino Unido y disponerlos en equipos capaces de tratar mediante psicoterapia los pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad.

Desde las más altas instancias políticas, como la Unión Europea, se han desarrollado iniciativas (European Commission. Health and consumer protection, 2005) para abordar mejoras en la Salud Mental de los ciudadanos, estableciendo planes para promover avances en el campo de la prevención y la asistencia en los países miembros, que dedican recursos muy diferentes a esta área de la salud.

Es un hecho que se ha producido un cambio en la actitud de los profesionales hacia los TPs. Hoy estos trastornos se ven con mayor optimismo que en el pasado y se considera posible un curso más benigno de la pato-

logía. Este cambio tiene que ver con los datos epidemiológicos de los que disponemos pero también, para algunos autores (Bateman, A. W. & Fonagy, P., 1999; Fonagy, P. & Bateman, A., 2006) de la modificación de las intervenciones terapéuticas y del abandono de prácticas directamente yatrogénicas, tanto psicofarmacológicas como psicoterapéuticas.

Los pacientes con TP como diagnóstico primario, ganan acceso con dificultad a los dispositivos asistenciales y a veces son atendidos en la periferia del sistema sanitario (Bateman, A. & Tyrer, P., 2004b). No en raras ocasiones, pacientes y terapeutas construyen vínculos malfuncionantes, que conllevan con frecuencia abandonos tempranos de los tratamientos y resultados terapéuticos insuficientes.

Los pacientes con TP generan una indudable presión sobre todos los profesionales relacionados con ellos. Profesionales no sólo sanitarios, sino también políticos, jurídicos o sociales. Es necesario «hacer algo» y no siempre las decisiones pueden tomarse en base criterios de «medicina basada en la evidencia» (Kisely, S., 1999) pues con frecuencia los datos disponibles son escasos y difíciles de interpretar. Está demostrado (Bender, D. S. et al., 2001), que los TPs en general y los TLPs (y T Esquizotípico) en especial, utilizan de modo mucho más intenso los recursos de salud mental, sean las consultas externas, las hospitalizaciones o los psicofármacos, si los comparamos con pacientes con otros trastornos, por ejemplo Depresión Mayor sin comorbilidad en el Eje II.

Existen tres «Modelos de Servicio» que no han sido específicamente comparados. Se trata de el modelo de practicante individual clásico, el modelo de «funciones divididas» donde varios clínicos se reparten las diferentes tareas con una coordinación en general mínima y el modelo de «equipo especialista» (Bateman, A. & Tyrer, P., 2004b). La experiencia clínica general, señala que los dos últimos aportan ventajas sobre el pri-

mero y también parece existir una opinión generalizada a favor del equipo especialista en cuanto a considerarle capaz de lograr más éxitos terapéuticos y una menor tasa de abandonos.

Se han producido algunas iniciativas para manualizar programas de atención a TP. Entre las ventajas de la manualización (McMurran, M. & Duggan, C., 2005) se citan la promoción de prácticas basadas en la evidencia, la homogeneización de intervenciones entre diferentes terapeutas y el mantenimiento de la integridad de los tratamientos, la facilitación de la formación del staff y la replicabilidad potencial de las intervenciones terapéuticas. Sin embargo, también se atribuyen desventajas a los manuales, como la posible desvalorización del juicio clínico, la incomodidad que los terapeutas expertos sienten ante ellos y su inflexibilidad. Parece que el uso de los manuales juega un papel más fundamental con terapeutas menos experimentados y/o que se inician en una unidad determinada.

4.6.2. Propuestas sobre programas de atención a pacientes con Trastorno de Personalidad

La mayoría de los programas utilizan una combinación de abordajes farmacológicos y psicosociales y dentro de estos últimos predominan las intervenciones de base dinámica y las cognitivo-conductuales. Se han desarrollado programas en todos los países, con similitudes importantes y que difieren en el encuadre clínico (predominio de hospitalización, de hospital de día, modelos mixtos sucesivos, abordajes ambulatorios tradicionales...), en la proporción en que se aplican cada uno de los ingredientes terapéuticos y en la duración final de los programas.

Existen algunas propuestas sobre programas de atención a TP que podemos revisar:

En nuestro entorno se han producido algunas iniciativas destinadas a examinar la for-

ma en la que se puede atender mejor a los pacientes con TP desde los sistemas públicos. Tal es el caso del documento creado por el Grupo de Trabajo sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, del Server Catalá de Salut, coordinado por Ballús (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006) y difundido en este año.

El documento recoge algunas propuestas, aparentemente con el formato de un consenso de expertos. Señalan la necesidad de posibilitar la prevención llamando la atención sobre los diferentes profesionales de la salud, la enseñanza, lo social, etc. relacionados con poblaciones infanto-juveniles. Paralelamente, proponen la creación de al menos un equipo de evaluación para la comunidad catalana especializado en TPs con el fin de auxiliar en la detección de casos complejos. Además proponen un gradiente de intervenciones sobre los TP que van desde el trabajo ambulatorio tradicional en CSMs que contarían con formación, supervisión y orientación sobre atención a TPs, hasta la hospitalización de larga duración (1 o 2 años). Consideran el hospital de día como el verdadero eje de la atención a TPs. Estos dispositivos ofrecerían tratamientos de 12 a 18 meses de duración, con asistencia de una a dos veces por semana y con la psicoterapia dinámica y conductual dialéctica como orientaciones centrales.

A nivel internacional ocupa una posición destacada entre estos estudios el realizado por el NIMH(E) británico (NIMH(E), 2003) sobre la situación actual de los TPs en Inglaterra, la prevalencia, los problemas que acarrear su atención, los abordajes desarrollados al día de hoy, las propuestas que se recogen en la literatura y finalmente elaboran una serie de recomendaciones sobre la atención a los TP en el sistema público inglés, tanto en unidades de salud mental generales para adultos como en unidades forenses. Desarrollan incluso algunas pautas de cara a la selección de personal en estas unidades, supervisión del trabajo clínico, educación de la red y entrenamiento.

Las propuestas clínicas fundamentales recogidas en el informe, se refieren a la creación de varios tipos de equipos. Por un lado, proponen los «Equipos especialistas»; unidades multidisciplinarias que se ocuparían del tratamiento directo de algunos casos, la asesoría a equipos generalistas, el vínculo con las autoridades en torno a los TPs, la promoción de actividades de autoayuda por parte de los pacientes y la atención a situaciones clínicas críticas. Por otro lado, recomiendan la creación de «Unidades de Día», añadidas a los equipos anteriores, en comunidades con alta concentración de morbilidad. En tercer lugar, aconsejan el uso de las unidades de hospitalización generalistas ya existentes para la atención en crisis de gran intensidad a estos pacientes. Finalmente, proponen el establecimiento de «Programas residenciales», destinadas a pacientes que requieran largos períodos de convivencia estructurada lejos de su entorno utilizando las comunidades terapéuticas ya existentes.

También debemos citar entre los estudios internacionales de este tipo el realizado en Nueva Zelanda (Krawitz, R. & Watson, C, 1999). Examinan la realidad de la atención a los TP en aquel país y proponen mejoras en la atención. Parten de una revisión de la literatura y de entrevistas con informantes clave. Reconocen, como en todos los estudios similares, la falta de evidencia de calidad que permita orientar las recomendaciones. Dan mucha importancia a disponer de clínicos capaces de asumir riesgos terapéuticos necesarios, reflejando esto posiblemente la idiosincrasia médico-legal de aquel país que empuja a prácticas muy defensivas. Destacan la necesidad de planes individualizados de tratamiento y sugieren una focalización en las mejores prácticas, ya que no es posible una verdadera orientación basada en la evidencia. Insisten en las ventajas de la DBT y de la psicología del self con los datos del momento (1999), el papel auxiliar episódico de la medicación, la conveniencia de tratamientos prolongados (años) y de hospitalizaciones muy cortas y en

momentos de crisis. Señalan la importancia de un clínico-clave de referencia para cada paciente y de un programa de formación a nivel estatal que permita un entrenamiento adecuado de los equipos existentes.

Aunque no es exactamente una propuesta de programa de atención, podemos encuadrar aquí la Guía de Práctica de la American Psychiatric Association para el tratamiento de pacientes con TLP (American Psychiatric Association, 2001). En ella se establecen una serie de recomendaciones, basadas en la evidencia disponible sobre la mejor atención posible a estos pacientes. En resumen, podría decirse que el tratamiento debe basarse en un abordaje psicoterapéutico junto a un uso juicioso de psicofármacos orientados a los síntomas. Este documento ha generado multitud de publicaciones, sobre todo en los EE.UU. Ha comenzado a testarse la influencia de la Guía en la práctica clínica real, para lo que se han establecido medidas de partida para conocer la situación previa a su implantación. Oldham y colaboradores (Oldham, J. M. et al., 2004) analizan los estilos de prescripción de psicofármacos previos a la difusión de la Guía.

4.6.3. Intervenciones psicoterapéuticas

a) *Revisiones*

Desde hace años se han venido publicando estudios que revisan la literatura existente sobre atención a pacientes con TP.

En 1999, Perry y colaboradores (Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F., 1999), publicaron una revisión de la efectividad de la psicoterapia en el tratamiento de TP. Detectaron 15 estudios utilizables, de ellos sólo 3 ECRs. Calcularon el tamaño del efecto (effect size) de distintas variables-resultado para agrupar los datos y llegaron a la conclusión de que las psicoterapias eran efectivas en los TPs y conseguían un número de recuperaciones por año (25.8%) hasta siete veces mayor que las

ocurridas en el curso natural de la enfermedad (3.7%). Obviamente, al agrupar datos de estudios realizados con técnicas diferentes, no es posible establecer comparaciones entre unos abordajes y otros.

Glenn Gabbard (Gabbard, G. O., 2000) revisa bibliografía seleccionada en esta área, señalando la eficacia demostrada de distintos abordajes psicoterapéuticos en los TPs y mostrando la necesidad de que las compañías de seguros se avengan a financiar los tratamientos psicoterapéuticos en estos pacientes. Destaca la necesidad de tratamientos prolongados y el posible buen balance coste-efectividad al reducirse hospitalizaciones y otras consecuencias habituales de esta patología.

Bateman y Fonagy efectuaron una revisión en el 2000 (Bateman, A. W. & Fonagy, P., 2000) en la que señalan las dificultades principales que se encuentran en los estudios. Hoy, seis años después, la mayoría de sus reflexiones siguen siendo vigentes. La identificación de los casos, la comorbilidad, la randomización, la especificidad de los tratamientos y la elección de medidas de desenlace (outcome) son los obstáculos principales que deben ser solventados. Entonces igual que hoy no se disponía de evidencias sólidas para recomendar una terapia u otra y tampoco se conocía qué subgrupos de pacientes debían ser remitidos a qué tipo de dispositivo (ambulatorio, hospitalización parcial, ingreso...). Concluyen que los tratamientos efectivos debieran ser prolongados, integrados, coherentes desde el punto de vista teórico, y centrados en el cumplimiento.

Un equipo coordinado por Oldham desarrolló en Estados Unidos una guía de práctica clínica (American Psychiatric Association, 2001) sobre atención a los pacientes con TLP. Elaboraron un documento que recogía un aporte muy importante de la bibliografía disponible sobre el tema y realizaron una serie de propuestas sobre atención, fundamentándolas en las evidencias disponibles (escasa y de calidad a veces cuestionable). La aparición

de la guía significó un antes y un después en la atención a estos pacientes. Se trata de un documento frente al que todos los investigadores se posicionaron, con frecuencia de forma crítica, pero sin duda constituyó un punto de partida básico para la investigación y el desarrollo de propuestas nuevas alternativas. En síntesis, la guía considera que el manejo psiquiátrico constituye la base del tratamiento del TLP. La intervención terapéutica básica es la psicoterapia, complementada por farmacoterapia dirigida a síntomas concretos. La evidencia disponible entonces no es suficiente para seleccionar qué modelo psicoterapéutico, para qué pacientes, en qué encuadre. Revisan las propuestas existentes señalando la calidad de los datos disponibles. Proponen una serie de algoritmos, muy influidos por las ideas de Soloff (Soloff, P. H., 2000) que apuntan posibles elecciones de medicamentos dirigidos a tres áreas sintomáticas: disregulación afectiva, impulsividad descontrol conductual y síntomas perceptivo-cognitivos.

Leichsenring y colaboradores (Leichsenring, F. & Leibing, E., 2003) publicaron en el 2003 un metanálisis de terapia psicodinámica y terapia cognitivo conductual en TP. Buscaron estudios publicados desde e 1974 hasta 2001. Encontraron solamente 14 estudios de psicoterapia dinámica y 11 de terapia cognitivo conductual que cumplieran los criterios de calidad seleccionados previamente. Calcularon el tamaño del efecto (effect size) y concluyeron que aunque ambas técnicas ofrecían buenos resultados, las terapias dinámicas mostraban un tamaño del efecto global de 1.46 (1.08 para medidas autoevaluadas; 1.79 para medidas heteroevaluadas) y las técnicas cognitivo-conductuales cifras menores. Consideran sus conclusiones muy preliminares dado el bajo número de estudios incluidos.

Joel Paris, experto de referencia internacional en el curso del TLP, realizó en el 2005 una revisión selectiva (Paris, J., 2005) de literatura sobre terapéutica de esta patología y con-

cluye que los abordajes psicoterapéuticos continúan constituyendo la base del manejo clínico de los TLP y coincide con los demás autores de revisiones en que la escasez de estudios disminuye la solidez de los resultados. Son interesantes las reflexiones de Paris sobre el panorama terapéutico por la enorme experiencia del autor y su espíritu crítico. Apunta con claridad la paradoja de que los abordajes más evaluados, y entre ellos especialmente la DBT, siguen aplicándose muy poco fuera de los centros académicos y de investigación que realizan los estudios.

En un estudio muy reciente y extenso (Brazier J et al., 2006) se resume la evidencia disponible sobre efectividad clínica y coste-efectividad de las terapias psicológicas dirigidas al Trastorno Límite de la Personalidad. Solamente se localizaron nueve ensayos clínicos randomizados relativos a la efectividad clínica. Los hallazgos más destacados a partir de esos ensayos fueron los siguientes:

- La Terapia Conductual Dialéctica (TCD) es superior al tratamiento habitual en el control de conductas parasuicidas en mujeres toxicómanas con TLP.
- TCD es superior a la Terapia Centrada en el Cliente en el TLP.
- TCD es similar a la Terapia Comprensiva de Validación sumada al programa de 12 pasos en mujer con TLP y dependientes de opiáceos.
- Terapia Cognitiva manualizada no es más eficaz que el tratamiento habitual en el TLP.
- La hospitalización parcial es superior al tratamiento habitual en el TLP.
- Terapia Grupal Interpersonal no es superior a la Hospitalización Parcial estructurada sobre la Terapia Basada en la Mentalización en el TLP.

Los autores concluyen que la eficacia global de las terapias psicológicas es prometedora, pero aún no disponemos de evidencias concluyentes y son necesarios estudios más am-

plios y rigurosos con metodología de ensayo clínico randomizado.

En un estudio reciente realizado por la Cochrane (Binks, C. A. et al., 2006b) y centrados en terapias psicológicas dirigidas al TLP, los autores también concluyen que algunos de los problemas encontrados frecuentemente por las personas con TLP pueden ser receptivos a las terapias psicológicas actuales, pero todas ellas siguen siendo experimentales y los estudios son demasiado escasos y pequeños para inspirar una total confianza en los resultados. Insisten en la necesidad de estudios de mayor tamaño y realizados en el mundo «real». Es notable que los autores detectan sólo 7 estudios de calidad adecuada en este campo (Bateman, A. & Fonagy, P., 1999; Bateman, A. & Fonagy, P., 2001; Koons CR et al., 2001; Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L., 1991; Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E., 1993; Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E., 1994; Linehan, M. M. et al., 1999; Linehan, M. M. et al., 2002; Bateman, A. & Fonagy, P., 1999; Bateman, A. & Fonagy, P., 2001; Koons CR et al., 2001; Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L., 1991; Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E., 1993; Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E., 1994; Linehan, M. M. et al., 1999; Linehan, M. M. et al., 2002; Turner RM, 2000; van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den, Brink W., 2002; Verheul, Roel et al., 2003), que incluyen a un total de 262 personas en 5 comparaciones separadas. Debemos precisar que de esos 7 estudios, 6 emplean la Terapia conductual dialéctica y uno un modelo psicoterapéutico dinámico en el marco de una hospitalización parcial.

b) *Nuevos ensayos clínicos randomizados*

Posteriormente a la revisión realizada por Binks hemos podido detectar algunos ensayos clínicos randomizados publicados muy recientemente.

1. Davidson y colaboradores en la Universidad de Glasgow (Davidson, K. et al., 2006) con Terapia Cognitivo Conductual añadida a tratamiento habitual frente a tratamiento habitual a lo largo de un año. El tamaño muestral es mayor de lo usual (106 pacientes) y los resultados señalan ventajas de la terapia cognitivo conductual en cuanto a suicidios, hospitalizaciones, accidentes o visitas a urgencias.
 2. Linehan y colaboradores en Seattle (Linehan, M. M. et al., 2006) en el que compara TCD con terapia no conductual (psicodinámica y centrada en el cliente) desarrollada por expertos a lo largo de un año. Encuentran que la TCD muestra mejores resultados en cuanto a suicidios, hospitalizaciones, riesgo médico secundario a conductas autolesivas, abandonos, hospitalizaciones psiquiátricas y visitas a urgencias. De ello deducen que los buenos resultados de la TCD no se deben a factores comunes vinculados a la terapia por expertos sino a ingredientes específicos de la técnica.
 3. En Holanda se ha realizado un estudio (Giesen-Bloo, J et al., 2006) que compara la Terapia focalizada en esquemas de Jeffrey Young (Kellogg, S. H. & Young, J. E., 2006) con la Terapia focalizada en la Transferencia de Kernberg (Clarkin JF, Yeomans FE, & Kernberg OF, 1999; Kernberg OF, Selzer M, Koenigsberg H, Carr A, & Appelbaum A, 1989) en pacientes con TLP. Los tratamientos se administran a lo largo de 3 años en 2 sesiones semanales. Los resultados al final del estudio son buenos para ambas ramas y la terapia de esquemas se muestra superior en todas las variables frente a la terapia focalizada en la transferencia. Esta publicación ha levantado cierto revuelo en la comunidad científica al revelarse problemas relativos a la supervisión de ambos tratamientos que podrían condicionar la calidad de la rama TFP y por tanto sus resultados.
 4. Un grupo noruego (Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H., 2004) compara la eficacia de una terapia dinámica breve con terapia cognitiva, ambas administradas a lo largo de 40 sesiones y dirigidas a pacientes con TP del Grupo C. Ambas ramas ofrecen buenos resultados, sin diferencias significativas en las medidas principales, logrando en el seguimiento a 2 años un 40% de recuperación en problemas interpersonales y funcionamiento personal.
 5. También en Escandinavia, se ha realizado un ECR (Vinnars, B., Barber, J. P., Noren, K., Gallop, R., & Weinryb, R. M., 2005) comparando psicoterapia manualizada expresiva/apoyo siguiendo el modelo de Luborsky con psicoterapia dinámica no manualizada en la comunidad para todo tipo de TPs. La muestra es de 156 pacientes (24% TLP, 34% Evitativa, 36% TP Depresiva). Los resultados tras un seguimiento de 2 años son buenos para las dos ramas y no se observan diferencias significativas entre ellas.
- Bateman y otros (Bateman, A & Tyrer, P, 2002; Bateman, A. W. & Fonagy, P., 1999; Bateman, A. & Tyrer, P., 2004a) señalan que los tratamientos efectivos deberían demostrar su potencial curativo en varios niveles. Inicialmente, deberían demostrar eficacia sobre tratamientos control en TP puros. Después deberían mostrarla en la clínica práctica. Más tarde, también en ensayos clínicos aleatorizados. Después deberían ofrecer resultados similares en las distintas instituciones en las que se ponen en práctica y, finalmente, deberían ser capaces de demostrar todo esto a lo largo del tiempo. Examinan los datos disponibles sobre las intervenciones terapéuticas más difundidas para los TPs y evalúan la eficacia y la generalizabilidad de los hallazgos. De este modo, sitúan en primer lugar en ambos apartados a la Psicoterapia Dinámica y a los antidepresivos ISRS. En ningún caso, sin embargo, se dispone de estudios con muestras mayores de 50 pacientes y a veces la metodología no es suficientemente rigurosa en los

estudios disponibles. Investigadores clínicos de gran experiencia en el área (Rubio V, comunicación personal) ponen en duda la eficacia de los ISRS que podrían «agotar su efecto en menos de un año. En cualquier caso, no se disponen de estudios controlados con ISRS que superen los 6 meses de duración.

Algunas revisiones sobre el tema (NIMH(E), 2003) apuntan que el nivel actual de evidencias no sostiene propuestas concretas sobre los tratamientos que los pacientes deben recibir en los dispositivos asistenciales. Se cree que una combinación de tratamientos psicológicos reforzados por medicación en momentos críticos puede ser el abordaje más idóneo. Existe un cierto consenso sobre principios guía, que señalan la necesidad de que el tratamiento esté:

- a) Bien estructurado.
- b) Persiga la adherencia.
- c) Posea un foco claro.
- d) Sea teóricamente coherente para paciente y terapeuta.
- e) Tenga una larga duración.
- f) Esté bien integrado con otros servicios disponibles para el paciente.
- g) Implique una alianza de trabajo firme y clara entre paciente y terapeuta.

c) *Reflexiones a partir de las revisiones*

Esta situación de enorme escasez de recursos nos obliga a reflexionar sobre las dificultades de investigación que los abordajes psicoterapéuticos plantean. La metodología de Ensayo Clínico Randomizado se aplica mal a estas intervenciones terapéuticas en las que el doble ciego es imposible y el uso de placebo enormemente complicado, lo que lleva a los investigadores a adoptar medidas que soslayan estas dificultades sin resolverlas realmente. Una de las soluciones más habituales en la actualidad al problema del grupo control, es utilizar como comparador al «tratamien-

to habitual», es decir, aquel que recibiría el paciente en circunstancias normales si el estudio no estuviera en marcha. Es evidente la difícil comparación entre un tratamiento habitual en un lugar y otro, incluso del mismo país. Además la duración del tratamiento, la necesidad de colaboración multicéntrica de cara a obtener muestras de mayor tamaño, encarecen enormemente el presupuesto de estos estudios. Al no despertar, lógicamente, el interés de las compañías farmacéuticas, la financiación queda en manos de las agencias públicas, muy remisas en países como el nuestro a emplear sus fondos en investigación psicoterapéutica de envergadura. En resumen y en contra de la opinión de algunos profesionales, los estudios de investigación que incluyen técnicas de psicoterapia son más complejos en su diseño, de mayor coste, más largos, y requieren más profesionales que los centrados en la farmacología. Sin embargo, no debemos olvidar que otras ramas de la Medicina, aparentemente alejadas de nosotros, pasan por dificultades similares y no han dejado de avanzar en las últimas décadas. Nos referimos a la Cirugía, que comparte con los abordajes psicoterapéuticos la imposibilidad del doble ciego y la enorme dificultad de placebos y grupos control.

Una síntesis posible de la situación es que el número de estudios con metodología tipo Ensayo Clínico Randomizado es muy pequeño, tan pequeño que hoy se da una situación peculiar: el número de revisiones sistemáticas realizadas casi supera el número de los artículos originales de calidad a revisar. La conclusión es obvia, se precisa mayor trabajo de investigación clínica y menos evaluaciones epidemiológicas tipo revisión sistemática, que literalmente carecen de «agua donde nadar» por la falta de estudios.

d) *Literatura sobre intervenciones psicoterapéuticas concretas*

Podemos señalar estudios destacados realizados con propuestas terapéuticas concretas.

La Terapia Conductual Dialéctica (TCD) (Koerner, K. & Linehan, M. M., 2000), conocida también con sus siglas en inglés DBT, es uno de los modelos psicoterapéuticos con mayor presencia en la literatura sobre atención a los TP y sobre todo a los TLP. Es el modelo psicoterapéutico más evaluado a través de estudios de metodología tipo ECR. Ha demostrado eficacia tanto en pacientes con TLP en general (Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L., 1991; Navarro, D., 2003; Koons CR et al., 2001; Turner RM, 2000) como en pacientes con TLP y además abuso de sustancias (Linehan, M. M. et al., 1999; Linehan, M. M. et al., 2002; van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den, Brink W., 2002). Linehan publicó en 1993 un seguimiento naturalístico de la muestra original (Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E., 1993) hallando que un año después del tratamiento la mejoría se mantenía en varios, pero no en todos, los aspectos importantes. Un estudio reciente (Linehan, M. M. et al., 2006) señala la importancia de los ingredientes específicos de la TCD, diferenciando este efecto del producido por el hecho de que la técnica se administre a través de terapeutas expertos.

La Terapia Conductual Dialéctica sigue siendo para muchos un enfoque excesivamente académico y difícil de implantar fuera de dispositivos universitarios, con mucho personal y alta motivación. Sin embargo, se han hecho intentos (Ben-Porath, D. D., Peterson, G. A., & Smee, J., 2004; Krawitz, R., 1997) de aplicar este modelo a los Centros de Salud Mental Comunitarios, hallándose resultados preliminares interesantes. También se ha exportado la DBT a entornos muy especiales, tales como prisiones (Krawitz, R., 1997; Low, Gail, Jones, David, Duggan, Conor, Power, Mick, & MacLeod, Andrew, 2001). Así mismo, se ha evaluado la utilidad de este modelo en unidades de hospitalización (Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. M., 2001). También en este encuadre, tras un estudio piloto que mostró un efecto interesan-

te, se realizó un estudio controlado (frente a lista de espera) que señaló aportaciones positivas de una estancia hospitalaria de 3 meses realizando una intervención de Terapia Conductual Dialéctica (Bohus, M. et al., 2000; Bohus, M. et al., 2004). También se ha evaluado su utilidad en versiones intensivas para pacientes en crisis (McQuillan, A. et al., 2005), observándose mejorías en depresión y desesperanza en formatos de sólo tres semanas de duración combinando terapia individual junto a entrenamiento en habilidades en grupo. Este modelo, desarrollado en Suiza, parece adaptarse bien a algunos sistemas públicos con recursos abundantes. También se han hecho propuestas de interés para aplicar una orientación DBT a pacientes TLP atendidos en unidades médicas de hospital general (Huffman, J. C., Stern, T. A., Harley, R. M., & Lundy, N. A., 2003).

Pese a trabajos que señalan mejorías en variables interpersonales (Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E., 1994), algunos ponen en duda (Blennerhassett, RC. & O'Raghallaigh, JW, 2005) la acción terapéutica de la TCD sobre el TLP o si más bien se trata de una técnica que alivia las conductas parasuicidas, tan frecuentes en esa patología, pero también en otras (NHS.National Institute for Clinical Excellence, 2004). Tampoco conocemos hoy cuál es la eficacia a largo plazo de la TCD, pero esta crítica puede extenderse a todas las demás intervenciones psicoterapéuticas propuestas para este trastorno, la mayoría de las cuales no poseen ni de lejos el caudal de estudios de cierta calidad que se han centrado en la TCD.

El tratamiento de los pacientes con TLP basado en la mentalización constituye otra propuesta terapéutica que cuenta con estudios de alta calidad metodológica que han confirmado sus buenos resultados. El modelo consiste en una hospitalización parcial con una orientación psicoanalítica. Bateman y Fonagy publicaron inicialmente un ECR mostrando superioridad frente al tratamiento psiquiátrico estándar (Bateman, A. & Fonagy, P., 1999)

y posteriormente mostraron en otro estudio que las mejorías logradas no sólo se mantenían sino incluso aumentaban en el seguimiento a 18 meses (Bateman, A. & Fonagy, P., 2001). Proponen un tratamiento de 18 meses en una unidad de hospitalización parcial donde los pacientes reciben psicoterapia individual y grupal, en una parte importante a cargo de personal de enfermería especializada y supervisado. Los autores han descrito en detalle el modelo (Bateman, A. W. & Fonagy, P., 2004) y reflexionado sobre los posibles mecanismos de cambio que subyacen a él (Fonagy, P. & Bateman, A. W., 2006). Se trata de centrar el trabajo terapéutico sobre la capacidad de mentalización del paciente, es decir su capacidad para pensar sobre estados mentales de sí mismo y de los demás considerándolos separados de las acciones pero con un efecto causal potencial sobre ellas. Consideran la dificultad de mentalizar como un defecto básico de los pacientes TLP y proponen que la acción sobre la mentalización estaría subyaciendo de modo explícito o implícito a muchos modelos de tratamiento de los TLP eficaces.

La Terapia Focalizada en la Transferencia, desarrollada por el grupo de la Universidad de Cornell liderado por Otto Kernberg, ha ejercido una influencia enorme entre los profesionales de todo el mundo a la hora de orientar su práctica. Los planteamientos básicos, centrados en la Teoría de Relaciones Objetales y el concepto de «Organizaciones Límitrofes» (Kernberg OF, 1987) desarrollado por Kernberg fundamentan un enfoque muy exigente para el terapeuta por la continuada monitorización de la contratransferencia que exige y con una gran coherencia teórica. Los estudios de efectividad realizados hasta ahora pecan de poco rigor metodológico. La comunidad está a la espera de los resultados finales de un gran estudio con diseño tipo ECR que compara en pacientes TLP la Terapia Focalizada en la Transferencia, la Terapia Conductual Dialéctica y la Terapia de Apoyo psicoanalíticamente orientada, que se está

actualmente desarrollando en Cornell (Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F., 2004). A día de hoy disponemos de datos sugerentes, como los proporcionados por el estudio no controlado de Clarkin (Clarkin, J. F. et al., 2001) realizado con 23 mujeres con TLP. A finales del pasado año se presentaron datos a un año (Levy, K. N. et al., 2006) que mostraban cambios en el tipo de apego y en la función reflexiva como resultado de la TFP pero no de las otras dos técnicas. Las propuestas teóricas planteadas por Kernberg han tenido una influencia enorme en el mundo de la psicoterapia de los TP, más allá de la aplicación concreta de la técnica que él propone. Ésta, como la mayoría de propuestas psicoterapéuticas en este terreno, se observa poco fuera de los muros protegidos de la institución donde nació y de algunos pocos centros de investigación internacionales. Existe un ECR publicado en 2006 (Giesen-Bloo, J et al., 2006) por un grupo holandés que compara TFP con Terapia de Esquemas de Young a lo largo de 3 años. Ambos tratamientos generan buenos resultados, pero la Terapia de Esquemas ofrece mejores resultados que la TFP en casi todas las medidas. Se ha producido una interesante controversia sobre la supervisión de ambos tratamientos, aún pendiente de resolver.

Se ha desarrollado así mismo propuestas de Terapia de Apoyo dirigidas a pacientes TLP, tanto desde una perspectiva claramente psicoanalítica (Rockland, L, 2003), como desde otras más «ateóricas» (Aviram, R. B., Hellerstein, D. J., Gerson, J., & Stanley, B., 2004). Los proponentes de esta técnica consideran que es capaz de buenos resultados y puede resultar útil para pacientes que no toleran con facilidad la tensión de otros modelos. No disponemos aún de estudios controlados que aporten evidencias sólidas.

Algunas técnicas de base psicoanalítica han mostrado buenos resultados en estudios de metodología ECR en problemas muy relacionados con el TLP, sobre todo en pacientes con conductas suicidas. Tal es el caso del es-

tudio realizado en el sistema público de Manchester (Guthrie, E. et al., 2001) que ofrece resultados sorprendentes y alentadores. Con sólo 4 sesiones de psicoterapia interpersonal psicodinámica realizadas en casa del paciente y a cargo de enfermeras entrenadas consiguen mejorías destacadas frente a tratamiento habitual en una muestra de 119 adultos con intoxicaciones voluntarias recientes.

Una modalidad empleada de modo extenso en programas de amplia difusión es el programa noruego de unidades de día para pacientes con TP. Como se describe en otra parte de este informe, el programa noruego consiste a grandes rasgos en un paso de 18 semanas muy intensivas en unidad de día, seguido por una oferta de psicoterapia grupal (grupos análisis, basado en la obra de Foulkes) con un límite de 3'5 años. Wilberg y colaboradores (Wilberg, T. et al., 2003) analizan de modo naturalístico el resultado del abordaje grupal tras la unidad de día y encuentran que en los pacientes con TP la mejoría lograda en el tratamiento de día se mantiene pero prácticamente no se incrementa con la terapia grupal. Esto contrasta con los hallazgos de estudios como el de Bateman (Bateman, A. & Fonagy, P., 2001) en el que sí se encuentran mejorías. Los autores hacen un encomiable autocrítica y señalan como posibles causas el que la terapia grupal ofrecida sea de una intensidad insuficiente, la falta de controles de calidad de los terapeutas y de guías de práctica, además de la necesidad de añadir otros componentes a la psicoterapia grupal (seguimiento intensivo por enfermería, consulta psiquiátrica...).

Korner y colaboradores han realizado un estudio (Korner, A., Gerull, F., Meares, R., & Stevenson, J., 2006) que pretende replicar los resultados originales de un estudio no controlado con la misma técnica (Stevenson, J. & Meares, R., 1992), que hoy se ha dado en llamar «Modelo conversacional». Comparan un grupo de pacientes tratados hoy con el grupo del estudio original y un tercer grupo compuesto por pacientes que siguen su tratamiento habitual a la espera de ser atendidos

con el modelo conversacional. Los resultados son alentadores, pero la no randomización, la peculiaridad del grupo control y otros problemas metodológicos animan a tratar con cautela los datos obtenidos. Los autores del modelo publicaron en 1999 un estudio controlado frente a lista de espera con buenos resultados dentro de las limitaciones metodológicas del estudio, fundamentalmente la no aleatorización y la lista de espera como opción de control.

El marco del tratamiento (hospitalario, ambulatorio, en hospital de día, programas combinados) ha sido evaluado en algunos estudios. En un estudio reciente (Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., & Drahorad, C., 2004) se compara la evolución de pacientes con TP tratados en tres programas distintos. Uno se compone de una hospitalización de 12m con un componente psicoanalítico importante, otro utiliza un marco mixto «en descenso» con una hospitalización de 6m, también de orientación dinámica predominante y un tercer grupo recibe un tratamiento psiquiátrico general. Confirmando lo que ya se había hallado en un estudio previo con 12 meses de seguimiento (Chiesa, M., 1997; Chiesa, M. & Fonagy, P., 2000), los resultados a los 24 meses son superiores para el programa «en descenso», que consigue mejoras en todas las esferas clínicas y sociales incluyendo conductas suicidas y parasuicidas y reingresos. La asignación por áreas geográficas y no aleatoria y el hecho de que los pacientes del programa con mejores resultados mostraran diferencias al inicio en el régimen de vida (menos en albergues, más viviendo independientes que en los otros grupos) son problemas que deben ser resueltos en ulteriores estudios. Es también cierto que posiblemente el nivel medio de gravedad de los pacientes del estudio debía ser alto dada la alternativa terapéutica escogida con hospitalizaciones prolongadísimas para los estándares actuales (12 y 6 meses). Debido a algunos de estos factores, recientemente se ha puesto en duda las conclusiones de los autores del estudio.

Los mismos autores han abordado, en un estudio posterior (Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S., 2000), las posibles causas de los abandonos prematuros del tratamiento hospitalario, con un enfoque cualitativo, hallando problemas a nivel institucional además de diferencias en algunas variables demográficas y ocupacionales en los paciente que abandonan. Así mismo, analizan en otro estudio (Chiesa, M., Fonagy, P., & Holmes, J., 2003) la relación «dosis-respuesta» en el tratamiento psicoanalítico hospitalario llegando a la conclusión de que a veces «menos es más» y los pacientes presentan una mejor evolución cuando la hospitalización es de 6 meses en vez de 12. Sin embargo, las dos ramas examinadas difieren en un aspecto importante además de la duración de la hospitalización: el seguimiento posterior, que se prolonga 1 año en el caso de la hospitalización corta y no existe en el caso de la hospitalización larga. Es perfectamente posible que la inexistencia de seguimiento posea un efecto deletéreo sobre los avances producidos por la hospitalización, independientemente de la duración de ésta.

Se han realizado intentos de programas ambulatorios intensivos de corta duración (Smith, G. W., Ruiz-Sancho, A., & Gunderson, J. G., 2001) como el desarrollado en el Hospital McLean de Boston, donde los pacientes permanecen de 4 a 8 semanas acudiendo a diario a realizar psicoterapia individual, grupos de diversos tipos y seguimiento farmacológico. Entre los grupos realizados podemos señalar los llamados de Self-assessment donde los pacientes se evalúan unos a otros. Se pretende responsabilizar a los pacientes de su vida, en un marco flexible y de holding. Se plantea como un elemento de transición entre dispositivos más y menos intensivos.

En el Sistema Público noruego se ha desarrollado una red de atención a pacientes con TP compuesta por una serie de dispositivos que ofrecen tratamientos de día de tiempo limitado (18 semanas). El abordaje es fundamentalmente grupal y contiene intervencio-

nes de base dinámica y cognitivo-conductual (Karterud, Sigmund et al., 1998). Los pacientes con TP se tratan junto a otros con patologías crónicas del eje I, no psicóticas y sin TP comórbido. En un estudio de evaluación inicial (Wilberg, T. et al., 1999) se evaluaron resultados de una muestra mediana de pacientes (N 96) hallando mejorías con el programa que se mantuvieron en el seguimiento a un año. En un estudio posterior, con datos de varias unidades similares que adoptaron el programa y un tamaño muestral muy importante (N 1010) (Karterud, S. et al., 2003) se concluía que el tratamiento es eficaz para pacientes con patología cronificada del Eje I, no psicótica, para TP NOS, TPs del Grupo C y pacientes con TP Límite sin patología comórbida del Grupo A en un rango de GAF de 40 a 50. El programa se mostraba útil en el formato de 18 semanas seguidas por psicoterapia psicoanalítica grupal de frecuencia semanal. La «dosis» de 10 horas semanales parece suficiente a los autores. Pacientes con TPs del Grupo A posiblemente debería ser referidos a dispositivos de mayor intensidad terapéutica, al estilo de los hospitales de día propuestos por Bateman y Fonagy (Bateman, A. & Fonagy, P., 1999). Es interesante que las unidades universitarias incluidas en el programa, con más recursos y quizá con mayor formación, obtuvieron resultados similares a las demás. La falta de asignación al azar constituye la mayor limitación del estudio, compensada en buena parte por el gran tamaño muestral (más de 1000 pacientes con TP incluidos).

La Terapia Cognitivo Analítica posee una gran tradición en algunos países europeos y sobre todo en el Reino Unido, donde se desarrolló. Pensada inicialmente como un abordaje breve (16 semanas) que podía ofertarse desde los sistemas públicos de salud, ha pasado a extender su campo de acción a patologías más severas que precisan mayores duraciones del tratamiento. Dentro de ellas, se ha aplicado también a los pacientes con TLP (Ryle, A., 2004; Ryle, A. & Golyunkina, K., 2000,

Ryle 1997) en una gran variedad de dispositivos asistenciales. Se propone un efecto integrador de las reformulaciones (Ryle, A. & Beard, H., 1993) como uno de los mecanismos de acción terapéutica fundamentales. Debemos señalar que la Terapia Cognitivo Analítica es un ingrediente importante dentro del programa multicomponente desarrollado con éxito en Halliwick (Reino Unido) por Bateman y Fonagy. Por ello debe tenerse cautela al equiparar las evidencias de eficacia del modelo de hospitalización parcial de orientación psicoanalítica de estos autores con el tratamiento basado en la mentalización. Éste último es quizá el componente principal del modelo, pero de ninguna manera el único.

La terapia cognitiva se ha empleado profusamente en el campo de los TP, pero tampoco ha podido generar hasta el momento muchos estudios de gran calidad metodológica, al contrario de otras patologías donde los ECR e incluso los metanálisis son abundantes (Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T., 2006). El grupo de la Universidad de Pennsylvania (Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T., 2004) ha publicado recientemente un estudio abierto de 1 año de duración que recoge buenos resultados en variables relacionadas con suicidalidad. Este mismo grupo ha publicado otro estudio posterior, ya con diseño ECR (Brown, G. K. et al., 2005) en el que demuestra la capacidad de la Terapia Cognitiva (en formato breve de 10 sesiones) para reducir tendencias suicidas en pacientes con historial de tentativas previas. Debemos notar que ambos estudios no estaban dirigidos específicamente a pacientes con TP o TLP, sino a pacientes que acababan de realizar un intento de suicidio. También en esta línea puede citarse el trabajo del grupo POPMACT, liderado por Tyrer (Tyrer, P. et al., 2004), que comparan una técnica cognitivo conductual con tratamiento habitual. Concluyen que la técnica puesta a prueba puede ser útil para reducir las conductas autolesivas, pero sólo si el paciente no tiene un TLP.

Merecen una atención especial las aportaciones del grupo llamado «Terzo Centro de Roma», liderado por Semerari, que viene realizando investigación de gran interés (estados mentales, disfunciones metacognitivas...) en torno a los enfoques cognitivos en el campo de los TP (Carcione et al. 2005, Dimaggio et al. 2005). Si bien sus trabajos no aplican una metodología de ECR, debemos reconocer una influencia importante a nivel internacional. No es desdeñable, así mismo, el hecho de que contamos con traducciones al castellano de alguna de las obras de este grupo.

El pasado año se publicó otro estudio, también ECR pero ya focalizado en pacientes con TLP (Davidson, K. et al., 2006), que comparaba CBT más Tratamiento habitual frente a tratamiento habitual. Hallaron mejores resultados para la combinación relativos a suicidio, hospitalizaciones, accidentes o visitas a urgencias. El tratamiento cognitivo se desarrollaba a lo largo de un año.

La variedad de enfoques psicoterapéuticos es enorme, pero en la mayoría de los casos no disponemos de estudios controlados. Roy Krawitz, en Nueva Zelanda, autor del interesante informe sobre propuestas de atención a los TP en aquel país, publicó en el 97 un estudio prospectivo (Krawitz, R., 1997) (31 pacientes TP, 19% Cluster B) con un modelo de psicoterapia dinámica (4 meses) con un componente feminista y político, hallando resultados muy alentadores incluso tras 24 meses de seguimiento. Donald Black y colaboradores (Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & St, John D., 2004; Krawitz, R., 1997), desarrollaron un abordaje sistémico grupal, organizado en 20 sesiones (1/semana, 2 horas), que denominaron STEPPS (Systems Training for emocional predictability and problem solving) al parecer fácil de transmitir a los terapeutas y que ha mostrado resultados esperanzadores en los estudios piloto realizados.

Hay propuestas que podríamos llamar psicosociales, más que estrictamente psicoterapéuticas, dirigidas a ajustar el entorno a las

necesidades del paciente en vez de al contrario. Peter Tyrer bautiza a esta estrategia, bien conocida pero poco estudiada, como «Nido-terapia» (Tyrer, P., Sensky, T., & Mitchard, S., 2003) y la sugiere como un componente más del abordaje a pacientes con patología mental severa y trastornos de personalidad. Considera que puede ser de utilidad en pacientes crónicos y resistentes en los que no tiene sentido seguir poniendo el acento en cambios suyos, sino que parece más sensato acomodar el entorno a las necesidades específicas de la persona enferma.

Encontramos programas de estas características no sólo en Europa o Norteamérica, sino también en Chile (Jerez, S. et al., 2001) y otros países del Cono Sur americano.

El grupo de Investigación de Edmonton, en Canadá, publicó hace ya unos años un estudio (Piper WE, Rosie JS Azim HF Joyce AS, 1993) que aún hoy sigue siendo de referencia en el área. Se trata de un ensayo clínico comparando Tratamiento de Día para pacientes con T Afectivos y TP frente a lista de espera. El tratamiento de día consistía en un abordaje ambulatorio intensivo (7h/d, 5 d/semana) de 18 semanas de duración. Las intervenciones eran básicamente grupales, con base dinámica pero conteniendo también aspectos cognitivo-conductuales, de habilidades sociales, etc. El programa estaba muy bien dotado de personal, con 10 personas de plantilla para 40 pacientes. Los resultados hallados fueron mejores en el programa de día en aspectos interpersonales, síntomas en general, satisfacción vital, autoestima...y severidad del trastorno medida por un asesor independiente. Este estudio, incluso teniendo en cuenta sus limitaciones (gran número de abandonos y pérdidas en el seguimiento) constituye un punto de partida en la evaluación de programas de día para TP. El autor del estudio describe en detalle estos grupos en un artículo más reciente (Piper, WE & Rosie, JS, 1998).

Se ha producido, como en otras áreas de la terapéutica, un cambio en la actitud de los

clínicos hacia la familia, pasando de una postura culpabilizadora a otra más solidaria con el sufrimiento de los familiares, que busca la colaboración de éstos en el largo proceso del tratamiento. En ese contexto, han aparecido propuestas psicoeducativas, por ejemplo en formato de grupos multifamiliares (Gunder-son, J. G., Berkowitz, C., & Ruiz-Sancho, A., 1997) que ofrecen un espacio de comprensión al sufrimiento, muy real, de padres y hermanos de los pacientes y promueven la aparición de pautas de conducta más facilitadoras de la mejoría.

Pueden destacarse también estudios que reúnen evidencias anecdóticas, de interés para conocer las intervenciones terapéuticas que se emplean más allá de las descritas en los estudios metodológicamente más sofisticados. Tienen por tanto, un valor cualitativo nada desdeñable. En nuestro entorno podemos destacar, por ejemplo, los de Zapata (Zapata, R., Pla, J., & Ramirez, N., 1995).

Debe tenerse en cuenta, tanto al evaluar los programas que se desarrollen en el futuro como a la hora de valorar nuestra interpretación de la literatura existente sobre el tema, la dificultad intrínseca que conlleva evaluar programas, en casi todos los casos compuestos por iniciativas terapéuticas variadas, en formatos diferentes, con intensidades distintas e incluyendo siempre abordajes psicoterapéuticos, casi siempre poco o nada manualizados.

En un estudio exhaustivo publicado muy recientemente (Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A. M., & Tyrer, P., 2006) se analiza la evidencia disponible para comparar los abordajes de Hospital de Día (HD) frente a los abordajes ambulatorios tradicionales en la atención a pacientes psiquiátricos. Se diferencian tres tipos de HD; las llamadas Unidades de Tratamiento de Día, para pacientes refractarios, normalmente afectivos y TP, las Unidades de Cuidados de Día, para pacientes crónicos habitualmente con patología esquizofrénica y los llamados Hospitales de Día de

Transición, para servir de puente un tiempo limitado entre el alta hospitalaria y la atención ambulatoria. Una búsqueda muy detallada de ensayos sobre el tema desde 1966 hasta hoy depara sólo 8 estudios a analizar, 4 que comparan Tratamiento de día frente a ambulatorio, 3 Cuidados de Día frente a ambulatorio y sólo 1 HD de transición frente a ambulatorio. La principal conclusión de los autores, esperable con tan escasos datos, es que existe una evidencia limitada para justificar los programas de Tratamiento de Día y Transicionales e inexistente para justificar los programas de Cuidados de Día. Es obligado señalar aquí la advertencia de que no es lo mismo la «ausencia de evidencia» (relacionada con los escasos estudios disponibles) que la «evidencia de ausencia» (-de efecto-relacionada con estudios que indican falta de efecto de la intervención planteada). En cualquier caso este trabajo resalta la escasez de estudios sobre el tema e indirectamente, la dificultad de diseñar y llevar a término estos ensayos clínicos. Lo que deja a los planificadores sanitarios ante la opción de tomar iniciativas basadas no en pruebas, sino en el juicio clínico y el sentido común, o no actuar en absoluto. Parece evidente que dada la intensa problemática que plantean los pacientes debemos optar por el primer camino, tomando decisiones y optando por caminos sensatos teniendo en cuenta los datos insuficientes disponibles. Paralelamente, la administración pública debería promover la investigación en las áreas necesarias para paliar esta escasez de datos.

También es posible acercarse a la evaluación de la calidad de los programas en sí o al menos de aspectos parciales de los mismos. Entre nosotros se han hecho intentos interesantes en Castilla-La Mancha (Navarro, D., 2003) abordando la calidad de la asistencia psicosocial a pacientes con enfermedad mental crónica.

Existen sin embargo iniciativas que merecen nuestra atención. Se trata de estudios sencillos, no comparativos, que presentan de un

modo ordenado y comprensible las características de un programa determinado y nos ayudan a valorarlo y eventualmente a aprender de sus aciertos y errores. Tal es el caso por ejemplo del estudio (Morant, Nicola & King, Jose, 2003) sobre un programa ambulatorio inglés ligado a un programa hospitalario especializado en TP. Utilizan para valorar sus dos años de funcionamiento previo una metodología de «perspectiva múltiple», resaltando cuatro dimensiones: características clínicas y sociales de los pacientes atendidos, actividades clínicas realizadas, visión de los pacientes sobre la atención recibida y visión de los profesionales derivantes de pacientes. En estas dos áreas utilizan metodología cualitativa (entrevistas individuales semiestructuradas). El método puede ser fácilmente replicado en otros dispositivos y sin duda aporta datos valiosos y aleccionadores. Los autores descubren tanto un nivel general de satisfacción en pacientes y profesionales con el programa como una serie de necesidades no atendidas que les permiten desarrollar cambios en el programa.

4.6.4. Intervenciones psicofarmacológicas

a) Guías y propuestas

Paul Soloff puede destacarse como la figura de referencia en el campo de la atención farmacológica a los trastornos de personalidad y especialmente al Trastorno Límite de la Personalidad. En el 2000 (Soloff, P. H., 2000), realizó una revisión detallada del tema que más tarde jugó un papel importante en la guía de la APA sobre TLP. Las conclusiones principales del autor son:

- La farmacoterapia debe ser vista como una intervención auxiliar de la psicoterapia en el tratamiento del TLP. Mucha de la clínica se expresa en el contexto interpersonal, más allá de la capacidad de influencia de la medicación. Una farmacoterapia efectiva promueve una vinculación adecuada del paciente a la psicoterapia, sin embargo, las

medicaciones no curan el carácter y nunca son un sustitutivo del trabajo del terapeuta.

- El TLP es un síndrome multidimensional. Ninguna medicación es efectiva en todos los dominios sintomáticos. Los tratamientos son específicos para síntomas concretos.
- El TLP es una patología crónica. La cura no es una opción realista de la farmacoterapia y sí en cambio una reducción de la severidad de los síntomas.
- Las guías clínicas actuales son producto de una serie de estudios pequeños e inadecuados metodológicamente en muchos casos. Se precisan más ECR y la replicación de los pocos ya realizados. Con frecuencia, ante la falta de datos, el clínico debería desarrollar el tratamiento farmacológico como un ensayo empírico, con el paciente como co-investigador.

Partiendo de los trabajos de Soloff, la APA, difunde en el 2001 su guía de práctica clínica en el TLP (American Psychiatric Association, 2001) y recomienda la adopción de tres algoritmos que orientan al clínico sobre las decisiones farmacológicas relativas a tres dominios sintomáticos: Disregulación afectiva (se parte de un ISRS, planteando otros tres escalones más según la respuesta que se vaya obteniendo, hasta llegar al uso de Litio, Carbamazepina o Valproato), Descontrol impulsivo-conductual (se comienza también por ISRS y se plantean dos escalones más hasta llegar al uso de neurolépticos atípicos) y Síntomas cognitivo-perceptivos (se empieza por neurolépticos a bajas dosis y se plantean dos escalones más hasta llegar a IMAOs, neuroléptico atípicos o Clozapina).

b) *Revisiones*

Tyrer y Bateman (Tyrer, P. & Bateman, A. W., 2004) realizaron una revisión selectiva acompañada por una reflexión muy interesante sobre el panorama farmacológico de los TP en general. Comienzan por señalar la paradoja de que pese a que todos los revisores

coinciden en que la psicofarmacología tiene un papel secundario o de apoyo en el tratamiento de los TP, esto no se sustenta en las evidencias disponibles, aunque reconocen que dada la escasa disposición de los pacientes TP a la medicación y el riesgo de conductas autolesivas puede entenderse esta visión generalizada. Creen que disponemos de algunas evidencias sobre la eficacia de los ISRS y de los IMAO y menos datos sobre los antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. Señalan también que no puede recomendarse una medicación concreta para un TP concreto y que es muy necesario atender a las expectativas del paciente respecto al tratamiento antes de prescribir.

En una revisión de Paris citada previamente (Paris, J., 2005), se analiza también el panorama de los abordajes farmacológicos en los TPs. Las conclusiones son interesantes y similares en muchos aspectos a otras revisiones. Los psicofármacos poseen en el TLP efectos inespecíficos, fundamentalmente en reducción de impulsividad. Merece la pena mencionar la opinión del autor de que la disregulación emocional en esta patología es un fenómeno enteramente distinto de la que aparece en los trastornos del espectro bipolar. Los estabilizadores del ánimo, en concreto, parecen tener una utilidad para la impulsividad y agresividad y no tanto para lograr un mayor equilibrio afectivo. Ninguno de los agentes empleados habitualmente en el TLP produce la remisión clínica. Con frecuencia, la negativa por parte de muchos clínicos a reconocer las limitaciones de la medicación en este trastorno, lleva a la polifarmacia, una práctica que no está en absoluto basada en la evidencia y que lógicamente favorece la aparición de efectos secundarios en pacientes ya de por sí proclives al bajo cumplimiento. Paris señala, así mismo, que la difusión de los algoritmos terapéuticos propuestos desde la guía de la APA (American Psychiatric Association, 2001) favorece esta polifarmacia indeseable.

Binks, en un estudio muy reciente (Binks, C. A. et al., 2006a) realiza una revisión sistemática

de la literatura (hasta el 2002) sobre abordajes farmacológicos del TLP. Halla sólo 10 ECRs de pequeño tamaño (N=554) y de corta duración, que implican ocho comparaciones distintas. Dentro de la debilidad de los datos obtenidos, los antidepresivos y especialmente los ISRS parecen mostrar mayores posibilidades. La fluoxetina ha demostrado cierta capacidad para reducir la ira frente a placebo. Citan un único estudio que aborde el tema de los intentos de suicidio en el que se observa una ausencia de diferencias entre mianserina y placebo en este campo. Los estudios con antipsicóticos revisados por ellos ofrecen resultados poco concluyentes, al igual que otros que implican estabilizadores del ánimo. Los autores concluyen que el tratamiento farmacológico del TLP no está sustentado hoy por evidencia de calidad. Los antidepresivos parecen ser los fármacos con más posibilidades en este campo, aunque son necesarios muchos ensayos clínicos randomizados con tamaño muestral suficiente, comenzando por ECR que analicen la eficacia de antidepresivos frente a placebo.

c) *Estudios recientes*

Con posterioridad al año 2002 y por tanto fuera de la revisión realizada por Binks, creemos que se pueden destacar algunos estudios:

- En el campo de los antidepresivos podemos señalar el estudio de Simpson y colaboradores (Simpson, E. B. et al., 2004) que examinan en un ECR si añadir fluoxetina supone una mejora frente a placebo en un grupo de pacientes ya tratados mediante DBT. Los resultados muestran que la fluoxetina no añade nada al abordaje psicosocial. Este estudio tiene un interés especial por la escasez de trabajos en los que se examinen la combinación de abordajes psicosociales y farmacológicos, que es habitual en la clínica real.
- En el campo de los antipsicóticos podemos destacar dos estudios publicados que

implican a la olanzapina. Uno de ellos (Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Parachini, E. A., 2004) compara tres ramas en una muestra de mujeres con TLP (y sin depresión mayor): fluoxetina, olanzapina y combinación de fluoxetina y olanzapina. En el corto tiempo del estudio (8 semanas) se observan buenos resultados sobre la disforia y la agresividad-impulsividad con las tres ramas, pero de modo especial con la que incluyen olanzapina. El otro estudio está liderado por Bogenschutz (Bogenschutz, M. P. & George, Nurnberg H., 2004) y compara olanzapina con placebo en TLP mostrando diferencias significativas favorables al antipsicótico. La corta duración del estudio (12 semanas) habitual en los ensayos con fármacos en TLP, limita las conclusiones a extraer. Se ha publicado también, recientemente un estudio español (Pascual, J. C. et al., 2004) abierto y no controlado de Ziprasidona en el tratamiento de pacientes con TLP con resultados que sugieren una potencial utilidad de este fármaco, que debe ser confirmada por ECR a realizar. Finalmente, merece la pena señalar también los trabajos recientes del grupo de Nickel (Nickel et al. 2006 y 2007) sobre aripiprazol en TLP, concluyendo que este antipsicótico efectivo a 8 semanas y tras 18 meses de seguimiento.

- En el área de los estabilizadores del ánimo encontramos un mayor número de estudios. Un grupo alemán comparó Topiramato con placebo en un ECR en 29 mujeres TLP a 8 semanas (Nickel, M. K. et al., 2004) valorando la variación en hostilidad mediante una escala específica (STAXI). Los resultados fueron significativamente superiores para el Topiramato, apreciándose también una pérdida de peso en esa rama del estudio. Un año después publicaron un estudio similar, esta vez con 42 varones TLP (Nickel, M. K. et al., 2005) obteniendo los mismos resultados (incluyendo pérdida de peso). El mismo grupo publicó el año pasado un nuevo trabajo (Loew, T. H.

et al., 2006), con otra muestra de 56 mujeres con TLP. Se trata de un diseño ECR de 10 semanas de topiramato frente a placebo, hallándose de nuevo buenos resultados en la rama de topiramato en muchas de las variables estudiadas (psicopatología, calidad de vida, problemas interpersonales. Desde Italia se llevó a cabo un estudio piloto con Oxcarbazepina en TLP, abierto y no controlado, con 17 pacientes a lo largo de 12 semanas. Los autores señalan buenas respuestas en general (4 abandonos tempranos por no cumplimiento). El grupo de Coccaro (Hollander, E., Swann, A. C., Coccaro, E. F., Jiang, P., & Smith, T. B., 2005) estudió el posible impacto de la impulsividad y otros factores en la respuesta a valproato en una muestra de 52 pacientes (estudio ECR), hallando que los rasgos de impulsividad de base y los síntomas de agresión impulsiva predicen una respuesta favorable a valproato frente a placebo.

- Otros fármacos. Como era de esperar, los ácidos grasos omega-3 se han utilizado también en el TLP. Zanarini realizó un estudio (Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R., 2003) piloto, doble ciego y controlado con placebo en mujeres con TLP de 8 semanas. Omega-3 resultó significativamente más eficaz que el placebo en reducir la agresividad y los síntomas depresivos.

4.6.5. Una reflexión sobre los costes

Obviamente, cualquier programa nuevo despierta incertidumbre en cuanto a los costes y el balance coste-utilidad. Los costes de cualquier intervención sanitaria se han de valorar teniendo en cuenta lo que cuesta poner en marcha el programa y los resultados del mismo en términos de disminución de otros gastos sanitarios (hospitalizaciones, visitas a urgencias, tratamientos ulteriores...) y la variación de otros aspectos como absentismo laboral, invalidez, etc., todo ello unido a la ganancia en salud general, calidad de vida,

reducción del sufrimiento del paciente y su entorno, etc. En este como en muchos otros casos, no disponemos a priori de datos exactos sobre los costes al carecer de información sobre muchas de las variables descritas. Sin embargo, la experiencia de otras unidades y la literatura disponible parece apuntar a un balance favorable en el plano económico.

Parece clara la necesidad de una evaluación continuada de cualquier alternativa terapéutica que se ponga en marcha, no sólo para medir los beneficios terapéuticos logrados y corregir errores asistenciales sino también para examinar la inversión requerida y su relación con los resultados de toda índole, directos e indirectos.

Los estudios dedicados a analizar costes del tratamiento de los TP son escasos y con frecuencia de metodología mejorable. Hall y cols. (Hall, J., Caleo, S., & Stevenson, J., 1999) realizaron un análisis económico de un programa de psicoterapia basada en el modelo de Stevenson y Meares en pacientes con TLP. El diseño era tipo antes/después, con 30 pacientes. Hallaron un ahorro de costes importante después de la psicoterapia, incluso utilizando terapeutas senior. El diseño en sí mismo y la forma de recoger los datos a partir de la memoria de los pacientes (poco fiable en general) pone límites a la solidez de los resultados. Podemos consultar un comentario muy interesante de un metodólogo (Reznik, R., 2000) que analiza en detalle los problemas de diseño y análisis de este grupo, comentarios aplicables a buen número de trabajos en el área.

Un estudio más reciente, procedente del grupo de Cassel en el Reino Unido (Beecham, J., Slead, M., Knapp, M., Chiesa, M., & Drahorad, C., 2006) compara el coste y la efectividad de tres ramas a las que se asignan pacientes de modo no aleatorio. Una rama consiste en una hospitalización muy prolongada de 12 meses, otra una hospitalización prolongada de 6 meses seguida de psicoterapia ambulatoria de 12 meses y por fin una tercera rama

consiste en el tratamiento habitual en ese entorno. Como era de esperar las dos primeras ramas ofrecen mejores resultados y son más caras. Los autores consideran que la rama de hospitalización de 6 meses seguida de psicoterapia ambulatoria presenta el mejor perfil coste-efectividad. La no aleatorización, el tamaño muestral pequeño y las alternativas terapéuticas planteadas (12 meses de hospitalización e incluso 6 meses hoy sólo tendrían sentido para pacientes con un perfil muy especial, de muy alta gravedad) impone cautela a la hora de analizar estos datos.

Existen revisiones recientes (Brazier J et al., 2006) que abordan específicamente el balance coste-efectividad de las terapias psicológicas en los programas dirigidos a TP. Los autores de este estudio, tras encontrar tan sólo seis ensayos clínicos randomizados que abordaran este aspecto, concluyen que las escasas evidencias disponibles no apoyan con claridad el coste-efectividad de la Terapia Conductual Dialéctica y muestran indicios prometedores para la Terapia Basada en la Mentalización. Así mismo, los datos parecen indicar que la Terapia Cognitiva Manualizada posee un balance coste-efectividad dudoso. Es obvia la necesidad de estudios extensos y rigurosos en este campo, que puedan guiar a los clínicos y autoridades sanitarias en la planificación de dispositivos y abordajes asistenciales.

Algunos programas complejos que incluyen abordajes multicomponentes con un peso importante de la orientación psicoanalítica en formato de hospital de día para pacientes con TLP han demostrado un balance económico perfectamente asumible, al compensarse los mayores costes directos del programa respecto a los tratamientos habituales con menores costes por la disminución en los ingresos y en las visitas a urgencias (Bateman, A. & Fonagy, P., 2003). Debe tenerse en cuenta a la hora de valorar económicamente este programa la presencia numerosa de profesionales de enfermería, con un importante papel en las intervenciones terapéuticas, lo que posiblemente reduce costes de perso-

nal. También el tratamiento habitual que se usa como comparador queda poco definido y corresponde a una realidad (Reino Unido), ajena a nosotros.

Es difícil hoy justificar los costes de los programas que incluyen hospitalizaciones largas, que han sido tradicionales en muchos programas de tratamiento de TPs y aún hoy se siguen utilizando (Gabbard, G. O. et al., 2000) fuera y dentro de nuestras fronteras. Sin embargo algunos autores ponen en duda los mayores costes de estos programas si se les compara con el tratamiento habitual (Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., Drahorad, C., & Harrison-Hall, A., 2002). Por otro lado, trabajos recientes señalan que pueden alcanzarse logros terapéuticos similares con programas ambulatorios o de hospital de día (Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E., 1993; Clarkin, J. F. et al., 2001; Bateman, A. W. & Fonagy, P., 2000).

Por otra parte, a la hora de analizar costes debemos tener en cuenta la repercusión de los TP en la Atención Primaria. Algunos autores (Gunderson, J. G., Berkowitz, C., & Ruiz-Sancho, A., 1997; Rendu, A., Moran, P., Patel, A., Knapp, M., & Mann, A., 2002) señalan que los TP en sí mismos no se relacionan con incremento de costes en AP directamente, sino indirectamente a través de su comorbilidad con otras patologías.

La limitación de recursos para tratar TPs es un hecho prácticamente universal, relacionado con el papel de «hermana menor» de la salud mental en el sistema sanitario en general (Thornicroft G & Tansella M, 2005). Este hecho nos obliga a los profesionales a una adaptación a veces difícil decidiendo cómo utilizar mejor recursos insuficientes. Esta realidad ofrece también un campo donde es fácil que se expresen los fenómenos trans y contratransferenciales que se activan con intensidad en el trabajo con pacientes con TP. En ocasiones el terapeuta reacciona ante la falta de recursos culpando al paciente de su mejoría lenta o insuficiente, o a sí mismo de

su incapacidad para curarle, o se alía con el paciente situando al sistema sanitario como enemigo de ambos. Una salida más saludable puede ser en ocasiones promover la adaptación del paciente a las limitaciones de la realidad, moviéndole a asumir su responsabilidad en su tratamiento, huyendo de un papel pasivo e inmaduro (Plakun, E. M., 1996).

Es interesante también valorar el efecto potencialmente diferente de los programas sobre unos TPs u otros. En un estudio reciente (Gude, T. & Vaglum, P., 2001), contrariamente a lo esperado, hallan una peor respuesta

al tratamiento en los pacientes con TP del Grupo C «puros» (sin comorbilidad con otros TPs). El hecho de que sean pacientes de ese grupo a los que se les ha indicado una hospitalización larga, de 3 meses, quizá señale que se trata de pacientes peculiares de ese grupo, de características diferentes a los TPs C habituales, que o bien no acuden a buscar tratamiento o, si lo hacen, no suelen ser hospitalizados. En cualquier caso este hallazgo obliga a reconsiderar la creencia extendida de una menor severidad y mejor respuesta a los tratamientos por parte de los pacientes de este grupo.

5. RECOMENDACIONES FINALES

Una vez examinada la situación actual de los TPs en el País Vasco y las alternativas terapéuticas disponibles dentro y fuera de nuestro entorno, así como las propuestas y análisis que se reflejan en la literatura científica, creemos necesario hacer una serie de recomendaciones que exponemos a continuación.

Pueden establecerse cinco niveles de desarrollo dentro de un programa evolutivo de mejoras en la atención a los TPs en nuestra red. Cada nivel supone un paso más en el progreso hacia lo que consideramos podría ser un programa generalizado, extendido por todo el territorio de la CAV que suponga una asistencia de primer nivel internacional a las personas afectadas por esta patología, que genere resultados evaluables y que posea una dinámica de mejora continua utilizando tanto las aportaciones clínicas de otros grupos como los conocimientos adquiridos en el desarrollo de nuestro propio programa. Como más adelante exponemos con mayor detalle, la puesta en marcha de estas mejoras puede hacerse escalonadamente o no, dependiendo de la voluntad de la autoridad sanitaria. Anticipando las conclusiones finales, diremos que nuestro punto de vista es comenzar en uno de los escalones intermedios y continuar el progreso a partir de ese nivel. Cada nivel incluye a los anteriores aunque en la descripción que hacemos a continuación destacamos las características principales que posee el nivel.

Los niveles de desarrollo de un plan de mejoras en la atención a los TPs en la CAV son los siguientes:

1. Programa de Formación de la Red de Salud Mental en TP y su tratamiento. El objetivo es incrementar los conocimientos en el área, familiarizar a los profesionales de la red con el «estado del arte» en la cuestión y homogeneizar un tanto las intervenciones. Paralelamente supone sentar las bases para poder evaluar los avances y resultados de esta iniciativa formativa. Se encargaría un pequeño grupo de profesionales de la red especial-

mente interesados en los TPs, con un coordinador.

Una de las barreras que se encuentran a la hora de crear nuevos programas de atención a pacientes con TP es la formación de los profesionales, especialmente (pero no sólo) en el campo de las Psicoterapias. Estas técnicas no siempre forman parte de los programas de entrenamiento de psiquiatras y psicólogos y cuando lo hacen, suelen tratarse de enfoques generales no específicos para TP. Bateman y Holmes (Bateman, A. & Holmes, J., 2001) proponen una serie de cambios en la formación de los psiquiatras británicos para atender este reto en paralelo a otras llamadas (Gabbard, G. O. & Kay, J., 2001) que ponen énfasis en la necesidad de contar con profesionales con un verdadero espíritu integrador biopsicosocial.

El documento «The personality disorder capabilities framework» (NHS.National Institute of Mental Health in England, 2003) aborda el tema de la formación en esta área, haciendo énfasis en la promoción de un mejor funcionamiento social de los pacientes, el avance en su bienestar psicológico, la valoración y manejo del riesgo de auto o heteroagresión y la adquisición de habilidades de gestión y liderazgo en los equipos. Otro documento británico (Bateman, A & Tyrer, P, 2002; Duggan, M, 2002) señala el escaso nivel de conocimientos sobre TP en los equipos asistenciales actuales y a la vez la insuficiencia de los recursos formativos en sistemas sanitarios públicos avanzados como el inglés.

Esta formación generalizada en TP puede tener otra consecuencia beneficiosa: el cambio en la percepción de los clínicos del curso y pronóstico de los TPs y especialmente del TLP. Creemos que el clínico en general posee todavía una visión muy pesimista sobre el tema, tanto respecto a la evolución natural de los pacientes como de la efectividad de los tratamientos existentes.

2. Unidad de Formación e Investigación. Un pequeño grupo de profesionales, con un

coordinador al frente, se responsabilizaría de un programa de formación continuada en TP para toda la red y además pondría en marcha un programa estable de investigación en el área, promoviendo proyectos y colaborando con proyectos generados por otros profesionales. Primaría el aspecto epidemiológico y clínico. Esta Unidad (UFITP) ejercería de referencia o guía de la atención a TP en la CAV.

Este papel de Unidad de referencia para el resto de la red en TP sigue el modelo que suele denominarse de «interconsulta o enlace» (Bateman, A. & Tyrer, P., 2004b). Se trata de una forma de incrementar los conocimientos de la red sobre el tema y posibilitar el manejo de casos complejos desde los dispositivos generalistas. El equipo asesor debe extremar los cuidados para evitar reacciones de resentimiento en el equipo tratante que puede percibir a los consultores como profesionales que pontifican sin responsabilidad sobre los casos. Si se desarrolla con delicadeza y respeto este sistema ofrece posibilidades interesantes.

Entre nosotros se han desarrollado iniciativas enormemente interesantes sobre formación en psicoterapia para residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica que podrían servir de orientación a la hora de desarrollar programas docentes en T de Personalidad. Como ejemplos podríamos citar los programas desarrollados desde hace años en el Hospital de Basurto, orientados hacia las terapias dinámicas a partir de un primer escalón de fundamentos y factores comunes y más recientemente los programas desarrollados en el Hospital de Zamudio centrados en la promoción de habilidades de entrevista. Más allá de los programas dirigidos a residentes, existen en el País Vasco varios programas docentes abiertos a todos los profesionales y centrados en los abordajes psicoterapéuticos (Universidad de Deusto, Fundación OMIE, Asociación ALTXA, Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao, iniciativas de los Colegios Pro-

fesionales...) que poseen una enorme experiencia que podríamos aprovechar directa o indirectamente al organizar un programa de este tipo.

Fuera de la CAV destaca especialmente la Unidad de Formación e Investigación en Psicoterapia, dirigida a MIREs y PIREs de las áreas 3, 4 y 5 de Madrid y coordinada por la Dra. Beatriz Rodríguez Vega (Hospital de la Paz) que posee muchas de las características aplicables a una unidad de formación e investigación como la que proponemos. También es obligado mencionar los programas docentes puestos en marcha en Unidades de TP en toda España, entre los que destacaría el desarrollado por los equipos de Santander (Dr. Carlos Mirapeix), Zaragoza (Dr. Vicente Rubio) o Santa Coloma de Gramanet (Dr. Fernando Lana), dirigidos sobre todo a la formación continuada de los profesionales y en ocasiones abierto a otros profesionales de las redes asistenciales.

3. Unidad Asistencial piloto. Además de las funciones anteriores, esta UAFITP desarrollará un programa de **intervención multicompone nte ambulatorio** para TP. Incluiría intervenciones de distinta intensidad:

- a) Seguimiento periódico esporádico.
- b) Seguimiento individual intensivo.
- c) Intervenciones grupales.
- d) Hospital de día.
- e) Se recurriría a la hospitalización en unidades generales, con las que se pactaría un protocolo determinado.

El seguimiento periódico esporádico se llevaría a cabo cubriendo varios objetivos, potencialmente diferentes según el caso individual. Una meta frecuente podría ser el trabajo sobre la motivación, orientando al paciente hacia un seguimiento de mayor intensidad individual, grupal o de HD. Obviamente, también este seguimiento esporádico podría utilizarse para evaluaciones diagnósticas y/o tareas de investigación.

Algunos apuntan (Gunderson, J. G., 1996) la necesidad de mantener un seguimiento ambulatorio prolongado tras un ingreso para facilitar la adaptación al medio habitual que sobre todo tras un ingreso largo es difícil.

En general en todos los programas se tiende a enfatizar el tratamiento ambulatorio y a reducir al mínimo las estancias hospitalarias. Sin embargo, algunos autores (Tyrer, P. & Simmonds, S., 2003) llaman la atención sobre los riesgos de esta actitud cuando el paciente con TP presenta como comorbilidad una patología psiquiátrica mayor (Esquizofrenia, T Bipolar...).

Se pondrá énfasis en la **evaluación de los resultados** asistenciales que sirvan de guía para la adaptación continuada de la unidad a las necesidades de los pacientes atendidos. Vemos dos posibilidades en cuanto a la composición de la unidad. Podría formarse con profesionales dedicados completamente a los TPs, generándose así una mayor identificación de los participantes en la unidad y un equipo más cohesionado. Por otra parte, podría estar **compuesta por profesionales con dedicación de media jornada** a los TP con el fin de prevenir burnout y evitar una hiperespecialización, inadecuada en una patología con tanta comorbilidad. Debemos reconocer, sin embargo, que existe cierta controversia en torno a este aspecto y algunos líderes de equipos consideran mejor una dedicación completa.

Parece sensato situar esta Unidad Piloto en el Territorio Histórico más poblado (Bizkaia) con el fin de disponer desde el principio de un buen número de casos que permita poner en práctica programas de atención que luego puedan ser trasladados a otras Unidades que se vayan formando. Sin embargo, otras alternativas geográficas podrían ser aceptables. Indudablemente, lo importante es poner en marcha una unidad piloto de las características señaladas que permita desarrollar un programa específico y extender luego este programa, con las correcciones oportunas, a toda

la población de la CAV a través de la creación de las unidades necesarias.

Se abordará la atención a pacientes con TP con algunas **características concretas**:

- a) Bajo nivel funcional medido por GAF.
- b) Riesgo de auto o heteroagresividad importante.
- c) El TP es el diagnóstico clave a la hora del tratamiento y no se trata de un diagnóstico secundario tras un problema del Eje I que requiere un tratamiento específico más fundamental (por ejemplo toxicomanías, TCAs...).

Podría ser conveniente, al inicio, no incluir pacientes con elevada cronicidad, por ejemplo evoluciones mayores de 10 años, centrando los esfuerzos del nuevo equipo en pacientes con mayor receptividad potencial a las intervenciones terapéuticas. Paulatina-mente, conforme la metodología se asienta y el equipo va adquiriendo experiencia, también esos pacientes podrían ser atendidos en el programa.

En cuanto a las **intervenciones terapéuticas concretas** a desarrollar, pueden señalarse algunos principios generales que luego habrán de matizarse una vez se ponga en marcha la unidad y se cuenten con recursos concretos y un nivel de formación y especialización determinado. La orientación general de la Unidad seguirá un enfoque multicomponente, donde las intervenciones psicoterapéuticas de distinto tipo e intensidad (dinámicas, cognitivo-conductuales, psicoeducativas, habilidades sociales, resolución de problemas...) y en distinto encuadre (individual, grupal, eventualmente familiar) se combinarán con tratamientos medicamentosos. Tras una evaluación detallada se decidirá el tipo e intensidad de tratamiento a proveer al paciente escogiendo además el marco más adecuado (ambulatorio, hospital de día, eventualmente hospitalización). Siendo realistas y partiendo de la situación de nuestra red, donde prima la orientación dinámica entre los clínicos que

practican los abordajes psicoterapéuticos, parece adecuado incidir especialmente en las terapias de base psicoanalítica en los programas asistenciales que se pongan en marcha. Bien es cierto que las principales propuestas dinámicas dirigidas a los TP se caracterizan precisamente por una visión integradora que de hecho implican la inclusión de intervenciones que provienen de otras orientaciones y un espíritu eminentemente pragmático. Los modelos de trabajo propuestos por los grupos de Bateman y Fonagy en Londres, de Karterud en Noruega, de Stevenson y Meares en Australia, o Kernberg y Clarkin en Nueva York, ya descritos en este informe, pueden servir de ejemplo en este sentido. Así mismo, la existencia en nuestra Red de un colectivo muy numeroso de profesionales con formación en abordajes grupales (fruto de los programas de entrenamiento existentes en la CAV, de gran tradición) anima a favorecer de entrada los encuadres grupales en la nueva Unidad Piloto, aprovechando así los conocimientos y la experiencia ya disponible.

Una necesidad formativa acuciante entre nosotros es el desarrollo de entrenamiento en intervenciones de base cognitivo-conductual y específicamente de Terapia Conductual Dialéctica, de enorme importancia en la literatura científica y de escasísima presencia en nuestra Red de Salud Mental. Avances en este sentido favorecerán esa integración de conocimientos y actitudes antes mencionada.

En el plano **organizativo** debe prestarse atención a una variedad de factores (Bateman, A. & Tyrer, P., 2004b) que influyen poderosamente en la eficacia de la propuesta terapéutica final. Entre ellos se hallan:

- La importancia de la evaluación, personalizada, de cada caso, teniendo en cuenta no sólo los síntomas, sino la función interpersonal, la función social y la experiencia interna del paciente. También debemos prestar atención a cuatro «supradimensiones» de personalidad cuyo examen posibilita una evaluación más adecuada. Se trata de

la disregulación emocional, la inhibición, la conducta disocial y la compulsividad.

- Desarrollo de una Alianza de Trabajo fuerte y positiva.
- Consistencia que disminuya la posibilidad de escisiones en el equipo, producto de la clínica del paciente o de los conflictos intraequipo no resueltos.
- Constancia. Mantenimiento de un número pequeño de profesionales diferentes que atienden al paciente y se mantienen estables a lo largo del tiempo.
- Evaluación continuada de riesgos, sobre todo auto o heteroagresividad.

Es importante aportar al paciente una información detallada y precisa sobre su cuadro clínico de cara a fortalecer desde el comienzo una buena alianza de trabajo. Algunos autores proponen con este fin la realización de grupos psicoeducativos (D'Silva, Karen & Duggan, Conor, 2002).

En el plano psicoterapéutico, partimos de la base de que, como hemos reiterado a lo largo del informe, hoy no disponemos de evidencias que nos guíen a utilizar un tipo de psicoterapia u otro con un TP u otro. De hecho, la abrumadora mayoría de la literatura se refiere al TLP y ni siquiera en esta patología concreta poseemos evidencias definitivas que nos orienten. Por tanto, los clínicos debemos tomar decisiones a partir de los datos insuficientes que poseemos, prestando lógicamente atención a la experiencia propia y ajena y a los escasos estudios de alta calidad metodológica existentes y que se refieren mayoritariamente a la Terapia Conductual Dialéctica, la Hospitalización Parcial de Base Psicoanalítica y, en menor nivel la Terapia Focalizada n la Transferencia y la Terapia de Esquemas.

En un reciente editorial en el *British Journal of Psychiatry* (Blennerhassett, RC. & O'Raghallaigh, JW, 2005), el autor expresa su creencia de que aún no conocemos si la TCD es una terapia para el TLP o específicamente una in-

tervención dirigida a aliviar las conductas parasuicidas, sean del origen que sean. Considera además, como previamente señaló Peter Tyrer (Tyrer, P., 2002) que en la TCD y en el modelo de hospitalización parcial psicodinámicamente orientada de Halliwick (Batesman, A. & Fonagy, P., 1999) el ingrediente exitoso de tratamiento es el abordaje de equipo que ambos practican.

Algunos autores (Giesen-Bloo, J et al., 2006; Giesen-Bloo, J et al., 2006) apuntan la posibilidad de que la Terapia Conductual Dialéctica y la Terapia Basada en la Mentalización (modelo de Halliwick en hospitalización parcial) sean más adecuadas para el trabajo sobre conductas de riesgo en pacientes TLP más graves, mientras que la Terapia de Esquemas de Young o la TFP de Kernberg irían dirigidas a aspectos más nucleares de la patología y a pacientes menos graves que no precisan un enfoque tan intensivo.

Aunque existe una tendencia a emplear terapias manualizadas que permiten un mejor control y evaluación de la tarea realizada, no está claro que la manualización implique per se mejores resultados (Vinnars, B., Barber, J. P., Noren, K., Gallop, R., & Weinryb, R. M., 2005).

La mayoría de las propuestas terapéuticas son «multicomponentes», es decir están formadas por diversas intervenciones que abordan aspectos diferentes del paciente, siendo común la combinación de abordajes individuales, grupales de habilidades sociales o de otro tipo, seguimiento telefónico, atención en crisis y trabajo en equipo con reuniones periódicas para mantener la motivación del grupo de terapeutas y evaluar los casos. Estamos muy lejos de conocer el rol de cada ingrediente terapéutico en el efecto curativo final. Algunos autores intentan deslindar este problema. El grupo noruego (Johns, S. & Karterud, S., 2004) propone el grupo de «arte» como uno de los ingredientes principales de su programa, pero ya han surgido voces críticas (Bhurruth, M., 2006) que ponen en cuestión esa opinión.

Merece atención especial el trabajo sobre la familia del paciente, fundamental sobre todo en pacientes jóvenes y que tendría como objetivo conseguir su colaboración en el proceso terapéutico y reducir la posibilidad de que la dinámica familiar ejerza una influencia negativa sobre la intervención.

En el plano farmacológico los algoritmos planteados por Soloff siguen teniendo utilidad. Como ya hemos precisado antes, los ISRS y los antipsicóticos atípicos a dosis bajas parecen tener un hueco para el tratamiento de síntomas concretos y siempre con una evaluación continuada de la respuesta. Los ensayos clínicos publicados recientemente, aunque de pequeño tamaño y corta duración en general, pueden abrir la puerta a un uso medido de nuevos principios activos. La evitación, siempre que sea posible de la polifarmacia debería ser una preocupación constante para el clínico. Con el fin de reducir los efectos adversos y no facilitar el abandono del tratamiento, tan habitual en estos pacientes.

La corta duración de los ECRs disponibles, el escaso tamaño muestral, la alta selección de los sujetos incluidos y otros aspectos metodológicos limitan la utilidad de los estudios publicados, empujando al clínico con frecuencia a dejarse guiar por su experiencia clínica personal a la hora de escoger la intervención farmacológica.

Las derivaciones a **hospitalización** se llevarían a cabo a través del apoyo hospitalario cuando fuera preciso. Acceso rápido, fácil y estructurado con una comunicación fluida entre el equipo especialista y los clínicos de la Unidad de Hospitalización generalista. Pueden ser de utilidad, en este sentido, programas de formación breves dirigidos a los equipos de hospitalización generalista y de urgencias, focalizados en el manejo de las crisis de los pacientes con TP.

4. Unidades Asistenciales extendidas en todo el territorio de la CAV. Se crean nuevas UAFITP en Gipuzkoa y Álava y, si los datos lo apoyan, en los cuatro sectores de Bizkaia

(Basurto, Cruces, Galdakao-Usansolo y Zamudio). Un coordinador general mantendrá la cohesión entre los equipos y programas. Énfasis en investigación de resultados y comparación de enfoques diferentes planificados ordenadamente.

5. Unidad de hospitalización de TP. Unidad especializada en la atención hospitalaria a TP, en contacto estrecho con las UAFITP y el resto de la red. Camas destinadas únicamente a TP, siguiendo el modelo de Zaragoza. Única en la CAV. La puesta en marcha de una unidad monográfica de TP dependerá de la evaluación de resultados de las hospitalizaciones en las unidades generalistas hoy existentes. Pudiera responsabilizarse de ingresos de media estancia destinados a trabajar aspectos no críticos de la patología, dejando a las unidades generales la atención a la corta estancia y atención en crisis con un rápido paso al seguimiento ambulatorio.

Podría plantearse también la creación en esta fase de otro u otros dispositivos complementarios, tales como Comunidades Terapéuticas (CTs) especializadas en TP (sin comorbilidad con Abuso de Sustancias, para los que ya se dispone de CTs específicas). Sin embargo, la escasez de evidencias sobre eficacia es especialmente grave en el caso de las Comunidades Terapéuticas, pese a ser uno de los dispositivos terapéuticos más antiguos que se desarrollan en Salud Mental. La experiencia disponible nos invita a pensar en que pueden ser elementos interesantes en el conjunto de intervenciones terapéuticas en los TPs y son esperables a corto plazo estudios sobre eficacia más fiables (Rutter, D. & Tyrer, P., 2003; Thornicroft G & Tansella M, 2005)

Nuestra propuesta consiste en resumen en la creación de una **Unidad Piloto de Asistencia, Formación e Investigación en Bizkaia**, que pueda ser evaluada en detalle y, si los resultados lo aconsejan, tal como creemos, pueda dar pie a la creación de unidades similares en otros territorios y a la continuación del desarrollo de los escalones planteados. Dicha Unidad se encargaría de la asistencia a pacientes con TP de cierta gravedad a través de programas de atención ambulatoria y de hospitalización parcial estructurados en base a equipos multidisciplinares que aplicarían intervenciones multicomponentes de raíz dinámica y cognitiva combinadas con medicación dirigida a síntomas en encuadres individuales y sobre todo grupales. La Unidad podría también realizar labores de consultoría, asesoramiento y supervisión de casos de TP de menor dificultad cuyo seguimiento es realizado en los dispositivos generales de salud mental.

Además desde dicha Unidad se planificaría y ejecutaría un programa general de formación de la Red en TP, un programa de formación específico en determinadas intervenciones terapéuticas (psicoterapéuticas, psicofarmacológicas) para TP dirigido a profesionales con un interés especial en los TP que habrán de formar parte de las sucesivas unidades de TP establecidas en la CAV y un programa de formación continuada para los propios profesionales de la unidad. Por último, la Unidad promoverá la realización de estudios de investigación, sobre todo de carácter epidemiológico y clínico, sobre los TPs, tanto liderando proyectos propios como facilitando la creación y desarrollo de proyectos generados por otros equipos de la red.

6. CONCLUSIONES

- Los Trastornos de Personalidad tienen una presencia importante en nuestros dispositivos asistenciales, aunque por distintas circunstancias parecen estar infraregistrados e incluso infradiagnosticados, primando la atención a otros trastornos comórbidos que suponen el motivo principal de consulta.
- Los profesionales perciben a las personas con Trastornos de Personalidad como difíciles de tratar y generadoras de problemas para los equipos sanitarios. Además tienden a atribuirles un pronóstico sombrío, no justificado con los datos que hoy poseemos sobre el curso natural de la enfermedad.
- Los profesionales consideran que no disponen de protocolos adecuados para la atención a estas personas y que faltan en general formación en intervenciones terapéuticas concretas y recursos humanos y a veces materiales para ponerlas en marcha.
- Las unidades, nacionales e internacionales, que hemos tomado como referencia se caracterizan por desarrollar programas muy estructurados, multicomponentes, integradores, que combinan abordajes de naturaleza (predominante pero no exclusivamente) dinámica y cognitivo-conductual utilizando encuadres individuales y grupales en un marco ambulatorio y de hospitalización parcial. La hospitalización tradicional tiende a utilizarse para resolver crisis puntuales favoreciendo un rápido retorno a la atención ambulatoria intensiva, aunque para un cierto grupo de pacientes con funcionamiento muy pobre y evoluciones especialmente negativas se plantea la posibilidad de ingresos de larga duración (meses) en unidades de hospitalización especializadas.
- La revisión de la literatura disponible nos revela una escasez de estudios de calidad metodológica adecuada, posiblemente relacionada con las dificultades propias de la investigación de abordajes psicoterapéuticos (mayores costes, metodología ECR más complicada, mayores duraciones, tamaños muestrales pequeños, homogeneización de técnicas...) unidas a las dificultades de trabajar con personas con Trastornos de Personalidad (abandonos numerosos, actuaciones de pacientes y terapeutas, mecanismos de escisión que afectan a los equipos terapéuticos...). Con todo ello, existe un consenso generalizado sobre la preeminencia de los abordajes psicoterapéuticos, con mayores evidencias a favor de intervenciones cognitivo-conductuales (terapia conductual dialéctica especialmente) y dinámicas (hospitalización parcial basada en la mentalización especialmente). Estos abordajes tienden a ser largos (al menos un año) y a desarrollarse en dispositivos de atención intensiva, bien con seguimiento ambulatorio frecuente (varias intervenciones semanales) o bien en dispositivos de hospitalización parcial. Sea cual sea la modalidad psicoterapéutica escogida se favorecen los encuadres grupales. Prácticamente en todos los casos se combinan las intervenciones psicoterapéuticas con psicofarmacológicas que tienden a centrarse en agrupaciones de síntomas (desregulación afectiva, descontrol impulsivo-conductual, alteraciones cognitivo-perceptivas).
- A partir de todo lo anterior nuestro grupo plantea la posibilidad de desarrollar una serie de programas de formación, investigación y asistencia a través de varios niveles de complejidad creciente. Si bien es posible comenzar con el primer escalón, nuestra recomendación, teniendo en cuenta los recursos de la red y el grado de experiencia y conocimientos de nuestros profesionales, consiste en partir de la creación de una Unidad Piloto de Asistencia, Formación e Investigación de Trastornos de Personalidad siguiendo las líneas señaladas en el párrafo anterior. Esta Unidad desarrollaría una evaluación continuada de sus resultados asistenciales en un proceso de mejora continua que permitiera responder a las necesidades de los pacientes, su entorno y la red asistencial de Osakidetza. La expe-

riencia de esta unidad serviría para poner en marcha posteriormente nuevas unidades distribuidas por la CAV, aprovechando la experiencia obtenida, hasta desarrollar una red de dispositivos asistenciales que

guiaran la atención general a los Trastornos de Personalidad en el País Vasco y se encargaran de prestar asistencia a un subgrupo de pacientes de mayor complejidad y gravedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. *APA* 2001; 158: 1-52.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos de mentales*, 4.^a ed. Barcelona: Masson; 1995.
3. Aviram RB, Hellerstein DJ, Gerson J, & Stanley B. Adapting supportive psychotherapy for individuals with Borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide. *J.Psychiatr Pract* 2004; 10: 145-155.
4. Bateman A, & Tyrer P. *Effective Management of Personality Disorder*. London: Department of Health.; 2002.
5. Bateman A, & Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am.J.Psychiatry* 2003; 160: 169-171.
6. Bateman A, & Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am.J.Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569.
7. Bateman A, & Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am.J.Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
8. Bateman A, & Holmes J. Psychotherapy training for psychiatrists: hope, resistance and reality. *Psychiatric Bulletin* 2001; 124-125.
9. Bateman A, & Tyrer P. Services for personality disorder: organization for inclusion. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004b; 10 (6): 425-433.
10. Bateman A, & Tyrer P. Psychological treatment for personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004a; 10: 378-388.
11. Bateman AW, & Fonagy P. Psychotherapy for severe personality disorder. Article did not do justice to available research data. *BMJ* 1999; 319: 709-710.
12. Bateman AW, & Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J.Personal.Disorder* 2004; 18: 36-51.
13. Bateman AW, & Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br.J.Psychiatr* 2000; 177: 138-143.
14. Beecham J, Slead M, Knapp M, Chiesa M, & Drahorad C. The costs and effectiveness of two psychosocial treatment programmes for personality disorder: A controlled study. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* 2006; 21(2): 102-109.
15. Ben-Porath DD, Peterson GA, & Smee J. Treatment of individuals with borderline personality disorder using dialectical behavior therapy in a community mental health setting: Clinical application and a preliminary investigation. *Cognitive & Behavioral Practice* 2004; 11(4): 424-434.
16. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, & Gunderson JG. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am.J.Psychiatry* 2001; 158: 295-302.
17. Bhurruth M. Commentary on Siri Johns' and Sigmund Karterud's Article, 'Guidelines for Art Therapy as Part of a Day Treatment Programme for Patients with Personality Disorders', *Group Analysis* September 2004. *Group Analysis*, 2006; 39: 146.
18. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, & Duggan C. Pharmacological interventions for people with border-

- line personality disorder. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD005653, 2006a.
19. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, & Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD005652, 2006b.
 20. Black DW, Blum N, Pfohl B, & St JD. The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2004; 34(3): 193-210.
 21. Blennerhassett RC, & O'Raghallaigh J. Dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 280.
 22. Bogenschutz MP, & George NH. Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65(1): 104-109.
 23. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, & Linehan MM. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav.Res.The* 2004; 42:487-499.
 24. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Bohme R, & Linehan M. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behav.Res.Ther* 2000; 38: 875-887.
 25. Brazier J, Tumor I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown, K & Paisley S Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2006; 10: 1-152.
 26. Brown GK, Newman CF, Charlesworth SE, Crits-Christoph P, & Beck T. An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *J.Personal.Disord* 2004; 18: 257-271.
 27. Brown GK, Ten HT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, & Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 294: 563-570.
 28. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, & Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyse. *Clin.Psychol.Rev* 2006; 26: 17-31.
 29. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Handbook of Dynamic Psychotherapy for higher level personality pathology. American Psychiatric Publishing, Washington 2007.
 30. Carcione A, Semerari A, Dimaggio G, & Nicolo G. States of mind and metacognitive dysfunctions are different in the various personality disorders: a reply to Ryle (2005). *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2005; 12(5): 367-373.
 31. Casey PR, & Tyrer PJ. Personality, functioning and symptomatology. *J.Psychiatr. Res* 1986; 20: 363-374.
 32. Chiesa M. A combined in-patient/out-patient programme for severe personality disorders. *Therapeutic Communities: the International Journal for Therapeutic & Supportive Organizations* 1997; 18(4): 297-309.
 33. Chiesa M, Drahorad C, & Longo S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *Br.J.Psychiatry* 2000; 177: 107-111.
 34. Chiesa M, & Fonagy P. Cassel Personality Disorder Study. Methodology and treatment effects. *Br.J.Psychiatry* 2000; 176: 485-491.
 35. Chiesa M, Fonagy P, & Holmes J. When less is more: An exploration of psychoa-

- analytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder. *Int.J.Psychoana* 2003; 84: 637-650.
36. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J, & Drahorad C. Residential versus community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. *Am.J.Psychiatry* 2004; 161: 1463-1470.
 37. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J, Drahorad C, & Harrison-Hall A. Health service use costs by personality disorder following specialist and nonspecialist treatment: a comparative study. *J.Personal.Disord* 2002; 16: 160-173.
 38. Clarkin JF, Yeomans FE, & Kernberg OF. *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons, 1999.
 39. Clarkin JF, Yeomans FE, & Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2006.
 40. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, & Kernberg, OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J.Personal.Disord*, 2001; 15: 487-495.
 41. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, & Kernberg OF. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J.Personal.Disor* 2004; 18: 52-72.
 42. Cloninger CR, & et al. Personality Disorders. In *Kaplan and Shadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* 8th ed., pp. 2005; 2063-2104.
 43. D'Silva K, & Duggan C. Service innovations: development of a psychoeducational programme for patients with personality disorder. *Psychiatric Bull.* 2002.
 44. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, & Palmer S. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J.Personal.Disord* 2006; T 20: 450-465.
 45. De Girolano G, & Reich JH. Epidemiología de los trastornos mentales. In *Trastornos de la personalidad* (pp. 16-40). Madrid: Meditor. 1996.
 46. Dimaggio G, Carcione A, Petrilli D, Proccacci M, Semerari A, & Nicolo, G. State of mind organization in personality disorders. Typical states and the triggering of inter-state shifts. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2005; Vol 12 (5): 346-359.
 47. Duggan M. Developing Services for people with Personality Disorder: The Training Needs of Staff and Services. <http://www.nimhe.org.uk/downloads/ReportJuly112002.doc>, 2002.
 48. European Commission. Health and Consumer Protection. Green paper: Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. 14-10-2005. Brussels.
 49. Fahy T. Organisation of personality disorder services in general adult psychiatry services, discussion paper. In NIMH (E) (Ed.), *Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusion*, 2003.
 50. Fonagy P, & Bateman, A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br.J Psychiatry* 2006; 188: 1-3.
 51. Fonagy P, & Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J.Clin.Psychol*, 2006.
 52. Gabbard GO. (Psychotherapy of personality disorders. *J.Psychother.Pract.Res* 2000;9: 1-6.

53. Gabbard GO, Coyne L, Allen JG, Spohn H, Colson DB, & Vary M. Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders. *Psychiatr. Serv* 2000; 51: 893-898.
54. Gabbard GO, & Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am.J Psychiatry* 2001; 158: 1956-1963.
55. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Trastorno límite de la personalidad (TLP). Quaderns de salut mental. [8]. 2006. Barcelona, CatSalut.
56. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tillburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, & Arntz A. Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63: 649-658.
57. Gude T, & Vaglum P. One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: a prospective study comparing patients with «pure» and comorbid conditions within cluster C, and «pure» C with «pure» cluster A or B conditions. *J. Personal. Disord*, 2001; 15: 216-228.
58. Gunderson JG. *Trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Ars Médica. 2002.
59. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am.J. Psychiatry* 1996; 153: 752-758.
60. Gunderson JG, Berkowitz C, & Ruiz-Sancho A. Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bull. Menninger Clin* 1997; 61: 446-457.
61. Guthrie E, Kapur N, Kway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, Marino-Francis F, Sanderson S, Turpin C, Boddy G, & Tomenson B. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001; 323: 135-138.
62. Haigh R (2003). Services for People with Personality disorder: The Thoughts of Service Users (2002). In NIMH (E) (Ed.), *Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusion*.
63. Hall J, Caleo S, & Stevenson J. *Economic Analysis of psychotherapy for Borderline Personality Disorder patients*. Sidney: Journal of mental health policy and economics 1999 (Rep. No. 9).
64. Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, Jiang P, & Smith TB. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am.J.Psychiatry* 2005; 162: 621-624.
65. Huffman JC, Stern TA, Harley RM, & Lundy NA. The use of DBT skills in the treatment of difficult patients in the General Hospital. *Psychosomatics* 2003; 44: 421-429.
66. Jerez S, Alvarado L, Paredes A, Montenegro A, Montes C, & Venegas L. The University Psychiatric Clinic Personality Disorder Program: A multidisciplinary approach. [Spanish] *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria* 2001; 39(1): 69-76.
67. Johns S, & Karterud S. Guidelines for art group therapy as part of a day treatment program for patients with personality disorders. *Group Analysis* 2004; 37(3): 419-432.
68. Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, Brabrand J, Friis S, Haaseth O, Haavaldsen G, Irion T, Leirvag H, Torum E, & Urnes O. Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders* 2003; 17: 243-262.
69. Karterud S, Pedersen G, Friis S, Urnes O, Irion T, Braband J, Falkum L R, & Leirvag H. The Norwegian network of psychotherapeutic day hospitals. *Therapeutic Com-*

- munities: *International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations* 1998; 19: 28.
70. Kellogg SH, & Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J. Clin. Psychol* 2006;62: 445-458.
 71. Kernberg OF. *Trastornos graves de la personalidad*. Mexico: Manual Moderno. 1987.
 72. Kernberg OF, Selzer M, Koenigsberg H, Carr A, & Appelbaum A. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books. 1989.
 73. Kisely S. Psychotherapy for severe personality disorder: exploring the limits of evidence based purchasing. *BMJ* 1999; 318: 1410-1412.
 74. Koerner K, & Linehan MM. Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am* 2000; 23: 151-167.
 75. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, Bishop GK, Butterfield MI, & Bastian LA. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 2001; 32: 371-390.
 76. Korner A, Gerull F, Meares R, & Stevenson J. Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Compr. Psychiatry*, 2006; 47: 406-411.
 77. Krawitz R. A prospective psychotherapy outcome study. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 1997; 31: 465-473.
 78. Krawitz R, & Cristine W. Borderline Personality Disorder: Pathways to Effective service Delivery and clinical Treatment Options. *Mental Health Commission Occasional Publications* 2, 2006.
 79. Krawitz R, & Watson C. Borderline Personality Disorder: Pathways to Effective service Delivery and clinical Treatment Options. *Mental Health Commission Occasional Publications*, 2 1999.
 80. Lana F, Fernández San Martín M, Vinue JM. La variabilidad en la práctica médico-psiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32: 340-345.
 81. Lana F, González MA, & Mirapeix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Psiquiatría.com*, 2006; 10 (1). <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/>. 2006.
 82. Lana F, Fernández San Martín MI, Sánchez Gil C, Bonet E. Prevalencia de trastornos de personalidad y utilización de servicios de salud mental en Santa Coloma de Gramenet. *Actas Esp Psiquiatr* (en prensa).
 83. Leichsenring F, & Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 1223-1232.
 84. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, & Kernberg OF. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J. Consult Clin. Psychol* 2006; 74: 1027-1040.
 85. Linehan M. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica 2003.
 86. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, & Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.
 87. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, & Lin-

- denboim N. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch.Gen.Psychiatry* 2006; 63: 757-766.
88. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, & Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 13-26.
 89. Linehan MM, Heard HL, & Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch.Gen.Psychiatry* 1993; 50: 971-974.
 90. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, & Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am.J.Addict* 1999;8: 279-292.
 91. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, & Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am.J.Psychiatry* 1994; 151: 1771-1776.
 92. Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C, Fartacek R, Lahmann C, Buschmann W, Tritt K, Bachler E, Mitterlehner F, Pedrosa GF, Leiberich P, Rother WK, & Egger C. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J.Clin.Psychopharmacol* 2006; 26: 61-66.
 93. Low G, Jones D, Duggan C, Power M, & MacLeod A. The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29: 92.
 94. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, & Tyrer P. Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos. *Cochrane Plus* 2006.
 95. McMurrin M, & Duggan C. The manualization of a treatment programme for personality disorder. *Criminal Behaviour & Mental Health* 2005; 15(1): 17-27.
 96. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, & Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 193-197.
 97. Mirapeix C. Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención. *Aperturas Psicoanalíticas*. 2004.
 98. Moran P. The epidemiology of personality disorders. Key text in: *Personality Disorder: no longer a diagnosis of exclusion. Policy implementation guidance for the development of services for people with personality disorder*. Department of Health 2002.
 99. Morant N, & King J. A multi-perspective evaluation of a specialist outpatient service for people with personality disorders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2003; 14(1): 44-66.
 100. Navarro D. Evaluación de la calidad asistencial de los programas de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental crónica. *Anales de psiquiatría* 2003; 19: 235-248.
 101. NHS. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence 2004.
 102. NHS The Personality Disorder Capabilities Framework. Breaking the cycle of

- rejection. National Institute of Mental Health in England 2003.
103. Nickel MK, Loew TH & Gil FP. Aripiprazole in the treatment of borderline patients, part II: an 18 month follow-up. *Psychopharmacology (Berl.)* May 2007;19(4): 1023-6
 104. Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Pedrosa Gil F, Baschler E, Buschmann W, Rother N, Fartacek R, Egger C, Anvar, J, Rother WK, Loew TH & Kaplan, P Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind placebo controlled study. *American Journal of Psychiatry* (May); 2006;163(5): 833.8.
 105. Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann, C, Muehlbacher M, Tritt K, Krawczyk J, Leiberich PK, Rother WK, & Loew TH. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol.Psychiatry* 2005; 57: 495-499.
 106. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, & Loew TH. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J.Clin. Psychiatry* 2004;65: 1515-1519.
 107. NIMH(E) Personality Disorder; No longer a diagnosis of exclusion. *NSF for mental health - www.doh.gov.uk/nsf/mental-health*. 2003.
 108. Oldham JM, Bender DS, Skodol AE, Dyck IR, Sanislow CA, Yen S, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Gunderson EJ, & McGlashan TH. Testing an APA practice guideline: symptom-targeted medication utilization for patients with borderline personality disorder. *J.Psychiatr. Pract* 2004; 10: 156-161.
 109. Osasunbidea / Servicio Navarro de Salud *Memoria 2003*. Pamplona: Osasunbidea / Servicio Navarro de Salud. 2004.
 110. Paris J. Commentary on the American Psychiatric Association guidelines for the treatment of borderline personality disorder: evidence-based psychiatry and the quality of evidence. *Journal of Personality Disorders* 2002; 16(2): 130-4.
 111. Paris J. Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 2005;50(8): 435-41.
 112. Pascual JC, Oller S, Soler J, Barrachina J, Alvarez E, & Perez V. (Ziprasidone in the acute treatment of borderline personality disorder in psychiatric emergency services. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65(9): 1281-2.
 113. Perry JC, Banon E, & Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am.J.Psychiatry* 1999; 156: 1312-1321.
 114. Piper WE, R. J. A. H. J. A. A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital & community psychiatry* 1993; 44(8): 757-63.
 115. Piper W, & Rosie J. Group treatment of personality disorders: the power of the group in the intensive treatment of personality disorders. *In session: Psychotherapy in practice* 1998;4:19-34.
 116. Plakun EM. Economic grand rounds: treatment of personality disorders in an era of limited resources. *Psychiatr.Serv* 1996; 47: 128-130.
 117. Rendu A, Moran P, Patel A, Knapp M, & Mann A. Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders 43. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 62-66.

118. Reznik R. Uncertain efficacy for psychotherapy for borderline patients: a methodologist's lament. *Aust.N.Z.J. Psychiatry* 2000; 34: 695-697.
119. Rockland L. *Supportive Therapy. A psychodynamic approach.* (Second ed.) New York: Basic Books 2003.
120. Rutter D, & Tyrer P. The value of therapeutic communities in the treatment of personality disorder: a suitable place for treatment? *J.Psychiatr.Pract* 2003; 9: 291-302.
121. Ryle A. The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *J.Personal.Disord.* 2004; 18: 3-35.
122. Ryle A. *Cognitive Analytic Therapy and borderline personality disorder.* John Wiley & Sons. New York 1997.
123. Ryle A, & Beard H. The integrative effect of reformulation: cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *Br.J.Med.Psychol* 1993; 66(Pt 3): 249-258.
124. Ryle A, & Golyunkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *Br.J.Med.Psychol* 2000;73(Pt 2): 197-210.
125. Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, & Pearlstein T. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J.Clin.Psychiatry* 2004; 65: 379-385.
126. Smith GW, Ruiz-Sancho A, & Gundersen JG. An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr.Serv* 2001; 52: 532-533.
127. Soloff PH. Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatr.Clin.North Am* 2000;23: 169-92, ix.
128. Stevenson J, & Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am.J. Psychiatry* 1992;149: 358-362.
129. Svartberg M, Stiles TC, & Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am.J. Psychiatry* 2004; 161: 810-817.
130. Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA, & Linehan MM. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatr.Q* 2001;7: 307-324.
131. The Centre of Economic of Performance's Mental Health Policy Group). *The depression report. A new deal for depression and anxiety disorders.* Houghton Street London WC2A 2AE. 2006.
132. Thornicroft G, & Tansella M. *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de los servicios.* Madrid: Triacastela. 2005.
133. Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and behavioral practice* 2000; 7: 413-419.
134. Tyrer P. Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: a bridge too far. *J.Personal.Disord* 2002; 16: 113-118.
135. Tyrer P, & Bateman AW. Drug treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004; 10: 389-398.
136. Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, & Ranger M. Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *J.Personal.Disord* 2003; 17: 263-268.
137. Tyrer P, Sensky T, & Mitchard S. Principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorder.

- ders. *Psychother.Psychosom* 2003;72: 350-356.
138. Tyrer P, & Simmonds S. Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. *Br.J Psychiatry* 2003; *Suppl 44*: S15-S18.
139. Tyrer P, Tom,B, Byford S, Schmidt U, Jones V, Davidson K, Knapp M, MacLeod A, & Catalan J. Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study. *J.Personal.Disord* 2004; *18*: 102-116.
140. Van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, & van den BW. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict. Behav* 2002; *27*: 911-923.
141. Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ, de Ridder MAJ, Stijnen T, & van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry* 2003; *182*: -140.
142. Vinnars B, Barber JP, Noren K, Gallop R, & Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am.J.Psychiatry* 2005; *162*: 1933-1940.
143. Wilberg T, Karterud S, Pedersen G, Urnes O, Irion T, Brabrand J, Haavaldsen G, Leirvag H, Johnsen K, Andreasen H, Hedmark H, & Stubbhaug B. Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *J.Personal.Disord* 2003; *17*: 510-521.
144. Wilberg T, Urnes O, Friis S, Irion T, Pedersen G, & Karterud S. One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatr.Serv* 1999; *50*: 1326-1330.
145. Zanarini MC, & Frankenburg FR. Omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am.J.Psychiatry* 2003; *160*: 167-169.
146. Zanarini MC, Frankenburg FR, Chauncey DL, & Gunderson JG. The diagnostic Interview for Personality Disorders: interrater and test-retest reliability. *Compr. Psychiatry* 1987; *28*: 467-480.
147. Zanarini MC, Frankenburg FR, & Parachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J. Clin.Psychiatry* 2004; *65*: 903-907.
148. Zapata Pla J, & Ramirez N. Estrategias de actuación ante el paciente con trastorno límite de la personalidad. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España* 1995; *30*: 213-226.

ANEXOS

Tabla I. La opinión de los usuarios

CARACTERÍSTICAS ÚTILES	CARACTERÍSTICAS DESACONSEJABLES
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones tempranas, antes de que se produzca la crisis. • Desarrollo de servicios especializados, no en CSM's. • Posibilidad de elegir entre amplias opciones de tratamiento. • Plan de atención individualizado. • Optimismo terapéutico y expectativas altas. • Desarrollar las habilidades de los pacientes. • Favorecer el uso de la creatividad. • Respetar las capacidades y las debilidades del paciente. • Comunicación clara y buena. • Transmitir aceptación, fiabilidad, y consistencia. • Contratos terapéuticos claros y negociados. • Focalizar en la educación y el desarrollo personal. • Vincular adecuadamente evaluación y tratamiento. • Generar un ambiente terapéutico. • Escuchar las opiniones de los usuarios del servicio. • Fomentar y utilizar redes de autoayuda. • Compartir el establecimiento de límites razonables. • Seguimiento apropiado y continuado. • Involucrar a los pacientes como expertos. • Actitud de aceptación y simpatía. • Crear una atmósfera de «verdad y confianza». 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad determinada por el lugar de residencia. • Atención sólo en horario de oficina. • Falta de continuidad del personal. • Personal sin el entrenamiento apropiado. • Tratamiento decidido sólo por los recursos económicos /disponibilidad /diagnóstico. • Incapacidad para cumplir promesas hechas. • Crítico ante la expresión de necesidades (por ej: crisis ó treguas) • El personal sólo responde a las conductas. • El personal no esta interesado en las causas de la conducta. • Actitudes pesimistas y devaluadoras. • La adhesión rígida a un modelo terapéutico en casos dónde no es útil. • Transmitir información sin conocer a la persona. • Admisiones a largo plazo. • El uso de restricciones físicas y niveles de observación molestos e intrusivos. • Uso impropio, automático o forzado de la medicación. • La supresión de contacto (sesiones), utilizado como sanción.

Fuente: Tomado de (Lana, F, González, M. A., & Mirapeix, C, 2005).

Tabla II. Niveles asistenciales adaptados a nuestro entorno

DISPOSITIVO	CLUSTER	GAF	TIPO	CLÍNICA
CSM	B y C	>60	S	Poco riesgo suicida, apoyo familiar y aceptable autonomía
UTP	B	40-60	S y R	Riesgo suicida serio, familia desestructurada, mala adaptación
CRPS	A y B	<40	S y R	Poco riesgo suicida, deterioro importante adaptación socio laboral
Case Management	A y B	<40	R	Poco riesgo suicida, familia sobrepasada, rechaza tratarse
H. de Día	A y B	<40	S y R	Alto riesgo suicida, escaso apoyo socio familiar
LARGA ESTANCIA	A y B	<30	R	Alto riesgo suicida, desestructuración funcional
AGUDOS	A, B y C	<20	S y R	Alto riesgo suicida y buen apoyo
Comunidad T	A, B y C	<30	S	Bajo riesgo y mal apoyo socio familiar

Fuente: Tomado de (Lana, F, González, M. A., & Mirapeix, C, 2005).

Tabla III. Unidades, programas, dosis y componentes terapéuticos

DISPOSITIVO	COMPONENTES TERAPÉUTICOS	DOSIS T. SEMANAL
CSM	Fármacos, psicoterapia individual, grupal.	3 h/s
UTP	Fármacos, psicoterapia individual, grupal, grupos multifamiliares, psicoterapia familiar.	5-7 h/s
H. de Día	Fármacos, Rehabilitación, grupos operativos, psicoterapia individual, grupal y familiar, talleres.	30 h/s
CRPS	Rehabilitación, grupos operativos, psicoterapia individual, grupal y familiar, talleres.	12-20 h/s
CT	Funcionamiento asambleario-democrático.	convivencial

Fuente: Tomado de (Lana, F, González, M. A., & Mirapeix, C, 2005).

