

# *Un modelo de hospital de día para pacientes con trastorno mental grave, especialmente dirigido a trastornos de la personalidad: el hospital de día de Alcalá de Henares*

Josefina Mas Hesse  
Coordinadora Hospital de Día de Alcalá de Henares.  
Madrid. jmashesse@yahoo.es

## **Introducción**

En este artículo se presenta un modelo de Hospital de Día Psiquiátrico para adultos (HD) que se ha ido construyendo a lo largo de los últimos 20 años, primero en el HD de Leganés y posteriormente en el de Alcalá de Henares. Actualmente está bastante consolidado y los primeros resultados de analizar su impacto en la red parecen positivos, aunque están pendientes de una nueva revisión<sup>1</sup>. En este artículo se describe la organización y el entramado teórico en que se sustenta.

Se enmarca dentro de la definición de Hospital de Día (HD) propuesta en la “Guía de Gestión del Hospital de Día Psiquiátrico”<sup>2</sup>, el primer documento oficial sobre Hospitales de Día del Estado Español, que fue publicado en el año 2000 y

---

<sup>1</sup>A. Merino, J. Mas Hesse, Benito G, Bonilla C. Eficacia y Eficiencia del Hospital de Día Psiquiátrico de Alcalá de Henares, Póster presentado en el VIII Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad; 2010, Junio 16-18: Madrid.

<sup>2</sup>Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico. Insalud. 2000. Disponible también en formato electrónico en <http://www.guía.de.gestión.del.hospital.de.día.psiquiátrico>.

se convirtió en un documento de referencia, el primero que ponía orden en el complejo mundo de los hospitales de día (HDD), unificando los criterios sobre ellos, al: 1) definirlos como “dispositivos asistenciales de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día”; 2) dar directivas sobre sus objetivos, recursos y actividades; y 3) diferenciarlos claramente de centros rehabilitadores u ocupacionales”. A partir de entonces es difícil leer un trabajo sobre HDD que no traiga a colación la definición que allí se propuso. Asimismo, el perfil de pacientes, indicaciones y contraindicaciones, objetivos, recomendaciones sobre organización y funcionamiento que se describieron en ella están presentes, en mayor o menor medida, en casi todos los proyectos de los numerosos HDD de adultos que se han ido abriendo posteriormente.

Pese a estas características comunes, los recursos que consideramos hospitales de día no son totalmente homogéneos. El Grupo de Trabajo de HDD de la AEN publicó en 2009<sup>3</sup> los resultados de una encuesta a coordinadores de HDD de distintas Comunidades Autónomas (CCAA), en la que se plantearon varias preguntas sobre su orientación y organización. Al analizar las respuestas se observó que, en general (se diferencia alguna CCAA, en la que se utiliza el término de HD para centros de rehabilitación psicosocial) están funcionando dos tipos de HDD:

1. HD como alternativa a la hospitalización y/o HDD de transición al tratamiento ambulatorio tras un ingreso psiquiátrico, donde se ofrece fundamentalmente tratamiento para resolver una crisis aguda.

---

<sup>3</sup>Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día 2009; Cuadernos técnicos AEN; 2009; 12:9-13. Disponible también en formato electrónico: [www.aen.es/web/docs/GT\\_HD.pdf](http://www.aen.es/web/docs/GT_HD.pdf)

2. HD como programa de tratamiento de día, con estancias más prolongadas que el anterior y objetivos más complejos (entre ellos, el romper dinámicas de ingresos repetidos).

Estas modalidades coinciden con las dos primeras de la clasificación de HDD que hizo J.S. Rosie en el 87<sup>4</sup>, y se diferencian entre sí por sus objetivos, recursos, personal, actividades, intensidad de las intervenciones terapéuticas y duración de tratamiento que ofertan.

El HD de Alcalá pertenece al segundo tipo, y está destinado al tratamiento terapéutico intensivo en régimen diurno de pacientes graves que necesitan contención en mayor o menor grado. El equipo del módulo de adultos, que es al que nos estamos refiriendo, está compuesto por dos psiquiatras (psicoterapeutas), uno de los cuales es coordinador del equipo; una enfermera especialista, una terapeuta ocupacional y un monitor de terapia ocupacional, además de un administrativo y un celador compartidos con el módulo de adolescentes. Tiene capacidad para 20 pacientes en tratamiento completo, de hospital de día, y un número que no se ha determinado, pero no supera los 10, en régimen de tratamiento parcial. Aunque el perfil de los pacientes es heterogéneo, está orientado a atender fundamental –aunque no exclusivamente– a los que presentan una organización de la personalidad de tipo límite. Así se decidió al planificarlo, debido a que se consideraba que la población de psicóticos estaba ya atendida, al disponerse en lo que entonces era el Área Sanitaria 3 de Madrid de un Centro de Rehabilitación Psicosocial trabajando en coordinación con el Centro de atención ambulatoria, que en la comunidad de Madrid se llama Centro de Salud Mental, y un Equipo de Continuidad de Cuidados.

---

<sup>4</sup>Rosie J S. Partial hospitalization: A review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38: 1291-1298.

La duración del tratamiento en este HD, es, en general, de 12-18 meses para trastornos de la personalidad y alrededor de 6 para psicóticos.

Está incluido en una red de salud mental que hasta hace poco tiempo abarcaba las poblaciones de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz, ésta última se ha separado recientemente al construirse allí un nuevo hospital y desgajarse su zona de influencia.

## **Modelo de tratamiento del hospital de día de Alcalá**

### **Medio terapéutico**

Como es característico de los HD, el modelo de intervención del de Alcalá se basa en el “Medio o Ambiente Terapéutico”. Al hablar de “Medio Terapéutico” nos referimos a la configuración, en un espacio y un tiempo determinados, de un lugar seguro, en que se pueden manifestar las pautas problema de los pacientes y se facilita la reflexión sobre ellas, su exploración y finalmente su transformación. Para lograr que se cree y se mantenga este ambiente, se requiere la intervención coordinada de un equipo de profesionales sobre las múltiples interacciones y reacciones personales que se dan, a lo largo de un periodo de convivencia cotidiana, entre un grupo de pacientes y de profesionales.

Con esto se sigue una idea que gestaron en los años cuarenta y cincuenta del pasado siglo los pioneros de las Comunidades Terapéuticas, y que ha sido retomada, con algunas modificaciones, en gran parte de los Hospitales de Día. Consideraron que el medio hospitalario podía convertirse tanto en un lugar de alienación como en un instrumento para lograr la mejoría de los pacientes. Para lograr ésto último propusieron una organización y unas intervenciones determinadas, entre ellas,

el análisis de las dinámicas interpersonales que se daban en él, incluyendo tanto a pacientes como a profesionales<sup>5</sup>.

La idea de Medio Terapéutico conlleva una focalización en las relaciones que se producen en el aquí y ahora del Hospital de Día como principio básico del tratamiento. En él, como dicen Strupp y Binder<sup>6</sup> respecto a las psicoterapias: “las dificultades que el paciente tiene en su vida, así como el medio de corregirlas, aparecen, como en un laboratorio” (que en el caso del HD se amplía en un juego complejo de relaciones, con la creación de lo que se ha llamado “campos transferenciales multifocales”<sup>7</sup>).

En el modelo de HD de Alcalá proponemos construir el medio terapéutico desde una comprensión de las dinámicas relacionales basada en la Terapia de Grupo Interpersonal de Yalom, a lo que añadimos la focalización de las intervenciones terapéuticas en lo que ocurre en la mente de los pacientes, fundamentalmente en lo que ocurre cuando se relacionan con otros. Por tanto el centro de atención no se pone en las conductas, sino el proceso intra e interpersonal en que éstas se producen, con el objetivo de promover el fortalecimiento de la capacidad de mentalizar (Terapia Basada en la Mentalización). A esto se suman una serie de terapias somato-sensoriales dirigidas favorecer el desarrollo de la consciencia corporal, centrándose en la “experiencia sentida”<sup>8</sup> en un momento dado y en los patrones de postura y movimiento,

---

<sup>5</sup>Karterud S. W. Encuentros comunitarios y comunidad terapéutica. En *Terapia de Grupo*. Kaplan H, Sadock B. Editoria Médica Panamericana. Madrid 1996. p 654-664

<sup>6</sup>Strupp HR, Binder JL. *Psychotherapy in a new key: A guide to time limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1989.

<sup>7</sup>Oury J: *Thérapeutique institutionnelle*. En: *Encyclopédie Médico-Chirurgical psychiatrie* 37930G, 1972 ; 10 : 1-12.

<sup>8</sup>Stern D. *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton 2004.

de reacciones sensoriales y fisiológicas. Se da mucha importancia al reconocimiento y modulación de las emociones, y al entrenamiento en técnicas para la autotranquilización. Para subgrupos con problemas especiales, como pueden ser los trastornos de la conducta alimentaria o algunos trastornos postraumáticos, que requieren atención diferenciada, se incluyen intervenciones y terapias específicas.

### **Tratamiento basado en la mentalización (MBT)**

La terapia en el HD de Alcalá está dirigida a aumentar la capacidad de mentalizar de los pacientes, siguiendo los principios teóricos y el método de intervención propuestos por P. Fonagy y cols. Se decidió que fuera así por distintas razones, entre las que destaca la publicación por parte de estos autores de una serie de artículos en que presentaron sus buenos resultados en el tratamiento de pacientes límites en HD con MBT. Estos resultados se han mantenido desde sus primeros trabajos, de 1999 hasta los últimos, más sofisticados, de 2008. En el artículo de 1999 aún no diferenciaban los componentes del paquete de intervenciones en HD y comparaban este tratamiento con el ambulatorio estándar<sup>9,10</sup>. En 2001 publicaron un seguimiento de pacientes ocho años después del alta<sup>11</sup>, en el que se mantenía la mejoría. Finalmente, en 2008 han diferenciado las intervenciones del HD y comparado la MBT con otros tratamientos efectivos con pacientes límites<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup>Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder- a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569.

<sup>10</sup>Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 36-42.

<sup>11</sup>Bateman A, Fonagy P. 8 year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: metallization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 631-638

<sup>12</sup>Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Metallization-Based treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2009; 1-10

En la Terapia Basada en la Mentalización se postula que los pacientes límite tienen una capacidad de mentalizar poco robusta, cuyo fallo se relaciona con oscilaciones del estado del ánimo, alteraciones conductuales, autolesiones, intentos de suicidio etc. El objetivo terapéutico es fortalecer esta capacidad.

A diferencia de otras terapias que también han demostrado ser eficaces con límites<sup>13</sup>, MBT es un tratamiento adecuado para intervenir ambulatoriamente con pacientes límite graves. En ella se insiste en la atención que hay que mantener para que en la terapia no sobrepasen el umbral de activación emocional en que pierden la capacidad de mentalizar, y esto facilita el tratamiento ambulatorio o en HD de un porcentaje elevado de casos con alteraciones conductuales muy disruptivas, que de otra manera requerirían un tratamiento en régimen hospitalario.

Además, MBT es una terapia en la que puede formarse del equipo en un tiempo relativamente limitado y se puede integrar (14) con distintas corrientes teóricas y con otras intervenciones.

Por otra parte, aunque en principio ha sido desarrollada para TLP, es aplicable y útil en otros pacientes graves<sup>14,15,16,17</sup>, lo

---

<sup>13</sup>Kernberg O. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University Press, 1984.

<sup>14</sup>Allen J, Fonagy P, Bateman A. Mentalizing in Clinical Practice. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2008; p. 211-239.

<sup>15</sup>Skarderud F. Eating One's Words, Part I: Concretised Metaphors" and Anorexia Nervosa-An Interview Study. Eur Eat. Disorders Rev. 2007; 15: 163-174

<sup>16</sup>Skarderud F. Eating One's Words, Part II: The Embodied Mind and Reflective Function in Anorexia Nervosa-Theory. Eur Eat. Disorders Rev. 2007; 15: 243-252

<sup>17</sup>Skarderud F. Eating One's Words, Part III: Mentalisation-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa-An Outline for a Treatment and Training Manual. Eur Eat. Disorders Rev. 2007; 15: 323-339

que supone una ventaja en un HD con heterogeneidad de diagnósticos, como es el que ahora se presenta.

Estas fueron las razones principales para decidir implantar éste y no otro modelo de intervención.

De manera similar a lo que se propone en el modelo de M. Linehan<sup>18</sup>, en el HD de Alcalá se hace hincapié en las técnicas somatosensoriales y de regulación emocional, como se explicará más adelante.

## **Capacidad de mentalizar y trastorno límite de la personalidad**

### **Capacidad de mentalizar. Definición**

El concepto de “capacidad de mentalizar”, ha evolucionado a partir de la última década del siglo XX de la mano de dos grandes grupos de investigación (17). Por una parte Baron-Cohen y cols. se han centrado en su déficit, con base neurológica, en el autismo y esquizofrenia. Por otra, Fonagy y cols. han investigado su evolución en el desarrollo psicológico normal, y en el trastorno límite de la personalidad, mostrando cómo ésta depende de las experiencias interpersonales desde las primeras relaciones de apego.

Cuando hablamos de capacidad de mentalizar nos referimos a la capacidad de dar significado y entender las intenciones subyacentes a las conductas. Esto implica comprender y predecir nuestras conductas y las de los demás en términos de estados mentales. Es la habilidad que tenemos los humanos tanto de percibir nuestros propios comportamientos conjuntamente con nuestros estados mentales, como de poder “leer” la mente del otro, fijarnos en lo que está pensando y

---

<sup>18</sup>Linehan M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: The Guildford Press, 1993.

empezar a entender<sup>19</sup> –al “interpretar imaginativamente”, dicen Bateman y Fonagy<sup>20</sup>, porque la mente del otro es opaca– sus motivos, sus experiencias, sus sentimientos y sus necesidades.

Fonagy et als. defienden que la capacidad de mentalizar está en la base de la organización del self y la autorregulación afectiva y es clave en las relaciones interpersonales.

La consideran<sup>21</sup> una capacidad dinámica, relación-específica, y multidimensional.

1. Capacidad dinámica: Proponen que la capacidad de mentalizar debe considerarse más como una capacidad interpersonal que intrapersonal, al estar íntimamente unida en su desarrollo, evolución y presentación a las relaciones de apego. Fluctúa en mayor o menor medida para cada persona a lo largo de su vida, tanto en distintos contextos relacionales como con una misma relación, en función del contexto, de la capacidad de mentalizar de aquel o aquellos con quienes se relaciona, los niveles de estrés y el grado de activación del sistema de apego. La capacidad de mentalizar no sería una propiedad de la persona, sino de la persona y situación unidas, situacional<sup>22</sup>.

2. Es una capacidad multidimensional, para entenderla y para evaluarla hay que considerar al menos cuatro polarida-

---

<sup>19</sup>N. Humphrey. Aprender soñando. En: E Punset. Cara a cara con la vida, la mente y el universo. Conversaciones con los grandes científicos de nuestro tiempo. Barcelona: Destino, 2010; p. 239-253.

<sup>20</sup>Bateman A, Fonagy P. Metallization-Based treatment for borderline Personality Disorder: A Practice Guide. New York: Oxford University Press, 2006

<sup>21</sup>Fonagy P, Bateman A, Luyten P. Introduction and Overview. Fonagy P, Bateman A. Handbook of Mentalizing in mental Health Practice. Washington, London: American Psychiatric Publishing 2012.

<sup>22</sup>Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press, 2012.

des: automática (implícita) vs controlada (explícita); basada en lo interior *vs* basada en lo exterior de sí mismo o de otros; cognitiva *vs* afectiva; centrada en uno mismo *vs* centrada en otro(s). Buena mentalización implica un buen funcionamiento de cada una de ellas y flexibilidad para su adecuada activación y predominio para funcionar de manera óptima en cada situación.

2.1. Automática *vs* controlada: aunque habitualmente funcionemos con mentalización implícita, automática, es necesario poder cambiar a controlada de manera flexible, lo que nos permite reflexionar y cuestionar asunciones automáticas que incluyen prejuicios y equívocos.

2.2. Basada en lo interior *vs* basada en lo exterior de sí mismo o de otros: es necesaria la mentalización sobre lo externo, pero sin quedarse solo en esto, sino, a partir de ella, construir hipótesis sobre el mundo externo del otro o reflexionar sobre el propio.

2.3. Cognitiva *vs* afectiva: la mentalización cognitiva y afectiva deben estar integradas, dando lugar a la mentalización de la afectividad, lo que supone reconocer, modular, expresar emociones, diferenciando entre estar en un estado emocional y tener consciencia del mismo y de su significado, lo que permite manejarlo. Los pacientes límites, como los dependientes e histriónicos aparecen con frecuencia sobrepasados por mentalización automática afectiva, con dificultades para reflexionar sobre ella.

2.4. Sobre uno mismo-sobre los demás: las alteraciones en esta polaridad de la mentalización incluyen dos modalidades, en una el sujeto tiene déficits tanto para mentalizar en relación a sí mismo como en relación a los demás, en la otra presenta una capacidad desigual de mentalizar en ambos polos. Se incluye aquí la tan frecuente, en los límites, dificultad de diferenciar entre la experiencia propia y la ajena.

### **2.2.1.2. Capacidad de mentalizar. Desarrollo**

A partir de sus propias observaciones y de los conocimientos sobre neurodesarrollo actuales, Fonagy y cols. consideran que la capacidad de mentalizar no surge espontáneamente, sino que se desarrolla, junto con otras funciones superiores, a partir de las interacciones que se dan desde las primeras relaciones del bebé con los cuidadores.

Es construida en una interacción entre biología y ambiente, siendo las condiciones óptimas para su desarrollo las del apego seguro. A partir de una predisposición biológica, el niño empieza a formarse representaciones mentales de sus experiencias, a reconocerse como un ser con mente y a ver a los demás de la misma manera. Para ello, requiere recibir una respuesta emocional apropiada<sup>23</sup>, que le permita darse cuenta de que su estado mental, sus necesidades y deseos, han sido percibidos por otra persona que los ha entendido, procesado y responde a ellos, o, dicho de otra forma, de que está siendo reconocido en la mente del otro como un ser con mente y emociones propias. Esto último es importante para el desarrollo de la capacidad de mentalizar: para ser reconocidos por el niño como reflejos de lo que ocurre en su propio mundo interno, los mensajes que se le devuelven han de estar “marcados”<sup>24</sup>, dramatizados, de manera que pueda diferenciarlos de meras expresiones de los sentimientos del cuidador. La repetición de este tipo de interacciones le permitirá ir construyendo representaciones secundarias de sus propios estados y de los de los demás. Así, podrá ir desarrollando la consciencia de su propia mente, con sentimientos y pensamientos, separada de la de los demás, y agente activo,

---

<sup>23</sup>Gergely G, Watson J. The social biofeedback model parental affective mirroring. *International Journal of Psychoanalysis* 1996; 1181-1212.

<sup>24</sup>Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder metallization-based treatment*. New York: Oxford University Press, 2004.

creador de representaciones de sí mismo y de los otros, no mero espejo de la realidad. Desde Bowlby sabemos que las primeras experiencias relacionales son internalizadas como patrones de expectativas sobre las relaciones posteriores. Explica Knox (26) que hay que entender internalización como una metáfora para el hecho de que el medio relacional, la experiencia encarnada y afectiva del niño con sus cuidadores facilita –o inhibe– el desarrollo de patrones de pensamiento, sentimiento y relaciones. Se desarrollan así distintos Modelos de Trabajo Internos, con distinta capacidad de mentalizar, que se pondrán en marcha o no en función de relaciones posteriores. Pueden existir Modelos de Trabajo Internos no reflexivos que se mantienen fraccionados a lo largo de la vida (23).

La capacidad de mentalizar se adquiere a los 3-5 años, aunque sigue desarrollándose y matizándose con el tiempo. Posteriormente, a lo largo del ciclo vital, funciona como un factor de resiliencia para afrontar los retos de la vida.

### **2.2.1.3. Desarrollo del trastorno límite de la personalidad**

Sabiendo que el origen del trastorno límite de la personalidad es complejo y multifactorial, este modelo (20<sup>25</sup>) se interesa especialmente por su relación con vínculos de apego inseguros en la primera infancia, en los que falta un medio interpersonal que propicie el desarrollo de una sólida capacidad de mentalizar, estable a lo largo de las distintas situaciones de la vida.

En estos vínculos, fundamentalmente en el desorganizado, los cuidadores fallan habitualmente en el marcado de la es-

---

<sup>25</sup>Knox J. Self –Agency in Psychotherapy. Attachment, Autonomy and Intimacy. New York: Norton, 2011: 41-59.

peculiarización, por lo que el desarrollo de la capacidad de mentalizar se ve comprometido. Además el niño no se tranquiliza con estas respuestas no marcadas, o/y no contingentes ni congruentes con lo que le pasa, sino que le alteran más, lo que dificulta que desarrolle habilidades para regular sus afectos. Y tiende a desarrollar un self fragmentado, mal integrado, con representaciones que no va a vivir como propias sino como ajenas, ya que no empezaron a desarrollarse como especularizaciones de su mundo procesadas y reflejadas por sus cuidadores (marcadas), sino como expresiones del mundo interno de éstos. Llamam “alien self” a estos componentes mal integrados del self, que, cuando ha habido maltrato, pueden ser muy atemorizantes y destructivos. Además, cuando el niño se enfrenta con respuestas de los cuidadores que en lugar de calmarle le provocan inseguridad o miedo, el sistema de apego, que le lleva a buscar consuelo en quien no se lo da o incluso le maltrata, puede quedar hiperactivado. En el futuro, su activación, ligada a fallos en la capacidad de mentalizar, se podrá producir ante cuestiones que para otros son banales o tolerables. Interacciones repetidamente negligentes con las necesidades emocionales del bebé, o que incluyan otras formas de maltrato, llevarían a desarrollar modelos de trabajo interno en los que la capacidad de mentalizar queda debilitada y en los que es probable que aparezcan expectativas negativas sobre las relaciones interpersonales, que en el futuro se activarán fundamentalmente en relaciones de apego.

Sabemos que desde las primeras interacciones del bebé, su experiencia interpersonal y su desarrollo intrapsíquico se influyen mutuamente en un círculo autoperpetuante, repetido a lo largo de las diferentes etapas de la vida, y el tipo de apego tiende a mantenerse. Cuando es inseguro las conductas del niño, al ir creciendo y relacionándose con otros fuera de su familia, dificultarán las relaciones sanas con los demás, y se verá comprometida la posibilidad de que forme apegos

seguros intra o extrafamiliares en los que pueda desarrollar su capacidad de mentalizar.

Por otra parte, la fragilidad en esta capacidad, en la de regular el afecto, junto a un self mal integrado van a conllevar desde muy pronto mayor vulnerabilidad para el trauma psicológico. De esta manera los modelos de trabajo internos construidos en las primeras relaciones de apego funcionarían en la vida no sólo como patrones interpersonales, sino como reguladores en el proceso de desarrollo<sup>26</sup>.

Para Fonagy y cols. las características clínicas de los pacientes límite se pueden entender como pérdidas de la capacidad de mentalizar y de integrar sus representaciones de sí mismos y de los otros. Estas pérdidas se dan, fundamentalmente ante un aumento de estrés e hiperactivación del apego, de manera que, aunque en otras condiciones puedan ser mentalizadores más o menos eficaces, en estas situaciones entran en alguno de los tipos de funcionamiento mental propios de momentos evolutivos previos al desarrollo de la mentalización. Estos modos prementalísticos pueden ser alguno de los siguientes:

1. La equivalencia psíquica, en el que las representaciones mentales se consideran la realidad y no una representación de ésta, lo que se expresa como pensamiento concreto, rígido, de verdades no cuestionables, sin diferenciar mundo interno y externo.
2. El modo “como si”, con desacoplamiento entre realidad interna y externa, se manifiesta como pseudomentalización, vida “en superficie”, “no estar en contacto con uno mismo ni con los demás”.

---

<sup>26</sup>Linehan M. Cognitive behavioural treatment for borderline personality disorder. New York: The Guildford Press, 1993.

3) el modo teleológico, en él los estados mentales, tales como deseos y afectos, para ser valorados deben ser expresados en la acción, en el mundo físico.

### **2.2.2. Intervención con el modelo de tratamiento basado en la mentalización**

El aspecto característico de la MBT es la focalización sistemática en aumentar la capacidad de mentalizar, para lo cual, en el HD cada miembro del equipo debe estar implicado en esta tarea. Para ello, ha de crear con cada uno de los pacientes un vínculo de apego seguro, lo que requiere:

1. Sintonizar con cada uno de ellos, representándose lo mejor que pueda sus estados mentales.
2. Devolverles, de manera explícita, un interés y reflexión continua sobre sus inestables estados mentales, para ir co-construyendo con ellos sus propias representaciones internas.
3. Facilitarles que logren regulación emocional, mediante apoyo y empatía en los momentos en que aumenta su activación emocional.

Si, por el contrario, se establece y mantiene un vínculo inseguro, se recrea y refuerza la patología del paciente. Hay que evitar entrar en el rol de padre-ley que frena al niño o en el rol de quien se asusta y desestabiliza ante sus emociones, intentando protegerle tanto que le anula.

Las técnicas que P. Fonagy y A. Bateman proponen en su manual, como ellos mismos afirman (20), no son diferentes de las utilizadas en otros modelos de psicoterapia, pero la novedad, que tiene una gran potencia terapéutica, consiste en la focalización continua en promover la capacidad de mentalizar y el énfasis en la progresión, en función de la evolución del

paciente, desde intervenciones más contenedoras hacia otras cada vez más próximas a experiencias interpersonales en el aquí y ahora, y por tanto más movilizadoras de emociones. Se promueve la exploración de los afectos que se desencadenan en el momento presente, cuidando siempre mantenerse dentro de la franja de seguridad emocional en que el paciente pueda mantener su capacidad reflexiva, ya que con demasiada emoción ésta se bloquea, y si es demasiado escasa no hay un trabajo enraizado en la experiencia y se tiende a la pseudomentalización. Por tanto, es importante no desestabilizar al paciente, evitar las regresiones y las situaciones demasiado cargadas emocionalmente. Hay que tener en cuenta que en ellos la proximidad mental de la relación terapéutica puede desencadenar hiperactivación del sistema de apego, o incluso ser vivido como un riesgo, por experiencias previas de negligencia o trauma activo con cuidadores. En cualquiera de estos casos, puede conllevar una pérdida de la capacidad de mentalizar y hay que estar atento a estas reacciones y mantener en lo posible una dinámica de reflexión sobre lo que va viviendo el paciente en la relación con terapeutas y compañeros. Los profesionales han de conocer el estilo de relación interpersonal de cada paciente, para adaptarse a cada uno de ellos, los estilos predominantes son el caracterizado por grandes fluctuaciones entre proximidad y lejanía, y el evitativo o distante.

Aunque estos autores describen una serie de técnicas, y consideran que es útil conocerlas y habituarse a funcionar con ellas, puntualizan que MBT no es tanto (20) una técnica como una actitud, que permite un uso creativo de los conocimientos. En esta actitud predomina la curiosidad explícita por los estados mentales de paciente y terapeuta, y la invitación permanente a explorarlos, desde una posición del terapeuta de no saber lo que hay en la mente del paciente. Se acerca a ella con hipótesis, pero finalmente es opaca para él, como lo es para todos los demás, ya que sabemos

que la capacidad de “leer” la mente del otro tiene limitaciones y podemos hacer suposiciones, pero no tener seguridad sobre ellas. Esto requiere una gran capacidad del terapeuta de tolerar la incertidumbre, y focalizar continuamente en su propia mente y en la del paciente, sin dejarse arrastrar por sus conductas. Las intervenciones han de estar adaptadas a las características de los pacientes, y es fundamental que sean adecuadas a la capacidad de mentalizar que tenga en cada momento. Cuando el aumento de emoción disminuye la capacidad de mentalizar, puede ser necesario usar métodos para aumentar la regulación emocional (desde distintas técnicas de relajación a la medicación). Se recomienda tener un plan de crisis consensuado para intervenir en situaciones de mayor desbordamiento emocional.

Al entender que la influencia del ambiente en la expresión de la patología de los pacientes limite no se restringe a lo que ocurre en su familia o en su mundo de relaciones, sino que se extiende a lo que pasa con los profesionales, se comprende que determinadas actuaciones “psico” pueden provocar conductas que luego se pueden achacar a la patología de manera descontextualizada. Los profesionales, como los progenitores, tienen también el riesgo de perder la capacidad de mentalizar y funcionar de manera prementalística, lo que se puede traducir en 1) no ver al paciente como “otro”, con un mundo interno diferente al suyo, 2) no tener en cuenta la “opacidad de la mente” del otro, y dar como verdades lo que solo son sus propias ideas o prejuicios, y 3) juzgar las conductas del paciente por sus resultados, sin tener en cuenta su experiencia interna, adjudicándoles sentimientos o intenciones que poco tienen que ver con su experiencia.

En esta línea es importante valorar sus déficits<sup>27</sup>, con frecuencia ocultos tras una aparente competencia, no esperando una

---

<sup>27</sup>Yalom I. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de cultura económica, 1986:46-52

mayor regulación emocional de la que sean capaces de tener o una estabilidad del self de la que carecen.

Este esfuerzo en aumentar la probabilidad de que se den respuestas mentalizadoras por parte de todos los miembros del equipo ante las conductas de los pacientes, focalizando en fortalecer su capacidad de mentalizar en los distintos espacios del HD, ayuda a la creación de un medio terapéutico: un medio seguro, en el que predomina el interés y la exploración del mundo interno de cada paciente, y en el que se cuida no sobrepasar sus capacidades mientras se le anima a mentalizar tanto sobre sus interacciones fuera como dentro del HD, lo que va a favorecer que mentalice sus afectos y sus relaciones intersubjetivas, entendiendo progresivamente cómo funciona mentalmente en un contexto dado, sin entrar en funcionamientos prementalísticos, y por tanto, sin responder con disociación, descarga o externalización.

### **2.3 Terapia de grupo interpersonal**

El modelo de Yalom resulta idóneo tanto para la construcción del medio terapéutico en un hospital de día y en los grupos que en él se ofrecen como para la comprensión de los factores terapéuticos que se propician en el medio grupal, y que los terapeutas han de impulsar. La MBT y la Terapia de Grupo Interpersonal (TGI) tienen mucho en común y se integran fácilmente, facilitando la MBT adecuar la TGI a las necesidades específicas de los pacientes con organización límite de la personalidad, y la TGI<sup>28,29</sup> encuadrar las intervenciones de la MBT en el contexto grupal del HD.

---

<sup>28</sup>Yalom I, Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books, 2005

<sup>29</sup>Stanton A. H., Swartz M.S.; The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment. New York :Basic Books, 1954.

El HD funciona, parafraseando la famosa imagen de Yalom (28), como un “microcosmos social”, en que cada paciente trae su forma habitual de relacionarse y puede empezar a transformarla. Los factores terapéuticos que se ponen en marcha en el HD son:

**Aprendizaje interpersonal.** En el HD se puede convertir en terapéutica la relación con otras personas, gracias fundamentalmente a dos aspectos del aprendizaje interpersonal que posibilitan la ruptura de las pautas disfuncionales cíclicas que mantienen la psicopatología:

1. Una experiencia emocional correctora, diferente a la que mantiene, en un ciclo vicioso, la conducta. Esta experiencia consiste en que se produzca, con suficiente redundancia, la aceptación de la persona mientras se puede cuestionar alguna de sus conductas.
2. La reflexión sobre lo que va apareciendo en el plano interpersonal, explorando la relación bidireccional entre lo que ocurre en éste y la subjetividad (y aquí interviene la MBT).

**Autorevelaciones.** Desde el inicio se invita a los pacientes a expresarse, estimulando las autorevelaciones no sólo de su pasado, de sus síntomas o de lo que ocurre en su vida fuera del HD, sino también y de manera fundamental, de lo que se produce en el “aquí y ahora”, desde luego a partir de lo que comparten con los demás sobre su vida, pero focalizando en lo que se produce al compartirlo.

Para esto se estimulan los feedbacks de pensamientos, opiniones y sentimientos, que dan una información a aquel a quién se dirigen de cómo es visto, de cómo lo que hace y dice, así como su comportamiento con los demás, repercute en la imagen que estos se hacen de él y en cómo le tratan.

Verse desde fuera, que facilita el desarrollo de un yo observador, y es un aspecto de la capacidad de mentalizar, tiene una gran potencia transformadora, y no es raro que a los pacientes les sorprenda lo que provocan en los demás.

También quien da el feedback muestra quién es, al hablar de qué le afecta y cómo interpreta lo que hacen otros.

A partir de estos comentarios se van manifestando las diferencias entre unos y otros compañeros –o terapeutas– en la forma de interpretar lo que va ocurriendo, y se puede ir entendiendo, desde la relación interpersonal, el distinto mundo interno de cada uno, lo que abre la puerta al reconocimiento del otro como “otro” y a la posibilidad de valorar distintas perspectivas.

**Catarsis.** Para que los feedbacks sean útiles no basta que sean expresiones intelectuales más o menos acertadas, sino que se requiere que tengan una carga emocional. Es necesaria la catarsis para que lo que se dicen unos a otros tenga vitalidad, y conlleve una comunicación real, siempre que esté balanceado con la capacidad de autorreflexión, y que por tanto no sobrepase la capacidad de pensar y procesar del paciente o del grupo, ya que en este último caso no sólo no es terapéutica sino que puede ser dañina.

El trabajo terapéutico va a moverse en estos tres niveles: compartir contenidos, propiciar un proceso de relaciones interpersonales e iluminación o reflexión sobre este proceso. En este trabajo centrado en el aquí y ahora es fundamental el papel del equipo terapéutico. Sus componentes son quienes van a llevar la atención a relacionar lo que ocurre tanto con el mundo interno de cada paciente, como con su problemática, que se va a ir manifestando en la relación con otros, como con sus objetivos de tratamiento en el HD, estimulando así un nivel de reflexión que difícilmente pueden alcanzar los

pacientes por sí solos. Este ir de la experiencia a la reflexión sobre la experiencia, que conforma el tiempo y espacio del HD como un medio terapéutico, le da en gran parte su potencialidad de cambio.

Los pacientes no pueden estar con el mismo tema toda la jornada, sobre todo si es algo que conlleva emociones negativas, es mejor que el HD esté estructurado de manera que se facilite la flexibilidad de roles a lo largo del día, diferenciándose el contenido de lo que se trabaja en los distintos espacios: en terapia individual y de grupo se estimula más la autorrevelación y el trabajo con emociones negativas, que sin embargo se limitan en los tiempos entre actividades o en aquellas con contenido más lúdico o formativo. Un paciente con ideas de suicidio, por ejemplo, tiene un espacio para hablar de ellas en la terapia individual, pero no debe invadir con este contenido un tiempo dedicado al trabajo corporal o la hora de la comida, o si en el grupo alguien hace una autorrevelación de antecedentes traumáticos, al salir de él esa conversación se termina y se retomará en un momento adecuado, pero no se sigue en los tiempos entre actividades ni en otras actividades con distintos objetivos.

**Cohesión.** Sentirse aceptados y formando parte de un grupo que trabaja para conseguir unos objetivos (terapéuticos) y al que se valora, es un factor terapéutico básico. Yalom lo compara con la relación terapéutica en terapia individual, y como ella, lo considera indispensable para que se desplieguen los demás factores terapéuticos. Sólo si hay una cohesión robusta resulta efectiva esta convivencia entre pacientes en torno a la gran cantidad de tiempo estructurado en actividades y terapias grupales, aunque es normal que haya diferencias en su intensidad entre unos y otros pacientes, que sufra altibajos a lo largo del tiempo, y que se fracture en algunos momentos.

Lo que se denomina cohesión individual, la de cada paciente con el HD, va forjándose paulatinamente. Cuando llegan es muy habitual que estén preocupados por lo que les espera en la relación con los demás: que teman no ser aceptados, o por el contrario “mezclarse demasiado” y confundirse con los otros, o que piensen que la relación con pacientes les puede perjudicar, o que traigan pautas evitativas, tendencia al aislamiento y a la desconexión. A un ritmo distinto para cada uno, van estableciéndose relaciones y algunos o todos los compañeros o/y profesionales empiezan a resultar significativos, surge afecto hacia unos, interés por otros y, en mayor o menor grado, comienzan a compartir la experiencia de estar juntos en algo importante. Entonces suelen empezar a presentar una serie de conductas que tienden a proteger el tratamiento, como defender las normas frente a los que no las cumplen, preguntar por los que faltan, cuidar los espacios que valoran porque en ellos pueden expresarse y compartir experiencias, aceptan afrontar conflictos desde la reflexión en lugar de hacerlo desde la evitación o la confrontación más agresiva, y es frecuente que empiecen a decir que “aquí” pueden ser ellos, que se sienten aceptados sin necesidad de esconderse o fingir, o que pueden escuchar lo que nunca han permitido que les dijeran. A veces se hacen subgrupos, por afinidad personal o por pertenencia a distintos grupos terapéuticos, que pueden derivar en un interés por la relación “amistosa” mayor que por el trabajo terapéutico, lo que resta capacidad al HD y debe ser trabajado como material de terapia. La formación de parejas suele ser un límite explícito, ya que si se sobrepasa es muy difícil que el tratamiento grupal pueda llevarse a cabo.

Otro aspecto de la cohesión, fundamental en un HD, es la de los profesionales: su valoración del trabajo que realizan y del grupo de pacientes con el que están en cada momento, y si se sienten valorados por lo que hacen. Como ya señalaron

Stanton y Swartz<sup>30</sup>, cuando hay conflictos no resueltos entre ellos aparecen problemas entre equipo y pacientes y también entre los propios pacientes, y se altera la cohesión de éstos últimos. Para lograr cohesión del equipo resulta necesario realizar una reunión diaria donde se ponga en común la información de lo sucedido con cada paciente en cada actividad, se analice el estado global del HD, se pueda discrepar y pensar juntos, así como compartir las dificultades tanto con el trabajo con los pacientes como las que vayan surgiendo entre los distintos profesionales.

**Modelado.** Como se da a un nivel implícito, generalmente es poco visible para quien no lo conozca, pero tiene un papel importante, sobre todo en las fases iniciales, cuando los pacientes comienzan a adaptarse a la cultura del HD para ser admitidos y formar parte de él. Los profesionales, junto a los pacientes líderes del HD van a ser puntos de referencia en el modelado de conductas, por lo que han de estar atentos a lo que hacen: cómo se presentan, la flexibilidad de roles, la expresión de la contratransferencia, etc.

**Instilación de esperanza.** Es otro factor terapéutico que se pone en marcha desde el principio del tratamiento en el HD. El iniciar un tratamiento nuevo, tan complejo y costoso para la institución y para el paciente, facilita su aparición, reforzada al encontrarse con compañeros en otras fases del tratamiento, muchos o algunos de los cuales están mejor que cuando llegaron. Este factor debe ser impulsado ya por los terapeutas del CSM al derivar al HD. En él, desde las primeras entrevistas y fundamentalmente al realizar el plan individualizado de tratamiento, se relacionan los síntomas y problemas por los que acude el paciente con sus dificultades en la relación consigo mismo y con los demás y se señala como van a

---

<sup>30</sup>D. Siegel. *Mindsight. The new science of personal transformation*. New York: Bantam Books, 2010

ser abordados y qué ventajas supone el hacerlo en el HD en general y en cada una de las actividades que se van a llevar a cabo en particular.

**Universalidad.** Aparece también pronto. Al empezar a contactar con los compañeros, enseguida se empiezan a encontrar similitudes con ellos, aunque es frecuente que al principio los pacientes nuevos se comparen con los que llevan más tiempo y se vean distintos, a veces más sanos que los demás, otras más incapaces de funcionar en grupo, etc. Pero poco a poco se reconocen en síntomas, en dificultades, en historia biográfica, en situaciones traumáticas que se han vivido, en pensamientos y creencias, en emociones, en “secretos”. Para muchos supone una experiencia nueva y transformadora, al permitirles verse con otra perspectiva, ya no son únicos ni hay que esconder experiencias o sentimientos, sino que pueden compartirlos con otros que han vivido situaciones similares.

**Dar información o consejos.** Es el factor terapéutico fundamental en las actividades de tipo psicoeducativo, como el taller de salud, o, en determinados momentos de otras terapias, como puede ser la entrada de pacientes en un grupo nuevo, cuando se les presenta el modelo de tratamiento con el que se va a trabajar. Pero también se comparte información entre pacientes, con la fuerza que tiene cuando lo hacen desde la experiencia de haber vivido situaciones similares.

**Altruismo.** Lo anterior tiene como correlato terapéutico el altruismo, la experiencia de preocuparse por otro y reconocerle como “otro”, al intentar aconsejarle con empatía, dándose cuenta de sus puntos de vista, sus valores y sus posibilidades.

**Conocerse a sí mismo.** Este factor terapéutico se refiere no sólo a conocerse uno mismo en el aprendizaje interperso-

nal, sino en la exploración del mundo interno, de la mente, con el reconocimiento de emociones, creencias y fantasías, así como en un aumento de la consciencia corporal. Y también en el trabajo de explorar y dar sentido a cómo se han ido forjando las dificultades actuales a lo largo de la historia biográfica, lo que permite a cada uno empezar a verse desde otra perspectiva, al comprender, por ejemplo, que los padres se comportaron de determinada manera en función de su propia problemática, no de la maldad del hijo, o al reprocesar traumas y cambiar la perspectiva sobre ellos, de manera que cese o disminuya su influencia sobre la vida presente.

#### **2. 4. Técnicas somatosensoriales y trabajo con emociones**

El cuerpo tiene un papel fundamental en nuestro sentido de identidad. El bebé se empieza a descubrir cómo un ser capaz de interactuar con el mundo mediante los primeros movimientos, de acción y reacción en los que intervienen tanto él como sus cuidadores. A partir de ellos irá desarrollando su funcionamiento mental hasta alcanzar la capacidad de mentalizar (23).

Además, la consciencia corporal va a proporcionar, en los distintos momentos de la vida, la sensación subjetiva de estar arraigado y presente. Mediante el cuerpo nos relacionamos e interaccionamos con el mundo externo. Porque, como afirma D. Siegel<sup>31</sup> la mente está encarnada y es relacional. El sistema somatosensorial recibe información sensorial interna y externa, la procesa y envía datos al cerebro. De estas señales depende en gran parte nuestra sensación de bienestar o ansiedad, y a partir de ellas y de cómo se procesan en el

---

<sup>31</sup>Nijenhuis E. Disociación somatoforme, trauma y defensa. Aust N Z J Psychiatry 2004; 678-686.

cerebro se construyen los estados emocionales. El cuerpo se va modificando con estas experiencias, y cuando son dolorosas o negativas, como ocurre con las tensiones y las vivencias traumáticas, van apareciendo rigidez y acortamiento muscular, desvitalización, cambios en patrones respiratorios, u otras “somatizaciones”. También tiene un lenguaje propio, que la persona puede ser incapaz de entender y verbalizar, y que en el caso de la histeria se hace muy patente.

Dentro del modelo de HD de Alcalá, destinado a conocerse mejor y manejarse mejor en las relaciones y en los retos de la vida, se da gran importancia al trabajo con técnicas somato-sensoriales. De esta manera el tratamiento se centra en comprender cómo funciona la mente, pero también en cómo lo hace el cuerpo, o más bien los distintos aspectos de la unidad mente-cuerpo, y esto siempre en el contexto de las relaciones interpersonales.

La intervención a este nivel es de gran ayuda cuando nos encontramos con dificultades graves de regulación emocional. Los pacientes límite dependen mucho de sus inestables estados emocionales, pierden la capacidad de mentalizar cuando superan ciertos umbrales, y con frecuencia presentan somatizaciones, que muchos autores relacionan con experiencias traumáticas<sup>32</sup>.

El trabajo con lo corporal es especialmente importante en aquellos pacientes que presentan trastornos de la conducta alimentaria, en los que es fundamental modificar aspectos relacionados con su imagen de sí mismos y su vivencia corporal.

Cuando se producen episodios de disociación en el HD, focalizar en la experiencia sentida es muy útil para que puedan

---

<sup>32</sup>O. Van der Hart. El yo atormentado. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2008

volver a estar en el presente y salgan, por ejemplo, de un *flashback* o una situación de ensimismamiento extremo.

#### **2.4.1. Objetivos de las técnicas somatosensoriales y trabajo con emociones**

Constituyen un apoyo a las intervenciones psicoterapéuticas, y resultan especialmente importantes para fortalecer la capacidad de mentalizar. Con ellas los pacientes pueden: Aumentar la capacidad de mentalización de la emoción de manera explícita, es decir, adquirir consciencia del estado emocional en que están.

Mejorar la capacidad de autoregulación emocional, al:

1. Empezar a distinguir sensación de pensamiento, al ser capaces de localizar la primera en el cuerpo.
2. Reconocer sensaciones y emociones, y desarrollar un vocabulario para estas experiencias, lo que es básico para la autoregulación emocional<sup>33</sup>.
3. Entrenarse en diferentes técnicas que permiten autotransquilizarse.

Lograr “presencia” frente a pseudomentalización, facilitar una mejor integración entre mente y cuerpo. Esto es especialmente importante para recuperarse, al principio con ayuda del equipo de tratamiento, de los episodios de disociación, después, cuando van siendo más competentes y autónomos, pueden usar estas técnicas para evitar disociarse.

---

<sup>33</sup>P. Levine. Healing trauma. A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body. Sounds True, 2008.

## **2.4.2. Entrenamiento de los pacientes en técnicas somatosensoriales**

2.4.2.1. Desarrollo de consciencia corporal. A lo largo de la jornada en el HD el equipo terapéutico está pendiente del desarrollo de una mejor consciencia corporal en los pacientes, tarea complicada, ya que con frecuencia, como afirma Levine<sup>34</sup>, “aprender el lenguaje del cuerpo es como aprender una lengua extranjera”.

Este objetivo está especialmente presente en las actividades de terapia ocupacional y en el entrenamiento en relajación, donde se monitoriza regularmente como se están sintiendo, se les anima a mantener la atención en el cuerpo a lo largo de la actividad, y a ser conscientes de los cambios que se producen en ellos.

La información que se genera, se comparta o no, se dirige a favorecer la escucha con uno mismo y con los demás, desde una actitud de curiosidad, nunca de juicio, validando las experiencias del paciente y ayudándole a contextualizarlas, lo que permite observar sus cambios en distintos momentos y estados mentales. Es importante tener en cuenta que quien más sabe de lo que le está ocurriendo es quien lo experimenta, y facilitar el desarrollo de un vocabulario para experiencias sensoriales y emociones, ayudando así a que puedan expresar lo que les va pasando.

2.4.2.2. Entrenamiento en técnicas destinadas a autotranquilizarse: fundamentalmente mediante entrenamiento en relajación y ejercicios de respiración, que se practican varias veces a la semana.

---

<sup>34</sup>Kabat-Zinn. Vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós, 2004.

2.4.2.3. Grupo de atención plena. Se ha incorporado un grupo de atención plena (*mindfulness*) dirigido a pacientes capaces de tolerar la práctica de mantenerse un tiempo intentando focalizar la atención en su cuerpo y su mente.

Actualmente este tipo de intervención necesita poca justificación. Fue introducida por Marsha Linehan hace unos 20 años, dentro de las sesiones dirigidas a fomentar habilidades básicas de consciencia, como parte importante de su modelo de tratamiento de las personalidades límite, modelo que demostró ser eficaz, fundamentalmente en la reducción de autolesiones y conductas suicidas. A lo largo de esta década el uso de las técnicas de atención plena se ha extendido al tratamiento de la ansiedad, el dolor, y la prevención de recaídas en depresión, con buenos resultados<sup>35,36</sup>.

El interés creciente por estas prácticas ha llevado, en la última década, a estudios sobre sus posibles efectos sobre el cerebro, lo que nos ha permitido saber que la práctica de la meditación está asociada con cambios que pueden ayudar de manera importante a los pacientes límites: en investigaciones a corto plazo se ha observado una mayor actividad en el cortex prefrontal izquierdo, un área del cerebro relacionada con emociones positivas y en investigaciones a largo plazo, en meditadores habituales (aunque no se ha determinado con qué intensidad de práctica), se ha encontrado una mayor activación cerebral ante estímulos que suscitan la compasión, lo que sugiere que aumenta la empatía, y un mayor grosor en el área asociada con la atención sostenida<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup>Segal Z., Williams J, Teasdale J: Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2006

<sup>36</sup>Vicente Simón . Mindfulness y neurobiología. Revista de psicoterapia 2006; 66/67:5-31.

<sup>37</sup>American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. American Journal of Psychiatry 2004;161 ; 1-57

Se anima a los pacientes a continuar practicando en casa y a usar lo aprendido como técnica de regulación emocional cuando lo precisen. Con frecuencia esto se recoge en el plan de crisis.

## **2.5. Tratamiento del trauma**

Los creadores del MBT proponen tratar el trauma en primeros vínculos (daño o negligencia en vínculos de apego) en su manifestación en las pautas interpersonales actuales, que permiten acceder y modificar los modelos de trabajo internos desde su expresión en el aquí y ahora, y defienden que al aumentar capacidad de mentalización los pacientes límite tienen más capacidad de manejar memorias traumáticas.

Desaconsejan centrarse en el tratamiento de los traumas en estos pacientes, señalando que hacerlo entraña el riesgo de potenciar un funcionamiento en pseudomentalización, con lo que las entrevistas se limiten a ser narraciones de traumas que no llevan a ningún cambio, dominadas por discursos “enlatados”, repetitivos, sin repercusión emocional (23,25). Pero reconocen la necesidad, al tratar PTSD y otros trastornos postraumáticos, de proporcionar una relación terapéutica segura donde la que la persona traumatizada pueda pensar, sentir y hablar sobre su trauma (14).

En el HD se tratan pacientes, límites o no, con trastornos postraumáticos (PTSD; trastornos disociativos graves, etc.) que en ocasiones requieren trabajar sobre el trauma. Actualmente hay dos tratamientos admitidos<sup>38,39,40</sup> como “probablemen-

---

<sup>38</sup>E.B.Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman. *Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press. 2000

<sup>39</sup>International Society for Study of Dissociation. *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults*. *Journal of Trauma & Dissociation* 2005;6

te” eficaces en trauma son EMDR<sup>41</sup> y exposición, y ambos pueden usarse en función de la formación o preferencias de los profesionales que los apliquen o de la decisión de los pacientes.

Están indicados en la segunda fase del tratamiento del trauma, entendiéndose que (33) primero es necesario reducir los síntomas y estabilizar la clínica, ya que el tratamiento de los recuerdos traumáticos sólo se puede abordar cuando se ha construido una relación terapéutica de apego seguro, el paciente ha adquirido una suficiente capacidad de mentalización y autorregulación emocional, está seguro en su medio y no hay contraindicaciones. A esta intervención ha de seguir una tercera fase del tratamiento del trauma, que consiste en un trabajo de integración y rehabilitación. En pacientes traumatizados estas fases no son lineales, y se puede volver a cualquiera de las anteriores a lo largo del proceso de tratamiento.

## **2.5. Uso de medicación**

El uso de medicación en pacientes límite graves resulta, con frecuencia, imprescindible para poder mantener un proceso psicoterapéutico. Sin embargo, no hay indicaciones universalmente aceptadas sobre la indicación de un u otro tipo de fármacos, y las recomendaciones de la guía de la A.P.A. del 2001 han sido cuestionadas por investigaciones posteriores. Por tanto, el uso de psicofármacos en HD debe basarse en las actualizaciones que vayan apareciendo.

---

<sup>40</sup>Shapiro F. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. Mexico D.F : Pax Mexico. 2004.

<sup>41</sup>Rapoport R.N. Community as Doctor. New York: Arno, 1980.

### **3. Cuestiones organizativas**

Gracias a Rapoport<sup>42</sup>, un antropólogo que publicó un estudio sobre lo que ocurría en la Comunidad Terapéutica del Hospital Belmont, en Inglaterra, conocemos la filosofía y los principios organizativos de las primeras instituciones que se modificaron para convertir su funcionamiento cotidiano en un medio terapéutico. Los hospitales de día que fueron surgiendo a mediados del siglo XX, como el desarrollado por Cameron en Montreal<sup>43</sup> en 1947 o el del HD psiquiátrico en el Hospital Menninger, en Kansas, que adoptó ya en 1949 el concepto de “terapia por el medio”, fueron haciéndose partícipes de esta manera de organizarse. Hace unos años Piper, Rosie, Joyce y Azim<sup>44</sup> revisaron, a partir de su dilatada experiencia de trabajo en HD, los principios teóricos del medio terapéutico expuestos por Rapoport, manteniéndolos con algunas modificaciones y presentando unos principios de tratamiento en HD que consideramos plenamente vigentes y que tienen importantes similitudes con los principios que hoy se consideran básicos en el abordaje de los trastornos de la personalidad y que se tratarán más adelante<sup>45</sup>. Estos autores se refieren a la necesidad de:

1. Relaciones sanas entre el equipo de tratamiento, que proporcione un modelo de relación para los pacientes, con un “uso juicioso e la autoridad”, evitando tanto su falta como el abuso de poder.

---

<sup>42</sup>Kennedy L. Groups in the Day Hospital. En: Alonso A; Swiller H, editors. Group Therapy in clinical Practice. Washington D.C:American Psychiatric Press, 1992; p.137-154

<sup>43</sup>Piper W.E., J.S.Rosie, D. Joyce, H.F. Azim. Time-Limited Day Treatment for Personality Disorders: Integration of Research and Practice in a Group Program. American Psychological Association, 1996; p.11-34

<sup>44</sup>Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. British Journal of Psychiatry 2000; 138-143

<sup>45</sup>Guía para la atención a los trastornos de la conducta alimentaria. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Edición interna de la CAM 2010.

2. Un grado de democracia en que la opinión de los pacientes sea escuchada y tenida en cuenta, propiciándose relaciones entre adultos en las que se evite la regresión, pero sin llegar a un exceso de poder por su parte que llegue a convertirse en destructivo.
3. Colaboración, basada en la alianza terapéutica, donde se estimule a los pacientes a ser responsables de su tratamiento y facilitar su participación en el tratamiento de sus compañeros.
4. Respeto mutuo entre pacientes y equipo de tratamiento, diferente tanto de paternalismo como de falsa camaradería.
5. Cierta permisividad de conductas disfuncionales, pero poniendo los límites necesarios, recordando que no puede ser muy diferente el HD del medio al que han de volver los pacientes tras el alta, para hacer posible que se integren y adapten a él.
6. Reglas claras, tanto con respecto a lo que se espera de cada paciente en cada uno de los espacios del HD como de lo que está y lo que no está permitido hacer en el HD, sobre lo que pueden esperar de los terapeutas y del tipo de relación que se les ofrece.
7. Adecuación entre el paciente y su tratamiento.
8. Atención cuidadosa a los derivantes.

Decía Jones (5) que siempre había que recordar que la organización de la Comunidad Terapéutica se tiene que encaminar al objetivo de convertirla en un medio para el tratamiento, no un fin en sí misma.

En 2000 A. Bateman y P. Fonagy (45) revisaron la literatura que se había publicado hasta entonces sobre efectividad de

tratamiento en pacientes límite, concluyendo que los tratamientos que resultan efectivos con ellos tienen en común una serie de cuestiones organizativas. Estas cuestiones, que han de estar presentes en la organización de un HD en los que se trate a estos pacientes, independientemente del modelo terapéutico que se siga, son las siguientes: alto nivel de estructura, consistencia, constancia y coherencia teórica; tener en cuenta la importancia de las relaciones interpersonales; flexibilidad; intensidad de acuerdo con las necesidades de cada paciente; tratamiento individualizado; buena integración con otros servicios que utilice el paciente. A continuación se revisa como se concretan estos principios en el HD de Alcalá.

### **3.1. Buena integración con otros servicios**

El modelo de HD que se propone está incluido en una red de salud mental donde los tratamientos en cada uno de los servicios forman parte de un todo integrado, dirigido por el facultativo encargado del paciente a lo largo del tiempo, que es quien decide el recurso en que le conviene estar en cada momento y quien asegura la continuidad de las intervenciones que se hagan sobre él en los distintos dispositivos. De este profesional depende, por tanto, la derivación del paciente al HD, continúa en contacto con él mientras está allí y retoma su tratamiento tras el alta. En este trabajo en red, la continuidad entre los profesionales del HD y del CSM se fomenta mediante reuniones de coordinación periódicas, una reunión destinada a las derivaciones de pacientes graves entre distintos servicios y la existencia de documentos con información para las derivaciones y altas.

### **3.2. Alto nivel de estructura, consistencia, constancia y coherencia teórica**

El conjunto de terapias, talleres y actividades que se realizan en el HD constituyen un tratamiento integrado, con cohe-

rencia teórica entre intervenciones que realizan los distintos profesionales en diferentes espacios, ya que todas ellas tienen en común el estar encaminadas a fomentar los factores terapéuticos grupales y aumentar la capacidad de mentalización de los pacientes y mantenerla en las distintas situaciones y estados mentales.

### **3.3. Flexibilidad: intensidad de acuerdo con las necesidades de cada paciente**

Sabemos que la capacidad de mentalizar es precaria en los pacientes límite y falla en momentos de mala regulación emocional e hiperactivación del apego, por lo que es imprescindible un grado de flexibilidad que asegure que el tipo y la intensidad de intervenciones sea acorde con las posibilidades y necesidades en cada momento del paciente. En ningún caso es el paciente el que debe adaptarse a nuestras ideologías, aunque aparezcan como asépticos modelos de tratamiento, sino al revés, el tratamiento debe adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes. La flexibilidad en el tratamiento también supone que se proporcione un equilibrio a las tendencias a veces extremas de los pacientes. Por ejemplo, si solo piensan en lo que les pasa a los demás, se les puede invitar a llevar la atención a lo que les ocurre a ellos, pero si su pensamiento solo se centra en sí mismos, es mejor ayudarles a ver los otros; si funcionan con relaciones distantes, o en pseudo-mentalización, hay favorecer un vínculo con mayor componente afectivo, pero si funcionan con un patrón centralizado, fluctuando entre la proximidad extrema o la expulsión, debemos mantenernos a una distancia equilibrada que permita a los miembros del equipo terapéutico no seguir estos vaivenes.

### **3.4. Tener en cuenta la importancia de las relaciones interpersonales**

Cuando se ha establecido la relación terapéutica y el paciente está lo suficientemente tranquilo como para poder hacerlo, se

van focalizando las intervenciones en la observación de cómo se comporta en a las distintas situaciones, fundamentalmente interpersonales, tanto fuera del Hospital de Día como dentro de él, relacionándolo con lo que ocurre concomitantemente en su mundo interno. Así, a partir de interacciones sencillas y cotidianas, se va trabajando en la conexión entre lo que ocurre en el mundo externo y en el mundo interno, mental. Se empieza por lo más distante, observando y reflexionando sobre lo que les pasa al relacionarse con sus familiares o amigos, para, posteriormente, cuando toleran este nivel de intervención, trabajar sobre lo que ocurre en su interacción con otros pacientes o con otros profesionales del equipo para, finalmente, poder focalizar en lo que ocurre con el profesional con el que están interactuando. De esta manera se va introduciendo una dinámica de reflexión y clarificación de lo que pasa momento a momento, con intervenciones cada vez más próximas a la experiencia del aquí y ahora. En este proceso se dirige la atención hacia los estados mentales y hacia los cambios de estado mental más que a las acciones. Esto permite que progresivamente los pacientes vayan conociendo como se producen sus cambios de estado mental, lo que facilita una mejor integración del self. Al ir teniendo unas representaciones de sus estados mentales más claras y entenderlos de manera más integrada y dentro de una historia organizada y vivida, empiezan a cobrar un nuevo significado y se puedan manejar con mayor libertad.

Se favorece la curiosidad por el estado de la mente de uno mismo y de los demás, que se van identificando como distintos y autónomos, y se trabaja sobre la existencia de distintos puntos de vista para disminuir la rigidez y dar cabida a que empiece a valorarse la posibilidad de otras perspectivas, igualmente válidos y en ocasiones menos implicadas en la aparición de malestar.

En la interacción, los pacientes van descubriendo cómo son vistos por los demás y cómo contribuyen a esto, como participan en la creación de su propio mundo interpersonal. De esta manera los otros van enseñándoles a ver lo que con frecuencia no conocen de sí mismos. Esto tiene el objetivo de que lleguen a mentalizar mejor, pudiendo verse “a sí mismo desde fuera y a los demás desde dentro”.

### **3.5. Tratamiento individualizado (tabla 1)**

Cada paciente tiene un “Plan Individualizado de Tratamiento” (PIT), en el que constan sus objetivos en el HD y lo que se le ofrece –y pide– para alcanzarlos. Es un tratamiento estructurado, en el que se diferencian tres fases:

La primera es la de evaluación, que empieza antes de llegar el paciente al HD, con el informe que realiza el facultativo derivante y con la presentación del paciente en una “Comisión de derivación”, en la que hay profesionales de todos los recursos –dependientes de Sanidad y de Servicios Sociales– que pueden ofrecerse en el área a un paciente con trastorno mental grave. Posteriormente, el terapeuta derivante se reúne con el equipo del HD para transmitir la información que considera relevante y empezar a alcanzar a acuerdos sobre objetivos del tratamiento en HD.

Cuando el paciente llega al HD empieza la evaluación por parte del equipo, este proceso dura alrededor de un mes. Lo primero que se hace es: a) recoger datos básicos: nombre, apellido, fecha de nacimiento, dirección y teléfonos (suyo y de algún familiar o conocido con el que comunicarse si es necesario), estado civil, si tiene o no hijos y con quién viven, nivel de estudios y situación laboral, b) datos sobre los profesionales de la red implicados en su tratamiento: cual es su CSM, quién el terapeuta de referencia, el responsable en equipo de continuidad de cuidados, se pregunta cuánto tiempo llevan

en tratamiento en el CSM y c) se pide al paciente que cumplimente una serie de escalas diagnósticas (tabla 2). Tras esto se realizan las primeras entrevistas con el facultativo que va a ser su terapeuta individual y el encargado de que se lleve a cabo su plan de tratamiento a lo largo del tiempo en el HD. En estas entrevistas se explica al paciente en qué consiste el HD (se le entrega, además, un folleto informativo del funcionamiento y otro de las normas) y se empieza la evaluación clínica y la anamnesis. Esto incluye conocer su historia biográfica y evaluar clínicamente 1) el tipo de relaciones que mantienen en la actualidad y que han mantenido a lo largo de su vida, 2) su capacidad de mentalizar, con las diferentes polaridades, su estabilidad o fluctuaciones con los distintos estados mentales, y, en este último caso, en qué situaciones se pierde y con qué consecuencias y 3) su capacidad de tolerar la activación emocional. Se revisa el tratamiento farmacológico y se recoge también información sobre su situación social y sus necesidades. Generalmente el facultativo invita a la familia a alguna entrevista para iniciar una relación de colaboración y para obtener información, en ocasiones se acuerda también una intervención terapéutica tendente a cambiar pautas disfuncionales en la familia. Paralelamente se realiza una valoración de enfermería, en la que se recopilan datos sobre la forma de vida y hábitos del paciente, se toman constantes y se realizan las analíticas que está protocolizado realizar al inicio del tratamiento.

En cuanto el paciente se incorpora al HD, es evaluado por el terapeuta ocupacional, esta evaluación se hace mientras participa en las distintas actividades que realiza con ella en contextos grupales, algunas destinadas específicamente a su presentación ante los compañeros y a su inclusión en el HD. Con toda la información obtenida, el facultativo de referencia en el HD presenta al equipo un borrador del plan individualizado de tratamiento, con formulación del caso y objetivos, así como acciones a desarrollar para lograrlos, ya

que no necesariamente todos los pacientes entran en todas las actividades que se ofertan en el HD. Cada uno de los demás profesionales participa dando su opinión sobre esta visión del paciente, la viabilidad de los objetivos, y como concretarlos en cada una de las actividades y terapias que llevan a cabo. Posteriormente se presenta el plan al paciente, en una reunión con todo el equipo terapéutico, donde evidentemente puede tanto opinar como dar nueva información o completar la que se tiene. En este encuentro se termina de formalizar y consensuar un “contrato” sobre el PIT, que queda escrito, en él también se recoge la duración previsible del tratamiento. Para TCA hay aspectos específicos del contrato, contemplados en la guía para TCA de la red<sup>46</sup>.

Una vez firmado el contrato se pasa a la **fase de tratamiento**, que tiene una duración flexible, alrededor de los 9 meses. Cuando se considera preciso se realiza un plan de crisis, acordando intervenciones, jerarquizando desde lo más simple hasta lo que requiere la intervención de otros, o de medicación, o acudir a urgencias al hospital. El plan de tratamiento debe ser revisado periódicamente.

La última fase es la de **preparación para el alta**, y dura aproximadamente 2-3 meses. En ella se van disminuyendo los cuidados y la contención y se va aumentando la responsabilidad y autonomía del paciente, con un horario cada vez menor en el HD. Generalmente es en esta fase en la que se insiste más en facilitar el uso de los recursos que estén al alcance del paciente, la vuelta a su vida cotidiana, a su casa, estudios o trabajo, para lo que intervienen profesionales tanto del equipo del HD como de otras redes implicados en el caso,

---

<sup>46</sup>Kallert T.W. et als. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Implications of their diversity for day hospital research. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 777-788.

por ejemplo, trabajadores sociales, equipo del programa de seguimiento o de continuidad de cuidados. De esta manera el paciente recibe información sobre los recursos sociales que puede usar, y se le ayuda a desarrollar las habilidades sociales que precise para hacerlo. Por otra parte, desde el punto de vista terapéutico, éste es el momento de hacer el trabajo de separación y duelo por el alta, y de reinvolucración en el CSM.

Antes del alta se le entrega de nuevo al paciente la serie de escalas que se le pasaron al principio del tratamiento, y se les da un cuestionario de satisfacción.

Los pacientes salen con informe de alta y continúan con sus citas en el CSM.

#### **4. Calidad**

Ante la diversidad de organizaciones<sup>47</sup> que se agrupan bajo el término “Hospital de Día”, desde hace años se aboga por la implantación de controles de calidad, que supongan una definición clara de en qué consisten y a quien están dirigidos, con un registro y auditoría externa de las actividades que se llevan a cabo en cada uno de ellos, con la hipótesis de que ésto permitiría conocerlos mejor y evaluar la relación entre el tratamiento suministrado y los resultados obtenidos y, por tanto, hacer estimaciones de la potencia de estos tratamientos y su lugar en la red de salud mental.

---

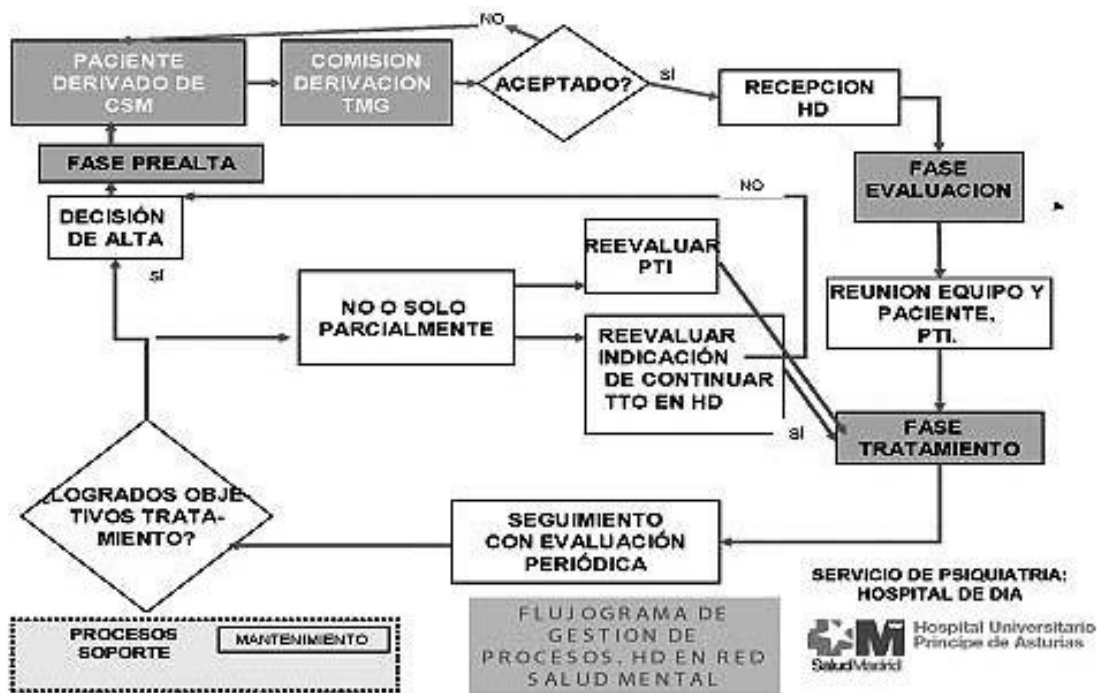
<sup>47</sup>Wilberg T, Karterud S, et als. Quality assurance of psychiatric day hospital treatment III. Health care system level. Nord J Psychiatry 1998; 52: 431-439.

Recientemente, y con ayuda del departamento de calidad del hospital de referencia, el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, se ha optado y obtenido el certificado de calidad del HD de Alcalá. Para ello están realizando auditorías dos anuales, una interna y otra externa. En la primera, interna, se revisó la documentación en que se define la organización del Hospital de Día, su lugar en relación con otros dispositivos de la red y el tratamiento que en él se oferta, así como los registros de las actividades que realiza cada paciente. Se encontraron deficiencias, fundamentalmente en los registros y se suministró un registro informático de actividades. Se fijaron indicadores y criterios de calidad. A partir de entonces hay un compromiso de qué debe quedar registrado en cada historia clínica: la evaluación, el Plan de Tratamiento Individualizado con sus objetivos, las reevaluaciones periódicas de este plan, las razones para iniciar el tratamiento y las razones para el alta, un resumen de cada sesión con terapeuta individual, con una anotación sobre lo ocurrido en el HD durante el intervalo entre sesiones, el contenido de las intervenciones familiares o con otros profesionales externos al HD implicados en el caso, los informes de derivación y de alta, así como todos los que se generen durante el tratamiento y las hojas de prescripción de medicación. A esto se suma un conjunto de escalas que se pasan al inicio y al final del tratamiento, junto a la Escala de Evaluación de Actividad Global, EEAG, de cada paciente al empezar y al acabar el tratamiento en el HD. En el registro informatizado se recogen las actividades terapéuticas y terapias que se acuerda en el PTI que el paciente va a llevar a cabo, y el grado de cumplimiento por parte de cada paciente y de los profesionales. Al finalizar el tratamiento se da un cuestionario de satisfacción. Hay una serie de indicadores para evaluar el funcionamiento del dispositivo: porcentaje de ocupación, incidencias, acciones preventivas y correctivas de inconformidades en las auditorías, porcentaje de abandonos, porcentaje de mejoría medido con EEAG, así como porcentaje de encuestas de satisfacción cumplimentadas. Debe ha-

cerse una valoración de los problemas que puedan detectarse en ellas, así como del número y tipo de incidencias que se producen en el HD y en la auditoría se analiza como y qué tiempo se resuelven.

Aunque es verdad que resulta un proceso complicado y a veces penoso, todo este sistema está sirviendo para detectar y solventar problemas, y está siendo una ayuda enorme para ordenar y objetivar el trabajo que se realiza y tener un primer feedback de resultados.

**Tabla1**



**Tabla 2**

- Inventario de depresión Beck (BDI)
- Escala de impulsividad de Plutchik (EI)
- Escala de búsqueda de sensaciones “forma V” (SSS)
- Inventario de hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)
- Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)
- Escala autoaplicada de adaptación social (SASS)
- Escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS)
- Escala de agresividad manifiesta (OAS)
- Escala de ideación suicida (SSI)
- Escala de Hamilton para ansiedad (HARS)
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)
- Inventario clínico multiaxial de Millon (III)
- SCID-II
- Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)
- Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)

Entrevista diagnóstica revisada para pacientes con TLP (DIB-R)