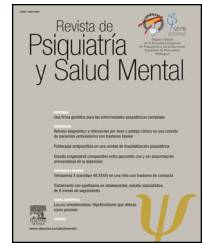


Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Efectividad de un programa terapéutico integrado para trastornos graves de la personalidad. Seguimiento pragmático de 36 meses



Fernando Lana^{a,*}, Carmen Sánchez-Gil^a, Laia Ferrer^b, Nuria López-Patón^c,
Lia Litvan^a, Susana Marcos^a, Ana C. Sierra^d, Joan M. Soldevilla^e,
Guillem Feixas^e y Víctor Pérez^a

^a Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD), Parc de Salut Mar, Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Santa Coloma de Gramenet, Fundación Vidal i Barraquer, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

^c Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Granollers, Servei de Salut Mental, Hospital Sant Joan de Déu, Granollers, Barcelona, España

^d Hospital Miguel Servet, Sector II, Zaragoza, España

^e Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 7 de mayo de 2014; aceptado el 16 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 26 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Trastorno de personalidad;
Trastorno borderline de la personalidad;
Psicoterapia;
Estudio clínico pragmático

Resumen

Introducción: En los últimos 25 años varios estudios han mostrado la eficacia de diversas intervenciones psicológicas para los trastornos graves de la personalidad. Sin embargo, la generalización de estos resultados positivos desde entornos con larga tradición investigadora a condiciones de práctica habitual ha sido cuestionada, reclamándose la replicación en estudios pragmáticos.

Métodos: Este estudio pragmático compara las hospitalizaciones y las visitas a Urgencias antes y durante un programa terapéutico de 6 meses para trastornos graves de la personalidad y 36 meses después del inicio. El programa terapéutico, que integra varias intervenciones específicas en un encuadre coherente, se realizó en un entorno de práctica habitual. Se incluyeron 51 pacientes evaluados de acuerdo con criterios DSM-IV por medio de la versión española de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de la Personalidad (SCID-II).

Resultados: Las características clínicas evidenciaron un grupo de pacientes muy graves, de los que el 78,4% cumplía criterios de trastorno límite de la personalidad. El porcentaje de pacientes hospitalizados y que visitaron Urgencias, así como el número de días de hospitalización y de visitas a Urgencias, se redujo significativamente durante el tratamiento, y esta mejoría se mantuvo en el tiempo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Flanamoliner@parcdesalutmar.cat (F. Lana).

KEYWORDS

Personality disorder;
Borderline
personality disorder;
Psychotherapy;
Pragmatic clinical
study

Conclusiones: Un tratamiento integrado para trastornos graves de la personalidad puede ser efectivo para reducir las readmisiones o las estancias hospitalarias prolongadas cuando es implementado por clínicos en condiciones de práctica habitual.

© 2014 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Effectiveness of an integrated treatment for severe personality disorders. A 36-month pragmatic follow-up

Abstract

Introduction: Over the past 25 years, several studies have shown the efficacy of a number of psychological interventions for severe personality disorders. However, the generalizability of these positive results from long traditional research settings to more ordinary ones has been questioned, requiring a need for replication in pragmatic studies.

Methods: This pragmatic study compares hospitalizations and Emergency Room visits before and during a 6-month therapeutic program for severe personality disorders, and at 36 months after starting it. The therapeutic program, which integrates several specific interventions within a coherent framework, was carried out in an ordinary clinical setting. Fifty-one patients, evaluated according to DSM-IV criteria by using the Spanish version of the Structured Clinical Interview for Personality Disorders (SCID-II), were included.

Results: The clinical characteristics showed a group of severely disturbed patients, of which 78.4% met criteria for borderline personality disorder. The percentage of patients hospitalized and visiting the Emergency Room, as well as the number of days of hospitalization and Emergency Room visits was significantly reduced during the treatment, and this improvement was maintained throughout.

Conclusions: An integrated treatment for severe personality disorders could be effective in preventing reliance on readmissions, or prolonged hospital stays, when it is implemented by clinicians in ordinary clinical settings.

© 2014 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las personas que padecen trastornos de la personalidad (TP) en general y, en particular, un trastorno límite de la personalidad (TLP), presentan con frecuencia psicopatología grave y pobre funcionamiento psicosocial y calidad de vida¹⁻³. Durante muchos años, la dudosa efectividad de los tratamientos disponibles para los TP provocó que algunos clínicos se cuestionaran, incluso, la viabilidad de la atención de estos pacientes en los servicios públicos de salud^{4,5}. En los últimos 25 años varios estudios prospectivos han mostrado la utilidad de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en los TP^{6,7}, tanto en tratamientos ambulatorios^{4,8-20} como en programas de hospital de día (HD)^{1,21-26} o de internamiento^{27,28}. Pese a todos estos avances, aún son muchos los interrogantes asociados al tratamiento de los TP. Así, algunos autores²⁴ se preguntan si la eficacia alcanzada en programas terapéuticos vinculados a centros universitarios con gran experiencia clínica y tradición investigadora es generalizable a los centros que habitualmente tratan TP y reclaman estudios en condiciones de práctica cotidiana^{5,7,24}. Por otro lado, como los TP constituyen un grupo de pacientes muy heterogéneo²⁴ y ninguno de los tratamientos está avalado por una evidencia robusta⁷, varias revisiones de expertos^{29,30} han recomendado un tratamiento integrado de los TP que combine intervenciones efectivas procedentes de

diversos modelos terapéuticos aplicadas de manera estructurada y de acuerdo con un protocolo, si bien la evidencia disponible para este enfoque es escasa^{1,14}. Otra cuestión esencial es la duración del tratamiento^{20,24,31}. La mayoría de las terapias investigadas se prolongan por lo menos un año, lo que condiciona indefectiblemente largas listas de espera. Algunos autores^{2,31} sostienen que la mayor parte de los TP no precisa terapias tan prolongadas, las cuales deberían reservarse para los pacientes más graves. Finalmente, dado que muchos TP presentan un curso crónico, cabe preguntar si los beneficios obtenidos en las diversas terapias persisten con el paso de los años. La información al respecto es escasa, pues son pocos los estudios que realizan un seguimiento de más de 2 años, ya sea en tratamientos ambulatorios^{4,14,20,32}, como en programas de internamiento³³ o de HD^{21,34}.

En nuestro medio, los TP representaban más de un tercio de los reingresos a corto plazo³⁵ (dentro de los 90 días posalta) y la calidad de la continuidad asistencial era baja³⁶. Para intentar mejorar la asistencia de estos pacientes se puso en marcha un programa terapéutico integrado que, si bien aprovechaba los recursos del HD, ofrecía un tratamiento específico en un espacio asistencial diferenciado.

Los objetivos de este trabajo son: a) evaluar la efectividad del programa para reducir las hospitalizaciones reiteradas y/o prolongadas y las visitas recurrentes a

Urgencias, y b) determinar si este beneficio se mantiene a medio-largo plazo durante los 3 años de seguimiento.

Material y métodos

Estudio y diseño

Se trata de un estudio pragmático intrasujetos, pre-post, de los pacientes admitidos en un programa terapéutico integrado para TP con sintomatología psiquiátrica grave y bajo funcionamiento psicosocial (trastornos graves de la personalidad, TGP). Se llevó a cabo en un HD que forma parte de la red de salud mental que provee servicios para una población de unos 299.000 habitantes de un área de salud, Barcelonès-Nord, de la corona metropolitana de Barcelona. La práctica privada del área es escasa y extrahospitalaria, y de acuerdo con las directrices de las autoridades sanitarias, la asistencia médico-psiquiátrica está sectorizada y los pacientes deben ser remitidos a los centros dependientes de esta área de salud. Por tanto, casi la totalidad de las personas con problemas de salud mental son atendidas en estos centros sectoriales. Se realizó una evaluación semestral, a la entrada al programa (T-0) y a los 6 meses (T-1), 12 meses (T-2), 18 meses (T-3), 24 meses (T-4), 30 meses (T-5) y 36 meses (T-6). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local, y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Participantes y procedimiento

La muestra de pacientes fue seleccionada de la totalidad de las derivaciones consecutivas al programa para TGP desde septiembre de 2001 a diciembre de 2006 ($n = 66$). Los criterios de inclusión para acceder al programa eran: a) cumplir los criterios del DSM-IV³⁷ para el TLP; b) si no se cumplían los criterios para TLP, cumplir los criterios del DSM-IV³⁷ para otro TP, y además presentar autolesiones, conducta suicida o conductas impulsivas en al menos 2 áreas (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida) de las recogidas en el criterio 4 del TLP del DSM-IV³⁷; c) puntuar 50 o menos en la Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM-IV³⁷ (EEAG), y d) no tener que abandonar estudios o trabajo para incorporarse al tratamiento. Los criterios de exclusión implicaban cumplir criterios del DSM-IV³⁷ para: a) esquizofrenia; b) trastorno bipolar I; c) retraso mental, y d) trastorno por consumo de sustancias, en este caso, solo si existían trastornos de conducta que interferían con el tratamiento. Todos los pacientes fueron evaluados por un terapeuta de referencia, asignado de manera sucesiva, mediante entrevista clínica de acuerdo con los criterios del DSM-IV³⁷. El protocolo de evaluación incluía una encuesta sociodemográfica, la EEAG del DSM-IV³⁷ y la entrevista semi-estructurada versión española para el eje II³⁸ (SCID-II). Se excluyeron 2 casos por cumplir criterios de esquizofrenia, y otro, criterios de trastorno bipolar I. En 12 de los 63 casos restantes, los 7 pacientes admitidos en 2001 y la mitad de los admitidos en 2002, no se pudo administrar el SCID-II debido a problemas relacionados con la puesta en marcha del programa. Así, la muestra final incluyó 51 pacientes diagnosticados de TP. Dieciséis pacientes (31,4%) abandonaron el programa (12 pacientes, 23,5%, durante los primeros

4 meses); todos ellos fueron incluidos en el análisis. Durante el periodo de tratamiento falleció un paciente como consecuencia de autolesiones, y 17 meses después de finalizar el mismo un paciente se suicidó; en ambos casos se arrastraron las últimas observaciones.

Intervención: el programa terapéutico integrado para trastornos graves de la personalidad

El programa para TGP es un tratamiento integrado multi-componente que adopta como marco general organizativo las 4 estrategias terapéuticas generales propuestas por Lyvesley³⁹, y que combina técnicas efectivas procedentes de diferentes modelos terapéuticos. El programa ofrece tratamiento durante 6 meses a hombres y mujeres de 18 a 55 años. Todos los pacientes presentan un TP, la mayoría un TLP, con un funcionamiento general bajo y trastornos de conducta graves, especialmente conducta suicida y autolesiones. Antes y después del alta los pacientes reciben tratamiento psiquiátrico estándar. Después de una completa descripción del programa, todos los pacientes y el terapeuta de referencia, en nombre del equipo, firman un acuerdo terapéutico que conlleva unos compromisos mínimos por ambas partes. El programa, desarrollado de lunes a viernes, consta de diversas intervenciones de grupo semanales: a) grupo de entrenamiento en habilidades (2 h y media), basado en la terapia dialéctico-conductual⁴⁰ (TDC); b) terapia relacional (1 h y media), fundamentada en la terapia basada en la mentalización⁴¹ (TBM); c) grupo de manejo del estrés (2 h), y d) grupo psicoeducativo (1 h y media). Además, incluye: e) terapia individual una vez a la semana, psicoterapia psicodinámica de apoyo⁴² o TDC⁴², dependiendo del enfoque del terapeuta; y con la frecuencia que necesite cada paciente: f) revisión de la medicación; g) consulta de Enfermería, y h) consulta telefónica (de lunes a viernes de 9 a 16 horas). La psicoterapia de grupo se realiza en coterapia por personal de Enfermería y/o por los psicoterapeutas. La psicoterapia individual la realiza un equipo de 4 psicoterapeutas con más de 10 años de entrenamiento y dilatada experiencia psicoterapéutica en centros públicos. Una vez a la semana, la totalidad del equipo realiza una reunión de supervisión (1 h y media).

Variables de resultado y fuentes de información

La medida de resultado principal fue la necesidad de hospitalización, evaluada como variable dicotómica (presente o ausente) y como variable de recuento (número de ingresos) en cada periodo. Otras variables de resultado fueron la duración de la hospitalización (número de días) y la urgencia psiquiátrica, evaluada también como variable dicotómica (presente o ausente) y como variable de recuento (número de urgencias). Las evaluaciones se realizaron antes de la entrada en el programa o evaluación basal (T0, incluye los 6 meses previos al inicio del tratamiento), después de los 6 meses de tratamiento (T1) y cada 6 meses hasta completar el seguimiento de 36 meses (T2, incluye los meses 7 al 12 desde el inicio del tratamiento; T3, los meses 13 al 18; T4, los meses 19 al 24; T5, los meses 25 al 30; T6, los meses 31 al 36). Durante el tratamiento se preguntó a los pacientes por la utilización de servicios. Además, se

realizó una búsqueda individual en la base de datos del hospital para obtener información sobre hospitalizaciones y visitas a Urgencias antes del tratamiento, durante el mismo y a lo largo del seguimiento. Los datos se comprobaron con las anotaciones en la historia clínica y se preguntó a los profesionales de los centros que atendieron a los pacientes durante el seguimiento.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS® versión 21.0. Las variables continuas y de cuentas se describieron por medio de la media y la desviación estándar (DE), y las variables categóricas, mediante la frecuencia absoluta y el porcentaje. Todas las variables de resultado se analizaron mediante un análisis por intención de tratar. Para el análisis del cambio a lo largo del seguimiento se utilizó el procedimiento de ecuaciones de estimación generalizadas, el cual amplía el modelo lineal generalizado para el análisis de medidas repetidas. Las ecuaciones de estimación generalizadas tienen en cuenta que los mismos pacientes son medidos repetidamente y utiliza todos los datos disponibles, independientemente del número de medidas repetidas⁴³. Para el análisis se utilizó una estructura de correlación intercambiable, que asume que la correlación entre las medidas consecutivas es la misma, independientemente del tiempo entre las medidas. Para cada variable de resultado se llevó a cabo un análisis de ecuaciones de estimación generalizadas, donde la variable dependiente era la correspondiente medida de resultado (dicotómica, de recuento o continua), mientras que las 6 variables ficticias (dummy) que se crearon para indicar el tiempo se utilizaron como variable independiente. La evaluación basal se utilizó como categoría de referencia. El coeficiente de regresión (B), junto con el error estándar y el intervalo de confianza al 95% de cada variable ficticia, se utilizó para estimar el efecto del tratamiento entre la evaluación basal (T0) y el seguimiento (T1 a T6). Para cuantificar la diferencia entre las medias de las variables de resultado continuas se calculó el tamaño del efecto como la diferencia entre la media basal y la última media (T6), dividido por la DE basal⁴⁴. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados

Descripción de la muestra

En la evaluación basal los pacientes tenían una edad media de 33,4 años (DE=9,2), 31 (60,8%) eran mujeres, el nivel educativo alcanzado era bajo (el 59% no tenía estudios secundarios), y el 100% no trabajaba ni estudiaba (tabla 1). En cuanto al diagnóstico de TP en el eje II, 40 (78,4%) cumplían criterios de TLP, 3 (5,9%) de TP no especificado, 2 (3,9%) de TP por dependencia, 2 (3,9%) de trastorno paranoide de la personalidad, 2 (3,9%) de trastorno esquizotípico de la personalidad, uno (2,0%) de trastorno narcisista de la personalidad y otro (2,0%) de TP por evitación. Además, se trataba de una muestra con sintomatología grave, como reflejan las características clínicas de la

Tabla 1 Variables sociodemográficas y clínicas

Variable	n	%
Género		
Mujer	31	60,8
Estado civil		
Soltero	28	54,9
Casado/pareja	14	27,5
Viudo	3	5,9
Separado/divorciado	6	11,8
Convivencia		
Con la familia de origen	34	66,7
Con la familia propia	13	25,5
Solo	4	7,8
Nivel académico alcanzado		
Estudios universitarios	4	7,8
Estudios secundarios	17	33,3
Graduado escolar	16	31,4
Sin graduado escolar	14	27,5
Situación laboral		
No trabaja	19	37,3
Incapacidad laboral transitoria	20	39,2
Pensión por enfermedad	7	13,7
Pensión no contributiva	5	9,8
Características clínicas		
Intento de suicidio	41	80,4
Autolesiones	33	64,7
Conducta heteroagresiva	16	31,4
Sintomatología psicótica transitoria	23	45,1
Trastornos del estado de ánimo	45	88,2
Trastornos de ansiedad	35	68,6
Trastornos por consumo de sustancias	28	54,9
Trastornos de la conducta alimentaria	14	27,5

tabla 1, y funcionamiento general bajo: puntuación media en la EEAG de 39,3 (DE=4,4).

Variables de resultado

El porcentaje de pacientes hospitalizados (tabla 2) disminuyó significativamente del 62,7%, en los 6 meses previos al inicio del programa (T0), al 19,6% tras el periodo de 6 meses de tratamiento (T1), y esta reducción (fig. 1) se mantuvo significativamente estable ($p < 0,0001$) en los 6 meses previos

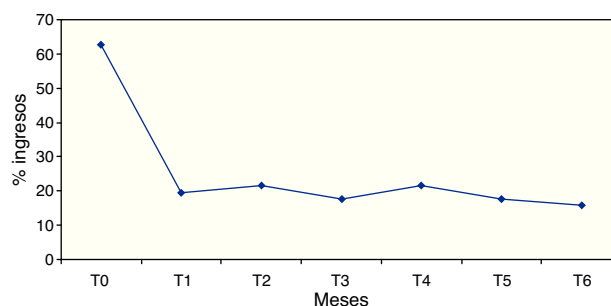


Figura 1 Evolución de las hospitalizaciones (36 meses).

Tabla 2 Variables de resultado

Hospitalización psiquiátrica										
T	Pacientes hospitalizados					Número de ingresos				
	n	%	B (EE)	IC 95%	p	M	DE	B (EE)	IC 95%	p
T0	32	62,7	-	-	-	1,20	1,33	-	-	-
T1	10	19,6	-1,93 (0,36)	-2,64/-1,22	0,0001	0,29	0,67	-1,40 (0,30)	-1,99/-0,82	0,0001
T2	11	21,6	-1,81 (0,37)	-2,54/-1,08	0,0001	0,31	0,68	-1,34 (0,30)	-1,93/-0,75	0,0001
T3	9	17,6	-2,06 (0,38)	-2,80/-1,32	0,0001	0,24	0,55	-1,63 (0,29)	-2,19/-1,06	0,0001
T4	11	21,6	-1,81 (0,37)	-2,54/-1,08	0,0001	0,31	0,68	-1,34 (0,27)	-1,86/-0,82	0,0001
T5	9	17,6	-2,06 (0,41)	-2,86/-1,26	0,0001	0,29	0,73	-1,40 (0,34)	-2,06/-0,74	0,0001
T6	8	15,7	-2,20 (0,43)	-3,04/-1,37	0,0001	0,29	0,86	-1,40 (0,35)	-2,08/-0,72	0,0001

Días de hospitalización					
T	M	DE	B (EE)	IC 95%	p
T0	25,9	29,5			
T1	4,8	12,7	-21,16 (3,96)	-28,92/-13,39	0,0001
T2	6,4	15,7	-19,55 (3,84)	-27,08/-12,02	0,0001
T3	8,8	23,5	-17,18 (4,43)	-25,86/-8,50	0,0001
T4	4,1	9,9	-21,86 (3,83)	-29,37/-14,35	0,0001
T5	5,1	14,8	-20,82 (3,25)	-27,20/-14,45	0,0001
T6	3,5	9,8	-22,41 (3,54)	-29,35/-15,48	0,0001

Urgencia psiquiátrica										
T	Pacientes					Número de urgencias				
	n	%	B (EE)	IC 95%	p	M	DE	B (EE)	IC 95%	p
T0	31	60,8	-	-	-	1,73	2,05	-	-	-
T1	20	39,2	-0,88 (0,41)	-1,68/-0,08	0,032	0,71	1,27	-0,89 (0,26)	-1,41/-0,38	0,001
T2	22	43,1	-0,72 (0,34)	-1,34/-0,05	0,035	0,92	1,43	-0,63 (0,26)	-1,14/-0,12	0,016
T3	17	33,3	-1,13 (0,38)	-1,88/-0,38	0,003	0,67	1,14	-0,95 (0,26)	-1,46/-0,45	0,0001
T4	19	37,3	-0,96 (0,36)	-1,67/-0,25	0,008	1,00	1,85	-0,55 (0,26)	-1,04/-0,05	0,032
T5	18	35,3	-1,04 (0,33)	-1,70/-0,39	0,002	0,59	0,94	-1,08 (0,25)	-1,56/-0,59	0,0001
T6	15	29,4	-1,31 (0,34)	-1,98/-0,65	0,0001	0,63	1,28	-1,01 (0,28)	-1,56/-0,46	0,0001

B: coeficiente de regresión; DE: desviación estándar; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; M: media; P: valor de probabilidad p; T0: incluye los 6 meses previos al inicio del tratamiento; T1: incluye los 6 meses de tratamiento; T2: meses 7-12 desde el inicio del tratamiento; T3: meses 13-18; T4: meses 19-24; T5: meses 25-30; T6: meses 31-36.

a cada evaluación (T2-T6). De la misma forma, el número medio de ingresos se redujo tras el tratamiento y permaneció estable durante el seguimiento. No solo los pacientes ingresaron en menor proporción y en menos ocasiones, sino que esta mejoría también se tradujo en un descenso de la estancia hospitalaria desde 25,9 días en T0 (DE = 29,5) a 3,5 días en T6 (DE = 9,8), con un tamaño del efecto de 0,8. En cuanto a la urgencia psiquiátrica, tanto el porcentaje de pacientes que la visitó como el número de urgencias mejoró significativamente, pero la reducción fue menor y más irregular a lo largo del seguimiento. Así, en algunos puntos (T3, T5 y T6) la mejoría fue muy significativa, y en otros (T2), solo ligera (tabla 2 y fig. 2).

Discusión

Los resultados indican que en una muestra de pacientes diagnosticados mayoritariamente de TLP, de bajo nivel sociocultural, clínicamente muy graves y con un

funcionamiento pobre, un tratamiento multicomponente que integra técnicas efectivas procedentes de diferentes modelos terapéuticos dentro de un encuadre coherente y estructurado reduce significativamente los reingresos

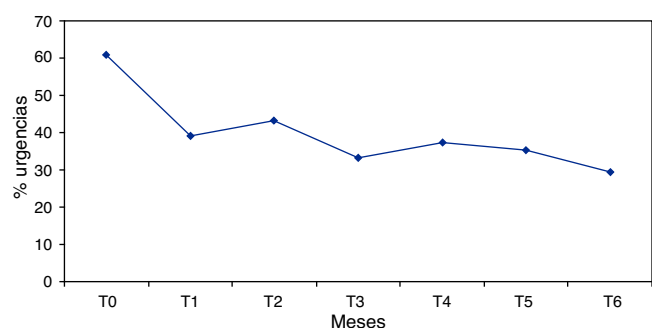


Figura 2 Evolución de las urgencias (36 meses).

psiquiátricos y las visitas reiteradas a Urgencias, y estos beneficios se mantienen en el tiempo.

La prevalencia de conductas auto y heteroagresivas y de consumo de sustancias, previa al inicio del tratamiento, fue de las más elevadas entre los estudios que investigan diversas psicoterapias tanto en los TP en general, como en el TLP en particular^{1,8-26}. La prevalencia de síntomas psicóticos transitorios también fue destacable. Este dato, aunque es un criterio del DSM, lo facilitan pocos estudios^{1,23}, cuando, como subrayan varios autores^{23,24}, la combinación de impulsividad y síntomas paranoides complica el ya difícil tratamiento de estos pacientes. El porcentaje basal de ingresos psiquiátricos también se ha asociado a la severidad de los TP admitidos a tratamiento, como se constató en 2 estudios realizados en Londres con la TBM. En el primero²³, implementado en HD con una muestra clínicamente más grave, cerca del 90% de los pacientes fue ingresado durante el año previo a la terapia, mientras que en el segundo¹², realizado ambulatoriamente, este porcentaje no llegó al 29% durante los 6 meses previos. Asimismo, la gravedad clínica de la muestra se reflejó por un nivel de funcionamiento global muy bajo. Karterud et al.²⁴ consideran que los TP con un funcionamiento más alto son subsidiarios de tratamiento ambulatorio, mientras que aquellos con una puntuación inferior a 50 en la EEAG podrían beneficiarse de HD. Sin embargo, si la EEAG es inferior a 40, el tipo de tratamiento ofrecido en HD debería ser cualitativa y cuantitativamente distinto, en la línea del propuesto por Bateman y Fonagy²³.

Durante la estancia en el programa se redujeron sensiblemente las admisiones psiquiátricas y la menos deseable de las consultas no programadas, la urgencia hospitalaria. Desde el punto de vista asistencial se trata de un resultado muy eficiente, pues, sin coste adicional, se modificó la conocida tendencia de los TP en general y de los TLP en particular, a los reingresos breves y recurrentes y/o a las hospitalizaciones prolongadas. No obstante, aunque algunos autores consideran que la frecuencia de episodios de hospitalización constituye una razonable aproximación a la conducta suicida grave, y la frecuencia de visitas a Urgencias una aproximación a las autolesiones severas^{12,34}, la reducción de las hospitalizaciones y las urgencias no garantiza una mejoría clínica global. Con todo, se trata de 2 variables de gran valor asistencial y pragmáticas. Es destacable que en el semestre posalta, coincidiendo con una reducción sensible de las horas de tratamiento, se produjera un repunte de los ingresos y, sobre todo, de las urgencias. Los resultados apuntan también que los efectos beneficiosos pueden perdurar en el tiempo, incluso con pacientes graves y cuando se utilizan medidas de resultado que no dependen de juicios subjetivos. Obviamente, el mantenimiento de la mejoría no puede atribuirse solo al programa para TGP, pero es probable que el tratamiento psiquiátrico habitual, después del paso por el mismo, resultara más efectivo de lo que había sido previamente.

En los últimos años, algunos autores^{5,7,24,45} han indicado la necesidad de realizar estudios pragmáticos para evaluar si la efectividad alcanzada en los estudios controlados es reproducible en condiciones de práctica habitual, pues la información disponible es escasa^{5,31}. En este estudio, los datos se recogieron como parte de la rutina asistencial habitual, lo cual reforzaría la validez externa del

mismo. No obstante, un programa multicomponente, que requiere intervenciones propias de TDC, TBM, manejo del estrés, psicoeducación, psicoterapia dinámica de apoyo, control farmacológico, consulta de Enfermería y consulta telefónica, comporta un tratamiento complejo difícilmente reproducible en el medio asistencial habitual. Sin embargo, si se piensa detenidamente, estas intervenciones, con excepción de los grupos basados en la TDC y TBM, se realizan habitualmente en diversos HD, incluida la psicoterapia individual. Por otro lado, el manual de entrenamiento en habilidades de la TDC explica que el grupo de habilidades TDC se puede combinar con TDC individual o con otro modelo de terapia individual, y que este grupo pueden conducirlo residentes de Psiquiatría, trabajadores sociales y enfermeras⁴⁰. Tampoco la terapia de grupo de la TBM requiere una formación extraordinaria, y en Londres la realiza Enfermería²³. El grupo relacional de este programa introdujo diversas técnicas TBM, si bien lo fundamental, como subrayan Bateman y Fonagy⁴¹, fue cambiar la actitud terapéutica hacia una actitud de mentalización. Posiblemente, la mayor dificultad para implementar un programa de este tipo sea generar una actitud crítica que facilite la aplicación estructurada y protocolizada de estrategias terapéuticas eficaces, y mantener el compromiso, la supervisión y la cohesión del equipo.

En cuanto a la duración del tratamiento, los resultados apuntan a que un programa más breve de lo habitual, incluso con TP graves, podría ser suficiente para ayudar a un elevado porcentaje de pacientes, como sostienen diversos autores^{2,24,31}, que abogan por optimizar la eficiencia de las terapias. Los tratamientos para TP es importante que sean eficaces, pero también que sean viables y accesibles. De lo contrario, como son más eficaces sobre los síntomas más agudos que sobre el funcionamiento general^{14,31,32,34}, puede darse la paradoja de que cuando el paciente consulta, generalmente cuando presenta síntomas más impulsivos, sea asignado a una extensa lista de espera, justo en el momento en que la terapia podría ser más efectiva. Por su parte, el porcentaje de pacientes que abandonó el tratamiento no se puede comparar con el de intervenciones más prolongadas, pero a los 4 meses fue similar al descrito por otros programas de TP en HD cuatrimestrales^{1,24}.

Por último, los resultados evidencian que un abordaje terapéutico integrador puede ser efectivo. La necesidad de integrar diversos modelos psicoterapéuticos también es una situación real que puede encontrarse cotidianamente en los centros de la red de salud mental, pues no siempre será posible formar a todo un equipo en el mismo modelo terapéutico o, incluso, puede que no todos los profesionales estén dispuestos a ello. Asimismo, algunos autores³⁹ consideran que un programa integrado por varias intervenciones, si se aplica dentro de un encuadre coherente y estructurado, puede reducir la resistencia al cambio, el temor anticipatorio y, como consecuencia, inducir una ansiedad vincular menor.

El estudio tiene varias limitaciones. La principal es la ausencia de un grupo control, y, por consiguiente, los resultados podrían solo mostrar la evolución natural de los TP. En este sentido, los estudios de seguimiento naturalístico del TLP⁴⁶ evidencian una remisión espontánea de los síntomas impulsivos, los que más se podrían asociar al ingreso y la urgencia psiquiátrica, en 2-4 años. Sin embargo, en el

único estudio controlado con asignación aleatoria y seguimiento a largo plazo realizado en Londres en HD^{34,47}, con una muestra de TLP de gravedad similar a la aquí investigada, la evolución de los ingresos psiquiátricos en los pacientes que realizaron tratamiento habitual, lejos de mejorar paulatinamente, empeoró y, además, fue muy irregular. Así, el porcentaje de hospitalizaciones de los pacientes en tratamiento habitual⁴⁷, cuya impulsividad también tendría que ir mejorando a partir de los 24 meses, fue del 36,8% al llegar a ese periodo, del 36,8% a los 30 meses y del 73,7% a los 36 meses de iniciado el tratamiento. Algo similar sucedió con la estancia media hospitalaria, que se situó alrededor de 12 días a los 6 meses de tratamiento, 4 días a los 12 meses, 21 días a los 18 meses, 6 días a los 24 meses, 13 días los 30 meses y 16 días a los 36 meses. Otra limitación radica en que no se pudo registrar de manera fiable la evolución de los intentos de suicidio y las autolesiones. Tampoco se pudieron utilizar escalas de evaluación, excepto las administradas como parte de la rutina asistencial, si bien estos instrumentos no se utilizan habitualmente en la práctica cotidiana. Por otro lado, el estudio tiene varias fortalezas que derivan del diseño pragmático, de la utilización de medidas de resultado que no dependen de juicios subjetivos, y del seguimiento de 36 meses.

Se puede concluir que, en condiciones de práctica habitual, el tratamiento de los TGP puede resultar efectivo y eficiente cuando es implementado de acuerdo con estrategias terapéuticas que adaptan intervenciones basadas en la evidencia³⁹, y los beneficios se mantienen en el tiempo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores no refieren ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 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;50:1326–30.
- Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120:373–7.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coord. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: AIAQS, Generalitat de Catalunya; 2011.
- Stevenson J, Meares R, D'Angelo R. Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychol Med.* 2005;35:79–87.
- Lana F, Fernández-San Martín MI. ¿Hasta qué punto las psicoterapias específicas para el trastorno límite de la personalidad son eficaces? Una revisión sistemática de los estudios controlados aleatorizados publicados. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41:242–52.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *Br J Psychiatr.* 2000;177:138–43.
- Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD005652, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;48:1060–4.
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:649–58.
- Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord.* 2006;20:450–65.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg O. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multi-wave study. *Am J Psychiatry.* 2007;164:922–8.
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166:1355–64.
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2010;196:389–95.
- McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2012;169:650–61.
- Jorgensen CR, Freund C, Bøye R, Jordet H, Andersen D, Kjølbbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:305–17.
- Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, et al. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2008;165:468–78.
- Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther.* 2009;47:353–8.
- Nysaeter TE, Nordahl HM, Havik OE. A preliminary study of the naturalistic course of non-manualized psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: Patient characteristics, attrition and outcome. *Nord J Psychiatry.* 2010;64:87–93.
- Andión O, Ferrer M, Matali J, Gancedo B, Calvo N, Barral C, et al. Effectiveness of combined individual and group dialectical behavior therapy compared to only individual dialectical behavior therapy: A preliminary study. *Psychotherapy.* 2012;49:241–50.

20. Antonsen BT, Klungsøyr O, Kamps A, Hummelen B, Johansen MS, Pedersen G, et al. Step-down versus outpatient psychotherapeutic treatment for personality disorders: 6-year follow-up of the Ulleval personality project. *BMC Psychiatry*. 2014;14:119.
21. Mehlum L, Friis S, Irion T, Johns S, Karterud S, Vaglum P, et al. Personality disorders 2-5 years after treatment: A prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84:72-7.
22. Piper WE, Rosie JS, Azim HFA, Joyce AS. A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:757-63.
23. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1563-9.
24. Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, Brabrand J, Friis S, Haaseth O, et al. Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *J Pers Disord*. 2003;17:243-62.
25. Yen S, Johnson J, Costello E, Simpson EB. A 5-day dialectical behavior therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: Predictors of outcome from a 3-month follow-up study. *J Psychiatr Pract*. 2009;15:173-82.
26. Bales D, van Beek N, Smits M, Willemsen S, Busschbach JJ, Verheul R, et al. Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization based-treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *J Pers Disord*. 2012;26:568-82.
27. 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;51:893-8.
28. Kleindienst N, Limberger MF, Schmahl C, Steil R, Ebner-Priemer UW, Bohus M. Do improvements after inpatient dialectical behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196:847-51.
29. Livesley WJ. An integrated approach to the treatment of personality disorder. *J Ment Health*. 2007;16:131-48.
30. De Groot ER, Verheul R, Trijsburg RW. An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2008;22:332-52.
31. Paris J. Stepped care: An alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*. 2013;64:1035-7.
32. Davidson K, Tyrer P, Norrie J, Palmer SJ, Tyrer H. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: Prospective 6-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 2010;197:456-62.
33. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. Six-year follow-up of three treatment programs to personality disorder. *J Pers Disord*. 2006;20:493-509.
34. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 2008;165: 631-8.
35. Lana F, Fernández San Martín M, Vinué JM. La variabilidad en la práctica médico-psiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32:340-5.
36. Lana F, Vinue JM. Referral to aftercare and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2004;55: 193.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D. C.: APA; 1994.
38. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB, Smith L. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. (SCID-II). Barcelona: Masson; 1999.
39. Livesley WJ. A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23:211-32.
40. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorders. New York: The Guilford Press; 1993.
41. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorders. Oxford: Oxford University Press; 2006.
42. Appelbaum A.H. Supportive psychotherapy. En: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editores. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 335-46.
43. Liang KY, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. 1986;73:13-22.
44. Durlak JA. How to select, calculate, and interpret effect sizes. *J Pediatr Psychol*. 2009;34:917-28.
45. Christensen NB, Toft J, Petersen B, Lien K. Psychotherapeutic day treatment of patients with severe personality disorders. Results from the first two years. *Ugeskr Laeger*. 2007;169: 55-8.
46. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162:883-9.
47. 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.