

Hospital de Día de Alcalá de Henares. Un hospital de día orientado a fomentar la mentalización

The Alcalá de Henares Day Hospital. A day hospital aimed at enhancing mentalization

JOSEFINA MAS HESSE

Jefe de Sección del Hospital de Día de Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia: Josefina Mas Hesse (pmashesse@gmail.com)

Recibido: 09/07/2019; aceptado con modificaciones: 31/10/2019

Resumen: En este artículo se ofrece una descripción del modelo de hospital de día que hemos desarrollado en Alcalá de Henares, destinado fundamentalmente a personas diagnosticadas de trastornos de la personalidad y (actualmente) de trauma complejo. Se describen brevemente las teorías en las que se apoya: la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia de Grupo Interpersonal. El hospital de día está focalizado en activar la capacidad de mentalización de los pacientes y en mantener la de los profesionales mientras se interactúa en la compleja red de relaciones interpersonales que se constituye en él. Se explica el contexto en que se ha desarrollado, incluyendo cuestiones como la perspectiva de género, la importancia cada vez mayor que se está reconociendo al trauma en la aparición de la psicopatología, la necesidad de cuidar a los cuidadores o, más concretamente en Alcalá de Henares, el desarrollo de un "Proceso de atención a personas diagnosticadas de trastornos de la personalidad", del que forma parte el hospital de día. Por último, se describe su funcionamiento a lo largo de las diferentes fases de tratamiento y se ofrecen algunos datos de un estudio pre-post tratamiento con datos del periodo comprendido entre 2007 y 2015.

Palabras clave: hospital de día, mentalización, terapia interpersonal, trastornos de la personalidad, trauma complejo.

Abstract: This article provides a description of the day hospital model developed in Alcalá de Henares, aimed primarily at people diagnosed with personality disorders and (currently) complex trauma. The theories on which it relies are briefly described: Mentalization-Based Therapy and Interpersonal Group Therapy. The day hospital is focused on activating the mentalization capacity of patients and maintaining that of professionals, while interacting in the complex network of interpersonal relationships developed in it. It explains the context in which it has been developed, including issues such as the gender perspective, the increasingly recognized importance of trauma in the emergence of psychopathology, the need to care for caregivers or, more specifically in Alcalá de Henares, the development of a "Care process for people diagnosed with personality disorders," of which the Day Hospital is part. Finally, its operation throughout the different phases of treatment is described and some data from a pre-post treatment study from the period between 2007 and 2015 are provided.

Key words: day hospital, mentalization, interpersonal therapy, personality disorders, complex trauma.

INTRODUCCIÓN

EL HOSPITAL DE DÍA DE ADULTOS DE ALCALÁ DE HENARES se puso en marcha en marzo de 2004, con el mandato, desde la Jefatura de Servicio y la Comisión de Asistencia, de atender las necesidades de la población con funcionamiento límite grave del área de referencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Es el primer hospital de día del Estado español organizado con un modelo de atención focalizada en la mentalización.

La Terapia Basada en la Mentalización (TBM) había mostrado buenos resultados en el tratamiento en hospital de día de pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (en adelante, TLP). En 1999, Bateman y Fonagy publicaron los resultados de una investigación en la que se que encontraban ventajas de este tratamiento frente al habitual en centros de atención ambulatoria (1); posteriormente publicaron otros dos artículos, cuyos resultados atestiguaban que la mejoría se mantenía a los 18 meses (2) y a los 8 años (3).

Además, en 2006, estos autores publicaron una "Guía práctica" de Terapia Basada en la Mentalización (4), lo que facilitaba que todo el equipo del Hospital de Día (en adelante, HdD) pudiera empezar a familiarizarse con este modo de entender a los pacientes y de intervenir.

Este modelo ha supuesto para el equipo una manera compartida de aproximación a la mente de los pacientes, con interés por lo que ocurre en su subjetividad

al relacionarse con otros, con curiosidad por conocer cómo piensan y sienten en distintas situaciones y cómo esto se relaciona con lo que hacen. Nuestro objetivo es lograr una relación con los pacientes que les resulte segura y confiable, en la que puedan sentirse escuchados y entendidos (mentalizados) dentro de una relación interpersonal en que se vaya construyendo un apego más seguro del que traen al llegar al hospital de día. Se crea así una trama de relaciones en la que la respuesta de los demás es muy diferente de la que encuentran repetidamente en su vida cotidiana, donde es frecuente que se malinterprete lo que ocurre en su mente y esto lleve a que sean juzgados y rechazados. Esto ocurre a menudo también en medios sanitarios, en los que el estigma y maltrato hacia los pacientes con TLP o/y trauma complejo no es algo excepcional.

La TBM se desarrolló para atender a pacientes diagnosticados de TLP, pero es útil y eficaz en el tratamiento de una gama más amplia de problemas de salud mental, lo que es importante para un HdD como el de Alcalá, que no está cerrado a recibir a personas con otros diagnósticos. En 2012, Bateman y Fonagy (5) coordinaron un libro en el que diferentes autores, de lo que ya era un grupo de trabajo amplio e internacional, expusieron su aproximación a un conjunto de patologías desde la mentalización (incluyeron personalidad límite, personalidad antisocial, trastornos de la conducta alimentaria, depresión, trauma, adicciones, además de intervención con adolescentes y prevención) y posteriormente han ido interesándose por la intervención en otros diagnósticos, como la esquizofrenia (6) .

En este modelo, las intervenciones se hacen siempre cuidando que el paciente recupere su capacidad de mentalizar y no supere los umbrales de su ventana de tolerancia emocional. Esto permite trabajar con pacientes graves, como es nuestro caso.

Pero, además, Bateman y Fonagy consideran que la mentalización es un importante factor común psicoterapéutico (7,8), y que la potencial efectividad de los distintos tratamientos psicoterapéuticos depende en gran parte de la habilidad para incrementarla. Para nosotros, las propuestas de la TBM venían a complementar modelos previos de pensamiento e intervención para adaptarlos a las necesidades de los pacientes diagnosticados de TLP. Nos parece que una gran ventaja del trabajo focalizado en la mentalización es que puede ser el factor alrededor del cual se integren diferentes aproximaciones.

Por otra parte, para trabajar con personas diagnosticadas de “trastornos de la personalidad” resulta imprescindible un modelo que proponga una idea coherente del desarrollo humano y de sus vicisitudes, como hace la TBM. En ella se entiende la emergencia de la identidad dentro de las relaciones humanas desde el inicio de la vida, y se interesa por los procesos neurobiológicos que necesitan de estas interacciones para evolucionar (9). Se centra especialmente en la capacidad de mentalizar y en su desarrollo en el contexto de las relaciones tempranas de apego, cuyas deficiencias

o fallas pueden conllevar dificultades en el desarrollo de la mentalización. En los últimos años, Fonagy ha virado su interés hacia la confianza epistémica, que permite estar abierto al aprendizaje interpersonal y al cambio, relacionando su desarrollo con ser mentalizado en el contexto de relaciones de apego en la familia (10). Estos aspectos han sido importantes para decidir, de acuerdo con el Jefe de Servicio, Alberto Fernández Liria, empezar a trabajar con este modelo en el HdD y para mantenerlo posteriormente.

BASE TEÓRICA

Bateman y Fonagy (11) definen la mentalización como “una actividad mental imaginativa que supone percibir e interpretar el comportamiento propio y ajeno en función de estados mentales intencionales (es decir, creencias, objetivos, sentimientos, etc.)”. Esta actividad se basa en la idea de que los estados mentales influyen en la conducta humana.

La mentalización tiene una función interpretativa y reguladora tanto de emociones como de relaciones interpersonales. Mentalizar nos permite representar, entender en un contexto dado, comunicar y regular nuestras emociones, comprender nuestros cambios en distintos momentos, y también hacernos una idea de los sentimientos, pensamientos e intenciones de los demás; por lo tanto, está en la base de que podamos organizar nuestras experiencias y dar un significado a las acciones de los que nos rodean, explicarnos su comportamiento y el nuestro. También nos permite hacer predicciones sobre cómo nos vamos a comportar o cómo se van a comportar otros. Es, por tanto, clave para relacionarnos con nosotros mismos y con los demás. Funciona fundamentalmente de manera preconsciente.

Cuando se habla de mentalización no se habla de algo “objetivo”, sino de la manera que tenemos de dar significado a las acciones al relacionarlas con (posibles) estados mentales, al interpretarlas de acuerdo con expectativas que vienen dadas por la cultura. Para que nuestro comportamiento sea socialmente significativo y predecible, afirman Fonagy y colaboradores, ha de obedecer a esas mismas convenciones (12,13). Estos autores comparan el desarrollo de la mentalización con el del lenguaje (14).

La predisposición a entender las acciones como causadas por estados mentales es diferente entre individuos, entre familias y entre colectividades; pero, además, la capacidad de mentalizar de una persona no se mantiene inmutable, sino que depende del contexto interpersonal y del grado de excitación emocional y de activación del apego que tenga en un momento dado, por lo que Fonagy considera que tiene aspectos tanto de rasgo como de estado (14). No tenemos la misma capacidad de mentalizar en distintos momentos ni funciona de la misma manera en cualquier

interacción, sino que depende del tipo de relación, de la capacidad de mentalizar del otro, de la seguridad o amenaza que suponga la relación... En terapia estaremos pendientes de qué tipo(s) de amenaza(s) es/son la(s) que provoca(n) en cada persona una falla en la mentalización (amenaza de abandono, humillación, sentimientos de ser controlado, etc.) (15).

Bateman y Fonagy (5) distinguen cuatro componentes en la mentalización que, para que sea efectiva, han de mantener un equilibrio y poder usarse en mayor o menor medida en función de lo que se requiera en cada contexto: mentalización automática versus controlada; mentalización cognitiva versus afectiva; mentalizarse a sí mismo versus mentalizar al otro; mentalizar las características internas versus mentalizar las características externas. Es interesante que la investigación neurobiológica esté mostrando que, excepto para mentalizarse a sí/mentalizar al otro, para el resto de dimensiones de la mentalización, los circuitos implicados en cada una de las polaridades de cada dimensión parecen distintos.

En estados de alta emoción, por ejemplo, en una situación de riesgo importante, tendemos a mentalizar de manera automática, afectiva y basada en lo externo. Esta es la manera en que mentalizan habitualmente las personas con funcionamiento límite, lo que tiene consecuencias sobre cómo evalúan y manejan las situaciones al relacionarse con otros: pueden hacer una lectura rápida, automática, de lo que ocurre, pero les cuesta pararse a pensar sobre lo que pasa en su mente o en la de otros; tienen gran sensibilidad a las expresiones no verbales, pero les es difícil reflexionar sobre lo que ocurre en el interior de las personas; pueden ser muy sensibles a emociones, pero no les es fácil reconocer sus sentimientos ni entenderlos en el contexto en que surgen; tienen también problemas en la dimensión de mentalizarse a sí mismos y mentalizar al otro, y suelen sentirse muy afectadas emocionalmente por los estados mentales de los demás, con tendencia al contagio emocional. Este funcionamiento es útil y adaptativo en situaciones de riesgo, pero no en contextos sociales más estables. Al no poder activar, cuando es necesario, la mentalización controlada y cognitiva, reflexiva, les falla una de las herramientas básicas para comprenderse y comprender a los demás, y para regularse emocionalmente (12, 13).

Además, Fonagy, Bateman y Luyten (16) proponen tres modos de funcionamiento no mentalizador (prementalizador): 1) el “modo de equivalencia psíquica”, en el que no se diferencian los pensamientos y los sentimientos de la realidad objetiva, de manera que los que la persona tiene se convierten en la única perspectiva posible, sin posibilidad de alternativas; 2) el “modo teleológico”, en el que se consideran estados mentales, pero solo se reconocen por acciones observables; 3) el “modo *como si*”, en el que los pensamientos y sentimientos se separan de la realidad (se denomina a este funcionamiento “pseudomentalización” o, en su extremo, “hipermentalización”), y puede entrañar disociación de uno mismo y de los demás. Como ocurre

con las polaridades de la mentalización, todos podemos pasar a estos modos prementalizadores en determinadas situaciones de activación emocional o activación del apego, pero las personas diagnosticadas de TLP tienen un umbral menor para hacerlo, y esto acarrea que tengan problemas en las relaciones interpersonales, sobre todo con las personas más cercanas con las que tienen un vínculo de apego. También conlleva dificultades en las interacciones más difíciles (por ejemplo, en una situación de sentirse agredidos por otro), en las que, debido a las dificultades de mentalizar en situaciones en que la emoción es más alta, tendrán pocas probabilidades de hacer interpretaciones acertadas sobre el comportamiento y las motivaciones de los demás, y por tanto tendrán más riesgo de ser sobrepasados por las emociones. Esto los pone en situación de vulnerabilidad, tanto en la relación con los demás como también en eventuales situaciones traumáticas.

El desarrollo ontogénico de la mentalización parece depender de la calidad de los vínculos de apego, en un proceso que se inicia desde las relaciones más tempranas. Cuando entre la madre (o cuidador principal) y el bebé hay un vínculo de apego seguro, el adulto, sintonizado con el niño, responde a sus emociones de manera contingente (tiene que ver con lo que le ocurre al niño y se expresa de manera que este puede entender que lo que expresa el adulto tiene que ver con lo que le pasa a él, no con lo que le pasa al adulto) y marcada por su propia experiencia en respuesta a las experiencias subjetivas del niño, de manera que le transmite que estas son generalizables y le proporciona la base para representarlas; es decir, para desarrollar capacidades de mentalización. Poder reflexionar sobre estados mentales internos es fundamental para la regulación emocional, y el desarrollo de ambas capacidades, así como la de regular la atención, está íntimamente conectado. Realizar y ordenar de esta manera representaciones de la propia experiencia significa también construir la identidad en conexión e interacción con otros.

Apego y mentalización mantienen una relación bidireccional: madres con buena capacidad de mentalizar tienen más probabilidades de tener apego seguro con sus bebés, mientras que aquellas con dificultades para entender los comportamientos mediante la reflexión sobre estados mentales tienen con más probabilidad apegos inseguros. Por su parte, la experiencia de no ser respondido de manera atinada altera el desarrollo de la capacidad de mentalizar en el niño. Posteriormente, y a lo largo de la infancia, el desarrollo de la capacidad de mentalizar estará favorecido en familias que mantengan conversaciones mentalizadoras y juegos con los niños, y progresivamente por las relaciones mentalizadoras con otras personas. Por el contrario, las deficiencias y las interrupciones del apego pueden crear una vulnerabilidad para el desarrollo de la mentalización (4). Si se crece en situaciones de maltrato, desde la negligencia al abuso, esto interfiere con el desarrollo de la capacidad de mentalización y de regulación emocional (así como la de establecer apegos seguros), con las complicaciones

para la relación con los demás que supondrá posteriormente para el niño cuando tenga que interactuar fuera de su familia. En relación con esto, Fonagy y colaboradores citan un estudio longitudinal que mostró que el maltrato de los padres a sus hijos está asociado con variaciones de estos en la vida adulta en teoría de la mente, motivación social y apoyo social (14).

A lo largo del ciclo vital, en las personas en las que predomina el apego seguro, la activación del sistema de apego parece permitir, en principio, una mentalización controlada, que conlleva una efectiva regulación emocional (aunque al aumentar la excitación, sobre todo, con personas próximas, aumenta la posibilidad de que se entre en mentalización automática). Algo similar ocurre con aquellos en los que predomina el apego evitativo, los cuales, mediante la estrategia de “desactivar” el apego, podrían mantenerse con mentalización controlada ante el estrés. En cambio, en personas en las que predomina el apego ambivalente o desorganizado, como es frecuente en las personalidades límite, el umbral para perder la mentalización controlada ante la hiperactivación del apego es más bajo, con más facilidad para pasar a mentalización automática y mantenerse en ella. Además, en personas que han sufrido trauma en el apego, el estrés activaría con mayor facilidad el sistema de apego por una activación crónica de este sistema.

Se describe otro fenómeno importante vinculado al trauma en el apego que es una relectura del mecanismo descrito en psicoanálisis como identificación proyectiva. Desde esta perspectiva, sería una forma distorsionada de mentalización en la que, de manera no consciente, se altera la mente de otro para restaurar un sentido coherente de sí mismo y manejar las ansiedades provocadas por experiencias de hostilidad abrumadora no integradas, a las que se denomina “*alien self*” (14).

En los últimos años se ha desarrollado la idea de que la psicopatología, y fundamentalmente el TLP, está relacionada con la desconfianza epistémica (10), que interfiere con el proceso natural que permite beneficiarse del ambiente social. Las personas con TLP tendrían dificultades para acceder a la información que nos llega al conectar con otros y que nos permite manejar experiencias abrumadoras o aterradoras. Este proceso requiere estar abierto a la influencia benigna de otros, tener suficiente confianza epistémica como para permitirse procesos de mentalización mutua. El fallo en la confianza epistémica daña la capacidad de aprender diferentes y nuevas maneras de evaluar situaciones, de comprender la amenaza tras traumas, y esto disminuiría la resiliencia al trauma (12, 13). Fonagy, Luyten y Allison (10) definen la confianza epistémica como la capacidad del individuo de confiar en la autenticidad, la relevancia personal y la posibilidad de generalizar la información transmitida interpersonalmente. Consideran que la conexión epistémica es un logro evolutivo filogenético que permite aprender por la experiencia y, por tanto, la transmisión cultural del conocimiento. Esto ocurre en primer lugar en el contexto de las

relaciones de apego y puede fallar cuando estas son inseguras. La confianza puede ser debilitada o destruida especialmente por el trauma de apego (17). Esta propuesta es relevante en la clínica, donde la falta de confianza epistémica dificulta el cambio, ya que en estas circunstancias la información nueva (incluyendo la que proporcionan nuevas experiencias) no puede ser incorporada. Dentro de esta perspectiva, mentalizar en terapia activaría la confianza epistémica, ya que a partir de la experiencia de que la propia subjetividad ha ido siendo entendida por otro, disminuiría la rigidez y la persona se abriría a experiencias sociales de aprendizaje, entrando en un ciclo virtuoso de cambio.

CONTEXTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE ALCALÁ Y POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

En este apartado me voy a referir someramente a algunas cuestiones generales que afectan al funcionamiento del HdD y a dar alguna pincelada sobre la red de recursos sanitarios de la que forma parte (utilizando en parte la información recopilada por Ana Moreno en su proyecto técnico para acceder a la jefatura de los servicios de salud mental de Alcalá de Henares).

a) Marco legal y normativo

Desde la publicación de la Ley General de Sanidad, hace ya 30 años, se recomienda la implantación del HdD para el tratamiento de los pacientes graves. Desde entonces, distintos documentos han ido definiendo sus competencias (Guía de gestión para el Hospital de Día Psiquiátrico del INSALUD (18), el Cuaderno técnico de la AEN (19)), dándole un lugar cada vez más importante en el tratamiento de los trastornos graves de la personalidad (20-23). Actualmente, en Madrid, hay HdD psiquiátricos vinculados a cada uno de los hospitales de la Comunidad, pero no hay unanimidad en la indicación de tratar en ellos a pacientes con trastornos de la personalidad, y se les ponen limitaciones a la hora de aceptarlos.

b) Situación actual de la psiquiatría

1. Aunque la respuesta más generalizada a las demandas a instituciones sanitarias por sufrimiento psíquico sigue siendo la prescripción de psicofármacos, se está produciendo una crítica muy importante al uso y, sobre todo, al abuso de estas sustancias por sus efectos secundarios, que cada vez se conocen mejor (24). En los pacientes límite es muy frecuente el exceso en la prescripción de fármacos, con resultados más que mediocres, afectación de la salud de quienes los consumen y el riesgo de que los usen de manera indebida

(sobreingestas). Ajustar el tratamiento farmacológico a lo estrictamente necesario es una prioridad al tratar a estas personas. Esto, además de conllevar independencia respecto a la industria farmacéutica, supone cuestionar y no estar al servicio del “mandato social” que impone a la psiquiatría, desde sus inicios, evitar comportamientos conflictivos (25).

2. *Evidencias sobre el efecto del trauma en el desarrollo humano.* La investigación ha mostrado que los traumas, sobre todo tempranos, están asociados con mayor frecuencia a psicopatología en la vida adulta (26). También se ha constatado una relación clara entre el desarrollo de problemas de salud mental y situaciones sociales negativas, como la pobreza. El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS (27) afirma que “los determinantes de la salud y de los trastornos mentales incluyen tanto características individuales como factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales”. Desde la British Psychological Society (26) se afirma que tenemos “evidencias sobre los efectos de las experiencias amenazadoras, traumáticas y de abuso en el desarrollo del cerebro humano en el contexto del apego y las relaciones tempranas” y que “la forma de estas expresiones de sufrimiento (ante traumas) queda determinada por los recursos disponibles, los discursos sociales, las posibilidades corporales y el entorno cultural, y su función principal es promover la seguridad y la supervivencia emocional, física y social”. Como hemos señalado al inicio, el modelo de enfermedad desde el que trabajamos considera el trauma infantil, por acción u omisión, como un factor importante en el desarrollo de la patología.
3. *No dañar.* Hoy sabemos que la manera en que los profesionales de la salud tratamos a las personas que atendemos puede ser fuente de trauma y de estigma. Es una prioridad que, al atenderlos, al menos no les creemos más dolor y que evitemos que se produzcan interacciones entre ellos y el sistema sanitario que perpetúen sus dificultades. Desde la sociedad se nos está exigiendo mayor autonomía para las personas que llegan a tratamiento, más colaboración con ellos y con sus familias.
4. *Cuidar a los cuidadores.* También sabemos que el trabajo con personas traumatizadas puede afectar a la salud mental de los profesionales. Cuidarnos personalmente y cuidarnos en el equipo es una prioridad en un HdD como el nuestro para evitar traumatización vicaria en los trabajadores.
5. El Hospital de Día de Alcalá forma parte de una red compleja y coordinada de atención a los problemas de salud mental que atiende a una población de

243.053 personas (censo de 2016). En ella los recursos del Área de Gestión Clínica, que prestan atención sanitaria a personas afectadas de problemas psíquicos, los recursos de rehabilitación y los recursos de atención a drogodependencias trabajan de manera coherente y organizada, para lo que los jefes o coordinadores de los distintos servicios forman parte de una “Comisión de Asistencia” que se reúne periódicamente. Esta comisión es el órgano de dirección de la red y su presidente es el jefe del Área de Gestión Clínica. Con el propósito de dar la mejor respuesta posible a los pacientes más complejos, se han desarrollado en el Área de Gestión Clínica una serie de procesos asistenciales en los que participa toda la red: Proceso de Trastorno Mental Grave, Proceso de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Proceso de Trastorno de la Personalidad y, recientemente, Proceso de Atención Temprana.

Una vez redactado y aprobado cada Proceso, las Comisiones de cada uno de ellos, formadas por representantes de cada uno de los recursos implicados, se reúnen mensualmente. El equipo del HdD forma parte de todas ellas, pero está especialmente implicado en la de Trastornos de la Personalidad.

6. *Población a la que se dirige.* Aunque este HdD está especialmente dirigido a pacientes diagnosticados de TLP, se admiten otros pacientes si tienen un perfil compatible con el trabajo que se realiza en él, independientemente de su diagnóstico. En un estudio realizado recientemente (admitido para publicación en la *Revista Argentina de Clínica Psicológica*) se analizaron las características sociodemográficas y clínicas de los 123 pacientes atendidos entre 2007 y 2015. Resultó que eran en su mayoría mujeres (78,9%), en un tramo de edad alrededor de los 37 años.

Respecto a las características clínicas, el diagnóstico más frecuente fue trastorno de la personalidad (75,6%), con alta comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, ansiedad, trastornos depresivos, trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y consumo de tóxicos. Las ideas e intentos de suicidio son o han sido muy frecuentes para ellos: al inicio del tratamiento 65 pacientes respondieron en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-III que habían intentado suicidarse en alguna ocasión a lo largo de su vida. En aquel momento no se contemplaba como diagnóstico el trastorno por estrés postraumático complejo, pero, en el mismo inventario, 66 pacientes respondieron sí al menos a un ítem relacionado con antecedente de trauma -con alguna excepción, se referían a abusos durante la infancia-. Hay un porcentaje significativo de pacientes con hijos y uno de nuestros objetivos es ayudarles en su crianza cuando manifiestan dificultades para ser mamás o papás.

7. *Perspectiva de género.* El alto porcentaje de mujeres en tratamiento en este HdD tiene que ver con que esté dirigido a personas con personalidad o rasgos de personalidad límite. En este trastorno de la personalidad se considera que la relación mujeres:hombres es de 3:1, sin que esté bien determinado si se trata de un sesgo diagnóstico o refleja diferencias biológicas y/o socio-culturales. Sí que está aceptado que la clínica de hombres y mujeres con TLP difiere, y que las mujeres buscan más tratamiento que los varones (la comorbilidad en las mujeres más frecuentemente es con TCA, trastornos del ánimo, ansiedad y trastorno por estrés postraumático; mientras que los hombres tienen más sintomatología explosiva y más comorbilidad con consumo de sustancias, personalidades paranoides, sádicas y antisociales). En una sociedad como la nuestra, patriarcal y con desigualdades de género, de roles y poder, tener una perspectiva de género nos ayuda a una comprensión más profunda de lo que le ocurre a las pacientes diagnosticadas de TLP y de las situaciones que viven o han vivido de abuso de poder, como niñas o como mujeres. En lo que se refiere a los síntomas característicos del TLP, Cristina Polo (28) propone entender algunos como violencias invisibles contra las mujeres y violencias hacia sí mismas, por ejemplo, en el caso de la baja autoestima, las autolesiones o el TCA. Pero otros síntomas parecen chocar con nuestros roles de género tradicionales: “Promiscuidad, búsqueda de sensaciones, situaciones de riesgo...”, lo que puede resultar incómodo a algunos profesionales o “justificar” situaciones de abuso a otros. Por otra parte, encontramos que cada vez un número mayor de las pacientes que acuden al HdD están afectadas por el modelo de resolución de la crisis económica que se ha seguido, y no son raras entre ellas situaciones de pobreza, que afecta especialmente en casos de familias monoparentales. Trabajar con estas mujeres con una perspectiva de género es especialmente necesario para no caer en discursos y conductas que fortalezcan las desigualdades.

FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE ADULTOS DE ALCALÁ

Siguiendo la definición que se dio en la Guía de Gestión para el Hospital de Día Psiquiátrico del INSALUD (18), definimos este HdD como un “dispositivo asistencial de tratamiento intensivo, activo y estructurado, en régimen de día, destinado al tratamiento terapéutico intensivo en régimen diurno de pacientes graves que necesitan contención en mayor o menor grado”.

El HdD de Alcalá de Henares entra dentro de la categoría de “programa de tratamiento de día” (19), con estancias más prolongadas y objetivos más complejos

que los de los HdD que se definen como “alternativa a la hospitalización y/o HdD de transición al tratamiento ambulatorio tras un ingreso psiquiátrico”.

Esto significa que su objetivo no es tanto resolver una crisis como cambiar las dificultades y dinámicas que las generan y provocan ingresos repetidos.

Se organiza con la idea, tan querida por los profesionales de los HdD, de “medio o ambiente terapéutico”, un medio seguro en el que los pacientes tienen experiencias interpersonales, ponen en funcionamiento tanto sus fortalezas como sus pautas-problema y pueden reflexionar sobre ellas, explorarlas en el contexto en que se producen, en las relaciones con los demás, para finalmente transformarlas. Para entender los factores terapéuticos que se ponen en marcha en este medio, seguimos a Yalom (29, 30) y su trabajo sobre los factores terapéuticos en los grupos (30).

Es especialmente interesante para nosotros el factor terapéutico del aprendizaje interpersonal: en el HdD se hace hincapié en propiciar la reflexión, en los diferentes espacios, sobre lo que ocurre en la mente de los pacientes durante sus interacciones con otros, tanto en lo que refieren que les ha pasado fuera como en lo que ocurre en el aquí y ahora de las relaciones con compañeros y profesionales. Al hacerlo, focalizamos en la mentalización, ayudándoles a entender sus acciones y las de los demás en función de los diferentes estados mentales, a explorar sus afectos, darles sentido y manejarlos, y a generar nuevas perspectivas para interpretarse e interpretar a los demás que sean más funcionales, más adaptativas y más propicias de cara a obtener experiencias agradables y a encontrarse mejor emocionalmente.

Estamos atentas a las fallas de la mentalización, interviniendo para recuperarla cuando la pierden y entran en funcionamiento prementalizador o cuando están rígidamente instalados en alguna de las dimensiones de la mentalización, con dificultad para activar otras. También mantenemos una atención constante a nuestros propios fallos en la mentalización y sus consecuencias.

Consideramos, como los teóricos de la mentalización (14), que esta está “encarnada”, pero, a diferencia de ellos (que piensan que no han “tratado este hecho con la suficiente seriedad. Ahora vemos un papel para la actividad física en el fortalecimiento de la capacidad de inhibición al mismo tiempo que ayuda a restaurar la mentalización”), para nosotras ha sido fundamental y hemos hecho desde el principio énfasis en el trabajo con el cuerpo, en el que nos sustentamos con frecuencia para que aprendan a regularse emocionalmente, y al que dirigimos su atención para que puedan admitirlo, disfrutar con él, entender sus señales e incrementar su capacidad de mentalizar (31).

Otro factor terapéutico fundamental en el HdD es la cohesión; es decir, que el HdD resulte importante para sus componentes, incluyendo en esto al equipo de tratamiento y a los pacientes, que a su vez se sienten aceptados y valorados por el grupo del HdD. I. Yalom considera la cohesión del grupo como un factor terapéutico y

metaterapéutico (30), y así lo entendemos en el HdD, donde, como en otras terapias de grupo, no solo mejora los resultados del tratamiento, sino que favorece procesos que correlacionan con resultados positivos, como asistencia, autorrevelación, escucha y empatía, focalización en los objetivos, apoyo mutuo, etc.

El funcionamiento del HdD está esquematizado en el flujograma de la Figura 1.

Todos los pacientes llegan derivados por su facultativo de referencia, el psicólogo o psiquiatra con el que siguen tratamiento en el Centro de Salud Mental (CSM). Para la derivación se realiza un informe, con una parte clínica y otra social, que se presenta a las comisiones que aseguran la coordinación y racionalización del uso de recursos (Comisión de Derivación y, si están incluidos en Proceso de Trastorno de la Personalidad, en la Comisión de este proceso). Se realiza una reunión de coordinación con el terapeuta del CSM y otros profesionales implicados en la atención al paciente y el equipo del HdD. Se asigna un terapeuta de referencia en el HdD y, en cuanto se puede, se inicia el proceso de tratamiento, que básicamente tiene tres fases:

a) Fase de evaluación

Se entrega un folleto informativo, si no se lo han dado ya en el CSM, en que se explica el funcionamiento y las normas que rigen el recurso.

Paciente y terapeuta de referencia en HdD tienen una primera entrevista, se empieza la evaluación en el HdD y la construcción de la relación terapéutica. Se le entrega una batería de escalas que recogen datos para la evaluación y permiten objetivar al finalizar el tratamiento posibles cambios que se hayan realizado.

Si el paciente no se opone, se invita a la familia a una entrevista para iniciar un proceso de colaboración o, en ocasiones, de terapia familiar.

La enfermera hace una evaluación de enfermería y realiza una analítica, siempre que el paciente no tenga hecha una reciente. Hace una valoración del estado de salud, especialmente minucioso si hay problemas de la conducta alimentaria.

Cuando el paciente empieza a acudir al HdD, el terapeuta ocupacional, junto con el monitor de terapia ocupacional, valoran su funcionamiento, tanto con una entrevista personal como observando su desempeño durante las actividades del centro y sus patrones interpersonales en la convivencia en el HdD, mientras les ayudan a integrarse. Realizan, además, una valoración de su autoimagen y le piden que se presente a los compañeros mediante un *collage*.

Con toda la información recopilada se realiza un diagnóstico biopsicosocial, con una formulación de equipo en que se recoge y se busca una hipótesis sobre cómo se han generado y cómo se mantienen los problemas del paciente, cómo entendemos su funcionamiento mental y sus problemas con la mentalización, el tipo

de apego predominante, qué fortalezas tiene, qué objetivos de tratamiento podemos marcarnos, qué terapias o actividades vamos a ofrecer en función de cómo pueden contribuir a lograr tales objetivos.

Aproximadamente al mes de acudir al HdD, se invita al paciente a una reunión con todo el equipo, se comparte esta formulación (de la que ya se habrá ido hablando con él en otros espacios) y se propone un plan individualizado de tratamiento, explicando cada profesional, de manera pormenorizada, la relación de las intervenciones que se proponen llevar a cabo con los problemas por los que el paciente viene a tratamiento. Se discute y acuerda este plan de tratamiento con el paciente. Con todo esto se firma un contrato de tratamiento, que se revisará periódicamente.

Si es pertinente, se elabora ya un “documento de decisiones anticipadas”, acordando intervenciones en caso de que el paciente o las personas cercanas detecte(n) que se está desbordando emocionalmente. En este plan se recoge lo que puede hacer y lo que puede esperar de otros (familia, amigos, profesionales del HdD o de otros recursos) en esta situación.

En los casos de TCA, se firma lo antes posible el contrato específico que está establecido en el “Proceso TCA”. En él se establecen las condiciones mínimas para realizar el tratamiento y qué hacer si estas condiciones se pierden, por disminución significativa de peso o inicio o incremento de conductas purgativas de riesgo. Asimismo, se acuerda la relación que va a mantener con enfermería y con los profesionales de Endocrinología del Hospital.

b) Fase de tratamiento

Una vez firmado el contrato se pasa a la fase de tratamiento, que tiene una duración flexible, en principio de alrededor de 12 meses.

Durante esta fase cada paciente participa en todas o en algunas de las siguientes actividades, en función de sus necesidades y posibilidades:

- 1.- Cada semana se realizan dos sesiones de terapia de grupo. Mientras los pacientes hablan de sus temas de interés, se les ayuda a relacionar sus acciones con sus estados mentales y se focaliza en lo que ocurre en el aquí y ahora, en sus emociones, pensamientos, cambios de estado mental.
- 2.- Cada paciente tiene una sesión semanal de terapia individual con su psiquiatra/terapeuta de referencia. Como en el grupo hablan de las cosas que les preocupan, se reflexiona sobre lo que ocurre en su mente cuando se relacionan con otros y se focaliza en lo que ocurre entre paciente y terapeuta al hablar de ello.

Como se ha señalado, el porcentaje de personas que acuden al HdD que han sufrido trauma interpersonal es muy importante. Con distintas

aproximaciones (generalmente narrativa, pero también, en algunos casos, EMDR -Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares-), se trabaja en la mentalización del trauma.

- 3.- Si necesita psicofármacos es esta psiquiatra quien los prescribe y hace el seguimiento de su utilidad y del tiempo que debe tomarlos.
- 4.- Las familias pueden contactar con los profesionales siempre que lo necesiten aunque los pacientes tienen derecho a, eventualmente, negarse a que algún miembro de su familia venga al centro o a que contacte telefónicamente con nosotros. Además del contacto informal, se invita a los familiares más próximos a sesiones con la finalidad de dar o recibir información, colaborar en el tratamiento del paciente o, si es necesario y se valora posible, cambiar pautas relacionales que mantienen el problema del paciente. Tenemos una especial sensibilidad con las necesidades de los menores. Muchos de los pacientes que acuden al HdD tienen hijos pequeños y el vínculo de apego con ellos no siempre se establece de manera saludable. Se tiene siempre presente, en la evaluación y seguimiento, la situación de los menores. Si hay riesgo para ellos se plantea, junto con los progenitores, el facultativo y trabajador social del CSM, la pertinencia de intervenciones desde servicios sociales; por ejemplo, no es infrecuente que un educador familiar acompañe un tiempo a la familia para regular lo que ocurre con los niños. En algunos casos, está indicado que intervengan el psicólogo o psiquiatra del equipo de infanto-juvenil del CSM; y en otros, se hace un seguimiento desde el HdD, que puede incluir sesiones con la monitora de terapia ocupacional y/o la psiquiatra, el pequeño y el/la/los padres o visitas al domicilio, según los casos.
- 5.- La terapeuta ocupacional, con apoyo de la monitora de terapia ocupacional, realiza actividades grupales a lo largo de la mañana. Actualmente hay en marcha un taller creativo, un grupo de terapia somatosensorial, un grupo de dinámicas grupales, un grupo de vida cotidiana, donde se trabajan las dificultades para organizarse en su medio, hacer una formación o disfrutar del tiempo libre, y un grupo de rehabilitación cognitiva. Sentir conscientemente lo que ocurre en el cuerpo, entender sus señales y su significado en un momento dado, poder modificarlo mediante reflexión, atención y relajación es una experiencia nueva e importante para personas que, con mucha frecuencia, ignoran o evitan las señales emocionales.
- 6.- La terapeuta ocupacional y la monitora de terapia ocupacional realizan también seguimiento individualizado durante tiempos limitados de las pacientes con más dificultades para llevar una vida activa y autónoma.

- 7.- La enfermera sigue con entrevistas individuales a pacientes con TCA, a pacientes con problemas de salud en relación a hábitos de vida poco saludables o con necesidad de que se controle externamente su medicación (esto es excepcional) por dificultades para tomarla adecuadamente o por riesgo de sobredosificación con fines autolesivos.
- 8.- En relación a su papel en el cuidado de las pacientes con problemas en la alimentación, la enfermera es clave en el trabajo del comedor de cara a comer de manera saludable. Asesora a las pacientes, sobre todo, pacientes con anorexia o bulimia, a la hora de elegir sus menús y las acompaña cuando les sirven la comida para regular las cantidades indicadas en su caso; además, controla, si es necesario, la ingesta de las pacientes más graves que necesitan supervisión.
- 9.- La enfermera lleva grupos de entrenamiento en relajación. En el HdD se enfatiza la importancia de que cada paciente dedique un tiempo al día para relajarse, con el objetivo de disminuir la hiperactivación emocional que frecuentemente presentan. Además, la relajación está incluida en los documentos de decisiones anticipadas de cada paciente como una manera de recuperar su regulación emocional cuando notan que empiezan a perderla.
- 10.- La enfermera realiza también actividades grupales, que incluyen grupos de juegos en los que se estimula el disfrute del juego y las relaciones interpersonales.
- 11.- Por último, una vez al mes se organizan salidas con el objetivo de estimular la capacidad de usar recursos externos, disfrutar de actividades disponibles y, para algunos pacientes, afrontar la agorafobia que los cerca en espacios cada vez menores.
- 12.- En el 2018 empezamos a hacer el grupo de iniciación al tratamiento al que Bateman y Fonagy (11) llaman TBM 1. Hemos hecho ya varios, invitando a todos los pacientes en tratamiento en el HdD, y han estado coordinados cada uno por diferentes profesionales. Estamos satisfechas de su resultado, por el interés que han suscitado entre los pacientes y la dinámica de reflexionar, compartir y discutir que se ha generado en los grupos.
- 13.- Otra actividad que hemos iniciado en 2018 es la revisión del funcionamiento, documentos y normas del HdD con la idea de aumentar la participación en la gestión del HdD de los usuarios, pensando juntos sobre qué necesitan dentro y fuera del HdD y cómo solventar las limitaciones del HdD (por ejemplo, la posibilidad de que se constituyan en grupos de apoyo mutuo). Para ello estamos haciendo reuniones de reflexión de

profesionales y pacientes (cada grupo trabaja por separado y después comparte sus ideas). Esto nos está permitiendo reorganizar el recurso, actualizándolo sobre todo en el sentido de eliminar funcionamientos más defensivos o más instalados en perspectivas de “poder” que aún persistían, y entrar en dinámicas más colaborativas.

14.- Atención en crisis.- El medio terapéutico es un medio contenedor, pero en ocasiones se producen crisis. En estos casos, se acompaña al paciente evitando que se dañe, sin usar ningún tipo de contención mecánica. La escucha empática, la validación de la experiencia que está teniendo y posteriormente las intervenciones destinadas a ayudarlo a mentalizar permiten que las crisis puedan aprovecharse para lograr el objetivo de transformar su funcionamiento.

Se siguen los principios generales de los tratamientos que resultan efectivos con pacientes límite (metaanálisis de Bateman y Fonagy (5), que coincide con la literatura sobre las comunidades terapéuticas desde los 50) y que se refieren a que el dispositivo ofrezca estructura, consistencia en lo que se hace y dice, que se focalice en la importancia de las relaciones interpersonales, que sea lo suficientemente flexible como para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes, que el tratamiento de cada uno de ellos sea individualizado y que se tenga una buena integración con otros servicios que use el paciente.

c) Fase de finalización

La idea es que el tratamiento se termine cuando se hayan alcanzado los objetivos o, si no es posible, cuando se llegue al límite de las posibilidades terapéuticas.

Durante los últimos meses del tratamiento en HdD se propone un plan de tratamiento con un horario en el HdD cada vez más reducido.

Antes del alta, se le entrega de nuevo al paciente la batería de escalas autoaplicadas que cumplimentó al principio del tratamiento y un cuestionario de satisfacción. Se valoran y comparten los cambios que puedan haberse dado tanto en su clínica como en los resultados de las escalas.

Los pacientes salen con informe de alta de facultativo y enfermera, y con cita en el CSM (no dejan de acudir a su facultativo de referencia del CSM mientras están en el HdD).

A lo largo del tratamiento, se realizan evaluaciones periódicas sistematizadas en el equipo y se va ajustando, en función de los resultados, el plan de tratamiento, adecuándolo a la evolución de cada paciente y a sus necesidades en distintos periodos.

Todo esto requiere una organización fuerte del equipo, sometido a numerosas situaciones de estrés (riesgo de trauma vicario por lo que nos cuentan y lo que ocurre

en el día a día). Para ello se realiza una reunión diaria en la que se comparte cómo están los pacientes, lo que permite adecuarse con flexibilidad a su situación, diseñar las intervenciones a desarrollar en el día, compartir la visión que tiene cada miembro del equipo de lo que le va ocurriendo al paciente y su relación con los problemas que le traen a tratamiento y con sus objetivos. También, y no menos importante, permite cuidar al cuidador, atendiendo y resolviendo en lo posible las dificultades que se le vayan presentando y evitar escisiones en el equipo. En esta reunión se presenta a los pacientes, se hace la coordinación con el/los derivantes y se realiza la formulación en equipo y la evaluación continuada de los pacientes.

RECURSOS Y FORMACIÓN DEL EQUIPO

Los recursos humanos son escasos. Para 18 plazas (que pueden aumentarse con algún paciente que viene de manera parcial) contamos con 2 psiquiatras (que si hacen guardias, las libran, con lo que disminuye su disponibilidad), una enfermera, una terapeuta ocupacional y una monitora de terapia ocupacional. No se suplen durante vacaciones. Hay, además, un administrativo y un celador compartidos con el HdD de adolescentes, personal de limpieza y encargado de organizar y servir las comidas. Se cuenta con un *catering* para las comidas de los pacientes.

Como recursos materiales estamos en un edificio de dos plantas, un antiguo colegio ubicado en un barrio con muchos problemas sociales, del que el HdD de adultos ocupa la planta superior. El horario de apertura es de 9 a 16 horas los días laborables.

La formación en el modelo se ha hecho de manera personal, revirtiendo después en el resto de compañeros del equipo los conocimientos adquiridos. Durante dos años mantuvimos reuniones periódicas de formación para estudiar textos y realizar *role play* de intervenciones. Desde que se está haciendo en España formación reglada en Terapia Basada en la Mentalización, han podido realizarla varios miembros del equipo.

En cualquier caso, lo que se ha implementado es un modo de intervención que se centra en atender a las vicisitudes de la mentalización de cada paciente y de cada terapeuta, y fomentar su activación en distintas situaciones interpersonales (en las terapias y en las diferentes actividades), no un seguimiento estricto del modelo de referencia.

DIFICULTADES PARA PONER EN MARCHA ESTE MODELO DE HOSPITAL DE DÍA

Ha habido acuerdo en las cuestiones fundamentales con los jefes de salud mental, Alberto Fernández Liria y Ana Moreno, que han apoyado el proyecto y ayudado a solventar dificultades. Los problemas más graves han tenido que ver con

la constitución del equipo, por las diferencias de expectativas respecto al trabajo y las distintas maneras de entenderlo, y con dificultades para lograr un liderazgo en su dirección, que en ocasiones han llegado a hacer doloroso y difícil el trabajo conjunto. Hasta este año no hemos tenido posibilidad de supervisión. Actualmente el equipo funciona de manera tranquila y centrada en la tarea, con roles y organigrama claros y compartidos, y las dificultades se reducen a las derivadas de la complejidad de la población atendida y las limitaciones impuestas cada cierto tiempo por la subdirección de gestión respecto a limpieza, *catering* o gastos mínimos que se generan. Un reto para el futuro es mantener esta situación y la formación del equipo con las vicisitudes del día a día y con los posibles cambios en sus componentes.

RESULTADOS

Aunque no hemos hecho investigación propiamente dicha, las cifras que tenemos de resultados parecen alentadoras.

La adherencia al tratamiento es buena, en 2017 el porcentaje de abandonos fue del 10%, y el de mejoría clínica, medida con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), fue del 80% (considerando como mejoría un aumento en 30 puntos en el EEAG o una cifra igual o mayor de 60). En el estudio pre-post en una muestra de 123 pacientes que acudieron a tratamiento entre los años 2007 y 2015, anteriormente citado, se encontró una disminución significativa de la atención a urgencias y de la necesidad de ingreso en la muestra total. Además, de estos 123 pacientes, 50 habían cumplimentado la batería de escalas que se les da al inicio y al final del tratamiento, y los resultados muestran que en ellos hubo mejoría en síntomas depresivos (Inventario de Beck), ansiedad (STAI), funcionamiento global y disminución de hostilidad (Buss-Durkee), con resultados contradictorios en impulsividad.

CONCLUSIONES

Este modelo de HdD parece útil para tratar a pacientes en situación grave, con trauma complejo o con trastornos de personalidad límite.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569.
- (2) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
- (3) Bateman A, Fonagy P. 8 year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 631-638.
- (4) Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practice guide*. New York: Oxford University Press, 2006.
- (5) Bateman A, Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, London: American Psychiatric Publishing, 2012.
- (6) Weijers J, Ten Kate C, Eurelings-Bontekoe E, Viechtbauer W, Rampaart R, Bateman A, et al. Mentalization-based treatment for psychotic disorders: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016; 16:191.
- (7) Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 2004;18(1): 36-51.
- (8) Fonagy P, Bateman A, Bateman A. The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychol Psychother* 2011;84: 98-110.
- (9) Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press, 2002.
- (10) Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new concept of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *J Pers Disord* 2015; 29(5): 575-609.
- (11) Bateman A, Fonagy P. *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016.
- (12) Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2017; 4: 11.
- (13) Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2017;4: 9.
- (14) Asen E, Fonagy P. Mentalizing family violence, part 1: conceptual framework. *Fam Process* 2017; 56: 6-21
- (15) Liotti G, Gilbert P. Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychol Psychother* 2011; 84, 9-25.
- (16) Fonagy P, Bateman A, Luyten P. Introduction and overview. En: Bateman A, Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, London: American Psychiatric Publishing, 2012.
- (17) Allen JG, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC. London, England: American Psychiatric Publishing, 2008.

- (18) Guía de gestión para el Hospital de Día Psiquiátrico del INSALUD (1999). Disponible en: <http://www.ingesa.msrebs.gov.es/fr/estadEstudios/documPublica/psiquiatrico.htm>
- (19) Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Cuaderno técnico de la AEN, 12. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009.
- (20) Bayón C, Cabrera C, Mas Hesse J, Rodríguez Cahill C. Red de Salud Mental y tratamiento de los pacientes con TLP. En: Melendo JJ, Cabrera C. Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (guía para el profesional). Comunidad de Madrid: Pfizer, 2010; p. 47-65.
- (21) Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. Comunidad de Madrid, 2003. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/2627/download?token=B3TpMYt1>
- (22) Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Plan Estratégico Salud Mental 2010-2014. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009851.pdf>
- (23) Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Plan Estratégico Salud Mental 2018-2020. Madrid: BOCM, 2018. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- (24) Gøtzsche P. Psicofármacos que matan y denegación organizada. Barcelona: Los libros del lince, 2016.
- (25) Fernández Liria A. Locura de la psiquiatría: apuntes para una crítica de la psiquiatría y la salud mental. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2018.
- (26) Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harpe D, Kinderman P, et al. The Power Threat Meaning Framework: overview. Leicester: British Psychological Society, 2018.
- (27) Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- (28) Polo Usaola C. Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas. Boletín de la AMSM 2018; 42: 8-12.
- (29) Yalom I. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de Cultura Económica, 1986; p. 46-52.
- (30) Yalom I, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5ª ed. New York: Basic Books, 2005.
- (31) Mas Hesse J. 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. Siso Saude 2012; 52-53: 69-113.

