

## Del Acto al Pensamiento: El Proceso en la Comunidad Terapéutica

## From Action To Thought: The Process In The Therapeutic Community

Raquel Lucena Díaz, Ignacio Serván García, Bárbara Posada García, M<sup>a</sup> Eugenia Gálvez Martín  
Comunidad Terapéutica de Trastornos de Personalidad de la Clínica San Miguel, España

**Resumen.** La Comunidad Terapéutica de Trastornos de Personalidad de la Clínica San Miguel está en funcionamiento desde marzo de 2007 con el objetivo de llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico intensivo de personas con trastornos graves de la personalidad. En el presente trabajo se describen los fundamentos teóricos en los que está basado nuestro modelo, en cuanto a la concepción de la patología de la personalidad y en cuanto a la estructuración del recurso, el funcionamiento cotidiano de la unidad y la experiencia de estos seis años de recorrido.

*Palabras clave:* comunidad terapéutica, trastornos de personalidad, psicoterapia, espacio transicional, narcisismo, desarrollo del yo, institución.

**Abstract.** The Therapeutic Community for Personality Disorders at Clínica San Miguel has been functioning since March 2007 with the purpose of conducting an intensive psychotherapeutic treatment of people with severe personality disorders. In this paper we describe the theoretical basis of our model, relating both to our conception of personality pathology, and to the unit structure, the day to day functioning and the experience along these last six years. *Keywords:* therapeutic community, personality disorders, psychotherapy, transitional space, narcissism, self development, institution.

¡En el principio era la acción!” Goethe, *Fausto*

### INTRODUCCION

La tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad se encuentra entre el 6.7 al 14.8 % de la población general (Pérez Urdániz, 2004) (9.1 % en población mundial según datos de 2008). En concreto, la prevalencia del trastorno límite en la comunidad es de un 1.6%. Los pacientes con trastorno de personalidad son grandes consumidores de servicios clínicos: representan el 10% de los pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental y el 20% de los pacientes ingresados. El 50% de los pacientes hospitalizados son diagnosticados de algún tipo de trastorno de personalidad. Además el 50 % sufren otro tipo de trastornos mentales (abuso de alco-

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse Raquel Lucena Díaz al e-mail: [rlucena@hospitalariasmadrid.org](mailto:rlucena@hospitalariasmadrid.org)

hol y de tóxicos, trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad). El riesgo de suicidio oscila entre un 3 y un 8%. En población mundial, tener un trastorno de personalidad cuadruplica el riesgo de mortalidad por cualquier causa respecto a la población general. (Eaton et al., 2008)

Skodol et al. (2002) plantea además que las personas con trastorno de personalidad sufren un deterioro del funcionamiento global mayor que los pacientes con depresión mayor, por lo que propone enfoques de intervención que incluyan aspectos rehabilitadores en los objetivos del tratamiento.

Por otra parte, uno de los problemas principales de los pacientes con trastorno de personalidad es la dificultad de crear y mantener relaciones personales satisfactorias. En concreto, las personas con trastorno límite de personalidad no toleran ni la intimidad ni la soledad. Los servicios de Salud Mental en general tienden a ofrecer ambos extremos: los servicios ambulatorios rara vez pueden atenderles con la frecuencia que requieren, lo que desemboca en un aumento del malestar y situaciones de crisis (autolesiones o intentos de suicidio), que suelen resultar en ingresos en Unidades de Hospitalización Breve, donde el control externo y pérdida de privacidad acaban convirtiendo este tipo de atención en una experiencia aversiva. (Hellin, 2006)

Por todos estos motivos, en el Plan de Salud Mental 2003- 2008 de la Comunidad de Madrid se reconoce la necesidad de *“planificar la optimización y desarrollo de programas y recursos específicos que aborden esta problemática, ya que actualmente esta demanda genera problemas de abordaje en los dispositivos asistenciales y un importante consumo de recursos con dudosa o baja efectividad”*. En este plan se propone la creación de recursos basados en el modelo de Comunidad Terapéutica que provean servicios especializados en el tratamiento de trastornos de personalidad, integrados dentro de la red de Salud Mental. La Comunidad Terapéutica de Trastornos de Personalidad de la Clínica San Miguel viene funcionando desde marzo de 2007 con el objetivo de dar respuesta a esta necesidad.

Gunderson (2000a) establece una diferenciación entre distintos niveles de cuidado y las funciones que cumple cada uno de ellos en el trabajo con trastornos de personalidad. El nivel I, consistente en tratamiento psicoterapéutico ambulatorio, es en el que se producen los cambios significativos y a largo plazo, pero el que ese nivel sea efectivo depende de que los pacientes dispongan de suficientes capacidades de contención y reconocimiento de sentimientos. Cuando esto no es así, es necesario evaluar el nivel de apoyo y estructura que necesita cada paciente. El nivel IV se define como tratamiento hospitalario, generalmente unidad de agudos. Lo recomendable son hospitalizaciones breves orientadas a la gestión de situaciones de crisis, a evaluaciones en profundidad o a iniciar o modificar un tratamiento. La duración debe ser de 1- 2 semanas. Las unidades de agudos proporcionan mucha contención externa, pero muy poca estructura del día a día, por lo que hay riesgo de que se activen mecanismos regresivos de dependencia u oposicionismo paranoide. Está indicada en pacientes con entornos familiares que imposibilitan contención o con descontrol impulsivo frecuente y peligroso.

El nivel III consiste en cuidados residenciales con menor restricción y vigilancia u hospital de día. Los objetivos son estabilizar hábitos de la vida diaria, iniciar rehabilitación laboral o vocacional, e identificar y modificar conductas desadaptativas (impulsividad) y rasgos interpersonales (reconocimiento y tolerancia de emociones).

El nivel II se define como tratamiento ambulatorio intensivo en el que los pacientes reciben al menos 5 horas de atención semanal y tienen garantizado algún sistema de cobertura de situaciones de crisis las 24 horas. Está orientado a pacientes que pueden mantener una mínima vinculación con actividades socio-laborales normalizadas, como empleo a tiempo parcial.

Nuestra unidad estaría en un nivel intermedio entre el IV y el III y tendría como objetivo primordial capacitar a los pacientes para vincularse a recursos de la red que ofrecen niveles menores de cuidado. Las personas con trastornos de personalidad necesitan un ambiente que combine un manejo firme, pero no punitivo, con una gran sensibilidad y comprensión. El modelo aporta la posibilidad de preparar al paciente para aceptar la psicoterapia, hace posible la elaboración de ciertos núcleos patológicos que serían inabordables en otros encuadres y proporciona una experiencia de grupo y de convivencia que no aporta lo individual.

## FUNDAMENTOS TEORICOS

A continuación expondremos un resumen de la concepción con la que trabajamos en nuestro equipo acerca de los problemas que subyacen a la patología de la personalidad, así como el sustento teórico que sostiene la estructura de nuestro modelo.

### Patología de la personalidad

En la trayectoria de trabajo en la comunidad terapéutica nos hemos encontrado con algunos hechos significativos:

- En primer lugar, una cierta frecuencia de dudas sobre cuál es el nombre propio de los pacientes. Por ejemplo, una paciente con trastorno alimentario es llamada habitualmente por su familia y conocidos por un nombre que no es el que consta en el registro civil. Los padres habían decidido llamarla de una manera, pero una abuela con tintes perversos se adelantó y la registró con un nombre diferente. Otra tiene dos nombres, uno, el que ha decidido su madre y consta en el registro, y otro, el preferido de su padre psicótico.
- Por otra parte, nos encontramos con un porcentaje alto de familias desestructuradas. No nos referimos a separaciones o divorcios, sino a familias en las que no hay un orden generacional establecido, donde las figuras parentales se han ido intercambiando entre miembros de distintas generaciones o donde los hijos son utilizados por algún progenitor como objeto para distintas modalidades de satisfacción narcisista.
- Además, prácticamente todos los pacientes han recurrido a diferentes modos de autolesión, como cortes o quemaduras en algún momento de su evolución, pero nos encontramos con un gran número de pacientes con lesiones corporales graves como consecuencia de intentos de suicidio frustrados. Por ejemplo, lesiones óseas graves por defenestración, ceguera por ingesta de alcohol metílico,...

Mencionamos estos tres aspectos porque el mayor obstáculo a la hora de trabajar con estos pacientes es lo que Otto Kernberg (1985) llama la carencia de *yo observador*, es decir, la incapacidad para pensar acerca de sí mismos, en general, y en particular en el seno de una relación terapéutica. Son pacientes que no pueden hablar de lo que les pasa y eso hace que los fenómenos de la acción, en este caso de una extremada violencia en el cuerpo, sean predominantes en la expresión clínica. Además pensamos que estos fenómenos se conectan con las observaciones acerca de los nombres propios y las estructuras familiares en el nivel de las dificultades en la **identificación**.

Recordaremos las funciones del yo que Freud (1923/1974) enumera en “El yo y el ello”:

- Relación con el sistema de percepción- consciencia: el yo establece el orden temporal de los procesos psíquicos y los somete al examen de la realidad.
- Interpola procesos mentales para aplazar las descargas motoras y domina el acceso a la motilidad.
- Funciona como mediador entre el mundo exterior y el Ello.

Es fácil comprobar que son áreas en las que los pacientes con trastornos de personalidad sufren particulares dificultades. En una nota a pie de página en el texto de “Introducción al narcisismo” Freud (1914/1972) dice: *“la misma instancia psíquica que desarrolla la función de consciencia se pone también al servicio de la introspección. El desarrollo de esta instancia observadora pudiera contener en sí la génesis ulterior de la memoria subjetiva y del factor temporalidad, que no tiene empleo en los procesos inconscientes”*. Es decir, para la constitución de la identidad es necesario que se construya la memoria subjetiva y la vivencia de temporalidad.

Desde diferentes escuelas psicoanalíticas se viene planteando la problemática de los trastornos de personalidad como la de un estado de adolescencia en suspenso. Masterson (2005) habla de una detención en el desarrollo del yo por un fallo en la fase de separación/ individuación (Mahler, Pine y Bergman, 1977) debido a dificultades de la madre en apoyar el desarrollo del yo, que se experimenta clínicamente como una depresión abandonica. Para Rassial (2001), la patología límite es a la vez un estado de adolescencia prolongada y de adolescencia anticipada: la distancia entre el yo ideal (imaginario, que conserva la omnipotencia infantil), y el ideal

del yo (organizado y limitado por los determinantes simbólicos del Edipo), no está velada como debería durante el período de latencia, sino que está a la vista desde el principio. De esta manera los pacientes quedan identificados a un cuerpo impotente, en el sentido de imposibilidad de libidinizarse y salir del principio de nirvana ligando las pulsiones eróticas. Explicaremos esto en detalle.

### *La función especular*

Diferentes autores (Lacan, 1949/1997; Winnicott, 1967/2008) han hecho referencia a la función de especularización en la constitución del yo. Fonagy (1999) integra aspectos del psicoanálisis kleiniano y la psicología del yo con los trabajos basados en la teoría del apego: describe un proceso mediante el cual la replicación por parte de la figura materna de la supuesta experiencia interna del niño lleva a una regulación de la expresión del afecto y a una paulatina creación del sentimiento del sí-mismo. El niño internaliza la respuesta empática de la madre desarrollando una representación de segundo orden de su estado emocional, es decir, la expresión de la madre funciona como un organizador de un estado del yo. En este proceso, la especularización tiene que ser congruente con la emoción del niño, pero de alguna manera la madre tiene que señalar que lo que el niño ve es reflejo de sus propios sentimientos y que están diferenciados de los sentimientos de la madre. Esto se lleva a cabo tiñendo las expresiones emocionales de los cuidadores **que reflejan la emoción en el niño** con un matiz exagerado, teatral, lo que permite al niño diferenciarlas de las emociones de los padres. Esta versión exagerada de la expresión emocional real permite al niño una salida de la realidad física inmediata. En progenitores con poca capacidad reflexiva, puede ser que la interpretación sea incongruente, que no haya interés en interpretar, o incluso que la interpretación sea congruente pero no teatralizada, sino realista. Por tanto el despliegue será atribuido a la emoción real del cuidador, es decir, el niño recoge su afecto como perteneciente a otro (identificación proyectiva). Es importante señalar el matiz de ficción que una madre suficientemente sana debe introducir en el vínculo con su hijo.

### *El papel de la ilusión*

Winnicott (1953/2008) introduce el concepto de ilusión como un proceso fundante del psiquismo humano y más tarde Masterson (2005) retoma este concepto para explicar la constitución del mecanismo de **dialéctica psicológica**: según la definición de Odgen (1990), es la capacidad mental evolutiva que nos permite “movernos” mentalmente entre la realidad externa y la realidad psíquica en ambas direcciones. Si recordamos las funciones del yo que enumera Freud (1923/1974), es la capacidad que nos permite someter los procesos psíquicos al examen de la realidad y mediar entre el mundo exterior y el Ello. Esta capacidad está radicalmente alterada en las personas con trastorno de personalidad.

Masterson (2005) sigue los pasos de Winnicott al explicar las fases del desarrollo de esta capacidad:

*1ª etapa:* la devoción de la madre provee al niño de un sentimiento de continuidad existencial, cubriendo sus necesidades biológicas con el ritmo suficiente para que la tensión no tenga consecuencias disruptivas, estableciendo los primeros límites corporales a través de la comunicación táctil y kinestésica y mediante la especularización, por la que el niño registra el fenómeno esencial de *ser conocido por otro*.

*2ª etapa: la ilusión.* La buena sintonía primaria con la madre le permite al niño creer que **él es** el que crea la experiencia satisfactoria de gratificación oral. Esta experiencia repetida genera una imagen- memoria, que se convierte en una expectativa del cuidado, fundando un territorio para la experiencia interna y la provisión externa. Esta zona intermedia entre la creatividad primaria y la percepción objetiva basada en la prueba de realidad constituirá el espacio potencial donde puede aparecer el objeto transicional y donde se funda el proceso de separación e individuación.

*3ª etapa: la desilusión.* El niño tiene que superar el descubrimiento de que él no ha creado a su madre y además, tolerar necesitarla intensamente. El contrapeso a esta desilusión es el hecho de ser incapaz de destruirla, lo que genera la posibilidad de introyectar algo del objeto que permita tolerar la ausencia.

Es bien conocida la dificultad que tienen los sujetos con patología de la personalidad para aceptar las pérdidas, quedando sumidos en un estado de angustia y desamparo. Si el yo es la historia de las identificaciones, podemos pensar qué consecuencias tiene que no se lleve a cabo adecuadamente esa primera identificación primordial. En lugar de introyectar algo del objeto, lo que supone un enriquecimiento del yo, se implantan imágenes escindidas (Chabert, Brusset y Brelet- Foulard, 2001) sin coherencia, lo que se manifiesta clínicamente como una vivencia desintegrada del sí- mismo y una sensación de vacuidad vital.

En el adulto, la experiencia de ilusión proporciona la capacidad de desear (posibilidad de tener una relación creativa con la realidad, de sublimar), la sensación de agencia y la capacidad de autoregulación (Masterson, 2005). En los pacientes con trastorno de personalidad existe un psiquismo plano, sin posibilidad de separar el espacio psíquico interno de la realidad exterior y sin poder disponer del espacio intermedio de experiencia donde se regula la relación entre ambos. Se enfrentan a una paradoja en la que no pueden salir de una posición de omnipotencia y al mismo tiempo de desamparo.

En el momento de la crisis adolescente, en la que la emergencia de la realidad sexual del cuerpo obliga a una reformulación de la identidad y una refundación de los ideales, sobreviene un fracaso, al no disponer de elementos imaginarios y simbólicos en los que apoyarse.

## Fundamentos de la organización del modelo de trabajo

El objetivo del modelo de comunidad terapéutica típica es horizontalizar los niveles jerárquicos que se originan en el desempeño de los diferentes roles profesionales y democratizar al máximo el proceso de toma de decisiones, con la idea de crear un sistema social en el que la exploración libre de las interacciones personales resulte en un proceso de aprendizaje. A la hora de definir la organización de actividades y la distribución de roles de cara a estructurar un recurso que resultase beneficioso para los pacientes, nos vimos en la necesidad de matizar esta idea básica. En su estudio “Community as doctor” llevado a cabo en el hospital Henderson entre 1953 y 1957, Rapoport (1969) describió cuatro aspectos básicos que definían la filosofía de la unidad: comunismo (entendido como un reparto igualitario de roles y tareas entre el personal y los residentes y una fuerte focalización en las interacciones grupales), democratización, confrontación con la realidad y permisividad. Sin embargo, estudios posteriores han cuestionado la validez de los hallazgos de Rapoport. Por ejemplo, el trabajo de Dunstan y Birch (2004) en el que se examinan los valores y la práctica cotidiana de seis comunidades terapéuticas, consultando tanto a miembros del personal como a los pacientes. Los factores que aparecían como más importantes eran el aprendizaje a través de las actuaciones interpersonales, la autocomprensión y el aprendizaje vicario. Whiteley y Collis (1987) también encuentran ciertas paradojas en los hallazgos de Rapoport: los pacientes que menos importancia otorgan a la democracia y el comunismo son los que mejor vínculo establecen con el equipo terapéutico y responden mejor al tratamiento. Además perciben que la permisividad no refleja la vida fuera del hospital y que la adherencia a este principio hace que los pacientes estén menos preparados al alta. También encuentran que el aprendizaje de la experiencia interpersonal es uno de los principales factores terapéuticos, así como la aceptación, que tiene que ver más con la experiencia emocional interna (en oposición a la permisividad, que tiene que ver con la conducta), y la autocomprensión. Por otra parte Dunstan y Birch encuentran que los pacientes consideran más valiosos los grupos psicoterapéuticos pequeños y no tanto el grupo comunitario. Esto sería coherente con el planteamiento de Kernberg (1987) de que un ambiente saludable *per se* no es terapéutico para los pacientes con trastorno de personalidad. La idea es desarrollar una atmósfera terapéutica que funcione como matriz donde se llevan a cabo tratamientos individuales y grupales intensivos.



Nuestra unidad comparte una serie de características comunes, descritas por Kennard (2006), aunque con algunas modificaciones que iremos señalando.

- **Atmósfera informal y comunal:** el personal no lleva uniforme, las interacciones, sobre todo con el personal de enfermería, no se limitan al trabajo terapéutico, las comidas son comunes, existe una “aparente” falta de límites.
- **Papel central de los grupos:** aunque cada paciente tiene un terapeuta individual asignado, la gran mayoría de las actividades se realizan en formato grupal, tanto las actividades de terapia ocupacional como los grupos de contenido psicoterapéutico. Además el grupo comunitario desempeña un papel central en el sostenimiento del trabajo en el resto de espacios terapéuticos.
- **Participación en las tareas del día a día:** la intendencia de la unidad está a cargo de Servicios Generales, pero los pacientes son responsables de una serie de tareas en la gestión de la unidad, como participar junto al personal en el grupo de comedor, organizar las planillas donde se fijan los turnos de lectura del diario o establecer quién ejercerá las funciones de anfitrión de los nuevos ingresos.
- **Papel terapéutico de los residentes:** pacientes como terapeutas auxiliares. Si el aprendizaje interpersonal se considera el factor princeps en el modelo de comunidad terapéutica, es evidente que la interacción con otras personas que sufren las mismas dificultades es la fuente principal de ese aprendizaje. Sin embargo, los pacientes con patología límite, con déficits de construcción narcisista y una agresividad mal integrada también pueden resultar dañinos en sus interacciones con el resto de compañeros. La regulación del manejo y expresión de la agresividad será una de las tareas fundamentales del equipo.
- **Autoridad compartida:** Kernberg (1987) se muestra muy crítico con este aspecto, sobre todo por los efectos negativos que tiene sobre los equipos. El personal relativamente sin preparación de las escalas más bajas se encuentra con más autoridad, pero también con un escrutinio mucho más directo de su quehacer diario. Hay una contradicción entre el intento de crear esa atmósfera igualitaria y la desigualdad de salarios y expectativas laborales. Recomienda el establecimiento de un liderazgo funcional no autoritario y una definición clara de los papeles y funciones de cada una de las categorías profesionales. En nuestro caso, las decisiones están sujetas a discusión y crítica tanto en las reuniones de equipo como en el grupo comunitario, pero no hay una democratización del proceso de toma de decisiones.
- **Valores e ideales comunes,** sobre todo en relación a la naturaleza interpersonal de la patología, a la terapia como proceso de aprendizaje y a la igualdad básica de todos los miembros. La filosofía igualitaria que intentamos sostener se basa en la ausencia de barreras entre salud y enfermedad mental y en la devolución a los pacientes de la responsabilidad sobre su proceso.

A la hora de diseñar el funcionamiento del recurso y de crear un medio que proporcionase la matriz ambiental necesaria para el desarrollo del trabajo terapéutico, tuvimos en cuenta la descripción de Gunderson (2000b) de las funciones terapéuticas básicas (contención, apoyo, estructura, implicación y validación) que juegan un papel a la hora de trabajar con trastornos de personalidad y los objetivos a los que apunta cada una de ellas. Este autor propone un tratamiento en escalones descendentes (niveles de cuidado mencionados en la introducción) en cuanto a la intensidad del cuidado, en cada uno de los cuales operan distintas funciones que se dirigen a diversos aspectos de la patología. En el nivel de cuidado en que se enmarca nuestra unidad, las fundamentales son la estructura, la contención y el apoyo. Al principio de un tratamiento, el entorno terapéutico ha de proveer aquellas capacidades de las que el paciente carece. A medida que los pacientes integran esas habilidades en su estructura psíquica, que van haciendo propias las capacidades de contención y de reconocimiento emocional, son más capaces de tomar parte activa en su proceso. Por este motivo, la implicación y la validación son funciones que se ejercen en colaboración con los pacientes, fundamentalmente en las últimas fases de un tratamiento, pero las tres primeras, contención, apoyo y estructura, son funciones que provee el equipo o la institución en las primeras etapas del proceso terapéutico.

## Contención

Consiste en preservar el bienestar físico del paciente y está dirigida sobre todo a pacientes con pérdida del control y peligrosidad. Se refiere a la imposición externa del control y es la forma más concreta de lo que Winnicott (1965) llamó “holding”: conducta emocional de la madre respecto a su hijo, que tiene que ver con la representación que el sujeto logra de sí mismo y con el tipo de vínculo que establecerá con las demás personas. Uno de los problemas que tienen los pacientes, en particular con trastorno límite, es que no han desarrollado un vínculo suficientemente seguro con el objeto, de manera que la desaparición temporal se vive como muy amenazante. De manera normal, el niño acaba internalizando el objeto materno, de forma que aunque la madre no esté, el niño tiene la seguridad de que en algún momento va a reaparecer, y mientras tanto se puede relacionar con la madre que tiene internalizada. Cuando el paciente se ha quedado fijado en una etapa en la que no se ha completado la separación de la madre, la desaparición temporal de esta o de cualquier objeto se tolera muy mal, porque supone una amenaza de aniquilación. Por eso los pacientes límite tienen tan poca tolerancia a la soledad, a las separaciones y a la espera.

Badaracco (1990) aclara que el objeto bueno no es exclusivamente gratificador, sino que tiene una función estructurante y hace que una experiencia frustrante pueda ser tolerable y una experiencia de satisfacción pueda tener su límite. La función de contención apuntaría entonces a suplir esta carencia hasta que los pacientes internalizan el control, de manera que el ambiente contenedor puede ser creado mediante la palabra, y posteriormente ellos mismos pueden crearlo mentalmente. Sin embargo, cuando el control tiene que ser impuesto desde fuera, en las fases iniciales de un tratamiento, el alivio inicial por sentirse cuidado puede cambiar rápidamente a un temor paranoide a ser controlado. En principio, el modelo de comunidad terapéutica está diseñado para evitar estas regresiones y estos temores paranoides, manteniendo siempre un equilibrio frágil entre no ser demasiado democrático (favorece la resistencia de los pacientes) ni demasiado controlador (sería una vuelta al estilo manicomial).

## Apoyo

La función de apoyo está dirigida sobre todo a los problemas de autoestima y a los déficits de autocuidado. Recorre desde la ayuda para cuestiones básicas prácticas (apoyo de la asistente social) hasta la reafirmación de aspectos psicológicos que aparecen en la terapia. La función básica es la atención o la preocupación. Aquí tenemos que apelar a la función “soignante” de Racamier (1973), que consiste en una función básica de presencia, de disponibilidad, donde también hay que ser cuidadosos al regular la distancia, la cantidad de atención y cuidado: al paciente le asusta la dependencia, demasiado apoyo puede incitar expectativas no realistas de cuidado, pero demasiado poco apoyo puede despertar sentimientos de abandono o de crueldad por parte del equipo.

## Estructura

La estructura consiste en mantener un ambiente predecible, simple y repetitivo, mediante horarios, claridad de roles y objetivos, sistemas de privilegios, controles y consecuencias claras para determinadas conductas. Apunta sobre todo a los déficits de habilidades y a las conductas desadaptativas. De cara al paciente, tiene que ver con el encuadre del tratamiento y con la puesta de límites. Los límites calman la angustia, si son contenedores y no agresivos ni rígidos. Fortalecen los mecanismos de control adaptativo, favorecen la discriminación y organizan los vínculos intra e interpersonales.

De cara al terapeuta (Kernberg, 1985): la identidad del yo depende de la continuidad y confirmación del auto-concepto, que es algo que se ve amenazado en el trabajo con pacientes límite por el tipo de transferencia que

establecen, que es desorganizadora del yo del terapeuta, porque induce regresión, y por las conductas del paciente. La identidad del analista se ve constantemente amenazada y llega un momento en que las fuerzas yoicas no dan más de sí. Por eso, desde el punto de vista práctico es necesaria una estructura externa: límites muy claros para lo que se le permitirá al paciente y que el terapeuta de ninguna manera deberá sobrepasar.

Badaracco (1990) advierte de la diferencia entre la estructura repetitiva y la mecanización de las actividades, que consiste en rutinizar las tareas para evitar el compromiso personal del equipo. Es un mecanismo de defensa frente a las angustias que despierta el contacto con la patología mental grave y tiene efectos muy nocivos, ya que está al servicio de las resistencias al cambio.

Las tres funciones descritas hasta ahora las provee la institución. Aquí es importante una mención a la función de espacio transicional. Transición significa la acción y efecto de pasar de un modo de ser o estar a otro distinto. El objeto transicional es paradójico porque se encuentra en la realidad y se crea al mismo tiempo (Winnicott, 1953/2008). La institución es paradójica porque ha de funcionar como un Otro que sí responde, pero al mismo tiempo muestra que no hay reparación posible. Como plantea René Käs (1997), en los pacientes con patología de los límites del yo, hay una dificultad narcisista para admitir que el vínculo se funda sobre lo negativo, sobre lo que falta. Los fenómenos transicionales (Winnicott, 1953/2008) generan un espacio potencial de experiencia donde elaborar la transición entre realidad psíquica y mundo externo. La condición para que se dé el espacio transicional es ser sostenido por otro en una relación de dependencia que el sujeto ignora y que hay que sostener en la ignorancia ( en este caso, dependencia del cuidado que ofrece la institución). En esta situación de dependencia se va haciendo presente una disparidad entre la capacidad simbólica del Otro y la indistinción sujeto- objeto del bebé- paciente. La institución ha de funcionar como lo paradójico del espacio transicional: paralelamente, al igual que el objeto transicional representa al mismo tiempo la presencia y la ausencia del objeto, la institución pone en juego la presencia- ausencia, tanto en la regulación de los tiempos de trabajo, los turnos, las actividades, como en lo que puede y no puede proveer. Para percibir el mundo es necesaria una desilusión, la función de lo negativo de Käs (1997), la falta.

Esto introduce la temporalidad, el proceso secundario, el duelo y un esbozo de represión. Tal y como plantea Masterson (2005), el proceso de tratamiento de las personas con trastorno de personalidad pasa por elaborar la depresión abandonica que surge cuando se frenan las manifestaciones en el campo de la acción y del cuerpo. Es decir, se trataría de llevarles a hacer un “duelo”, en el que la inscripción de una injusticia irreparable opera como castración.

### Implicación

La implicación fuerza al paciente a interactuar con su entorno interpersonal. Está dirigida a la patología de las relaciones interpersonales y al aislamiento social. Aumenta la tolerancia e identifica los rasgos interpersonales desadaptativos. Es el elemento principal en todas las actividades grupales y el núcleo del tratamiento en las comunidades terapéuticas. Cuando hablamos de trastorno límite, no es suficiente con recurrir a las teorías psicoanalíticas del conflicto, sino que hay que ir a la patología del narcisismo. Ahí nos encontramos con un tipo de paciente con falta de recursos yoicos, que *no puede pensar en lo que le pasa*, sino que lo actúa. Por tanto, donde vamos a tener que trabajar es en la transferencia que despliega el paciente al estar envuelto en el entorno terapéutico. Los comportamientos sintomáticos serán interpretados como motivados de forma interpersonal. De nuevo hay que tener en cuenta el equilibrio entre el temor a la soledad y las ansiedades que despierta la implicación.

Si hemos hablado de una ausencia de construcción del espacio transicional donde se regula la relación entre el mundo interno y la realidad externa, en los pacientes coexistirán (Badaracco, 1990), escindidas, dos maneras de procesar, una subjetiva regida por el principio del placer, y otra objetiva, que consiste en un sometimien-



to a la realidad, pero sin integrar ambas. Esto genera un riesgo de que los pacientes se “sometan” al papel de “buen paciente” en los grupos estructurados, pero que no se inscriba simbólicamente nada de lo que allí ocurre, de forma que las actividades terapéuticas no estén al servicio de la elaboración, sino del sostenimiento del mecanismo de escisión. Por este motivo es fundamental recoger información de lo que ocurre en la convivencia informal y poder introducir ese material en los espacios de elaboración.

### *Validación*

Afirma y consolida la unicidad e individualidad del paciente, al mismo tiempo reconociendo la significación de su historia personal, animándoles a asumir riesgos, pero siempre sin victimizarles.

## **FUNCIONAMIENTO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA**

La unidad está integrada dentro de la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y da cobertura a las áreas sanitarias 1, 2, 7, 8, 9, 10 y 11. Se encuentra situada en la Clínica San Miguel y está concertada con la Consejería de Sanidad. El equipo está formado por dos psiquiatras, dos psicólogos a tiempo parcial, una terapeuta ocupacional, un enfermero por turno y tres auxiliares de enfermería en turnos de mañana y tarde y uno en turno de noche. Así mismo existe cobertura por parte de trabajo social. Las derivaciones parten del facultativo responsable de cada paciente en el Centro de Salud Mental, que hace llegar un informe clínico, un informe social y una ficha de derivación al representante del programa de Trastornos de Personalidad de su área o distrito.

### *Criterios de admisión*

- Personas afectas y diagnosticadas de Trastorno de la Personalidad, según criterios diagnósticos internacionales.
- Mayores de 18 años y menores de 55 (en determinados casos que sobrepasen la edad, se valoraría la pertinencia del ingreso).
- El paciente tiene que estar incluido en el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de su CSM (programas de atención multidisciplinar y multidispositivo que incluyen intervenciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo) o el Programa de Trastornos de Personalidad, en aquellas áreas en que se haya implantado, y cumplir criterios de gravedad:
  - Fracaso del Plan de Atención Integral.
  - No adherencia a los recursos y tratamientos pautados.
  - Abandono reiterados de los tratamientos farmacológicos.
  - Conductas lesivas o perjudiciales para él o su entorno.
  - Conductas autolíticas con grave riesgo.
- Que por su psicopatología tenga necesidad y pueda beneficiarse de un tratamiento psiquiátrico, psicoterapéutico y rehabilitador intensivos, que no es posible realizar en régimen ambulatorio.

### *Criterios de exclusión*

- Personas con retraso mental (discreto, moderado y grave).
- Trastornos antisociales de la personalidad.

- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas.
- Cumplimientos de condena, aunque el ingreso sea teóricamente voluntario.
- Trastornos mentales orgánicos
- Sujetos que supongan un elevado riesgo de forma continuada para las personas ingresadas que impida el trabajo en la comunidad terapéutica.

Una vez al mes todos los representantes de área se reúnen con los responsables de la Comunidad Terapéutica en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, en la Comisión de Trastornos de Personalidad, donde se discute la idoneidad de los casos presentados. Una vez admitidos en comisión, los pacientes pasan un proceso de evaluación en la Comunidad Terapéutica, para definir el ajuste de cada paciente al perfil del recurso y para iniciar el proceso de vinculación. En esas entrevistas se hace especial hincapié en la información sobre la estructura del recurso, el encuadre y los requerimientos del tratamiento. Si el paciente es finalmente admitido, se fija una fecha de ingreso.

La estancia está establecida en seis meses, aunque se ha prolongado hasta nueve meses en algunos casos de especial gravedad. En ocasiones se pacta con el paciente un alta temprana, si se considera que la prolongación del ingreso no resultaría beneficiosa y hay cumplimiento parcial de objetivos.

### Estructura longitudinal

Los seis meses están divididos en tres períodos:

- *Fase de acogida:* dura dos semanas y es la fase más restrictiva. Tiene como objetivos la ruptura con ambientes generalmente muy distorsionados y la adaptación al entorno comunitario y al funcionamiento del recurso. El paciente se incorpora a la mayoría de las actividades, excepto a los grupos pequeños. Se le asigna terapeuta individual, psiquiatra para el tratamiento farmacológico, y tutor (miembro del personal de enfermería).
- *Fase de tratamiento:* se extiende a lo largo de cuatro- cinco meses, el paciente se incorpora a todas las actividades y se realiza un trabajo intensivo sobre los objetivos propuestos. Se establecen salidas progresivamente más amplias.

En las primeras seis semanas de tratamiento se realiza una evaluación de las principales dificultades de cada paciente, recogiendo información de las entrevistas con el paciente, familia o de otros recursos que haya utilizado con anterioridad. Una fuente de información fundamental es la observación directa del desempeño funcional del paciente a nivel individual y en los contextos grupales y de convivencia, su competencia en las diferentes áreas de relación y de la vida cotidiana, y el grado de adecuación al recurso.

Con toda la información recogida se lleva a cabo una reunión interdisciplinar en la que se definen objetivos específicos en diferentes áreas de intervención, que se concretan en el **Plan Individualizado de Tratamiento (PTI)**.

- Gestión y elaboración de conflictos a nivel individual, familiar o social.
- Actividades de autocuidado y promoción de la salud.
- Desempeño de actividades de la vida diaria
- Implicación e integración en vida social, académica y laboral.
- Actividades de manejo del ocio y tiempo libre.

El PTI se envía junto con un informe de evaluación al Centro de Salud Mental.

- *Fase de preparación al alta:* en el último mes de tratamiento se completa la intervención sobre los objetivos definidos en el PTI y se inicia una progresiva desvinculación del recurso para incorporarse a actividades fuera de la unidad, que dependen de las necesidades clínicas de cada paciente llegado este momento.

## Estructura transversal

Dependiendo de los componentes, funcionamos con grupos grandes (comunitario y buenos días), donde participan todos los pacientes y el personal, y grupos pequeños (psicoterapia y afrontamiento), donde los pacientes se subdividen en dos grupos que se llevan a cabo simultáneamente.

### *Grupo de buenos días*

Todos los pacientes destinan media hora diaria, de 20h a 20:30h a la redacción de un diario. Los contenidos se comparten en el grupo de buenos días, que se desarrolla de lunes a viernes a primera hora de la mañana y tiene una duración de 30 minutos. Cada día, dos o tres pacientes leen lo escrito en los últimos días y se comenta al respecto. Es conducido por uno de los especialistas clínicos que está pendiente tanto de aspectos formales como de señalar contenidos proporcionados u omitidos por el paciente o sus compañeros. No se instruye sobre los contenidos esperados, si bien en el propio grupo se moldea la información a reflejar. Además se aprovecha ese material para realizar tres revisiones (1º mes, 3º y pre-alta) de lo escrito en el diario durante el ingreso con el fin de que la persona pueda apreciar su proceso de cambio o la persistencia de patrones. La idea de este grupo surge de la visita a la Unidad de Trastornos de Personalidad del hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza, donde se utiliza el diario como herramienta de trabajo. Funciona como una primera toma de contacto que trata de orientar al grupo hacia el trabajo terapéutico.

Las principales aportaciones terapéuticas de la confección de diarios las describe Fernández-Álvarez (2005):

- Provisión de información útil que resulta difícil evocar, resumir o exponer en la sesión.
- Transmisión al paciente de que el trabajo terapéutico es una tarea permanente.
- Aporte de información que permita evidenciar cambios a lo largo del proceso de tratamiento.

Todo lo cual resulta de especial utilidad en personas con problemas de impulsividad, desorganización y fragilidad yoica, que se benefician además de la reconstrucción narrativa.

### *Grupo psicoterapéutico*

Debido a que los déficit diana se articulan en el plano social y relacional, este grupo psicoterapéutico es de corte interpersonal y dinámico. Proporciona el potente estímulo de un feedback desde otros participantes con experiencias similares (intensidad de afectos, inestabilidad relacional, experiencias evolutivas y mecanismos de defensa).

Se realiza dos veces por semana, con una duración de hora y media, y es conducido por un psiquiatra, junto con un miembro del personal de enfermería. Se trata de un grupo de proceso, con una estructura abierta.

Los contenidos son libres, aunque se nutren muy significativamente de los que aparecen en el grupo de Buenos Días, inmediatamente anterior y suelen girar en torno a los aspectos traumáticos de la biografía, el lugar designado en el grupo familiar y la repetición de patrones conflictivos en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana. Como temática nuclear aparece la elaboración del duelo por la fantasía de reparación. La función del terapeuta consiste fundamentalmente en actualizar en el aquí y ahora grupal los conflictos y emociones expresadas, alentando la participación activa.

### *Grupo de afrontamiento*

Los abordajes actuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad insisten en la utilización de múl-

tiples formatos y profesionales en el proceso terapéutico. Uno de los componentes más habituales del tratamiento son los grupos de entrenamiento en habilidades (Linehan, 2003; Black y Blum, 2004; Santiago, 2005).

El grupo de afrontamiento se lleva a cabo una vez por semana, con una duración de hora y media y es conducido por un psicólogo clínico, junto con un miembro del personal de enfermería. Se trabaja con contenidos actuales, evitando el trabajo vertical más allá del componente explorador y de reconocimiento e identificación de pautas repetidas. El foco está puesto en los componentes auto-reguladores (Semerari y Dimaggio, 2008) que mantienen el trastorno y se abordan conflictos cotidianos, no necesariamente nucleares. Se presta atención a las respuestas de afrontamiento en situaciones de relevancia afectiva. A diferencia de otros grupos de entrenamiento en habilidades las sesiones no son estructuradas, el grado de directividad es medio-bajo, y se incluye trabajo en el *aquí y ahora* de la sesión.

El objetivo principal es que los pacientes identifiquen patrones disfuncionales en sus relaciones interpersonales y tomen conciencia de sus estados internos y sus modos de regulación, que en general son desadaptativos o insuficientes. Se trata de que puedan reconocer patrones que repiten, entender la función defensiva de estos, y, en cualquier caso, que incrementen sus habilidades metacognitivas de regulación afectiva, diferenciación, integración, mentalización, etc.

### Grupo comunitario

Es el grupo princeps en todos los recursos basados en el modelo de comunidad terapéutica, aunque paradójicamente, existe poca literatura al respecto.

Basado en el concepto de aprendizaje social de Maxwell Jones (1970): proceso de cambio que puede resultar de la interacción personal cuando se analiza algún conflicto o crisis en una situación de grupo.

En función del dispositivo en el que se lleve a cabo y de los objetivos y contenidos que se trabajen, se pueden distinguir varios tipos de grupo comunitario (Swenson y Munich, 1988): orientado según la tarea, psicoterapéutico y socioterapéutico. El grupo comunitario centrado en la tarea se usa en unidades de agudos con el objetivo de una readaptación rápida. La terapia de grupo grande se usa en unidades de media-larga estancia que tratan patología del carácter y se focaliza en el significado inconsciente de la conducta, usando la interpretación como técnica primordial. Los riesgos específicos de los grupos grandes hacen que esta modalidad pueda resultar en una amenaza invasiva a la identidad individual, sobre todo en pacientes que ya tienen una identidad frágil. Por este motivo nosotros nos decidimos por un modelo intergrupal con objetivos de consulta y socioterapéuticos, utilizándolo como un marco de trabajo que sostiene el proceso de cambio del resto del programa.

Socioterapia quiere decir focalización en el medio y las condiciones del tratamiento, así como la organización del trabajo en los diversos grupos y actividades.

Características:

- No se produce una toma de decisiones democrática, pero sí se consulta y las decisiones están sujetas a crítica.
- Evaluación de tareas y logros.
- Delimitar áreas de dificultad y aclarar conflictos ocultos.
- Romper bloqueos en el trabajo, clarificar roles cuando existe confusión.

El coordinador no hace interpretaciones individuales ni grupales, no se exploran los conflictos intrapsíquicos, sino los que surgen entre pacientes, grupos o en relación a la responsabilidad para una tarea. Lo que pueda aparecer de material intrapsíquico lo derivamos a otros espacios grupales. En psicosis y patología grave del carácter se recomiendan (Daniels y Rubin, 1968) grupos comunitarios estructurados, enfocados a una tarea, fundamentalmente la resolución de problemas colectivos. El grupo permite “tomar la temperatura” de la unidad en cada momento, detectar y resolver conflictos subyacentes que amenacen la cohesión grupal y bloqueen el trabajo en otros espacios terapéuticos, así como fomentar la sensación de autonomía de los residentes y dis-

minuir las actitudes regresivas, al poder opinar sobre el funcionamiento de la unidad y exigir implicación a otros compañeros.

Se puede poner en cuestión al staff y esto es algo que genera dificultades en personas que necesitan fronteras incuestionables. En nuestro personal de enfermería surgieron problemas sobre todo al principio: en el personal menos experimentado había un intenso temor a ser mencionados en el grupo comunitario. Lo vivían como una posibilidad de ser cuestionados en su desempeño por los facultativos, de manera que, sobre todo el equipo de tarde, se mostraba a veces muy complaciente con los pacientes, provocando una escisión entre buenos y malos con el equipo de mañana. Cuando se ha podido ir entendiendo la filosofía de la comunidad, ha desaparecido ese temor. Por otro lado, había una tendencia tanto en el personal como en los pacientes a decir “esto va a salir en el comunitario”, de manera el grupo dejaba de ser un espacio para la comunicación abierta y libre y se convertía en un lugar amenazante, donde ser ridiculizado o puesto en evidencia.

Otros contenidos que aparecen en el grupo comunitario (Karterud, 1996) son la exploración y comprensión del significado dinámico de los sucesos comunitarios, la posibilidad de establecer códigos de comunicación menos distorsionados, la transmisión generacional de la cultura, valores y prácticas del hospital, el apoyo y transmisión de esperanza por parte de los pacientes veteranos, el aumento de receptividad al atravesar exitosamente situaciones de crisis y la modulación de la expresión de los afectos, sobre todo la agresividad y el odio.

El grupo se lleva a cabo dos veces por semana, con una duración de hora y media. Participan todos los pacientes y el personal de la unidad, y es liderado por uno de los especialistas clínicos, normalmente con apoyo de los otros. A veces interviene el personal de enfermería, fundamentalmente cuando es necesario clarificar información. Las funciones del coordinador son delimitar los contenidos pertenecientes a este espacio, mostrar disposición a la negociación en los aspectos en los que sea posible, y dirigir al grupo hacia la exploración abierta de conflictos, permitiendo y modelando la expresión de la agresividad.

Los contenidos están basados en el aquí y ahora de las relaciones intragrupo y de la vida cotidiana. Se tratan:

- Temas generales: dificultades con los horarios, dificultades con la asistencia a actividades, comentarios sobre salidas conjuntas, enfermos nuevos y altas, dificultad para responsabilizarse de las tareas (poner la mesa, periódico...).
- Temas relacionados con el tratamiento: cuestionamiento de medicación, actividades, miembros del equipo, cuestionamiento global (pérdida de sentido).
- Temas relacionados con situaciones de crisis: intentos de suicidio, actitudes ante la comida, agresiones físicas...
- Temas relacionados con el funcionamiento grupal: subgrupamientos, liderazgos encubiertos, pactos de silencio...

En nuestra experiencia nos hemos encontrado con algunos de los fenómenos que describen Schiff y Glassman (1969) como específicos de los grupos comunitarios. En general tienen que ver con las dinámicas que se generan en los grupos grandes, pero algunos también con el tipo de patología del yo de los pacientes. Aunque ellos hablan de grupos de entre 25- 50 personas o más, en nuestro caso, por la fragilidad yoica de los pacientes, podemos ver estos fenómenos en grupos mucho más pequeños.

- Amenazas a los aspectos individuales: en los grupos de tamaño grande se diluyen las identidades, por tanto se contienen mucho menos las proyecciones, produciéndose una visión más fantástica y distorsionada de los otros. Puede aparecer también una tendencia a ataques mutuos y acusaciones. Se ataca más a los que parecen más capaces de mantener su individualidad, en un intento de cohesionarse en torno a clichés obvios.
- Tendencia a subgrupamientos con establecimiento de jerarquías rígidas: como una defensa contra esa pérdida de individualidad, se forman subgrupos o parejas, escindiendo lo primitivo y lo displacentero fuera. En pacientes con patología grave del carácter, la idea de comunicación libre (supuesto básico del modelo de CT), se va a ver permanentemente atacada por sujetos cuyas defensas se oponen a ella y que intentan no integrar las representaciones contradictorias del yo y los objetos.
- De esta manera, aparece una tendencia a tener una visión estereotipada de los otros.



Desde el punto de vista de la puesta en marcha y evolución del grupo, se observó una **primera fase** en la que se expresaban sobre todo quejas respecto al funcionamiento y organización de los servicios de la clínica, hasta que se pudo ir ampliando el espectro de temas a tratar. En un **segundo momento**, empezaron a aparecer conflictos entre los residentes con estallidos de agresividad, tras los cuales aparecía un intenso temor a abordar de nuevo cualquier situación conflictiva. Esta fase se ha ido superando, aunque con movimientos de avance y retroceso, a medida que los pacientes han podido desarrollar confianza en el grupo como un espacio contenedor y en la palabra como vehículo canalizador de la tensión. Aunque actualmente este tipo de resistencias siguen apareciendo, es más fácil disolverlas. Algunos de los obstáculos descritos son reflejo de la dificultad para crear la cultura de apertura al cuestionamiento necesaria en este tipo de comunidades dentro del propio equipo terapéutico. En los primeros momentos de funcionamiento de la unidad el grupo era liderado casi siempre por la coordinadora, y a medida que los facultativos han ido ganando confianza se ha establecido un turno rotatorio para liderar el grupo comunitario. Probablemente el que el peso cayese sobre la coordinadora al inicio favorecía que el grupo entrase con facilidad en supuestos de dependencia o de ataque- fuga (Bion, 1980), bloqueando el trabajo en ese espacio.

Por otra parte, durante el primer año de funcionamiento del recurso había una gran rotación de pacientes por un elevado porcentaje de altas voluntarias, de forma que no era posible establecer una cultura y tradición grupales que se pudiese transmitir a los nuevos ingresos. Una serie de modificaciones en el contrato terapéutico, una cierta flexibilización del encuadre y la madurez del equipo, que aumenta la capacidad de contención, han permitido disminuir sensiblemente el porcentaje de altas voluntarias (del 70% en 2007 al 38% en 2012) y aumentar la estancia media (de 71 días en 2007 a 115 días en 2012). El resultado ha sido la consolidación del grupo comunitario como un espacio contenedor que cimente el trabajo en el resto de actividades.

Tras estos años de funcionamiento, se observa un movimiento cíclico: cuando los pacientes se ponen a trabajar en otros espacios, empiezan a tomar contacto con aspectos abandonados o carenciales de su historia personal. Ante la emergencia de afectos depresivos, ponen en marcha mecanismos de defensa primitivos, basados en la escisión y en proyecciones masivas. Entonces empiezan a aparecer alianzas entre ellos y una cohesión falsa, basada en liderazgos más o menos encubiertos. Esto se sigue de un aumento de la tensión, de un bloqueo en el trabajo y de una proyección de los aspectos negativos hacia el equipo, al que se culpa del malestar.

Badaracco (1990) describe a la perfección nuestra experiencia del intento constante de los pacientes por descorazonar al equipo terapéutico en una especie de compulsión a la repetición que él explica en términos de pulsión de muerte, pero también como un reclamo fundamental de encontrar figuras con capacidad estructurante. Cuando se ha establecido para el grupo la función de presencia del equipo y la institución, empiezan a aparecer demandas cargadas de hostilidad, reproches vengativos claramente distorsionados y desproporcionados, que en un principio intentábamos resolver apelando a la prueba de realidad. Bastante pronto descubrimos la inutilidad de este empeño y aprendimos a soportar ese reclamo constante sin rechistar. Al mismo tiempo disminuyó el número de actuaciones por parte de los pacientes. Si hemos hablado antes de los fenómenos de la violencia en el cuerpo, en la medida en que la institución evita ese mecanismo, al mismo tiempo debe permitir que esa carga de agresividad aparezca en otros contextos. La función del equipo será tolerar y metabolizar esa agresividad. Como resultado, los pacientes desarrollarán confianza en la imposibilidad de destruir al equipo- objeto y se abonará el campo para la constitución del espacio transicional.

### *Actividades de terapia ocupacional*

Las actividades son coordinadas por la terapeuta ocupacional con la colaboración del personal auxiliar. La terapia ocupacional cumple varias funciones:

- El sostenimiento de la estructura semanal de actividades.
- Las específicas de cada actividad, por ejemplo la arteterapia y musicoterapia permiten desarrollar un sen-

tido de control de sus vidas a través de experiencias de éxito, fomentan el pensamiento abstracto y los sistemas de representación, las actividades lúdicas fomentan la tolerancia a la frustración, la competitividad sana, y las capacidades cognitivas (atención, concentración..).

- Proporcionan un espacio para la observación de las dinámicas interpersonales que despliega cada paciente, que después se explorarán en profundidad en los grupos terapéuticos. Por ejemplo, aparecen con frecuencia bloqueos en actividades creativas que orientan hacia dificultades en la capacidad de sublimación. En las tareas conjuntas tienden a establecerse dinámicas de dominación- sumisión, con grandes dificultades para embarcarse en tareas de tipo cooperativo.

### *Taller de salud*

Se lleva a cabo una vez por semana, es dirigido por la enfermera y aborda todos los aspectos relacionados con el cuidado del cuerpo. Abarca múltiples contenidos, pero atendiendo a las áreas en las que estos pacientes presentan mayor dificultad o comorbilidad, se dedica más tiempo a la alimentación (por la frecuente asociación con trastornos de la conducta alimentaria), a los tóxicos y a la sexualidad (por el descontrol impulsivo en forma de promiscuidad sexual).

### *Reunión de equipo*

En las primeras etapas de funcionamiento del recurso, estaba destinada principalmente a la revisión crítica de las reacciones emocionales e interacciones de los técnicos en el día a día de la comunidad. En esos momentos también constituyó un espacio privilegiado donde capacitar al personal, sin experiencia, para expresar y manejar la ansiedad y frustración que inevitablemente sufrirían con el cambio a roles más expuestos y participativos.

Este tipo de reuniones tiene una especial significación en el trabajo con pacientes de este grupo diagnóstico, debido a la *tendencia a la proyección* de los pacientes de aspectos parciales en los diferentes profesionales y el consiguiente, y siempre presente, *riesgo de escisión en los equipos* terapéuticos.

Estos espacios se han mostrado desde la puesta en marcha de la comunidad como uno de los más complejos de implementar, probablemente por la dificultad para reformular en el imaginario de los diferentes profesionales la estructura necesaria para el trabajo con los pacientes en comunidad, desde una estructura más jerárquica y con roles y funciones estancas (incluido el pasivo de los pacientes), a otra donde se fomenta la implicación personal desde una revisión crítica y conjunta del funcionamiento profesional. Así, en un primer momento las reuniones se centraban en un debate reiterado de las normas o límites a tomar con los pacientes en diferentes momentos, objetivándose las diferencias entre el personal clínico y el de enfermería, en bloques, respecto a la mayor o menor flexibilidad, con una demanda constante de liderazgo clínico y refuerzo por parte de enfermería. En esos primeros meses no existía apenas conciencia de la afectación personal que la convivencia con los pacientes suponía, y por tanto esta no tenía cabida a la hora de revisar el trabajo que se realizaba. Paulatinamente esta afectación se fue haciendo más evidente, con la aparición de los primeros conflictos o diferencias de criterio entre el equipo, fundamentalmente clínicos y personal de enfermería, y la expresión de los mismos en las reuniones de equipo, aunque de forma más o menos velada. Esta reticencia a expresar abiertamente el malestar y las resistencias a explorar el contenido del mismo y las implicaciones que tienen en el día a día de la comunidad ha supuesto uno de los principales hándicaps del trabajo en la misma, de forma que bloqueaba, a diferentes niveles, una parte significativa de la información acerca de los pacientes y del funcionamiento diario de la comunidad. Paulatinamente, este tipo de contenidos se han ido derivando a un **grupo de supervisión** mensual, y las reuniones de equipo han pasado a tratar temas más operativos, como los planes de

tratamiento, cumplimiento de objetivos, coordinación entre turnos para mantener la coherencia en las actuaciones, etc. Esto ha permitido la exploración más libre de las reacciones emocionales y la horizontalización de los conflictos, al poder explicitarse diferencias entre facultativos y no sólo entre categorías profesionales.

## COMENTARIOS FINALES

La puesta en marcha de la Comunidad Terapéutica ha exigido del equipo un proceso de maduración personal y profesional equiparable al que hemos descrito en los pacientes. La mayoría de profesionales tenía a sus espaldas años de experiencia en el campo de la Salud Mental, pero era la primera vez que se incorporaban a un recurso de estas características. Los temores y ansiedades que despertaba la apertura de una nueva unidad, la gravedad de la patología y la exposición personal que exigía la especificidad del recurso provocaron movimientos defensivos consistentes en cohesionarse en torno a estereotipos, agrupados por bloques profesionales, turnos, etc. A lo largo de los años, ayudados por la supervisión, la experiencia y la confrontación con la realidad, se ha podido llevar a cabo una flexibilización de esos lazos emocionales para dar paso a lazos centrados en la tarea. Es decir, separarse para poder pensar.

## BIBLIOGRAFIA

- Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Bion, W. R. (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.
- Black, D. W. y Blum, N. (2004). The STEPPS Group Treatment Program for outpatients with borderline personality disorder, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 193-210, Fall.
- Chabert, C., Brusset, B. y Brelet- Foulard, F. (2001). El Hombre de los Lobos. En Chabert, C, Brusset, B y Brelet- Foulard, F. *Neurosis y funcionamientos límite* (pp 45- 57). Madrid: Síntesis.
- Daniels, D. N. y Rubin, R. S. (1968). The community meeting. An analytical study and a theoretical statement. *Archives of General Psychiatry*, 18, 60-75.
- Dunstan, F. y Birch, S. (2004). What Makes a Therapeutic Community? A Comparative Study of Ideal Values. En Lees, J., Manning, N. Menzies, D. y Morant, N. (Eds.), *A Culture of Enquiry: Research Evidence and the Therapeutic Community* (pp 171- 187). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D. y Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews* 30, 1-14.
- Fernández-Álvarez, H. (2005). El poder de la escritura en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia XVI*, 63/64, 27-58.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas* 3, 1- 17.
- Freud, S. (1972). Introducción al narcisismo. En *Obras completas* (vol VI). Madrid: Biblioteca Nueva (Obra original publicada en 1914).
- Freud, S. (1974). El yo y el Ello. En *Obras completas* (vol VII). Madrid: Biblioteca Nueva (Obra original publicada en 1923).
- Gunderson, J. (2000a). Levels of Care: indications, structure, staffing. En J. Gunderson (Ed.), *Borderline Personality Disorder: a Clinical Guide* (pp. 107- 129). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. (2000b). Overview of Treatment. En J. Gunderson (Ed.), *Borderline Personality Disorder: a Clinical Guide* (pp. 63- 84). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Hellin, K. (2006). Therapeutic Communities and Day Services for People with Personality Disorders. En

- Sampson, M., McCubbin, R. y Tyrer, P. *Personality Disorder and Community Mental Health Teams* (pp. 125-142). Chichester: John Wiley & sons.
- Jones, M. (1970). *Más allá de la comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Genitor
- Käes, R. (1997). Figuras de lo negativo e interdicción de pensar en la cura. *Psicoanálisis APdeBA XIX*, 3, 387- 408.
- Karterud, S. W. (1996). Encuentros Comunitarios y Comunidad Terapéutica. En H. Kaplan y B. Sadock, *Manual de Terapia de Grupo*. (pp. 654-664). Madrid: Ed. Médica.
- Kennard, D. (2006). Different Origins- Common Attributes. En D. Kennard (Ed.) *An Introduction to Therapeutic Communities*, (pp 19- 29). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Kernberg, O. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Londres: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México DF: Manual Moderno.
- Lacan, J. (1997). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos* (tomo 1). Madrid: Siglo Veintiuno. (Obra original de 1949).
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Buenos Aires: Marymar.
- Masterson, J. F. (2005). *The personality disorders through the lens of attachment theory and the neurobiologic development of the self. A clinical integration*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Odgen, T. (1990). On potential space. En P. I. Giovacchini, (Ed). *Tactics and techniques in psychoanalytic theory, III. The implication's of Winnicott's contributions* (p 94). Northvale: Jason Aronson.
- Pérez Urdániz, M. (2004). Epidemiología de los Trastornos de Personalidad. En M. Roca Bennasar (Ed.). *Trastornos de Personalidad*. Barcelona: Masson.
- Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003- 2008. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid
- Racamier, P. C. (1973). *Le psychanalyse sans divan, la psychanalyse et les institutions de soins psychiatrique*. Paris: Payot.
- Rapoport, R. (1960). *Community as doctor: new perspectives on a therapeutic community*. Londres: Tavistock Publications.
- Rassial, J. J. (2001). *El sujeto en estado límite*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Santiago, S. (2005). *Tratando la inestabilidad emocional*. Madrid: Pirámide.
- Schiff, S., Glassman, S. (1969). Large and small group therapy in a state mental health center. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19, 150.
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (2008). *Los trastornos de personalidad, modelos y tratamiento*. Bilbao: DDB.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., ... Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive- compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283.
- Swenson, C. y Munich, R. (1988). Tipos de grupo grande en la comunidad terapéutica con énfasis especial en una unidad de estancia larga”, presentado en el *Simposium “Large Group”* en “*The American Group Psychotherapy Association Annual Meeting*”.
- Whiteley, J. S. y Collis, M. (1987). Therapeutic factors applied to group psychotherapy in a therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities*, 8, 21-31.
- Winnicott, D. W. (2008). Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En *Realidad y juego* (pp. 17- 45). Barcelona: Gedisa (Obra original publicada en 1953).
- Winnicott, D. W. (2008). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En *Realidad y juego* (pp. 147- 155). Barcelona: Gedisa (Obra original publicada en 1967).
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press.

Manuscrito recibido: 07/05/2013

Revisión recibida: 10/06/2013

Manuscrito aceptado: 13/06/2013