

RESULTADOS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE DINÁMICA EN PACIENTES BORDERLINE

Aizpea Boyra, Claudio Maruottolo, Andrés Mascaró, José Guimón,

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

En el 2006, Binks y colaboradores observaron que la unidad de día de orientación psicoanalítica, en comparación con un servicio de psiquiatría general, tiende a ser más eficaz: se producen menos ingresos hospitalarios, se consume menos medicación que en el grupo control, la ansiedad y la depresión disminuyen y se obtiene un buen ajuste social. Los porcentajes de abandono son similares.

Las aportaciones psicoanalíticas se basan especialmente en la teoría de las relaciones objetales. La mayoría de estas aportaciones han sido desarrolladas en ambientes hospitalarios o en centros residenciales. Es principalmente el trabajo de Kernberg el que utiliza el modelo psicoanalítico de las relaciones objetales (Kernberg, 1978).

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

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

Se han realizado muchos estudios sobre los predictores de resultados favorables para estos tratamientos. Zanarini y colaboradores (Zanarini, 2004) encontraron que los pacientes con abuso de sustancias están estrechamente asociados con el fracaso en la remisión del trastorno *borderline* de la personalidad. Existen siete variables significativas asociadas con la remisión rápida de síntomas: edad joven, ausencia de abusos sexuales en la infancia, ausencia de antecedentes familiares con trastornos por abuso de sustancias, buena carrera profesional, bajo neuroticismo y alto nivel de compromiso con el tratamiento. Los resultados de estos estudios sugieren que la predicción del tiempo de remisión de los trastornos *borderline* de la personalidad es de naturaleza multifactorial, incluyendo factores que son rutinarios en la práctica clínica, particularmente aspectos del temperamento, y otros que no lo son (Zanarini, 2006). Gunderson y colaboradores (Gunderson et al., 2006) encontraron que algunas características de gravedad sintomatológica de la psicopatología (por ejemplo gravedad del trastorno *borderline*, importante incapacidad funcional) y antecedentes de traumas infantiles predicen malos resultados. La calidad de las relaciones actuales en estos pacientes correlaciona con su pronóstico.

En el presente trabajo estudiaremos las variables socio-demográficas y las variables clínicas que predicen la evolución de una muestra de pacientes con trastorno *borderline* de la personalidad, en comparación con pacientes con otros diagnósticos y con su propio estado

clínico durante el año anterior a su incorporación a una unidad de día de orientación dinámica.

2. MÉTODO

2.1 Pacientes

Las dos unidades de día AMSA están concebidas para un máximo de 15 pacientes, 5 días por semana, 4 horas al día. Acuden 15 pacientes de media al día, con una edad media de 37,64 años y el tiempo medio de tratamiento es de 50 días. Por diagnósticos, la muestra evaluada se clasifica de la siguiente manera: el 64,2% trastorno *borderline* de la personalidad (BPD) y el 35,8% *No-borderline* (NBPD). Este último grupo se subdivide en los siguientes diagnósticos: un 5,7% psicosis, un 18,9% de abuso de sustancias, un 23,6% otros trastornos de personalidad y un 47,2% ansioso-depresivos.

2.2. Programa

Este programa incluye la prescripción y el control farmacológico, la organización de actividades psicoterapéuticas basadas en la comprensión de los factores dinámicos que intervienen en la problemática, y técnicas que buscan la disminución de los síntomas. El día comienza con un espacio de acogida (tiempo para el café) y durante el día se realizan 3 grupos pequeños, uno de tipo verbal psicodinámico (5 días por semana), uno de tipo cognitivo (3 días por semana) y uno de educación para la toma de medicación (2 días por semana). También se incluyen grupos “expresivos” como el de Danza Movimiento Terapia, arte (2 días por semana) y terapia ocupacional (2 días por semana). También existe un grupo mediano (grupo multifamiliar) que congrega a los pacientes con sus familiares y cuidadores una vez por semana.

El equipo terapéutico consta de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, terapeutas corporales, etc. Los profesionales están especializados en psicoterapia dinámica individual y grupal y también poseen formación en terapia familiar y en el aspecto social. Los profesionales se comunican la información a través de grupos de trabajo (reuniones de equipo).

2.3. Instrumentos

El protocolo de evaluación consta de la administración de baterías antes y después (Pre-Post) del tratamiento con el objetivo de obtener de manera fiable un diagnóstico certero y la modificación sintomatológica que se produce en los pacientes y que nos permite evaluar de una forma objetiva la eficacia del tratamiento. Los instrumentos utilizados son los siguientes:

- **SCID**: Entrevista clínica estructurada para el DSM IV-TR
- **BDI**: Borderline Diagnostic Inventory (Gunderson, 1992)
- **HS**: Beck's Hopelessness Scale
- **STAI**: State-Trait Anxiety Inventory
- **BDI**: Beck's Depression Inventory
- **BSI**: Brief Symptoms Inventory (Lipman and Derogatis)
- **ERA**: Questionnaire d'évaluation des relations avec les autres (Fredenrich & Zanetti).
- **QFS**: Questionnaire de Fonctionnement Social (Weber-Rouget & Zanello)

3. RESULTADOS

3.1. Descripción de la muestra

A continuación se observan las diferencias existentes entre *borderline* y *No-borderline* en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas se refiere.

Tabla1.

VARIABLES		BPD	NBPD
SEXO	HOMBRES	54,50%	28,9%
	MUJERES	45,50%	71,10%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	65,20%	26,30%
	CASADO	24,20%	52,60%
	DIVORCIADO	10,60%	7,90%
SOCIO-ECONOMICAL STATUS	ALTO	25,80%	18,4%
	MEDIO	57,60%	73,70%
	BAJO	16,70%	7,90%
SITUACIÓN FAMILIAR	FUNCIONAL	3%	31,60%
	DISFUNCIONAL	97%	47,40%
NIVEL EDUCATIVO	UNIVERSITARIOS	33,30%	28,90%
	SECONDARIOS	48,50%	36,80%
	PRIMARIOS	18,20%	34,20%
REGULARITY OF ATTENDANCE	NO ACUDE	13,60%	5,30%
	IRREGULAR	24,20%	21,10%
	REGULAR	62,10%	73,70%
LENGTH OF STAY	MENOS DE 1 MES	22,10%	18,40%
	1-2 MESES	23,50%	23,70%
	2-3 MESES	27,90%	18,40%

	MÁS DE 3 MESES	26,50%	39,50%
SITUACIÓN LABORAL	ACTIVO	59,10%	10,50%
	NO ACTIVO	40,90%	63,20%

Los resultados muestran mejorías generales importantes tanto en el grupo de *borderline* como los *no-borderline*. (Tabla1). El 54% de los BPD son hombres, frente a un 28,9% entre los NBPD, con un nivel de significación de $p=0,012$. El 65,20% de los BPD son solteros mientras que en los NBPD lo son un 26,30%. El nivel de significación es de $p=0,000$. Se ha encontrado un mayor número de población joven (18-25 años) en los BPD, con un nivel de significación de $p=0,01$. Un 97% de los BPD tiene familias disfuncionales, lo que es más frecuente que en los NBPD con un nivel de significación de $p=0,000$. El 59,10% de los BPD se encuentran laboralmente activos lo que es más frecuente que los NBPD con un nivel de significación de $p=0,05$. Los BPD presentan al ingreso una comorbilidad significativamente ($p=0,021$) mayor que los NBPD. Los BPD presentan al ingreso más autolesiones ($p=0,09$) que los NBPD. Los BPD presentan más abuso de sustancias ($p=0,000$) que los NBPD. Los BPD presentan al ingreso Abuso de alcohol ($p=0,000$) que los NBPD.

3.2. Mejorías sintomáticas tras el tratamiento

La mejoría sintomática (tabla2) es notable y similar en ambos grupos. La dimensión “Apertura a los otros”, medida con el ERA, es importante sin diferencias significativas entre BPD y NBPD. La dimensión “Actividades de la vida cotidiana”, medida con el QFS (tabla 3), mejora en ambos grupos de forma similar. La ansiedad mejoró en ambos tipos de pacientes más en aquellos que tenían antecedentes de consumo de sustancias. La depresión mejoró en ambos grupos más en personas con: nivel socio-económico alto, nivel educacional alto y antecedentes de autolesiones. La ideación autolítica mejoró en ambos grupos más en estudiantes universitarios.

Tabla 2. Mejoría sintomática medida con el BSI

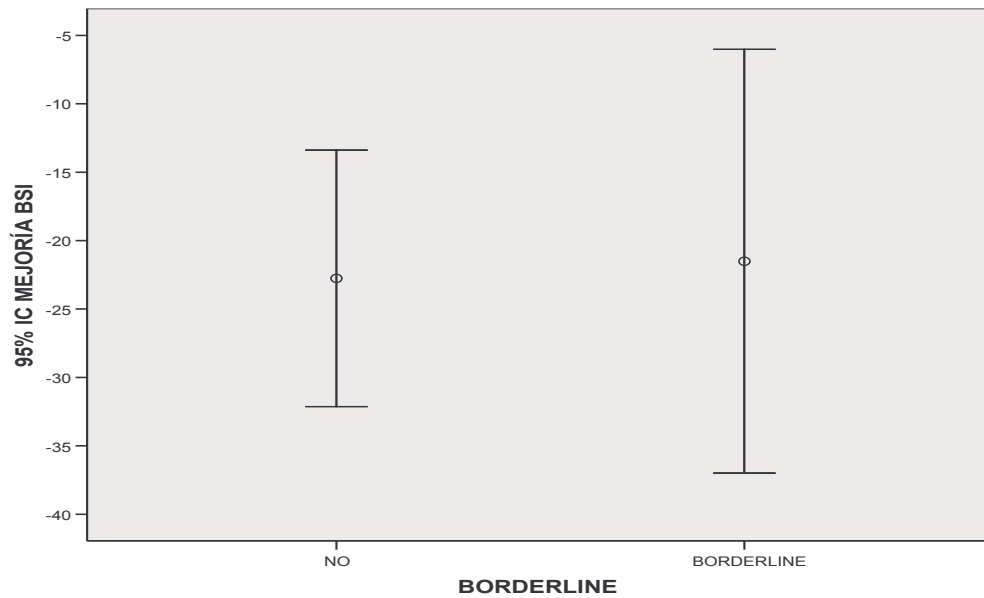
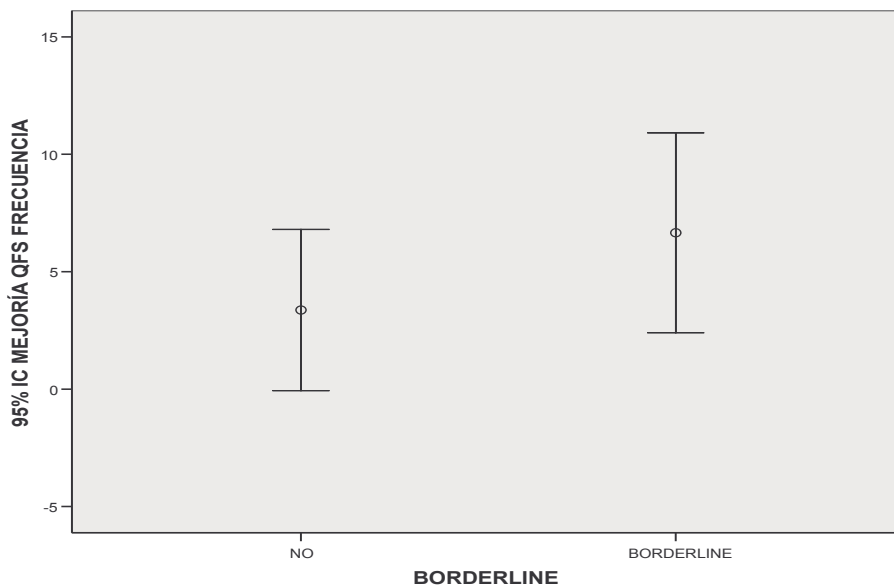


Tabla 3. Mejoría actividades de la vida cotidiana medida con el QFS



3.3. Factores en la implicación en el programa terapéutico

La implicación familiar la mejoran ambos grupos. El número de abandonos disminuía en ambos grupos si las familias estaban implicadas alta (Tabla 4). Por otro lado, el tiempo de estancia (Tabla 5) y la regularidad en la asistencia eran más adecuados en pacientes con familias implicadas.

Tabla 4. Implicación familiar y tipo de alta

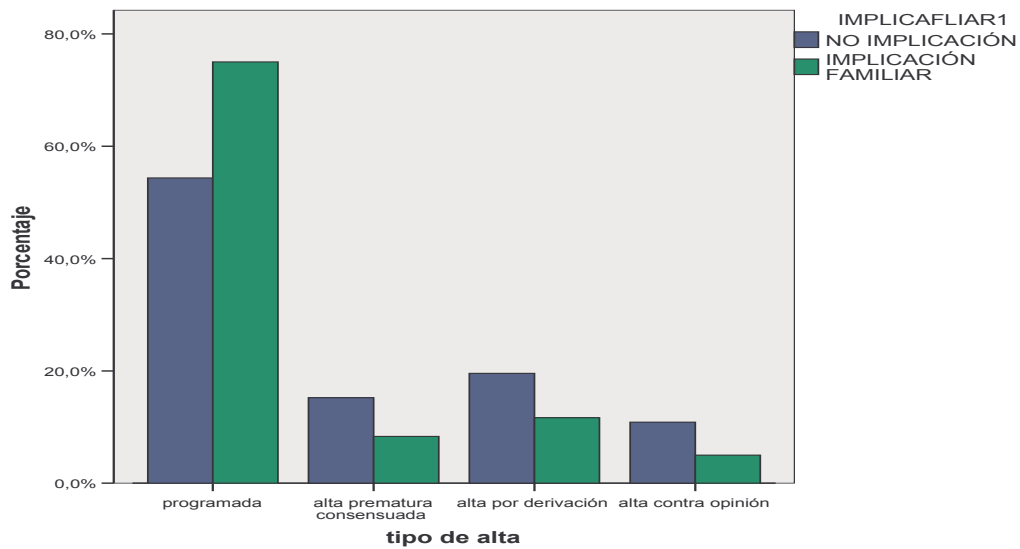
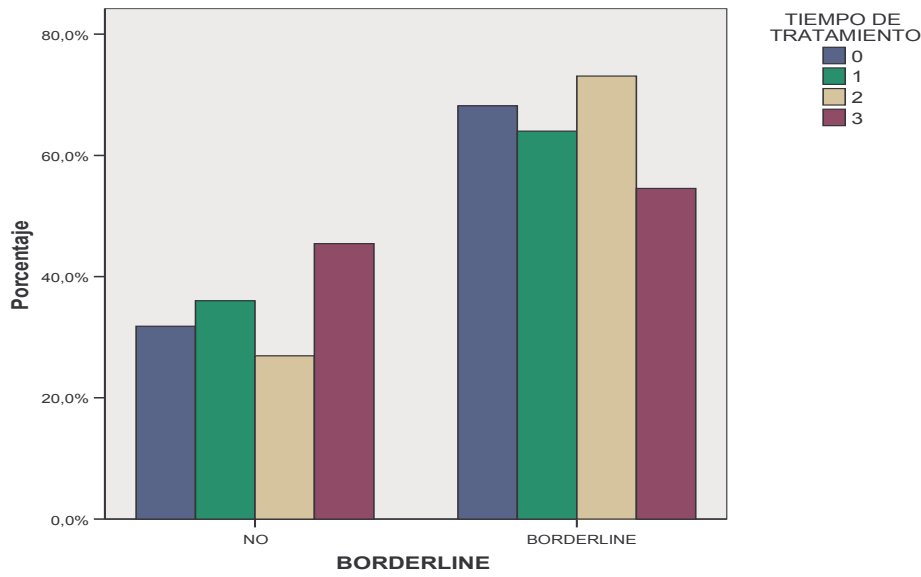


Tabla 5. Tiempo de estancia



4. DISCUSIÓN

4.1. Resultados con diferentes enfoques

Nuestra orientación terapéutica es preferentemente grupal, coincidiendo con los buenos resultados obtenidos con estas técnicas. En efecto un estudio controlado que comparó la terapia individual y la grupal (Clarkin, Marziali, y Munroe-Blum, 1991) mostró mejores resultados en el abordaje grupal.

La orientación de nuestros grupos es ecléctica. Los grupos psicodinámicos diarios, como ocurre en otras experiencias (Klein, 1993), se centran en aspectos como el *acting out*, *splitting*, la contratransferencia y la tendencia a la erotización en las relaciones.

Nuestros programas combinan, sin embargo, el enfoque individual y el grupal en la resolución de problemas y en la formación de habilidades. En los grupos psicoeducativos, los pacientes aprenden un cierto número de cualidades para la regulación emocional, el funcionamiento interpersonal y la tolerancia al estrés. En la terapia individual, los profesionales enseñan a los pacientes a integrar estas cualidades en la vida diaria. Por ejemplo, normas para generalizar el aprendizaje al mundo exterior (incluso en el uso del teléfono) son propuestas.

Nuestros enfoques psicoanalíticos están especialmente basados en la teoría de las relaciones objetales. La mayoría de estos enfoques han sido desarrollados en ambientes hospitalarios o en centros intermedios. Es principalmente el trabajo de Kernberg el que utiliza el modelo psicoanalítico de las relaciones objetales (Kernberg, 1979).

4.2. Hospitalización total o parcial

Debido al riesgo de *acting out* de los borderline el terapeuta debe contar con un sistema de apoyo que ofrezca una mayor contención para estos pacientes, por ejemplo una

unidad hospitalaria (teniendo en cuenta el peligro de generar una relación prolongada y contraproducente con la institución) o una unidad de día como las nuestras .

Con una perspectiva dinámica, los recientes trabajos de Bateman y Recent y Bateman y Fonagy (Bateman et al., 1999) han mostrado resultados favorables en tratamientos basados en psicoterapias dinámicas en un hospital de día. Estos autores comparan la evolución de 19 pacientes hospitalizados y con un tratamiento parcialmente psicoanalítico con el mismo número de pacientes con un tratamiento psiquiátrico general. Los comportamientos auto agresivos y los intentos de suicidio disminuyen durante el programa de 18 meses. De la misma manera, la estancia hospitalaria. Nuestra experiencia es parecida a la de estos autores.

En este tipo de ambientes que se basan en las comunidades terapéuticas, interactúan diferentes tipos de profesionales. Adshead (Adshead, 1998), siguiendo la teoría del apego, afirmó que el medio hospitalario provee seguridad únicamente si los profesionales son capaces de tolerar tanto las demandas externas del sistema como las demandas internas de los pacientes. También señaló que las relaciones terapéuticas entre los profesionales y los pacientes son simplemente repeticiones y recreaciones de relaciones objetales internas y que las respuestas del equipo terapéutico al *splitting* y a la identificación proyectiva pueden ser en algunas ocasiones negativas. Adshead destacó que un cierto número de reacciones negativas pueden ser detectadas a través de la manera de expresarse del terapeuta y que la excesiva regulación de algunos servicios, como por ejemplo la restricción inapropiada de movilidad, puede ser el resultado de la actitud contradictoria del personal. Adshead también señala como se viene a añadir al conflicto entre el terapeuta y el paciente, la nueva organización de contención de costes, particularmente en el sistema de tratamiento, y la interferencia de las compañías aseguradoras. Por último, recuerda que ciertos problemas estructurales de la unidad, como por ejemplo una práctica contable inadecuada, una falta de liderazgo, dificultades en la comunicación y la violación de límites, pueden agravar seriamente la condición de los pacientes. Nuestro ambiente terapéutica presta una atención muy particular a esos fenómenos e intenta paliar sus posibles efectos negativos en las intervenciones y en las supervisiones

Nuestros pacientes, debido a su baja autoestima, no saben cómo pedir ayuda de una manera adecuada, y lo hacen provocando crisis, que obligan al equipo terapéutico a reaccionar. Los profesionales explican a los pacientes que deben aprender a hablar sobre sus sentimientos suicidas y autoagresivos. También les explican que tratan de ser tolerantes pero que esperan un cambio en sus comportamientos. Intentan evitar el sentimiento de omnipotencia de los pacientes cuando provocan reacciones autoagresivas. Los terapeutas prestan especial atención a la hostilidad y la envidia evitando o manejando reacciones terapéuticas negativas.

4.2. Mecanismos terapéuticos

Hemos detectado una serie de mecanismos terapéuticos que ya habían sido mencionados por otros autores en experiencias semejantes. Como Gunderson (Gunderson, 1983) dijo, en los programas de tratamiento propuestos por (Menninger, 1939) y Bettelheim (Bettelheim, 1950), dos factores presentes en el seguimiento del tratamiento en ciertos centros psiquiátricos son reconocidos: “contención” (en el sentido de Bion), que proporciona un sentimiento de seguridad en el dolor, rabia y desesperación infantiles. Las actividades diseñadas para proporcionar esta estructura van desde la organización de un sistema jerárquico de recompensa y privilegio hasta el uso de contratos, programación de reuniones y guías de apoyo para la vida diaria de los pacientes. Autores como Menninger (Menninger, 1939) y Bettelheim (Bettelheim, 1950) elaboraron programas estructurados a través del espacio, actividades, algunos privilegios y contratos y la planificación de actividades diarias. Nuestras unidades, por la media de estancia más corta (50 días) no se prestan a organizaciones tan definidas, pero la necesidad de estructura permanece en los responsables de las unidades

Otros factores son eficaces en nuestras unidades. El “apoyo” de todo lo que puede fomentar la inversión personal del paciente en el tratamiento trata de luchar contra la pasividad para promover la aceptación de la expresión de la patología que permite al paciente asumir su individualidad. En nuestros programas está estipulado que el deseo de soledad del

paciente debe ser respetado. El paciente debe guardar en secreto, sus sentimientos de incapacidad y ciertos síntomas. Insistimos mucho en la “implicación”, mecanismo a través del cual los pacientes son alentados a interactuar con su medio para escapar de la pasividad y colaborar.

Estos mecanismos actúan de una manera específica en cada paciente. Por lo tanto, para un esquizofrénico en una fase aguda, la contención puede ser confusa e impulsiva mientras que puede tener efectos negativos en pacientes crónicos. El apoyo puede resultar de gran ayuda para pacientes depresivos o asustados, pero puede ser peligroso para pacientes con trastornos borderline de la personalidad o para pacientes paranoicos. Proporcionar estructuras puede también ser de ayuda para esquizofrénicos crónicos (como la implicación para esquizofrénicos paranoicos), mientras que un psicótico puede sentirse abrumado por las demandas de la comunidad. La validación puede ser muy útil para pacientes con trastornos borderline de la personalidad y para pacientes paranoicos pero puede resultar muy peligroso para pacientes con tendencias suicidas pero puede conllevar la negligencia de cierto pacientes pasivos o verbosos.

Otro factor terapéutico fundamental e Nuestras unidades de día (Haigh, 1999; Hinshelwood, 1999) es el ya mencionado concepto de la contención, que hace referencia al elemento maternal de estas instituciones. Pero también existe un elemento paternal que consiste en establecer y reforzar los límites y las normas, lo que contradice de alguna manera la noción de permisividad demandada en nuestros programas.

Por otra parte, en las comunidades terapéuticas también existe el pensamiento básico de que el efecto terapéutico más importante procede del propio paciente y no del terapeuta. La falta de simetría entre el terapeuta y el paciente es aceptada, pero la afirmación automática de la superioridad del terapeuta es rechazada.

La vida de nuestras unidades evoluciona constantemente debido a la curiosidad de sus miembros ("*epistemophilic*" pulsion). Esto corresponde al proceso de búsqueda del si mismo descrito como una "*culture of enquiry*" (Main, 1977. Bion denomina en psicoanálisis las relaciones de “curiosidad de investigación” como relaciones “K” (de “knowing”) (Bion,

1959). Este enfoque es el equivalente al de “*community enquiry*”, que, en cada etapa busca saber porque algunas cosas son hechas.

5. RESUMEN

Se presentan los resultados de un programas de psicoterapia de grupo intensiva (cuatro horas diarias, 5 días a la semana), breve (50 días de media), dinámica para pacientes psiquiátricos en los que prevalecían los *borderline* (64%). Los pacientes mejoraron notablemente tanto en síntomas como en adaptación social. Tuvieron una implicación al tratamiento mucho mejor de lo previsto inicialmente vista la frecuencia de abandonos e incumplimientos en este tipo de trastornos.

Palabras clave: psicoterapia grupal breve, eficacia, trastorno borderline

6. BIBLIOGRAFÍA

- Adshead, G. (1998). Psychiatric staff as attachment figures. Understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 172, 64-69.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bettelheim, B. (1950). *Love is not enough*. New York: Free Press.
- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C., & Duggan, C. (2007). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Bion, W. (1959). *Experiences in Groups and other papers*. New York: Basic Books.
- Clarkin, J. F., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 1038-1043.
- Dawson, D. F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *Can J Psychiatry*, 33(5), 370-374.
- Dawson, D. F., & MacMillan, H. L. (1993). *Relationship Management of the Borderline Patient*. New York: Brunner/Mazel.
- Guimón, J. (1998). Thérapie groupale dynamique intensive et brève. *Psychothérapies*, 18(1), 15-21.
- Guimón, J. (2001a). *Intervenciones en Psiquiatría comunitaria* (Vol. 3). Madrid: Core Academic.
- Guimón, J. (2001b). *Introduction aux thérapies de groupe*. Paris: Masson.
- Guimón, J. (2002). Groups in Therapeutic Communities. In F. W. Kaslow & J. J. Magnavita (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy* (Vol. 1, pp. 529-549). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gunderson, J. G. (1983). An overview of modern milieu therapy. In J. G. Gunderson (Ed.), *Principles and practice of milieu therapy*. London: Jason Aronson.
- Gunderson, J. G. et al. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 163-5.

- Hafner, R. J., & Holme, G. (1996). The influence of a therapeutic community on psychiatric disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 461-468.
- Haigh, R. (1999). Psychotherapy for severe personality disorder. Evolution is part of the therapeutic process of therapeutic communities [letter]. *BMJ (England)*, 319(7211), 709-711.
- Hinshelwood, R. D. (1999). Psychoanalytic Origins and Today's Work. The Cassel Heritage. In P. Campling & R. Haigh (Eds.), *Therapeutic Communities. Past, Present and Future*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Hinshelwood, R. D., & Skogstad, W. (1998). The hospital in the mind: the setting and the internal world. In J. Pestalozzi & S. Frisch & R. D. Hinshelwood & D. Houzel (Eds.), *Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings*. London: Karnac.
- Kernberg, O. (1978). Leadership and organizational functioning: Organizational regression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1978(27), 3-25.
- Kernberg, O. (1979). Regression in organizational leadership. *Psychiatry*, 42, 24-39.
- Klein, R. H. (1993). Short-term group psychotherapy. In W. Wilkins (Ed.), *Comprehensive Group Psychotherapy* (pp. 256-270). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Main, T. F. (1977). The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes. *Group Analysis*, 10(Suppl.), 2-16.
- Menninger, W. (1939). Psychoanalytic principles in psychiatric hospital therapy. *Southern Medical Journal*, 32, 354-384.
- Menninger, W. C. (1942). Experiments and educational treatment in a psychiatric institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 6, 38-45.
- Schimmel, P. (1997). Swimming against the tide? A review of the therapeutic
- Springer, T., & Silk, K. R. (1996). A review of inpatient group therapy for borderline personality disorder. *Harvey Review of Psychiatry*, 3(5), 268-278.
- Zanarini, M.C. et al. (2004). Mental Health Service Utilization by Borderline Personality Disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of clinical psychiatry*, 65;1.

