

Factores de Cambio en un Programa Terapéutico de Hospitalización Diurna para Trastornos Graves de la Personalidad: Visión de los Terapeutas

Change Factors in a day-treatment Program for Personality Disorders

C. Martínez^(*), P. Tapia^(*) & C. Astudillo^(**)

Resumen

Los tratamientos de día para pacientes con trastorno de personalidad han adquirido mayor fuerza en la última década debido a los esfuerzos por desarrollar tratamientos con mejor costo-efectividad. Los resultados de múltiples investigaciones en el tema han sido auspiciosos, aunque sin total claridad acerca de los ingredientes activos que contribuirían al cambio logrado. Con el fin de comprender la forma en que actúan estos tratamientos sobre el cambio terapéutico, este trabajo analiza la visión subjetiva de los terapeutas sobre la contribución particular y de conjunto de las diversas actividades que conforman uno de estos programas. Utilizando metodología cualitativa, los resultados muestran el énfasis en la capacidad de reflexión y en la nominación de las emociones como dos aspectos esenciales que podrían contribuir al cambio en estos pacientes. Se discuten los datos por las implicancias que tienen para las técnicas utilizadas en el programa.

Palabras Clave: Trastornos de Personalidad; Tratamientos de día; Factores de cambio.

Abstract

Day treatment for personality disorders has grown in popularity over the last decade due to efforts developing more cost-effective treatments. The results, so far, have been favorable to day programs, although without total understanding about the factors that contribute to change. In order to understand the form in which these processes act upon therapeutic change, this work analyzes the subjective vision of the therapists on the particular contribution and assembly of the diverse activities that conform one of these programs. Using qualitative methodology, results underscore reflect capacity and emotion recognition as two essential skills which would contribute to patient change. We discuss these results and their implications for the technique used in these programs.

Key Words: Personality disorders; Day treatment; Change factors.

^(*) Psicólogos, docentes de la Escuela de Psicología de la Universidad del Desarrollo. Unidad de Psicoterapia Dinámica, Instituto Psiquiátrico "Dr. José H. Barak". e-mail: claumagu@terra.cl

^(**) Titulada de psicología, Universidad del Desarrollo

Introducción

Desde siempre los trastornos de la personalidad¹ han sido una dificultad y un desafío para la psiquiatría y la psicología clínica. Controversias en su clasificación y diagnóstico junto a los problemas con el tratamiento han hecho de esta área de la psicopatología un ámbito permanente de investigación y discusión teórica que no siempre han arrojado luz sobre sus características. Al mismo tiempo, su gran prevalencia la convierte en un área de interés para clínicos e investigadores acerca de su tratamiento.

A diferencia de lo que ocurre con las llamadas patologías mayores, donde la psiquiatría biológica exhibe crecientes logros, hasta ahora, no se ha logrado demostrar para los desordenes de personalidad un tratamiento que tenga un porcentaje significativo de efectividad. La psicofarmacología, siguiendo un criterio dimensional, sólo ha logrado dar cuenta de sus síntomas o manifestaciones clínicas, utilizando combinaciones diversas entre estabilizadores del ánimo, ansiolíticos, antipsicóticos típicos o atípicos y antidepressivos. Por su parte, hoy sabemos que la psicoterapia tiene un importante rol en el tratamiento de esta patología y su combinación con fármacos suele ser la habitual indicación (Sederer; 2000; Stone, 2000). Empero, si bien la modalidad de terapia individual ha sido la más utilizada, los altos niveles de deserción y el intenso compromiso personal que conlleva, hace que los terapeutas eviten los tratamientos con estos pacientes.

La literatura sobre investigación empírica en psicoterapia dentro de esta área ha cre-

cido significativamente en la última década, pero con múltiples problemas metodológicos que reducen la validez de sus conclusiones (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Tyrer, 2003; Gabbard, 2000, 2001; Livesley, 2000). Algunas evidencias sobre efectividad de la psicoterapia individual ambulatoria con estos pacientes han demostrado significativas mejorías tanto con un enfoque cognitivo-conductual (Linehan, Armstrong & Suarez, et al., 1991; Linehan, 1993) como psicoanalítico (Clarkin, et al., 2001; Stevenson & Meares; 1992). En un reciente meta-análisis realizado en la Universidad de Gottingem, Alemania (Leichsenring & Leibing, 2003), los autores concluyen que las terapias psicodinámicas y las terapias cognitivo conductuales serían tratamientos efectivos para los desordenes de personalidad. A pesar de lo pequeño de las muestras utilizadas y no ser siempre diseños controlados, los tamaños de efecto² (effect size) en estos estudios alcanzaron valores entre 1.08 y 1.56, con mayores logros en tratamientos prolongados que aquellos con tiempo más breve.

Tratamientos De Día

En los últimos años los programas de día han ampliado el repertorio de tratamientos posibles con estos pacientes. La literatura muestra que las investigaciones empíricas se han multiplicado y que hay una creciente evidencia acerca de las bondades de estos tratamientos, tanto en su efectividad como en las ventajas comparativas que tendrían en la relación costo-beneficio. (Bateman & Fonagy, 2003; Pilkonis, Neighbors & Corbitt, 1999, citado en Ogrodniczuk & Piper, 2001).

¹ De aquí en adelante se utilizará el nombre genérico "trastornos de personalidad" o "personality disorders", haciendo referencia a los criterios del DSM-IV (1995). Los programas están dirigidos, en general, a los trastornos de personalidad en sentido amplio, pero con énfasis en la conducta disfuncional o disruptiva que suele asociarse con el cluster B de dicha clasificación.

² "Effect size" o "tamaño de efecto" es la medida habitual utilizada por los estudios de metanálisis para reportar resultados globales de las investigaciones revisadas (para mayor información ver Ray & Shadish, 1996),

Se han identificado tres categorías de hospitalización parcial: Los programas de *hospital diurno* (step-down units), que se han creado para el tratamiento de pacientes que están cursando una fase aguda o de crisis en su patología, pero que no tienen indicado una hospitalización completa. En ellos se focaliza en ayudarles en su adaptación durante el período de crisis (e.g. trastornos de la personalidad descompensados). También ha sido usado para el tratamiento o rehabilitación de individuos en transición desde una hospitalización completa hacia el alta (Chiesa & Fonagy, 2003; Ogrodniczuk & Piper, 2001). El *cuidado de día o unidades de rehabilitación*, como se les conoce en Chile, ofrecen una modalidad sin límite de tiempo, con rehabilitación y cuidado para pacientes que sufren una discapacidad psíquica severa y permanente. Aunque puede incluir algunos trastornos de personalidad, los usuarios más habituales son esquizofrénicos (Azim, 2001). Finalmente, los programas de *tratamiento de día* están diseñados con un funcionamiento de tiempo limitado y ofrecen un tratamiento intensivo y de rehabilitación para pacientes con trastornos graves de la personalidad. Es una aproximación ambulatoria que ofrece un servicio clínico estructurado y con un ambiente terapéutico estable (Ogrodniczuk & Piper, 2001). Habitualmente estos programas utilizan como estrategias de tratamiento la psicoterapia de grupo, talleres en modalidad grupal, como pueden ser arte-terapia, terapia corporal, terapia ocupacional, etc. También se incluyen elementos psiquiátricos tradicionales y algunos incorporan la psicoterapia individual. Los aspectos psicoterapéuticos pueden combinar estrategias psicodinámicas orientadas al insight, como también técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a la adaptación más racional y estructurada. Intervenciones fami-

liares y de pareja también pueden ser utilizadas, si las condiciones lo permiten. Las metas de tales programas incluyen la reducción de trastornos conductuales, alivio de síntomas, modificación de rasgos maladaptativos del carácter, facilitar la integración de aspectos de la personalidad y búsqueda de una mejor adaptación en la convivencia interpersonal y social (Azim, 2001; Bateman & Fonagy, 1999, 2001; Miller, 1993; Ogrodniczuk & Piper, 2001; Piper, Rosie, Joyce, & Azim, 1996).

Efectividad de los programas de día

En la última década son numerosos los estudios empíricos sobre la utilidad de los tratamientos de día, la mayoría focalizados en los resultados, ya sea de grupos dependientes, como también, los menos, con comparaciones controladas. Otro grupo de investigaciones se ha focalizado en detectar variables que puedan ser predictivas de los resultados, tanto positivos como del abandono de los pacientes de estos programas (Ogrodniczuk & Piper, 2001).

Entre aquellas investigaciones con grupos dependientes (cohorte), destaca el de Vaglum, et al. (1990) en Oslo, Noruega, quienes hicieron un estudio prospectivo con 97 pacientes con trastorno de personalidad tratados en un programa de hospital de día psicodinámicamente orientado. En promedio, el tratamiento duró 6 meses y con un porcentaje de deserción de un 38%. Los resultados medidos con una escala de síntomas (SCL90) y una escala global de salud mental, mostraron que los mejores logros los obtuvieron aquellos pacientes del Cluster C³, logros más modestos mostraron aquellos diagnosticados en el Cluster B y logros aún más moderados pacientes del Cluster

³ La nomenclatura de "cluster" es la manera habitual de reportar estudios donde se ha utilizado la clasificación del DSM como guía. Se refiere a que en dicha clasificación los trastornos de personalidad están divididos en tres cluster o grupos (A, B o C). Para detalles ver DSM-IV (1995).

A. Los autores concluyen que el programa permite reducir sustancialmente el tiempo promedio de hospitalización de los pacientes (Karterud, et al., 1992).

En un programa de orientación psicodinámica y autodeclarado feminista, con un importante acento en la dimensión psicosocial, se informa de efectividad en todas las medidas de resultados (SCL-90; GAS; etc.) utilizadas con 31 pacientes con trastorno de personalidad, tratados en un programa de día semi-residencial. Los logros se mantuvieron en un seguimiento a los dos años del alta (Krawitz, 1997). La autora comenta que la utilización de la dimensión psicosocial puede ser muy pertinente, dado las dificultades de adaptación social de estos pacientes.

Entre los pocos estudios controlados que existen, destacan los trabajos del grupo de Edmonton, Alberta (Piper, et al., 1993, 1996), quienes encontraron efectos significativos de un tratamiento de 18 meses en un hospital de día con pacientes con trastorno de personalidad. Funcionamiento interpersonal, síntomas, autoestima, satisfacción de vida y funcionamiento defensivo son aspectos con mejorías significativas después de 4 meses de tratamiento en comparación con el grupo control. Los logros se mantuvieron en un seguimiento de 8 meses.

En un estudio más reciente, Bateman & Fonagy (1999) realizaron un ensayo controlado y randomizado de un grupo de 38 pacientes con trastorno de personalidad límite que fueron tratados unos en un programa de día psicoanalíticamente orientado y otro en un tratamiento psiquiátrico habitual. Después de un período de 18 meses de tratamiento, los pacientes del programa de día mostraron una reducción sustancial en sus conductas parasuicidas, en las autoagresiones y en el número de hospitalizaciones. La severidad de los síntomas afectivos y psiquiátricos en general también disminuyó significativamente en compara-

ción con el otro grupo. Gran parte de la mejoría de los pacientes comenzó alrededor de los 6 meses de iniciado el programa, por lo que se enfatiza que estos tratamientos debieran ser relativamente largos. Los datos arrojados en el seguimiento a los 18 meses del alta, reafirman los logros alcanzados y demuestran la estabilidad de los cambios alcanzados (Bateman & Fonagy, 2001). Además, este segundo estudio de seguimiento demuestra que hubo logros adicionales en el grupo de día. Al parecer, este grupo habría adquirido destrezas y estrategias que le permitían enfrentar situaciones difíciles y estresantes de la vida cotidiana. Por su parte, el grupo control, si bien mostró evidencia de mejoría sintomática, continuó con conductas autodestructivas, utilizó mucho más los servicios psiquiátricos, particularmente por intentos de suicidio. Todo esto demuestra como un programa de día permite reducir al mínimo los costos de tratamientos de emergencia y de hospitalización con estos pacientes. Los autores reconocen que no pueden identificar los ingredientes activos responsables de los cambios encontrados en los pacientes. Sólo sugieren posibilidades, como son la experiencia y el entusiasmo del equipo tratante; la cantidad de tiempo que los pacientes dispusieron del equipo terapéutico y el valor de la psicoterapia como intervención provocadora de cambio.

Aunque menos numerosos, los estudios que se dedican a identificar predictores de resultados de los tratamientos de día han investigado variables tan diversas como características demográficas, diagnóstico, presencia o ausencia de ideación suicida durante el tratamiento (Wilberg et al., 1998, 1999), abuso de sustancias, disposición psicológica (psychological mindedness) y calidad de las relaciones objetales (Piper, Joyce, Azim & Rosie, 1994). Los hallazgos revelan que el permanecer dentro del programa y obtener buenos resultados dependen de diversas variables, siendo las más importantes la apertura psicológica, la madurez en las relacio-

nes interpersonales, mayor edad, mejor nivel educacional y que el ambiente de tratamiento se caracterice por un buen grado de espontaneidad y tolerancia a la expresión de la rabia (Ogrodniczuk & Piper, 2001).

En síntesis, la investigación sobre los tratamientos de día sugiere que estos programas son una alternativa efectiva y con una buena relación costo-beneficio, sin embargo, lo que aún permanece desconocido es si esta opción es la más beneficiosa y por qué lo es.

Programas de día en Chile

En nuestro país la información disponible sobre este tipo de programas sólo hace referencia a experiencias de hospitalización diurna y talleres ambulatorios de rehabilitación psicosocial con pacientes portadores de esquizofrenia (Huneus, 1997; Riquelme & Arancibia, 2002; Olivos, 2002). Además del programa de tratamiento de día en el que se hizo este estudio, el único referente cercano es un programa grupal y ambulatorio para pacientes con trastornos graves de la personalidad que funciona hace algunos años en el Instituto Psiquiátrico «Dr. José H. Barak» llamado «Programa ICE» (Menchaca & López, 2003).

El programa estudiado en este trabajo funciona de forma privada desde hace 3 años en el sector oriente de Santiago⁴. Dirigido a pacientes con trastornos graves de la personalidad muy disfuncionales y/o resistentes a tratamientos convencionales, en su período de funcionamiento se han tratado 25 personas con resultados satisfactorios y concordantes con lo reportado en la literatura (Menchaca & López, 2003). Su estructura implica la combinación de varios talleres y la integración de técnicas basadas en distintos enfoques teóricos.

La comprensión y análisis de las conductas y el funcionamiento psicológico de los pacientes se hace sobre la base de la teoría psicoanalítica, pero las intervenciones terapéuticas se fundamentan en un espíritu ecléctico y abarcan todo el espectro del continuo expresivo – apoyo (Gabbard, 1990). Los talleres y actividades terapéuticas incluyen estrategias cognitivas, conductuales, corporales, etc. El equipo tratante es interdisciplinario, está constituido por distintos profesionales del área de la salud mental: psiquiatra, psicólogos, terapeuta ocupacional y terapeuta corporal. Los pacientes asisten 5 a 6 horas diarias 5 días de la semana durante 3 a 6 meses. Los objetivos terapéuticos explícitos del programa son la disminución en las conductas y hábitos autodestructivos, reinserción social, anticipación y protección ante las crisis, disminución de promiscuidad, mayor capacidad para responsabilizarse por los propios actos y preparación para tratamientos psicológicos individuales posteriores. Se considera central que los pacientes logren pensar lo que les pasa y aumenten su nivel de comprensión de sus propios conflictos (López, Menchaca, Chadwick, Peralta, & Lillo, 2001). Los **talleres específicos** son descritos como sigue (Menchaca & López, 2003):

Psicoterapia Psicodinámica de Grupo: Taller predominantemente expresivo (Gabbard, 1990) que se realiza tres veces por semana. Su objetivo es fomentar y facilitar la capacidad auto-exploratoria y ayudar al fortalecimiento yoico. Se estimula la reflexión acerca de las relaciones entre lo que a los pacientes les pasa y lo que hacen o dejan de hacer; las defensas que utilizan y los costos de sus acciones.

Taller de Enfoque de Metas: Constituye el eje central del programa y está orientado

⁴ Expresamente los directores de este programa no han querido que la institución sea publicitada y al ser este un informe científico se piensa poco pertinente e innecesario dar a conocer el nombre de un programa privado de atención.

al establecimiento de las metas de corto, mediano y largo plazo que cada paciente se propone realizar en el programa y después. Se realiza dos veces por semana, donde se operacionaliza más detalladamente las tareas concretas que llevarán al cumplimiento de las metas propuestas.

Taller de Habilidades Sociales: Se realiza una vez por semana y está orientado al análisis e intervención en las habilidades sociales más deficitarias de los pacientes tales como la toma de decisiones, identificación y delimitación de crisis, manejo de relaciones interpersonales, etc.

Taller de Video: Una vez por semana los pacientes representan ante la cámara situaciones de la vida cotidiana que permiten una mirada de sí mismo en diferentes situaciones interpersonales. Su objetivo es que puedan observarse en interacciones cotidianas y analizar sus comportamientos habituales.

Taller de Manejo de Agresividad: Su finalidad es brindar un espacio de reflexión para aquellos contenidos agresivos que el paciente tiende a actuar en vez de pensar. Se realiza una vez por semana y pretende detectar, delimitar y diferenciar emociones y sentimientos positivos y negativos.

Taller de Manejo de Estrés: Se realiza una vez por semana y se busca que el paciente participe activamente en el diseño de técnicas para el manejo del estrés. El paciente debe identificar signos y síntomas, reconociendo áreas de conflicto personal que provocan estrés.

Taller de Terapia Corporal: Realizado una vez por semana, busca estimular el acercamiento al sí mismo a través del contacto con el propio cuerpo y desde éste con un otro. Facilita la capacidad de percibirse y hacerse cargo del cuerpo como un territorio propio.

Método

El **propósito del estudio** es analizar, desde la visión de los terapeutas, la contribución relativa de estas diversas estrategias técnicas que conforman el programa de tratamiento de día para pacientes con trastornos graves de la personalidad. Esta es la primera parte de un trabajo mayor que incluye la visión retrospectiva de los pacientes tratados en el programa.

Participantes

La muestra, intencionada, estuvo conformada por los 5 terapeutas que tienen a su cargo los 7 talleres que conforman el programa. Las profesiones de los terapeutas, dos hombres y tres mujeres, son psicólogos, terapeuta corporal, psiquiatra y terapeuta ocupacional. Todos ellos tienen relativamente los mismos años de experiencia en trabajo con trastornos de la personalidad y comparten labores de hospital o consulta privada además de su dedicación al programa de día.

Análisis de Datos

La recolección de los datos se hizo con un modelo naturalista y el procesamiento de la información con un sistema de análisis de contenido semánticamente orientado (Lincoln & Guba, 1985). La información se recopiló de textos redactados por los terapeutas y entrevistas de chequeo posteriores. Además, el investigador principal participó como observador de múltiples reuniones del equipo tratante. El análisis implicó técnicas de codificación abierta y de triangulación por observadores y por fuente (Patton, 1990).

Procedimiento

El estudio se desarrolló a través de los siguientes pasos:

1. El investigador principal asistió en múltiples ocasiones a las diversas actividades

del programa en calidad de observador participante. Se llevó una bitácora con la información recogida.

2. Cada terapeuta enumeró y describió los modelos teóricos que sustentan su taller y que es la referencia para su trabajo técnico con los pacientes. Esta fue una de las fuentes de información que se utilizó para el análisis de la consistencia teórica

de cada terapeuta con respecto a lo que dice que hace (ver tabla 1).

3. Cada terapeuta entregó por escrito su visión de cómo piensa que el taller que dirige contribuye al cambio terapéutico de los pacientes. Esta fuente de información se constituye en las **unidades de análisis** y se chequea posteriormente con la técnica de entrevista.

Tabla 1. Modelos Teóricos Reconocidos

TALLER	MODELO TEORICO
PSICOTERAPIA DE GRUPO	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo expresivo-apoyo de psicoterapias dinámicas. (Gabbard, 1990). - Teorías de grupos de Bion. - Teoría estructural sobre trastornos limítrofes de personalidad de Kernberg. - Modelo técnico de psicoterapia de apoyo para limítrofes de Kernberg.
TALLER DE METAS	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo continente-contenido de Bion. - Teoría de las posiciones de M. Klein. - Teoría de los "refugios psíquicos" de J. Steiner
TALLER DE VIDEO	<ul style="list-style-type: none"> - Idem al anterior.
TALLER DE AGRESIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Idem al anterior.
TALLER DE HABILIDADES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría estructural sobre trastornos limítrofes de personalidad de Kernberg. - Modelo cognitivo-conductual de tratamiento para limítrofes de M. Linehan.
TALLER DE MANEJO DEL ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de ocupación humana y estilo de vida saludable.
TALLER DE TERAPIA CORPORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de eutonía de G. Alexander. - Técnica de gimnasia consciente. - Modelo de trabajo sobre grupos operativos de Pichón-Riviere.

4. De las unidades de análisis se extrajeron las **primeras categorías** (ver tabla 2).
5. Las primeras categorías se validan con un sistema de **entrevistas de chequeo (member check)** con cada uno de los terapeutas.
6. Con el resultado de las entrevistas se hace la **segunda categorización** (ver tabla 2).
7. Esta segunda categorización es sometida a un **análisis semántico** (ver tabla 3), desde la visión del investigador principal como «observador participante».

Tabla 2. Primera y Segunda Categorización

TALLER	EJEMPLOS DE 1° CATEGORIZACIÓN	EJEMPLOS DE 2° CATEGORIZACIÓN
PSICOTERAPIA DE GRUPO	- 1° "El trabajo grupal refuerza la idea del compartir algo entre todos, lo que les otorgaría una fuerza especial; el compartir el mismo diagnóstico, las mismas dificultades".	- 2°: El grupo permite compartir una experiencia común.
TALLER DE META	- 1°: "Ayuda a que puedan ir postergando gratificaciones inmediatas en función de metas o aspiraciones más importantes a largo plazo".	-2°: Tiene una función de regulación y control.
TALLER DE VIDEO	- 1°: "Es una manera de mostrarle al paciente lo que no sabe de sí mismo".	- 2°: Tomar conciencia de la comunicación no verbal.
TALLER DE AGRESIVIDAD	- 1°: "Permite que el paciente pueda establecer lazos de sentido entre conductas destructivas y los afectos a la base".	- 2°: Aprender la relación entre afectos y conductas.
TALLER DE HABILIDADES SOCIALES	- 1°: "El trabajo a nivel cognitivo evita entrar en áreas más profundas relacionadas con las vivencias de los pacientes".	- 2°: Proporciona herramientas cognitivas.
TALLER DE MANEJO DEL ESTRÉS	- 1°: "Les permite un adecuado desenvolvimiento en su funcionamiento cotidiano".	- 2°: Adquisición de habilidades de enfrentamiento (coping behavior) ante situaciones cotidianas difíciles.
TALLER DE TERAPIA CORPORAL	- 1°: "El trabajo con la atención sobre el propio cuerpo y sus diferencias al estar en reposo o en movimiento".	- 2°: Atención sobre el propio cuerpo.

Tabla 3. Análisis Semántico

TALLER	EJEMPLO DE TEXTO	EJEMPLO DE COMENTARIO
PSICOTERAPIA DE GRUPO	Taller como factor de cohesión.	Al parecer la cohesión sería un factor fundamental del taller, ya sea para tranquilidad de la terapeuta, como para la identidad de grupo...
TALLER DE METAS	Taller permitiría aumentar en los pacientes sensación de control y dirección de sus vidas.	Se asume el descontrol y falta de dirección en la vida de estos pacientes. Referencia a un modelo patológico en que enfatiza la relación inadaptada con la realidad social.
TALLER DE VIDEO	Permite analizar las dificultades de la simbolización.	Se asume que tienen dificultades en la simbolización (supuesto teórico sobre un déficit cognitivo).
TALLER DE AGRESIVIDAD	Los pacientes aprenden a establecer lazos de sentido entre conductas destructivas y afectos a la base.	Esto puede que apunte a la disociación de los afectos, lo que supone una falla en esa función que nuevamente es cognitiva (memoria afectiva de Damasio).
TALLER DE HABILIDADES SOCIALES	El taller proporciona herramientas cognitivas para solucionar crisis, manejar la angustia y dominar la agresión.	Se valora implícitamente lo cognitivo como herramienta para dominar lo afectivo y conductual. En esto hay un supuesto cercano al enfoque de M. Linehan.
TALLER DE MANEJO DEL ESTRÉS	Les permite asociar entre rabia y situaciones de estrés.	Se asume que las situaciones de estrés provocarían rabia o tal vez que a estos pacientes les provocarían rabia. El problema sería la rabia o la vulnerabilidad al estrés.
TALLER DE TERAPIA CORPORAL	El poner atención sobre el cuerpo les ayuda a tener más conciencia de sí mismos.	Está implícito que la ccia de sí sería algo terapéutico. Probablemente esto apunta hacia la identidad.

8. Para darle confiabilidad a los resultados se chequea este análisis semántico con un «observador no participante».
9. Se extraen los **temas que decantan** en cada taller.
10. Se busca la **identidad temática** en cada taller y en el programa en general.

Resultados

Identidad Temática por taller

Se describen los aspectos que han decantado en cada taller como contribuyentes al cambio terapéutico desde la visión de los terapeutas:

Psicoterapia de grupo:

1. La cohesión grupal a la base de la identidad y el cambio terapéutico.
2. La identificación y nominación de los afectos.
3. La técnica de interpretación y secundariamente las intervenciones de apoyo como las herramientas más efectivas.
4. El grupo como depositario y representante de las dinámicas de sus miembros.

Taller de enfoque de metas:

1. El control y la regulación de conductas y necesidades por parte de los pacientes.
2. La confianza en sí mismo en función del cumplimiento de metas.
3. El mejoramiento cognitivo

Taller de video:

1. Corrección de conductas a través de la entrega de información.
2. Análisis de las fallas cognitivas.
3. Como instancia catártica

Taller de agresividad:

1. Aprendizaje de la relación entre afectos y cognición.

Taller de habilidades sociales:

1. Entrega de herramientas cognitivas
2. Genera cohesión grupal

Taller de manejo del estrés:

1. Adquisición de habilidades de enfrentamiento.
2. Control de los afectos.
3. Manejo de intereses.

Taller de terapia corporal:

1. El hacer consciente el cuerpo.

Análisis y Discusión de los Resultados

Este análisis busca integrar, primero, la información emergente de las categorías decantadas a través de todo el proceso de recolección de información, segundo, la declaración de intenciones hecha por cada terapeuta al inicio del estudio (véase tabla 1) y tercero, la información obtenida por uno de los investigadores como observador participante. Además, los resultados se discuten desde la teoría y de la literatura disponible sobre el tema.

Da la impresión que en la *psicoterapia grupal* el factor de **cohesión** destaca como esencial al menos en dos sentidos, como generador de una *identidad común* y al mismo tiempo como un *factor de alianza terapéutica* (de trabajo) que favorecería la posición del terapeuta. En un sentido ambos aspectos progresarían en la misma dirección, pero en algunos momentos el principio de identidad se independiza y puede ser fuente de importantes resistencias del grupo y por tanto, atacaría la función terapéutica.

La identidad, sabemos, es un aspecto alterado en los pacientes con trastornos graves de la personalidad, al menos desde el modelo psicopatológico dinámico sostenido por el programa (Kernberg, 1987). Por ello, la estimulación de una identidad grupal estaría en correspondencia con este modelo, siempre y cuando podamos creer que eso reafirmaría la identidad del self de cada uno de los miembros del grupo. Si así fuera, se tendría un beneficio terapéutico directo sobre los pacientes que, al decir de la literatura, es de los más difíciles de conseguir por los tratamientos habituales (Clarkin et al., 2001). Si no fuera así, al menos podemos pensar que la identidad grupal favorece el aprendizaje vicario, lo que avalado por la literatura, se constituye en factor de cambio terapéutico.

Por otro lado, tal como se dijo más arriba, este factor de cohesión y de identidad común podría favorecer otro aspecto que se destaca como ingrediente favorecedor del cambio, esto es que **la dinámica grupal representaría el "mundo interno" de cada uno de sus miembros**. Según la terapeuta esto, entre otras cosas, permitiría la proyección de aspectos del Yo en los demás miembros y por tanto, favorece su identificación y posterior interpretación. Al parecer, esto sería básico para el trabajo terapéutico interpretativo, lo que, al decir de la terapeuta, sería la herramienta más eficaz del trabajo con el grupo. De ahí que la cohesión se constituya como esencial para el poder del terapeuta sobre las dinámicas individuales y grupales. En el mismo sentido, este poder del terapeuta le permitiría imponer un elemento que es subrayado como esencial en el taller: **la identificación y nominación de los afectos**. Esto es destacado como factor de cambio por parte de la terapeuta, pero reconociendo que es un aspecto fuertemente resistido por los pacientes. Probablemente, por un lado debemos pensar que esta imposición tiene que ver con la creencia generalizada que la razón debe imponerse a la emoción, al menos en su control y modulación. Esto está ampliamente avalado por diversos modelos psicopatológicos que abordan la patología límite, ya sea que destaquen la impulsividad, el descontrol afectivo o la vulnerabilidad defensiva frente a las emociones, todas características de estos pacientes y reafirmada por las fallas en la regulación serotoninérgica propia de su funcionamiento neuroquímico (Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000). Por tanto, este factor terapéutico supone que el reconocimiento emocional, probablemente como factor cognitivo, permitiría que los pacientes mejoraran esta función "racional" y fortalecerían su capacidad de control y regulación afectiva. Empero, son los propios beneficiarios quienes parece oponerse a este "mejoramiento". Probablemente amparados en el poder de la misma cohesión e identidad grupal que favorece el terapeuta, los pacientes resistirían –a veces hasta

agresivamente- la imposición racional del terapeuta. Quizás, podríamos suponer que la imposición del control, aunque favorece la adaptación social de estos pacientes, les significa renunciar a una manera de expresión de su mundo interno que ha formado parte de un patrón histórico de relaciones interpersonales y les ha permitido manejar su propio caos interno, incluyendo la efervescencia de sus emociones.

Frente a esta reacción colectiva es que la terapeuta destaca la **utilización de ciertas herramientas técnicas**, propias del arsenal psicoanalítico tradicional. Como principal, se destaca la *interpretación* como efectiva en intervenir sobre aspectos defensivos y/o agresivos de los pacientes como serían, por ejemplo, las identificaciones proyectivas, la transferencia negativa y la escisión. Sin embargo, tendrían su lugar la *confrontación* como elemento integrador de pensamiento y las *intervenciones de apoyo* en la restitución de la cohesión grupal a través de la validación de las experiencias de los pacientes. Esto último parece fundamental, pues también busca restituir la función terapéutica del grupo y, por supuesto, del rol de poder del terapeuta. En todo caso, se subraya algo que puede resultar obvio, pero que siempre es bueno recordarlo como factor de flexibilidad terapéutica, esto es, que la elección de las herramientas terapéuticas estará en función de las necesidades de cada paciente en particular y también del momento que esté pasando el grupo en su conjunto. Esta consideración es avalada por el modelo "expresivo-apoyo" de Gabbard (1990) que se encuentra entre los referentes teóricos explicitados en el programa.

Finalmente, si aceptamos que uno de los modelos teóricos declarados por la terapeuta como inspiración para su trabajo terapéutico en el taller, esto es "la teoría de los supuestos básicos" acerca de las dinámicas de grupos propuestos por Bion, es importante señalar que en las proposiciones que hace sólo estarían contenidos los dos primeros "supuestos"

planteados por Bion (1972). En la importancia otorgada a la cohesión grupal como esencial para la función terapéutica, está implícita la búsqueda del supuesto de *dependencia* en el líder que podría realizar mejor su rol en la medida que tenga un grupo unido y compartiendo una identidad común. Posteriormente, lo que se destaca como resistencias grupales y oposiciones agresivas al trabajo terapéutico, atacando la cohesión y la función de alianza terapéutica, podríamos identificarlo como la fase de *lucha y fuga*, otro supuesto básico, propuesto por Bion, como necesaria contradependencia que permite el equilibrio de poderes dentro de un grupo. Los supuestos de *apareamiento* y del *recibir y dar afecto/agresión* como fases terminales de todo grupo no aparecen tan claramente delineados en las propuestas del taller. Suponemos que no es porque no estén presentes, sino tal vez la terapeuta no los destaca por la relativa importancia que para ella parece tener el factor de cohesión y control grupal.

En el taller de *enfoque de metas*, el primer punto destaca nuevamente la necesidad que en estos pacientes se imponga el **control del Yo** sobre los impulsos y afectos. Al parecer la propuesta es que el esquema de funcionamiento y la posición del taller dentro del programa buscaría estimular esta función yoica de autoregulación. La estrategia considera dos mecanismos, la **estimulación de la función cognitiva** al obligar a pensar a los pacientes en sus vidas, metas y deseos, y en segundo lugar a través de la obligación que tienen los pacientes de diseñar, compartir y evaluar metas de corto y mediano plazo como parte de las tareas de trabajo terapéutico esenciales para su incorporación y funcionamiento en el programa de día. La relación entre metas y autoregulación supone por un lado la postergación de gratificaciones inmediatas, lo que sería parte de la impulsividad característica de estos pacientes. Pero, por otro lado, supone que este control sobre un aspecto de sus vidas generaría un mejoramiento en la autoestima y restitución de una supuesta **con-**

fianza en sí mismo que se habría perdido a través de una historia de oportunidades e intentos fracasados. El terapeuta relaciona esto con un modelo teórico que declara como inspirador del taller, esto es la "teoría de relaciones objetales" de M. Klein (Segal, 1967). Supone que el trabajo con las metas le permitiría a los pacientes recuperar relaciones objetales perdidas, las que habrían sido víctimas de un aspecto destructivo de la mente de estos pacientes. Esta declaración resulta algo omnipotente pensando en que tal modelo teórico supone una técnica terapéutica cuyo "foco" se concentra en el mundo interno, fantasías, ansiedades, etc. de los pacientes y no precisamente en las conductas, deseos conscientes, proyectos de vida o planes y compromisos declarados. Esto hace pensar que contradictoriamente privilegia un trabajo terapéutico conductual y cognitivo, mientras se inspira en un modelo teórico psicoanalítico extremadamente ortodoxo. Esta aparente contradicción aparece sólo al comparar lo declarado como dominio teórico de lo que forma parte del funcionamiento técnico del taller, siendo esto último lo que probablemente provoca un efecto terapéutico en los pacientes.

En el *taller de video*, la declaración explícita de quien lo dirige destaca un modelo de intervención conductual y cognitivo que apunta a la modificación de comportamientos y al mejoramiento de la capacidad de los pacientes para simbolizar sus afectos y en tomar conciencia en la expresión no verbal de ellos. Esto sería similar al modelo técnico que utiliza el taller de metas, excepto que pone énfasis en la metodología empleada. Es en este aspecto donde, al parecer, el terapeuta basa lo esencial de la potencia terapéutica del taller. Esto es el poder que supuestamente tendría la imagen sobre el aprendizaje de los pacientes. Supone que la imagen audiovisual como espejo de sí mismos, sería un poderoso vehículo tanto para producir cambios conductuales como para generar apertura mental y estimular catarsis emocional.

Da la impresión que en el *taller de agresividad* se insiste o se particulariza un elemento ya mencionado antes, la **importancia de la identificación y nominación de afectos**. Se focaliza en la expresión de un afecto en particular como sería la rabia, suponiendo que los pacientes tendrían un déficit específico para manejar la agresión como expresión de tal afecto. Se insiste en la capacidad de simbolización y se pretende que el taller buscaría que los pacientes aprendieran a establecer relaciones de sentido entre afecto, acción y vínculos significativos. Nuevamente tras estas metas terapéuticas encontramos un modelo conductual-cognitivo.

Básicamente en el *taller de habilidades sociales* se insiste en la **estimulación y aprendizaje de habilidades cognitivas** como meta terapéutica para generar herramientas que le permitan a los pacientes enfrentar crisis, solucionar conflictos, manejar la angustia y dominar la agresión. Pero al mismo tiempo, el terapeuta declara la intención explícita de no profundizar en el mundo interno de los pacientes. Es decir, se supondría que la contribución al cambio sería en aspectos supuestamente más superficiales, lo que supone un modelo psicopatológico centrado en un conjunto de síntomas y en fallas exclusivamente conductuales (DSM IV, 1995).

Al mismo tiempo, también en este taller se enfatiza la importancia de la **cohesión grupal** para el establecimiento de una alianza con el terapeuta, pero sin enfatizar el tema de la identidad. Por último, se destaca la posición del taller dentro del esquema global del programa como un elemento que permitiría la adquisición de ganancias concretas y éstas como un elemento de continuidad que vincularía al paciente dentro y fuera del programa.

Tras algunas de las ideas que surgen del *taller de manejo del estrés* está implícita la escasa habilidad que tendrían estos pacientes para adaptarse a la vida cotidiana, espe-

cialmente frente a ciertas complicaciones. Al parecer, se asume el modelo de la vulnerabilidad psíquica, incluyendo la falta de modulación del eje hipófisis-hipótalamo-suprarrenal que los hace frágiles frente al estrés y con dificultades neurobiológicas para manejarlo (Kaufman, et al., 2000). De ahí que las acciones declaradas como terapéuticas podrían ir en la dirección de este modelo, pero agregando la idea que estas adquisiciones ayudarían a mejorar la autoestima (similar propósito al taller de metas), a manejar las frustraciones frente al fracaso –supuesto como habitual– y, tal como en otros talleres, a controlar los afectos a través de la asociación entre estrés y el sentimiento de rabia.

Finalmente, el taller, siendo fiel al modelo teórico de “ocupación humana” (Kielhofner, 1995) declarado por la terapeuta, le otorga especial interés al mejoramiento de la capacidad de organización de los intereses, la ocupación del tiempo libre y la realización de actividades “constructivas”. Tras ello hay varias suposiciones que podrían asentarse en ciertos valores sociales y modelos socioantropológicos implícitos, pero que de una u otra forma se acercan al modelo adaptativo que sustenta el programa de día en su conjunto.

La originalidad que supone instalar un *taller de terapia corporal* de estas características, en un programa de tratamiento para trastornos de la personalidad, hace pensar por una parte, que se subraya la habitual escisión de este tipo de pacientes entre el cuerpo (acción motora) y la mente en su función de toma de conciencia de la acción (Kesselman & Volosín, 1993). Y por otra, sería un observable que la relación que estos pacientes establecen con su cuerpo es, al decir lo menos, dañina o destructiva: intentos de suicidio, problemas de alimentación, autoagresiones, etc. El modelo teórico que sustenta el taller propone que parte de este problema es la escasa conciencia que las personas, en general, tendrían de su propio cuer-

po, lo que sería aún más extremo en los trastornos graves de personalidad (Digelmann, 1982). De ahí que las propuestas de la terapeuta apunten en su totalidad a este objetivo del tomar conciencia del cuerpo y, suponemos, adquirir una manera distinta de relacionarse con él. En esa línea, se describen una serie de técnicas específicas y ejercicios que buscan cumplir esta meta terapéutica y donde destacan en particular aquellos que utilizan objetos externos. Aunque no aparece explicitado por la terapeuta, la función de puente entre lo interno y externo que parecen cumplir estos objetos, recuerdan la función que cumplen los objetos transicionales – en la teoría de Winnicott para el manejo de la ansiedad infantil (Winnicott, 1993, 1995).

Conclusión

Los resultados alcanzados muestran que, desde la visión de los terapeutas, los aspectos del programa de día que contribuirían más al cambio en los pacientes tratados serían la cohesión del grupo como fuente de identidad común y de alianza terapéutica; el trabajo enfocado en el aumento de la capacidad de nominar los afectos, lo que implica el reconocimiento de la relación entre pensamiento y emoción; el aumento de la capacidad de los pacientes para regular y controlar sus conductas y necesidades; y promover la toma de conciencia del propio cuerpo, como una función cognoscitiva que también podría mirarse desde la perspectiva del control y regulación del comportamiento. Todos estos aspectos se obtendrían con un mejoramiento global de las funciones cognoscitivas en los pacientes, lo que desde cierto punto de vista puede ser contradictorio con el modelo teórico psicoanalítico que el programa asume como referencia global, pero que desde modelos más actuales e integrales (Bucci, 1998; Fonagy, 1998) reafirma la integración, poco reconocida, que existe entre el psicodinamismo de las emociones y el papel que las cogniciones juegan en el (Damasio, 2000).

En la literatura se enfatiza la posibilidad de expresión afectiva en un ambiente seguro y protegido y la capacidad de atender a la propia experiencia, como también un mejoramiento en la capacidad de tolerar el estrés, regular las emociones y la efectividad social en la relación con otros (Simpson, et al., 1998). Asimismo, se subraya la ventaja de los programas de día, al ser tratamientos que se desarrollan en un ambiente más seguro y contenedor que el de uno ambulatorio, pero menos restrictivo como sería un tratamiento hospitalizado. Todo ello sin perder profundidad e intensidad de las intervenciones (Miller, 1993). Al parecer estos aspectos estarían presentes en el programa estudiado, aunque no sabemos su capacidad para lograr los efectos que pretende, lo que requeriría la visión de sus beneficiarios. A pesar de ello, el esfuerzo desplegado por los terapeutas que componen el equipo de tratamiento refleja el compromiso por llevar adelante un proyecto que, internacionalmente, ha sido catalogado como efectivo y de bajos costos destinado a estos pacientes que históricamente han sido un problema para la psiquiatría.

El estudio presentado contiene algunas limitaciones, siendo la principal el no haber contado con alguna otra fuente de información (e.g. documentos) que hubiera dado mayor consistencia a los datos. En un informe futuro se espera contar con la visión de los pacientes tratados en el programa, lo que permitirá contrastar los resultados aquí presentados y evaluar si los factores de cambio propuestos efectivamente producen los efectos que pretenden.

Referencias

- Azim, H.F. (2001). Partial hospitalization programs. En W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment*, (pp.527-540). New York: Guilford Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156, (10), 1563 – 1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18 month follow up. *American Journal of Psychiatry*, 158, (1), 36 – 42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160 (1), 169-171.
- Bateman, A. & Tyrer, P. (2003). Effective management of personality disorder. Extraído el 15 de Enero, 2004, de <http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/batemantyrer.pdf>
- Bion, W. (1972). *Experiencias en grupos* (2ª ed.) Buenos Aires: Paidós.
- Chiesa, M. & Fonagy, P. (2003). Psychosocial treatment for severe personality disorder: 36-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 183, 356-362.
- Clarkin, J.; Foelsch, P.; Levy, K.; Hull, J.; Delaney, J. & Kernberg, O. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorder*, 15(6), 487-495.
- Damasio, A. R. (2000). *Sentir lo que sucede: Cuerpo y emoción en la fábrica de la conciencia*. Santiago: Andrés Bello.
- Digelmann, D. (1982). *La eutonia de Gerda Alexander: Un nuevo enfoque de la actividad física*. Buenos Aires: Paidós.
- DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4ª edición). American Psychiatric Association, Masson, Barcelona.
- Gabbard, O. G. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washintong, D.C.: American Psychiatry Press.
- Gabbard, G.O. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 9, 1-6.
- Gabbard, G.O. (2001). Empirical evidence and psychoterapy: A growing scientific base. *American Journal of Psychiatry*, 158, (1), 43-51.
- Huneus, T. (1997). Redes sociales y rehabilitación psicosocial. *Revista de Psiquiatría*, XIV, 4, 167-173.
- Karterud, S., Vaglum, S., Friis, S., Irion, T. Johns, S. & Vaglum, P. (1992). Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders. An empirical evaluation of the containment function. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, (4), 238-243.
- Kaufman, J.; Plotsky, P.M.; Nemeroff, Ch. B. & Charney, D.S. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical Implications. *Biological Psychiatry*; 48: 778-790.

- Kernberg O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. El Manual Moderno, Mexico D.F.
- Kesselman, S. & Volosín, S. (1993). *Dialogo sobre lo corporal*. Buenos Aires: Paidós.
- Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Theory and application*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Krawitz, R. (1997). A prospective psychotherapy outcome study. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 31, (4), 465-473.
- Leichsenring F, Leibing E. (2003). How effective are psychoanalytic-oriented therapy and behavioral therapy by personality disorders? *Forum Psychoanalysis* ; 9, (4), 378-385
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. California: Sage Publications.
- Linehan M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. ; Armstrong, H.E.; Suarez, A.; et al. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Livesley, W. (2000). A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23: 211-232.
- López, M.; Menchaca, A.; Chadwick, F.; Peralta, A. & Lillo, C. (2001). Programa de día para tratamiento de pacientes limítrofes en crisis o altos niveles de disfuncionalidad. *Boletín Nueva Mente*, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, 2, 14-15.
- Menchaca, A. & López, M. (2003). Terapia ICE y programas diurnos. En Riquelme & Oksenberg (Eds.), *Trastornos de personalidad: Hacia una mirada integral* (pp.675-693). Santiago (Chile): Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Miller, B.C. (1993). Characteristics of effective day treatment programming for persons with borderline personality disorders. *Psychiatric Services*, 46, 605-608.
- Ogrodniczuk, J.S. & Piper, W.E. (2001). Day treatment for personality disorders: A review of reserch findings. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 105-117.
- Olivos, P. (2002). Tratamiento y manejo del paciente psiquiátrico en la comunidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, XIX, 2, 101-105.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2ª edición). Newbury Park, CA: Sage.
- Piper, W., Rosie, J., Azim, H.F. & Joyce, A.S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 757-763.
- Piper, W., Joyce, A., Azim, H.F. & Rosie, J. (1994). Patient characteristics and success in day treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 381-386.
- Piper, W., Rosie, J., Joyce, A. & Azim, H.F. (1996). *Time-Limited Treatment for Personality Disorders: Integration of research and practice in a group program*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ray, J.W. & Shadish, W.R. (1996). How interchangeable are different estimators of effect size?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1316-1325.

- Riquelme, R. & Arancibia, C. (2002). Estructuras intermedias en la comunidad: Una estrategia psicodinámica de tratamiento de la psicosis. *Revista Psiquiatría y Salud Mental*, XIX, 1, 40-45.
- Simpson, E.B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., et al. (1998). Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 49 (5), 669-673.
- Sederer, L. (2000, Noviembre). ¿Qué sabemos de la efectividad del tratamiento para los pacientes con trastorno límite de personalidad? Conferencia presentada en el Seminario Internacional sobre Trastornos de Personalidad, Escuela de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
- Segal, H. (1967). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- Stevenson, J. & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stone, M. (2000). Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23:193-210.
- Vaglund, P., Friis, S, Irion, T., Johns, S., Karterud, S., Larsen, F., et al. (1990). Treatment response of severe and nonsevere personality disorders in a therapeutic community day unit. *Journal of Personality Disorder*, 4, 161-172.
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, O., Pedersen, G. & Friis, S. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatric Services*, 49, (11), 1462 – 1467.
- Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Irion, T., Pedersen, G. & Karterud, S. (1999). One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders, *Psychiatric Services*, 50, (10), 1326-1330.
- Winnicott, D. (1993). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Hormé.
- Winnicott, D. (1995). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Fecha Recepción Artículo: 30 de abril 2004
Fecha Evaluación Final: 5 de mayo 2006

