



TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: ¿FUNCIONA?

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND PSYCHOSOCIAL
REHABILITATION: DOES IT WORK?

Autores:

María Victoria López ^{a, b}; Irene de Ángel ^{a, b}; Marina Forcén ^{a, b}; Joan Vegué ^{a, b}; María Jesús Rufat ^{a, b}.

a Centre Psicoteràpia Barcelona - Serveis Salut Mental (CPB-SSM). Barcelona, Spain

b Grup TLP Barcelona. Barcelona, Spain

Datos de contacto:

María Victoria López Fernández. Servicio de Rehabilitación SR PTLP Lesseps. Ronda General Mitre 230 entlo. 1. 08006
Barcelona (Barcelona-España). Tel: 93 4250874. Correo electrónico: vlopez@cpbssm.org

algunos expertos y el público en general tienden a percibir los trastornos de la personalidad como incurables y permanentes^{21,22}. Muchos de los profesionales que los tratan a menudo pueden sentirse agotados y desesperados debido al escaso o aparentemente nulo efecto del tratamiento^{23,24}. Sin embargo, existen estudios recientes que contradicen este razonamiento obsoleto y muestran que los síntomas del TLP disminuyen con el tiempo¹⁵. El TLP es un trastorno mental tratable; la remisión total o la desaparición completa de los síntomas no suele producirse poco después del inicio del tratamiento, pero la recuperación es un objetivo alcanzable. Aproximadamente el 77 % de las personas con TLP que recibieron tratamiento se volvieron asintomáticos con el tiempo², siendo posible estabilizar a la persona durante mucho tiempo y enseñarle a dominar estrategias de afrontamiento que permitan vivir en un estado compensado²⁵.

En síntesis, el desarrollo y la inclusión de un enfoque rehabilitador como parte del proceso especializado de recuperación de la persona con TLP junto con la implementación de terapias basadas en la evidencia para mejorar también la difusión de la identidad, parece fundamental en la red pública de Salud Mental tal y como señalan algunos autores²⁶. En nuestro contexto, en Barcelona (Cataluña – España) en el año 2015 se creó el SR especializado para TLP Lesseps fundamentado en el modelo de Otto Kernberg y en los principios de rehabilitación psicosocial descritos más arriba. Este servicio ha sido evaluado. En el presente artículo se describe el SR especializado para TLP Lesseps y se presenta un resumen de los principales resultados de un estudio de evaluación del tratamiento rehabilitador desarrollado en el servicio durante siete años. La hipótesis principal es que el tratamiento para las personas con TLP enfocado en la rehabilitación y combinado con terapias basadas en la evidencia, mejora en variables clínicas clave en el TLP, como la identidad, y también en su función psicosocial.

Cómo trabajar desde el modelo de rehabilitación-recuperación con personas con un diagnóstico de Trastorno de Personalidad:

Entendemos la Rehabilitación como un instrumento puesto al servicio de la recuperación, donde se defiende la participación, la colaboración y el compromiso activo de la persona atendida en su propia recuperación. Promueve los objetivos vitales de la persona y no se limita a valorar el proceso en función de la desaparición de los síntomas, enfatizando la posibilidad de vivir una vida satisfactoria a pesar del grado variable de discapacidad presente^{26,27,28,29}. En este sentido la recuperación no se orienta hacia la remisión clínica ya que la persona puede considerarse recuperada y seguir cumpliendo los criterios diagnósticos del trastorno. La esencia de la recuperación pone el énfasis en la funcionalidad, la calidad de vida y el potencial humano^{30,32,32,33}. La recuperación se convierte en un proceso único para cada individuo y se orienta hacia el autocontrol, apoyo social, empoderamiento, habilidades de afrontamiento adaptativas y un sentido de la significación como persona^{32,34}. El marco de la recuperación puede ayudar a encontrar objetivos de tratamiento que las personas atendidas perciban subjetivamente como significativos². De hecho, el modelo de recuperación incluye la evaluación subjetiva de la persona en las siguientes áreas: (a) vida personal significativa y satisfactoria; (b) la libertad para tomar decisiones sobre los propios objetivos vitales y el tratamiento; (c) la esperanza en el futuro; (d) el estar en paz consigo mismo; (e) el tener un valioso sentido de la integridad, el bienestar y la autoestima^{35,36}. Sin embargo, las personas pueden diferir en su percepción de lo que es un problema para ellas y de cuáles son sus objetivos, tanto entre ellas como en comparación con el proveedor de cuidados². Si nos centramos en un modelo que se acercaría más a cómo enfocar una recuperación especializada para personas con TLP, según Kernberg, se debe dar un compromiso de la persona a “empezar a funcionar” en las diferentes áreas de su vida orientadas a un proyecto vital viable y realista en las siguientes áreas: relaciones interpersonales o sexo-afectivas, ocio y creatividad y estudios o trabajo⁹. Según Gunderson²⁷ “la psicoterapia sólo es una parte del programa óptimo de tratamiento. Por las necesidades de rehabilitación social de la persona que sufre TLP (p.ej., escuchar críticas, la atención compartida, el control de impulsos) se consiguen mejores resultados añadiendo al tratamiento, las actividades psicosociales y la psicoterapia grupales. De acuerdo con algunos autores, el formato grupal estimula el desarrollo de habilidades para alcanzar la tolerancia interpersonal necesaria en la convivencia al tiempo que desarrollan un autoconocimiento psicológico³⁷.”

En general, hasta la fecha, hay escasas publicaciones al respecto de experiencias de rehabilitación psicosocial dirigidas a personas que sufren TLP y de sus resultados en términos de mejora de función psicosocial. Algunas son experiencias concretas de intervención psicosocial para TLP desde la atención comunitaria pública, como los grupos de apoyo de Zanarini¹⁵ o los grupos de apoyo comunitarios de libre acceso para personas con trastornos de la personalidad de Miller³⁸. En relación con servicios especializados de rehabilitación para TLP en nuestro contexto, destaca la experiencia de los pisos terapéuticos en Madrid de Carrasco y cols.³⁸ y fuera de nuestro país, el Residential Treatment Programs-Mclean Hospital³⁹, ésta última en el ámbito privado.

El Servicio de Rehabilitación del programa TLP Lesseps:

En la práctica clínica se observa que una gran parte de las personas que sufren un TLP presentan dificultades para adaptarse a los recursos existentes de rehabilitación; en parte esto se debe a que en estos servicios confluyen personas que padecen trastornos graves con otras necesidades, lo cual dificulta la adherencia de las personas con TLP. Éstas requieren de una mayor capacidad de contención, una atención preferente a las situaciones disruptivas y de crisis y un cuidado constantemente reevaluado de la motivación y el vínculo terapéutico para minimizar el abandono (altamente frecuente). En ese sentido, se hace patente el vacío asistencial, lo que impulsa el desarrollo de recursos de rehabilitación específicos, como el SR Lesseps, que adapta su estructura y programas de tratamiento a las características específicas de los procesos individuales de las personas con TLP poniendo énfasis en la funcionalidad y la inserción comunitaria.

El SR Lesseps pertenece a Centre Psicoterapia Barcelona-Serveis Salut Mental (CPB-SSM), una organización con una larga trayectoria de gestión de servicios de salud mental en el marco de la psiquiatría comunitaria, vinculada al territorio y con vocación de servicio público. El SR Lesseps es un servicio integrado en el Programa TLP de CPB-SSM que abarca hospitalización parcial, total (subagudos), atención primaria y rehabilitación. El objetivo general del Programa consiste en

RESUMEN

Introducción: Tradicionalmente la rehabilitación psicosocial se ha considerado un tratamiento para personas con trastornos mentales graves y en fases avanzadas. En el caso de los Trastornos de la Personalidad (TP), algunos autores han sugerido que la rehabilitación puede ser posible desde una atención especializada y diferenciada, si bien hasta la fecha existen pocas publicaciones al respecto. En el presente estudio, se evalúa la mejoría sintomatológica y funcional en un Servicio de Rehabilitación especializado para personas con diagnóstico de TLP en Barcelona. Método: La muestra es de 132 personas diagnosticadas de TP según el Manual DSM. El protocolo de evaluación se realiza mediante STIPO-R, SCID-II, y DIB-R, ICG-TLP, BIS-11, HoNOS, EEASL, EEAG y WHOQOL-BREF. Resultados: Los resultados obtenidos indican una mejora significativa en la clínica específica del TLP, disminución de la impulsividad, mejora en la adaptación social y funcionamiento personal y un aumento de la percepción de la calidad de vida. Discusión: Estos resultados sugieren que el tratamiento en un servicio de rehabilitación especializado mejora la clínica y el funcionamiento personal de las personas con diagnóstico de TLP participantes en el estudio.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, rehabilitación psicosocial, evaluación de resultados.

ABSTRACT

Introduction: Traditionally, psychosocial rehabilitation has been considered a treatment for people with serious mental disorders and in advanced stages. In the case of Personality Disorders (PD), some authors have suggested that rehabilitation may be possible through specialized and differentiated care, although there are few publications on the matter. In the present study, the symptomatologic improvement is evaluated and it operates in a specialized Rehabilitation Service for people with a diagnosis of BPD in Barcelona. Method: The sample is 132 people diagnosed with PD following DSM Manual. The evaluation protocol is carried out using STIPO-R, SCID-II, and DIB-R, ICG-TLP, BIS-11, HoNOS, EEASL, EEAG and WHOQOL-BREF. Results: The results obtained so far indicate a significant improvement in the specific symptoms of BPD, a decrease in impulsivity, an improvement in social and personality functioning and an increasing in the perception of quality of life. Discussion: These results suggest that treatment in a specialized rehabilitation service improve the clinical symptoms and personality functioning of people who suffer from the disorder.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Psychosocial Rehabilitation, Outcome assessment.

INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracterizan por la inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, junto a una elevada impulsividad¹. El TLP se considera un trastorno mental grave que puede tener efectos severos en un individuo cuando no se trata a tiempo, adecuadamente, o no recibe tratamiento². El trastorno puede ir asociado a baja calidad de vida, bajo funcionamiento psicosocial y elevados costes sociales^{3,4,5,6}. En España la prevalencia del TLP se encuentra entre 1-2% en población general, siendo tres veces más frecuente en mujeres⁷.

El DSM-5-TR1 indica a los clínicos la importancia de evaluar la discapacidad en el funcionamiento de la personalidad en todos sus subcriterios: self (identidad y autodirección) e interpersonal (relación con los demás: empatía e intimidad). En consecuencia, tanto la identidad como el impacto de su psicopatología en el funcionamiento personal y su severidad son considerados por primera vez dominios clave en la evaluación de la personalidad patológica, tal y como ya teorizó uno de los más grandes teóricos de la personalidad: Otto Kernberg⁸. Siguiendo el modelo de Kernberg⁹, el síndrome de difusión de identidad, es decir, la ausencia de una identidad integrada, originan falta de continuidad en la vivencia de uno mismo y de la relación con los otros, un sistema de valores poco sólido y coherente, así como falta de consistencia en el sistema de valores y dificultades en la consecución de objetivos a largo plazo -sociales, formativos y profesionales¹⁰. Un buen funcionamiento psicosocial se define por la capacidad de mantener al menos una relación sentimental continuada y una experiencia laboral o escolar a tiempo completo^{11,12,13,14}. Los estudios de seguimiento indican que solo el 25,9% de las personas con diagnóstico de TLP presentan un buen funcionamiento psicosocial frente al 80% que a lo largo de su vida empeoran en este¹⁵. De ello se deduce que el TLP lleva asociado un deterioro significativo en el funcionamiento psicosocial^{16,13}. De hecho, algunos autores observan que los síntomas clínicos de las personas con TLP remiten más fácilmente, permaneciendo más estables los rasgos patológicos de personalidad y el deficiente funcionamiento psicosocial^{17,18,19,20}. Si bien, en nuestra práctica clínica observamos que la funcionalidad de las personas con TLP está afectada no solamente por la sintomatología, sino también por el impacto de esta en las relaciones con los demás, en el rechazo a las conductas promotoras de la salud y la tendencia a exponerse a situaciones de riesgo.

La mejoría del funcionamiento psicosocial sigue constituyendo el caballo de batalla para los clínicos, en parte porque

proporcionar a las personas afectadas por este trastorno, tanto evaluación diagnóstica como tratamiento psicoterapéutico, psiquiátrico y psicosocial, en las modalidades individual, grupal e institucional, de forma adaptada a sus necesidades clínicas y psicosociales, en función del momento evolutivo del trastorno. En el momento de su atención en el SR Lesseps las personas atendidas deben tener seguimiento psiquiátrico en el Centro de Salud Mental de adultos (CSMA) de zona. El servicio se fundamenta en la atención de los siguientes ejes específicos de la patología del TLP con el objetivo último de la elaboración de un proyecto vital: la motivación y la constancia a lo largo del proceso de tratamiento; las dificultades en las relaciones interpersonales y la reparación de los vínculos; el manejo de las crisis promoviendo el uso de estrategias saludables e incrementando la regulación emocional, la mentalización y la neutralización de los beneficios secundarios de enfermedad. El tratamiento en el SR consta de visitas de psicoterapia y de otro tipo de atención individualizada por parte del equipo (sociales y tutorías con educadores) y psicoterapia y atención grupal con actividades diseñadas para trabajar las siguientes áreas habituales en rehabilitación: la inserción comunitaria, el área reflexiva emocional, área de funcionamiento psicosocial y las relaciones interpersonales y el área pragmática y funcional. Los objetivos personales que trabajar con cada persona atendida se formulan juntamente con el equipo llegando a un consenso que se especifica por escrito mediante un programa Individual de Rehabilitación y Reinserción (PIRR) que incluye el contrato terapéutico con los objetivos personales a perseguir con el tratamiento. La estancia máxima en el servicio es de 2 años, variando en función de las necesidades de las personas usuarias, de los objetivos establecidos y la respuesta de la persona al tratamiento. El PIRR se focaliza en la mejoría en el funcionamiento psicosocial.

Con el fin de evaluar algunos aspectos cruciales en la mejoría de las personas atendidas, se diseña un estudio con los siguientes objetivos:

1. Evaluar la mejoría en síntomas específicos de TLP (las relaciones inestables, el suicidio, el vacío, la ideación paranoide, la conducta agresiva, los trastornos por uso de sustancias, los síntomas psicóticos y, los trastornos afectivos).
2. Evaluar la mejoría funcional: se evalúa el cambio en las siguientes variables: ("buena relación familiar", "trabaja", "realiza voluntariado", "talleres comunitarios", "deporte" y "actividades de la vida diaria"). También se elabora un índice que incluye las variables "identidad", "vacío" y "relaciones" midiendo el cambio en las mismas.
3. Evaluar la relación entre la mejoría clínica y funcional.
4. Evaluar la mejoría en calidad de vida (salud general, salud física, salud psicológica, relaciones sociales, ambiente / entorno).

MÉTODO

1. Diseño: Se realiza un estudio cuasi experimental, descriptivo, analítico, en contexto clínico real y con evaluación pre y post tratamiento.

2. Variables: se recogen las variables sociodemográficas y clínicas relevantes para el estudio, medidas mediante instrumentos, como se especifica a continuación.

3. Instrumentos: Para confirmar el diagnóstico de TLP se administran las entrevistas semiestructuradas: la versión en español de la Structured Interview of Personality Organization-Revisada (STIPO-R)⁸, la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de Personalidad del Eje II recomendada por el DSM-5-TR (SCID-II)⁴⁰ y la versión en español de la Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R)⁴¹.

El cambio se evalúa en determinadas áreas con frecuencia semestral empleando los siguientes cuestionarios:

Síntomas característicos de TLP: Escala de Impresión Clínica Global para el TLP (ICG-TLP)⁴² evalúa sentimiento de abandono, las relaciones inestables, la identidad, la impulsividad, el suicidio, el vacío, la ira y la ideación paranoide.

Impulsividad: Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)⁴³ ofrece puntuaciones sobre la impulsividad motora, la cognitiva y la no planeada.

Mejoría y adaptación social.: Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)⁴⁴: evalúa los problemas conductuales, clínicos, sociales y el deterioro.

Funcionalidad. Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL)⁴⁵ valora las actividades de la vida diaria (AVD), aquellas que se realizan en el día a día con mayor frecuencia. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)⁴⁵

Mejoría funcional: se evalúa mediante un cuestionario ad hoc que recoge las variables edad, estado civil, núcleo de convivencia, nivel académico.

Calidad de vida: Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)⁴⁶ ofrece puntuaciones sobre salud general, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno.

4. Muestra: La base de datos incluye 210 sujetos reclutados entre 2015 y 2022, de los cuales se excluyen 78 sujetos (37,1%) por falta de información o por abandono (41%). Todos acudieron de forma consecutiva a consultar sobre su diagnóstico y tratamiento al SR Lesseps, fueron informados del estudio y se obtuvo, de aquellos que aceptaron participar, su consentimiento informado por escrito.

La muestra se seleccionó con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Diagnóstico de OLP (Organización Límite de Personalidad según la clasificación de Otto Kernberg) o trastorno de personalidad clúster B o TP NE según el manual DSM-5-TR¹ con severidad funcional moderada-alta. Psicopatología comórbida estabilizada: Trastorno por uso de sustancias (TUS) activo (mínimo indispensable: abstinencia sostenida de dos meses), Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad y Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT).

Criterios de exclusión: Sintomatología característica del TLP en crisis. Psicosis, Trastorno del Espectro Autista (TEA), TUS activo, Trastorno de la conducta alimentaria en fase aguda, Trastorno antisocial y Trastorno orgánico de la personalidad. CI < 85 o deterioro cognitivo moderado-severo. Búsqueda de beneficio secundario asociado al trastorno. Falta de motivación y/o capacidad de compromiso por el tratamiento.

La muestra final la componen 132 personas atendidas, con diagnóstico de TP según el Manual DSM que acuden derivados al SR Lesseps de la red pública de salud mental de Barcelona ciudad y alrededores.

5. Análisis estadístico: Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 29. Las variables cuantitativas se describieron mediante medias y desviaciones estándar (DE) cuando presentaban una distribución normal, y como medianas y rango intercuartílico (P25-P75) en caso contrario. Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes.

Se realizaron análisis longitudinales con tres tiempos de medida: al ingreso, a los seis meses y a los doce meses de tratamiento. Para evaluar las relaciones entre variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado (χ^2). Los cambios a lo largo del tiempo se analizaron mediante ANOVA de un factor de medidas repetidas para las variables que seguían una distribución normal, y mediante la prueba de Friedman para aquellas que no cumplían este supuesto.

RESULTADOS

Del análisis descriptivo de los datos sociodemográficos se observa que el 90,2% de la muestra son mujeres y el 9,8% hombres. La edad media (M) es de 34 años (DE=9.4). El 58,2% son solteros/sin pareja, el 13% de viudos /separados/sin pareja y el 28,8% casados/pareja estable. En cuanto al nivel de estudios el 34,3% tiene estudios de primaria, un 50,7% estudios de secundaria y un 25% estudios universitarios. El 65,2% tiene un grado de discapacidad reconocido siendo mayor de 65% en el 63,6% de los participantes. Un 80,3% no trabajan frente al 19,7% que está activo. En relación con los datos clínicos, el 52,3% de las personas atendidas, estas son derivadas desde CSMA, un 28,8% de hospital de día, un 13,6% desde unidad de subagudos y finalmente un 5,3% desde unidad de agudos. A nivel clínico el 76,5% de la muestra puntúa en SCID-II en tres o más Trastornos de personalidad, refiriendo comorbilidad con TUS, TCA, Trastornos Afectivos, Trastorno por estrés post traumático complejo y patologías somáticas.

A partir de los resultados obtenidos en las mediciones pre y post con los cuestionarios, se observa una mejora significativa ($p<.001$) en la clínica específica del TLP. Al inicio del tratamiento las puntuaciones M oscilan entre 4 y 6. A los seis meses las puntuaciones están entre 3 y 6 y a los doce meses entre 0 y 6. Al ingreso la M en la puntuación de la ICG de las personas que mejoran es de 5,31. A los seis meses M=4,4 y al año de tratamiento M=4,23. En cambio, en las personas que no mejoran, se da una reducción no significativa entre el ingreso y los seis meses (M oscila entre 4,92-4,52) que después se mantiene invariable hasta el final del tratamiento. (Gráfico 1).

Por lo que respecta a la impulsividad (evaluada mediante la BIS-11) se observan mejoras en las áreas cognitiva, motora y no planeada. La M de las puntuaciones al ingreso es de 71,09 a los seis meses 66,26 y al alta 63,30 ($p<.001$)

A partir de los resultados obtenidos en la HoNos, se observa una mejoría significativa en cuanto a la clínica y la adaptación social, disminuyendo la M de las puntuaciones, desde 13,69 al inicio del tratamiento, 11,88 a los seis meses reduciendo hasta a 10,51 a los doce meses ($p<.001$). Así mismo, se constata un incremento en las puntuaciones de la EEAG de 54,68; a 58,77 y 60,90 ($p<.001$) lo que indica una mejora clínica estadísticamente significativa. En relación con la mejora funcional, se pone de manifiesto que a los doce meses un 32,4% de la muestra mantiene la estabilidad clínica y psicosocial, el 10,3 % empeora en alguna variable frente al 49,6% que presenta una mejoría, coincidiendo con un incremento en la puntuación de la escala EEASL ($p<.001$) (Gráfico 2).

En el análisis de la variable mejora funcional en relación con identidad, vacío y relaciones, se observa mejora significativa ($p<.001$) en los seis primeros meses de tratamiento (M=14,8) mientras que de los seis (M=12,8) a los doce meses (M=12,3) la evolución es menos pronunciada. En cambio, el grupo que no mejora no presenta una mejora significativa en identidad, vacío y relaciones y la disminución no es significativa en función del tiempo de tratamiento (M=13,7 al inicio, M=13,5 a los seis y M=13 a los doce meses). (Gráfico 3)

En relación con la calidad de vida, evaluada a través de la WHOQOL-BREF, se observa una mejora estadísticamente significativa en la puntuación M ($p<.001$), siendo al ingreso de 2,7 puntos y a los doce meses de 3,13.

En síntesis, los resultados muestran evidencia empírica de que con el tratamiento en el SR Lesseps de doce meses de duración se obtiene mejoría clínica en las variables abandono, relaciones inestables, identidad, impulsividad, suicidio, vacío, ira e ideación paranoide. Asimismo, se reduce la frecuencia de los problemas conductuales, clínicos y psicosociales. Además, se constata una mejoría en el funcionamiento psicosocial de forma significativa en un 49,6% de los participantes en el estudio. Se evidencia una relación significativa entre la mejoría funcional y clínica, específicamente en identidad, vacío y relaciones interpersonales.

DISCUSIÓN

Como ya se ha comentado en la introducción, el objetivo principal del presente estudio es evaluar si el tratamiento para las personas con TLP enfocado en la rehabilitación, permite obtener una mejora en variables clínicas clave en el TLP, como la identidad, y también en su función psicosocial. Al no disponer hasta la fecha de la publicación de datos de estudios antecedentes, se discuten los resultados del presente estudio tomando como referencia publicaciones previas con otras muestras de TLP de características similares.

En relación con las características sociodemográficas, la muestra del presente estudio es similar a otras muestras de TLP de estudios previos en cuanto a género, edad, estado civil y situación sociolaboral. Sin embargo, llama la atención la contradicción entre el alto nivel de formación de los participantes en el presente estudio y la realidad de que sólo el 19,2% de estos trabajan. Este resultado pone de manifiesto una discrepancia entre su capacidad real y el desempeño actual, lo que supone una dificultad añadida para el tratamiento rehabilitador. La mayor parte de los sujetos de la muestra reciben una prestación económica, que, en muchos casos, supera o alcanza el salario que obtendrían si trabajaran, lo que en algunos casos puede suponer un impedimento para su reinserción. La responsabilidad de la persona atendida en su recuperación es fundamental para mejorar su estado mental. Por lo tanto, su actitud positiva ante el tratamiento puede deteriorarse tras comprobar que se trata de un camino largo y, por lo general, agotador. Sin embargo, si la persona se vincula a una terapia enfocada en la mejora de su identidad y su funcionamiento psicosocial, con sentido para la persona atendida, los síntomas de la psicopatología límite pueden controlarse gradualmente y, finalmente, eliminarse, tal y como se ha comentado ya en la introducción². Los resultados del presente estudio verifican la hipótesis planteada de que los participantes en el estudio, tras el tratamiento enfocado en la rehabilitación, mejoran en diversas variables clínicas consideradas clave en el TLP por diversos autores⁵⁰ como son: el abandono, las relaciones inestables, la identidad, la impulsividad, el suicidio, el vacío, la ira y la ideación paranoide.

La hipótesis de mejora planteada se confirma también en relación con el funcionamiento psicosocial. El presente estudio muestra cómo más de la mitad de las personas atendidas refieren mejoría significativa de su funcionalidad, el 32,4% se mantiene estable y un 10,3 % empeora en alguna variable. Este resultado positivo difiere de otros estudios que muestran que muchas personas con TLP no se benefician de los tratamientos basados en la evidencia, ya que con frecuencia no se adhieren adecuadamente a ellos²⁵. La mala adherencia al tratamiento se traduce en un notable absentismo en las actividades y falta de compromiso en su recuperación, que comporta unos peores resultados al alta. Por tanto, los resultados del presente estudio corroboran la eficacia de combinar tratamientos basados en la evidencia para el TLP juntamente con tratamientos enfocados en la rehabilitación en distintos niveles asistenciales²⁷. Los períodos sin síntomas y la recuperación son, con el tiempo y el tratamiento adecuado, objetivos terapéuticos alcanzables y realistas para muchas personas con un TLP², que pueden beneficiarse del tratamiento como muestran los resultados del presente estudio. De ahí la necesidad de proseguir en nuestra labor, afinando las estrategias y técnicas terapéuticas rehabilitadoras para mejorar la eficacia de la intervención, favoreciendo la rehabilitación psicosocial y la calidad de vida. Así como también, estableciendo los criterios de selección de tratamiento, ya que como muestran numerosos estudios, el tratamiento a largo plazo es beneficioso cuando se selecciona adecuadamente el tipo de tratamiento que la persona requiere^{50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59}.

Sería necesario proseguir las evaluaciones prospectivas con otras muestras similares con el fin de evaluar en profundidad indicadores de cambio en otras áreas fundamentales en el TLP como la identidad. Así mismo, estaría indicado llevar a cabo un estudio de seguimiento longitudinal para evaluar la evolución de la mejoría observada, esto es, si se mantiene.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe señalar que no se pudo realizar con un grupo control con el cual comparar los resultados. Sería de gran utilidad replicar la investigación con un grupo control que permita comparar los resultados con personas que reciben un tratamiento al uso o incluso estudios aleatorizados controlados con otros programas similares de Servicios de Rehabilitación.

GRÁFICOS

Gráfico 1: Puntuación general ICG-TLP.

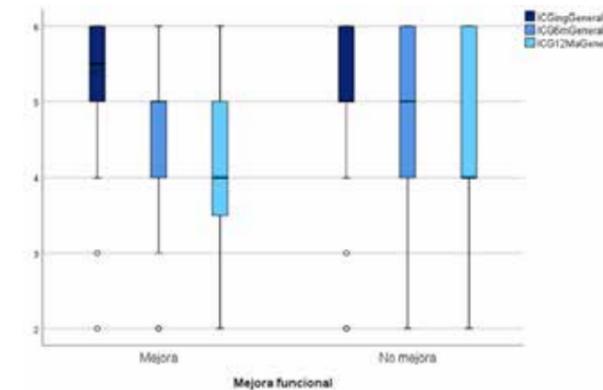


Gráfico 2: Evaluación de la mejora funcional antes del tratamiento y a los 12 meses.

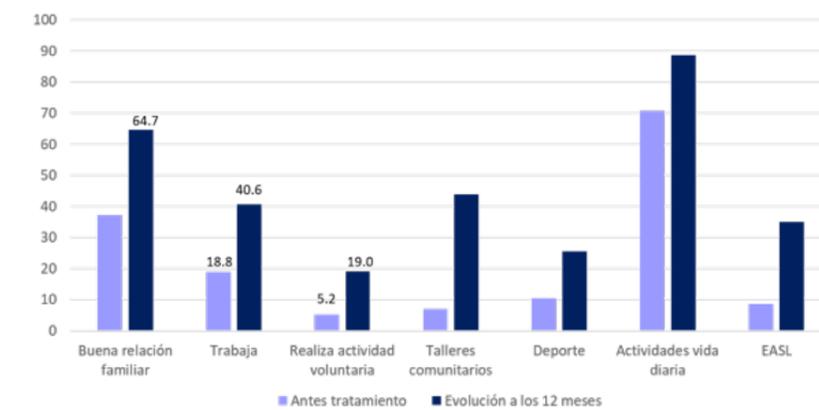
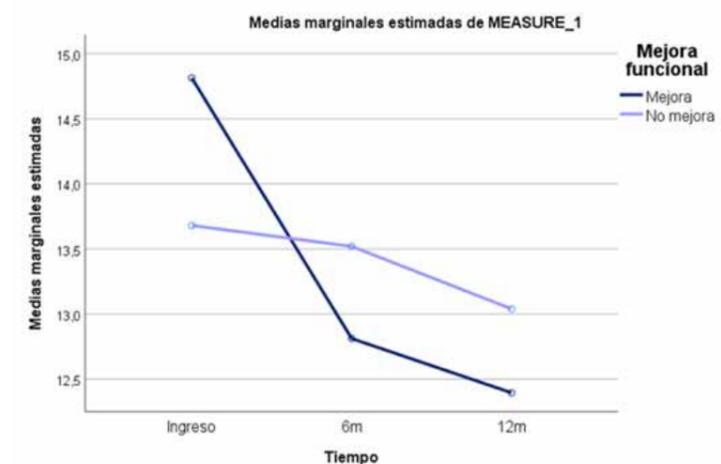


Gráfico 3: Evaluación de la mejora funcional a los 6 y a los 12 meses de tratamiento.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. (2022). DSM-V-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
2. Nesnídal V, Prasko J, Vanek J, Ociskova M, Holubova M y cols (2020). Borderline personality disorder and recovery. *Neuroendocrinology Letters*. 41(6): 308-317.
3. Higgitt A & Fonagy P (1992). Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*.
4. Comtois KA & Carmel A (2016). Borderline personality disorder and high utilization of inpatient psychiatric hospitalization: concordance between research and clinical diagnosis. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 43(2): 272-280.
5. Fassbinder E, Assmann N, Schaich A, Heinecke K, Wagner T, Sipsos V et al (2018). PRO*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*. 18(1): 341.
6. Murphy A, Bourke J y cols (2019). A cost effectiveness analysis of dialectical behavior therapy for treating individuals with borderline personality disorder in the community. *Ir J Med Sci*. 2020 May;189(2):415-423.
7. García MT, Martín MF, Otín R. (2010). Tratamiento integral del trastorno de personalidad límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 30(2):263-278.
8. Rufat MJ (2024). Validación al Castellano de la Structured Interview of Personality Organization (STIPO-R) como Instrumento Diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad. Tesis Doctoral de la Universidad de Barcelona.
9. Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg, OF. *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2014.
10. Hennessey M, McReynolds C. (2001). Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. *Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 17(2): 97-104.
11. Biskin R, Paris J (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*. 2012 Nov 6;184(16):1789-94.
12. Grant, BF, Chou, SP, Goldstein, RB, Huang, B, Stinson, y cols. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533-545.
13. Lenzenweger MF, Lane MC, et al. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62:553-64.
14. Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, Dyck IR, Stout RL, Morey LC, y cols (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*. 162: 1919-1925.
15. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice (2010). Time to attain recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 167 (6): 663-667.
16. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, et al. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53-60.
17. Biskin, R, Mortimer BD (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 60(7):303-308.
18. Grilo CM, McGlashan TH (2005). Course and outcome of personality disorders. In Oldman JM, Skodol AE, Bender SD (Eds.), *Textbook of personality disorders*, pp. 103-115. Washington: American Psychiatric Publishing.
19. Martínez-Taboas A, Cordero-Soto MM (2015). Estudios longitudinales sobre el trastorno de personalidad límite: ¿qué nos están señalando? *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 26 (1): 56-70.
20. Morey LC, Meyer JK. (2012). Course of personality disorder. *The Oxford handbook of personality disorders*. New York: Oxford University Press: 275-295.
21. Adshear G (2001). Murmurs of discontent: treatment and treatability of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 7 (6): 407-415.
22. De Barros DM, De Pádua Serafim A (2008). Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Sci Int*. 179 (1): 19-22.
23. NIMHE (2003). Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion. United Kingdom: Department of Health, National Institute for Mental Health in England.
24. Skegg K (2005). Self-harm. *The Lancet*. 366 (9495): 1471-1483.
25. Paris J (2011). Pharmacological treatments for personality disorders. *International Review of Psychiatry*. 23(3): 303-309.
26. Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16(4):11-23.
27. Gunderson JG (1998). *Borderline Personality Disorder*. SUNY Press
28. Hennessey M, McReynolds C (2001). Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. *Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 17(2): 97-104.
29. Temes CN, Zanarini M (2019) Recent developments in psychosocial interventions for borderline personality disorder. *8 Faculty Rev*:561.
30. Roberts G, Wolfson P (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10(1): 37-48.
31. Corrigan PW, Rüşh N, Ben-Zeev D, Sher T (2014). The rational patient and beyond: implications for treatment adherence in people with psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*. 59(1): 85-98.
32. acob KS (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 37(2): 117.
33. Bejerholm U, Roe D (2018). Personal recovery within positive psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*. 72(6): 420-430.
34. Lahera G, et al. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry*. 18(1): 176.
35. Ralph RO, Lambert D, Kidder KA (2002). The recovery perspective and evidence-based practice for people with serious mental illness. *Behavioral Health Recovery Management Project*: 2-35.
36. Corrigan PW, Angell B, Davidson L, Marcus SC, Salzer MS, Kottsieper P et al. (2012). From adherence to self-determination: evolution of treatment paradigm for people with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 63(2): 169-173.
37. Esguevillas, Á. Díaz-Caneja, C.M, Carrasco, J.L. Personality organization and its association with clinical and functional features in borderline personality disorder. *Psychiatric Research*. 2018. Vol. 262. 393-399
38. Miller, S, Jones, B, Warren F. The SUN Project: Open access community-based support groups for people with personality disorder description of the service model and theoretical foundations. *The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, Vol.32(2), pp.108-124
39. Choi-Kain L, Finch E, Masland S, Jenkins J, Unruh B. What works in the treatment of BPD. *Curr Behav Neurosci Rep*, 2017;4(1):21-30.
40. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. (1997) *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II. Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
41. Barrachina J, Soler J, Campins M, Tejero A, Pascual J, Álvarez E. (2004) Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2004 sept-Oct;32(5): 293-8.
42. Pérez V, Barrachina J, Soler J, Pascual J, Campins M, (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 35(4): 229-235.
43. Oquendo M, et al. (2001) Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal Psychiatry*. 15: 55-147.
44. Uriarte J, Beramendi V, Medrano J, Wing J, Beevor A, Curtis R (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNoS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*. 11(4):93-101.
45. American Psychiatric Association (APA). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
46. OMS (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558. Adaptación española de Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. 2008
47. Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., y Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet*, Oct23; 398(10310), 1528-1540. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00476-1.
48. Anderson, T.W. (1984). *An Introduction to Multivariate Statistical Analysis*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
49. Heiberger, R.M., y Neuwirth, E. (2009). One-Way ANOVA. En *R Through. Excel*. Use R. New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0052-4_7.
50. Doering S, Hörz S, et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 196(5): 389-395.
51. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Ziegler UM, Dekker J, Rossum BV, Hamers EF, Scholte W, et al (2011). Effectiveness of outpatients, day hospital, and inpatients psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2011;80(1): 28-38.
52. Bateman A & Fonagy P (2008). 8-years follow up of outpatients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*. 165(5): 631-638.
53. Davidson KM, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, Palmer S (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOScot) trial. *Journal of Personality Disorders*. 20(5): 450-465.
54. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arnts A (2006). Outpatients' psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 63(6): 649-658.
55. Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., y Kernberg, O. (2007b). Evaluating three treatments for BPD: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
56. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 3: 181-205.
57. Dickey B & Ware NC (2008). Therapeutic communities and mental health system reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 32(2): 105.
58. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 40(2): 317-328.
59. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78(6): 936.