

REDUCCIÓN DE ABANDONOS EN UNA UNIDAD DE DÍA CON UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA BREVE DINÁMICA PARA TRASTORNOS LÍMITE DE LA PERSONALIDAD ASOCIADOS A TRASTORNOS ADICTIVOS

Claudio Maruottolo (Medical Doctor. Head Psychiatrist AMSA Outpatients' Department)

cmaruottolo@avancesmedicos.es

José Guimón (Head of the Psychiatry Department of the University of the Basque Country (UPV).)

jose.guimon@ehu.es

RESUMEN

Desde fines de 2008 se modificó el programa de tratamiento en una Unidad de día para Trastornos de Personalidad, agrupando en una sola unidad aquellos pacientes que presentaban Trastorno Límite de la Personalidad simultáneamente a Trastornos adictivos. Ese diagnóstico doble condicionaba un alto índice de abandonos de los programas, como observamos en estudios previos. En el artículo buscamos determinar la tasa de abandono que mostraron los pacientes después de la aplicación de un nuevo programa. Las hipótesis eran: en la nueva unidad (grupo experimental) con un programa específico será menor en relación con el que se había producido en la unidad anterior (grupo contraste). En el grupo experimental al igual que en el grupo contraste se produciría mejorías sintomáticas después del tratamiento. La severidad del uso de sustancias no se relaciona positivamente con la severidad del trastorno de personalidad ya que son diagnósticos independientes. La severidad adictiva es un predictor de abandono del programa.

La metodología consistió en un diseño cuasi experimental con grupo de “contraste” no equivalente al experimental, en el que los grupos ya estaban formados de manera natural con anterioridad al primer momento de la medida.

El estudio se realizó con una muestra de 100 pacientes de ambos sexos, adultos que realizaron tratamiento en una Unidad de Día que funcionaba 5 días a la semana, cuatro horas al día. El grupo experimental, contaba con 51 pacientes, y el grupo contraste, con 49. Todos los pacientes reclutados fueron diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad y por lo menos un trastorno adictivo a drogas y/o alcohol. Fueron excluidos los pacientes adictos a la heroína y aquellos con una drogodependencia de cualquier tipo con uso intravenoso.

El abandono terapéutico fue definido como la discontinuidad permanente de la asistencia al tratamiento producida en contra de la opinión del equipo terapéutico tras su admisión no superior a 5 días y en cualquier momento posterior a ésta. El nivel de severidad del Trastorno Límite de la Personalidad se evaluó en 4 niveles de acuerdo con la graduación propuesta por Asnaani. El tipo de adicción se clasificó en abuso y dependencia (DSM-IV) y el grado en leve, moderado, considerable y extremo según EuropASI.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con alto riesgo de heteroagresividad o autoagresividad; pacientes con déficit cognitivos severos; conductas psicopáticas graves consumo de opiáceos; consumos endovenosos de cualquier droga; paciente con enfermedades médicas descompensadas o infectocontagiosas.

Instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (BDI); Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI); Escala de Desesperanza de Beck (HS); La Lista corta de síntomas (BSI); ERA (Cuestionario de evaluación de las relaciones con los otros); QFS (Cuestionario de Funcionamiento Social); Entrevista clínica psiquiátrica-Trastornos de la Personalidad.-SCID II ; Índice Europeo de Gravedad de la Adicción-EuropASI.

Programas terapéuticos: Los 49 pacientes del grupo contraste habían participado entre los años 2007 y 2008 y realizaron tratamiento junto a otros pacientes con trastornos de personalidad no TLP y no dirigido específicamente a los trastornos adictivos. En ese programa los dispositivos terapéuticos psicodinámicos grupales ocupaban aproximadamente un 70% de las intervenciones. El resto de las intervenciones consistían en actividades individuales, familiares y grupales que no eran de orientación psicodinámicas (sistémicas, cognitivas, psicoeducativas, artísticas).

En grupo experimental 51 pacientes recibieron tratamiento en la Unidad de Día entre 2009 y 2010 con el nuevo programa. El tratamiento administrado fue un programa psicodinámico basado en Comunidad Terapéutica de orientación grupoanalítica para Trastornos de Personalidad. Si bien se realizaban interpretaciones psicodinámicas, se redujeron hasta alcanzar un 30% de las actividades terapéuticas. En cambio se buscó una mayor estructuración comunitaria, con intervenciones psicoeducativas sobre el grupo de pacientes y las familias, y se favoreció una mayor experiencia de convivencia relacional (ocio, deportes, salidas vivenciales) lo que determinó un clima terapéutico modificado respecto del anterior programa.

Resultados: El nivel de severidad de los dos grupos medido por la escala clínica de severidad para pacientes con diagnóstico de TLP descritas por Asnaani, mostró que los pacientes del grupo experimental presentaban una mayor gravedad clínica.

La severidad adictiva según el instrumento utilizado, el EuropASI, era de considerable en el 37,3% de la muestra, seguida de un 51 % de nivel extremo y un 11,8% de nivel moderado

Si se compara el abandono en el grupo contraste con el del grupo experimental se observa que , mientras en el primero hubo un 47,05% de abandonos, en el segundo se produjo un 21,6% de abandonos.

En el momento del alta la sintomatología depresiva (BDI), el riesgo autolítico (HS) y la ansiedad (STAI), registraron una disminución en ambos grupos. Se evidenció que, con el nuevo programa implementado, se disminuyó el abandono a un 21,6 %, comparativamente con el 47,05% del grupo contraste. En

relación con la severidad del TPL, los pacientes con cifras más alta fueron los que más abandonaron ($p=0,05$). La severidad adictiva fue también un indicador significativo ($p=0,01$) de abandono. Las variables sociodemográficas no presentaron correlación con el abandono. Palabras clave: Familiares. Carga familiar. Trastorno mental severo. Psicoterapia grupal. Grupoanálisis. Multidisciplinariedad. Movimiento asociativo.

Palabras clave: Abandono terapéutico. Trastorno Límite de la Personalidad. Abuso de sustancias.

Desde fines de 2008 se modificó en AMSA el programa de la Unidad de Día para el tratamiento de los Trastornos de Personalidad, agrupando en una sola unidad aquellos pacientes que presentaban Trastorno Límite de la Personalidad simultáneamente a Trastornos adictivos, dualidad que condicionaba un alto índice de abandonos de los programas, como observamos en estudios previos (Guimón, 2007)¹. Así mismo excluimos de esa unidad los trastornos de personalidad con síntomas que condicionaban un funcionamiento propio del espectro psicótico y requerían un programa de tratamiento diferenciado.

En el estudio que presentamos aquí buscamos determinar la tasa de abandono que mostraron los pacientes después de la aplicación de un nuevo programa implementado para el tratamiento de los Trastornos Límite de la Personalidad asociados a Trastorno Adictivo.

1. HIPÓTESIS

1.1. El abandono en la nueva unidad (grupo experimental) con un programa específico será menor en relación con el que se había producido en la unidad anterior (grupo contraste).

1.2. En el grupo experimental al igual que en el grupo contraste se producirías mejorías sintomáticas después del tratamiento.

1.3. La gravedad del uso de sustancias (“severidad adictiva”) no se relaciona positivamente con la gravedad (severidad) del trastorno de personalidad ya que son diagnósticos independientes.

1.4. La severidad adictiva es un predictor de abandono del programa.

2. METODOLOGÍA

Se trata de un diseño cuasi experimental con grupo de “contraste” no equivalente al experimental, en el que los grupos ya estaban formados de manera natural con anterioridad al primer momento de la medida.

2.1. Muestra

Consta de una muestra de 100 pacientes de ambos sexos, adultos que realizaron tratamiento en una Unidad de Día que funcionaba 5 días a la semana, cuatro horas al día. La muestra se encuentra dividida en dos grupos: el grupo experimental, con 51 pacientes, y el grupo contraste, de 49 pacientes. Todos los pacientes reclutados fueron diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad y por lo menos un

trastorno adictivo a drogas y/o alcohol. Fueron excluidos los pacientes adictos a la heroína y aquellos con una drogodependencia de cualquier tipo con uso intravenoso.

2.2 Variables Estudiadas

Abandono Terapéutico: Para este trabajo hemos definido el abandono como la discontinuidad permanente de la asistencia al tratamiento en la Unidad de Día que se produjo en contra de la opinión del equipo terapéutico. Se considera abandono cuando éste se produzca después de que el paciente fuera admitido en el programa (fase de admisión: no superior a 5 días) y en cualquier momento posterior a ésta. Se incluyen aquellos pacientes que, por agravamiento del cuadro psiquiátrico, fueron ingresados en un hospital a tiempo completo transitoriamente, y que posteriormente retornaron a la Unidad de Día en menos de 30 días.

El nivel de severidad del Trastorno Límite de la Personalidad se evaluó en 4 niveles de acuerdo con la graduación propuesta por A. Asnaani².

Las sustancias de abuso se clasificaron en: cannabis, cocaína, anfetamina, metanfetamina, psicofármacos, otras drogas y policonsumos.

El tipo de adicción se clasificó en abuso y dependencia (DSM-IV TR) y en leve, moderado, considerable, grave y extremo según EuropASI.

En las variables del tratamiento se consignaron : Ingresos hospitalarios (de 0 a más de 4); Intentos suicidas (si-no); tiempo de tratamiento (menos de un mes-más de cuatro); tipos de altas (programada, diferida, derivación, contra opinión médica); tiempo de tratamiento al abandono (menos de un mes, de un mes a dos, de dos a tres, de tres a cuatro, más de cuatro); motivo de abandono (económico, trabajo/estudio-problemas con el programa, distancia del centro, agravamiento, enfermedad médica, otras); recaídas de consumo (de 1 a 4); los antecedentes tenidos en cuenta fueron: altas de tratamientos previos (de 1 a 4); problemas legales (si-no); intentos suicidas previos (de 0 a más de tres); autolesiones (si-no); daño a terceros (si-no).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (DSM-IV TR), Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (CIE-10 f 60.3) y Trastorno Adictivo (por lo menos un tóxico). Decisión voluntaria del paciente de participar en la investigación. Edad entre 18 a 60 años.

Los criterios de exclusión fueron: Pacientes con trastornos de personalidad que no fueran TLP; pacientes con alto riesgo de heteroagresividad o autoagresividad; pacientes con déficit cognitivos severos; conductas psicopáticas graves de impedir el funcionamiento del Hospital de Día; consumo actual activo y compulsivo de drogas y/o alcohol; consumo de opiáceos; consumos endovenosos de cualquier droga; paciente con enfermedades médicas descompensadas o infectocontagiosas.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI); Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI); Escala de Desesperanza de Beck (HS); La Lista corta de síntomas (BSI); ERA (Cuestionario de evaluación de las

relaciones con los otros); QFS (Cuestionario de Funcionamiento Social); Entrevista Clínica Psiquiátrica-Trastornos de la Personalidad.-SCID II; Índice Europeo de Gravedad de la Adicción-EuropASI.

Programas terapéuticos

Los 49 pacientes del grupo contraste habían participado entre los años 2007 y 2008 y realizaron tratamiento junto a otros pacientes con trastornos de personalidad no TLP y no dirigido específicamente a los trastornos adictivos. En ese programa los dispositivos terapéuticos psicodinámicos grupales ocupaban aproximadamente un 70% de las intervenciones. El resto de las intervenciones consistían en actividades individuales, familiares y grupales que no eran de orientación psicodinámicas (sistémicas, cognitivas, psicoeducativas, artísticas).

51 pacientes recibieron tratamiento en la Unidad de Día entre 2009 y 2010 con el nuevo programa. El tratamiento administrado fue un programa psicodinámico basado en Comunidad Terapéutica de orientación grupoanalítica para Trastornos de Personalidad. El programa aunque era también psicodinámico y basado en la Comunidad Terapéutica se modificó. Si bien se realizaban interpretaciones psicodinámicas, se redujeron hasta alcanzar un 30% de las actividades terapéuticas. En cambio se buscó una mayor estructuración comunitaria, con intervenciones psicoeducativas sobre el grupo de pacientes y las familias, y se favoreció una mayor experiencia de convivencia relacional (ocio, deportes, salidas vivenciales) lo que determinó un clima terapéutico modificado respecto del anterior programa. Cabe resaltar el reclutamiento de personal profesional altamente entrenado en adicciones, que se agregó al grupo de profesionales expertos en psicoterapia dinámica.

3. RESULTADOS

En las variables socio-demográficas no hay diferencias significativas entre los dos grupos (Tabla Nº 1)

VARIABLES		Grupo contraste	Grupo experimental
		BORDERLINE	BORDERLINE
SEXO	Hombres	54,50%	54,90%
	Mujeres	45,50%	45,10%
ESTADO CIVIL	Soltero	65,20%	52,90%
	Casado	24,20%	21,60%
	Divorciado	10,60%	25,50%
ESTATUS	Alto	25,80%	27,50%
SOCIO-ECONÓMICO	Medio	57,60%	66,70%
	Bajo	16,70%	5,60%

NIVEL EDUCATIVO			
	Universitarios	33,30%	37,30%
	Secundarios	48,50%	49,00%
	Primarios	18,20%	13,70%

Tabla Nº 1

El nivel de severidad de los dos grupos medido por la escala clínica de severidad para pacientes con diagnóstico de TLP descritas por Asnaani, presentó la siguiente distribución (Tabla Nº2) en la que se observa que los pacientes del grupo experimental presentaban una mayor gravedad clínica.

NIVELES DE SEVERIDAD DE LOS TLPs	Grupo contraste	Grupo experimental
NIVEL 1	10%	No se hallaron
NIVEL 2	20%	13,7%
NIVEL 3	30%	27,5%
NIVEL 4	40%	58,8%

Tabla Nº 2

El tipo de adicción presentada por los pacientes tratados se muestra a continuación en la Tabla Nº3

TIPO DE DROGAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	5	9,8	9,8	9,8
cannabis	16	31,4	31,4	41,2
anfetamina	2	3,9	3,9	45,1
cocaína	13	25,5	25,5	70,6

cannabis y cocaína	6	11,8	11,8	82,4
cocaína y otra droga síntesis	9	17,6	17,6	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Tabla Nº 3

La severidad adictiva en el grupo experimental según DSM-IV correspondía a un 37,3% de abuso y un 62,7% de dependencia. Según el instrumento utilizado, el EuropASI, mostraba una severidad de nivel considerable en el 37,3% de la muestra, seguida de un 51 % de nivel extremo y un 11,8% de nivel moderado (Tabla Nº4 y Tabla Nº5).

ÍNDICE DE GRAVEDAD DE ADICCIÓN SEGÚN DSM-IV TR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	abuso	19	37,3	37,3	37,3
	dependencia	32	62,7	62,7	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabla Nº 4

ÍNDICE DE GRAVEDAD DE ADICCIÓN SEGÚN INSTRUMENTO EuropASI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	moderado	6	11,8	11,8	11,8
	considerable	19	37,3	37,3	49,0
	extremo	26	51,0	51,0	100,0

ÍNDICE DE GRAVEDAD DE ADICCIÓN SEGÚN INSTRUMENTO EuropASI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
moderado	6	11,8	11,8	11,8
considerable	19	37,3	37,3	49,0
extremo	26	51,0	51,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Tabla Nº 5

Tabla de Contingencia Gravedad Subpoblaciones TLP (DSM-IV TR)- Severidad Adictiva (DSM-IV TR)

		Recuento		
		Abuso	Dependencia	Total
Gravedad Subpoblaciones según DSM-IV Asnaani	Dos	4	3	7
	Tres	7	7	14
	Cuatro	8	22	30
	Total	19	32	51

Tabla Nº 6

Si se compara el abandono en el grupo contraste con el del grupo experimental se observa que, mientras en el primero hubo un 47,05% de abandonos, en el segundo se produjo un 21,6% de abandonos.

Abandono entre el Grupo Contraste y el Grupo Experimental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	40	78,4	78,4	78,4
	si	11	21,6	21,6	100,0
Total		51	100,0	100,0	

Tabla Nº 7

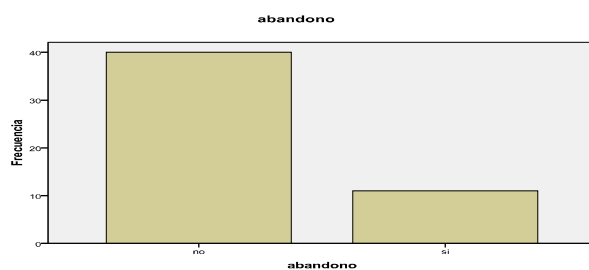


Fig. Nº 1

En el grupo experimental se observó una severidad adictiva creciente en términos que incluyen abuso-dependencia (Según DSM-IV) en relación con una severidad creciente en los TLP (Clasificación de A. Asnaani, según número de criterios diagnósticos en el DSM-IV TR). Dichos hallazgos se muestran en el gráfico que sigue (Fig. Nº2):

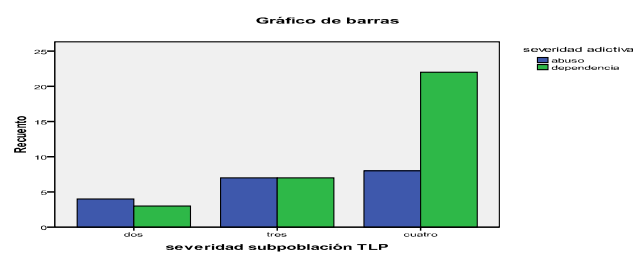


Fig. Nº 2

La tabla que continúa muestra dicha relación:

Tabla de contingencia severidad subpoblación TLP * severidad adictiva

		Recuento		
		severidad adictiva		
		abuso	dependencia	Total
severidad TLP	subpoblación dos	4	3	7
	tres	7	7	14
	cuatro	8	22	30
Total		19	32	51

Tabla Nº 8

En relación con la severidad de TLP y su significación con los abandonos se halla expresada en el próximo gráfico.

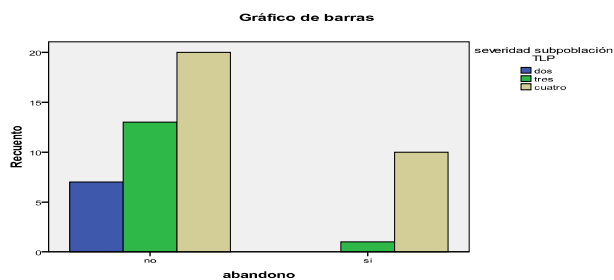


Fig. Nº 3

Utilizando el instrumento EuropASI se mide y relaciona la severidad adictiva en la muestra del grupo experimental con los abandonos encontrados en el tratamiento.

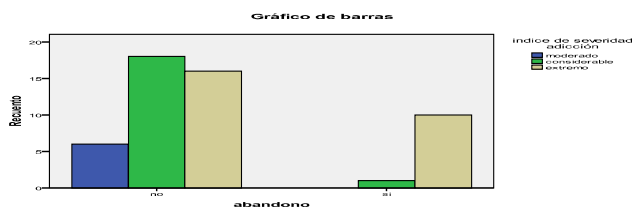


Fig. Nº 4

4. DISCUSIÓN

En la literatura anglosajona los términos más utilizados son el de cumplimiento (*compliance*) y adherencia (*adherence*), para significar el grado de observancia en cuanto a las indicaciones del médico. Según Ferrer³, ninguno de los términos parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto a ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y simultáneamente, a la implicación activa del paciente al tratamiento. Al mismo tiempo se han propuesto muchos otros términos aún menos precisos como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia. El estudio bibliográfico realizado concuerda con que no hay acuerdo sobre una definición unívoca.

Desde nuestra perspectiva, ambos conceptos los de adherencia y cumplimiento, tienen en común el ser procesos activos, intencionales y con una actitud responsable de cuidado, en el cual el sujeto trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal sanitario.

En cuanto al término abandono terapéutico, que es la terminación imprevista del tratamiento, también se plantea la polisemia del término, siendo un concepto amplio, complejo, con límites difusos desde el punto de vista semántico. Esto repercute, inevitablemente, en los aspectos técnicos de las investigaciones. Debido a su complejidad, hay que delimitarlo ya que, como se ha visto incluso en trabajos muy exhaustivos sobre el tema, los límites difusos han llevado a confusiones y a discrepancias metodológicas importantes.

Estamos de acuerdo con Falloon y cols⁴ en cuanto a no tratar de forma homogénea los abandonos, pero aun así, se vuelve imperioso definir los límites del constructo al que se hace referencia, y muy especialmente, a qué no se hace referencia, que es lo que no vamos a medir.

Respecto a los distintos modelos explicativos de la utilización de los servicios de salud y los impedimentos que pueden llevar al abandono, el modelo de Andersen⁵ se podría decir que es el precursor de los restantes modelos. Tanto Owen⁶, con su modelo de las barreras, como el de Barrett⁷ engloban el punto de vista de los pacientes como el punto de vista de los servicios de salud, haciendo un abordaje multidimensional que incluye además de aspectos clínicos, aspectos culturales, de las redes sociales, de la satisfacción de los pacientes/usuarios de los servicios y de los prestadores de los mismos. Otro elemento importante a considerar es la incorporación del concepto de mutabilidad, y la idea de recursividad y dinamismo que han estado presentes y lo siguen estando, en la elaboración de nuestro programa terapéutico. Sin embargo estos autores no mencionan un aspecto importante que es el de las posibilidades (de los pacientes, de las familias, de las instituciones, de recursos humanos y económicos), que conforman la complejidad del entramado, que es necesario tener en cuenta, para realizar programas de este tipo y con resultado eficaz para el paciente y la sociedad.

En relación con el programa para pacientes con Trastornos de Personalidad implementado en nuestra institución, AMSA, se encuadra en la larga tradición de los tratamientos comunitarios psicodinámicos que se originan en Inglaterra. En distintos países se crearon después centros semejantes (EE.UU, Argentina, Méjico, España, Suiza). Posteriormente se crearon en el mundo entero un gran número de "Comunidades Terapéuticas de toxicómanos", de hospitalización total, no específicamente orientadas hacia los trastornos de personalidad. Actualmente, modelos ambulatorios, modificados en forma semejante al nuestro están tratando de ser establecidos en Inglaterra y Gales. En el año 2003 se contaban 11 centros de día específicos para trastornos de personalidad. Sin embargo, a diferencia de

nuestro modelo de Hospital de Día Comunitario de orientación Grupoanalítica, no cuentan con subprogramas especializados en TPs, y un elemento de exclusión es el abuso de sustancias.

Existen excelentes modelos terapéuticos para los TPs en el mundo, reconocidos por sus fundamentos teóricos y por su eficacia terapéutica demostrada científicamente, como el del Análisis de la Transferencia de Otto Kernberg⁸, el DBT de Linehan⁹ en USA y el de la Mentalización de Fonagy y Bateman¹⁰ en UK.

En nuestro estudio se evidencia que con el nuevo programa implementado se disminuyó el abandono a un 21,6 %, que comparativamente con el 47,05% del grupo contraste, muestra la eficacia del tratamiento en este aspecto. Estas cifras resultan satisfactorias frente a las arrojadas por otros programas para los trastornos de personalidad, y específicamente para los pacientes del cluster B.

En el momento del alta la sintomatología depresiva (BDI), el riesgo autolítico (HS) y la ansiedad (STAI), registraron una disminución en ambos grupos, coincidiendo con estudios anteriores¹¹. En efecto, en el BDI, sólo un 23,5 % obtuvo depresión ausente o mínima, el 39,2% presentó depresión leve, y el 35,3% se encontraba con depresión moderada. Esto es interpretado clínicamente como parte de los síntomas nucleares del TP. Sin embargo, en el caso del STAI, sólo el 7,8% registró en el estudio muy baja ansiedad, con cifras por encima de este valor para el resto de los niveles. La interpretación desde la clínica es que la ansiedad elevada forma parte de la organización de la personalidad límite.

En relación con la severidad del TPL que presentaban los pacientes, que se midió con la propuesta de Asnaani, que sigue los criterios del DSM-IV-TR, la mayoría de los pacientes de la muestra se encontraban en los niveles más altos de severidad. Los pacientes con nivel 4 (8 o 9 criterios diagnósticos) fueron los que más abandonaron el tratamiento (10 de los 30 pacientes en este nivel), seguidos de los pacientes del nivel 3 (1 de los 14 pacientes en este nivel) y ninguno de niveles inferiores. De esto podemos concluir que en nuestra muestra encontramos que la gravedad del TLP se correlaciona con el abandono, siendo el resultado de significación $p=0,005$ y encontrándose en coincidencia con otros estudios.

Los estudios sobre severidad adictiva en la muestra permiten, en primer término, relacionar positivamente gravedad adictiva con gravedad del funcionamiento de la personalidad. En segundo término, observamos en la muestra una gravedad creciente, encontrándose, según registra el instrumento EuroPASI, 26 pacientes con índice de severidad extremo, y 19, con índice considerable. Sólo 6 pacientes de los 51 se ubicaron en un nivel moderado. Analizando la muestra y su relación con los abandonos, observamos que del total de pacientes del nivel extremo, el 38,46% abandonó, del nivel de severidad adictiva considerable, abandonó un 5,26%, mientras que del nivel de severidad adictiva moderada, no abandonó ningún paciente. Además, en el estudio efectuado sobre el grupo control se evidenciaban variables clínicas significativas que se relacionaban con terminación prematura como comorbilidad sintomatológica del eje I: una de ellas era las toxicomanías previas al tratamiento. Estos resultados coinciden con la investigación de Galletero¹² (Galletero, 2007) y con los que observaron Sweet y Noones¹³ con 142 pacientes donde las variables del eje I y el consumo de tóxicos obtuvieron correlato significativo con terminación prematura del tratamiento. En el presente estudio confirmamos que la severidad adictiva fue también un indicador significativo ($p=0,01$) de abandono, coincidiendo con otras publicaciones que hablan de la severidad como un factor determinante. Estos resultados concuerdan con la experiencia empírica (hasta antes de esta investigación) en nuestro Hospital de Día, y dada esta relación con la severidad adictiva, excluimos del tratamiento a los pacientes que presentan trastornos adictivos a sustancias endovenosas y opiáceos con un grado de severidad adictiva mayor.

Las variables sociodemográficas no presentaron correlación con el abandono como han señalado otros autores (Garfield, 1994)¹⁴.

5. CONCLUSIONES

Del estudio efectuado sobre una muestra de 100 pacientes, se concluye que:

1. Se confirma la hipótesis de que se han producido menos abandonos en el grupo experimental (21,6%) respecto al grupo contraste (47,05%).
2. Se confirma la hipótesis de que en el grupo experimental se producen mejorías clínicas al alta, igual que ocurre con el grupo control.
3. Se rechaza la hipótesis de que la severidad adictiva no se relaciona con la severidad del trastorno de personalidad.
4. Se confirma la hipótesis de que la severidad adictiva es un predictor de abandono en nuestra muestra.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Guimón, J.; Maruottolo, C.; Mascaró, A.; Boyra, A. "RESULTS OF A BRIEF CRISIS PROGRAM FOR PEOPLE WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS". Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. European Psychiatry, Vol. 22, Nº 1 (supplement). 2007
2. [Asnaani, A.](#); [Chelminski, I.](#); [Young, D.](#); [Zimmerman, M.](#) "HETEROGENEITY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: DO THE NUMBER OF CRITERIA MET MAKE A DIFFERENCE?" Journal of Personality Disorders, Nº 21(6), 615-625. 2007
3. Ferrer V. A. "ADHERENCIA O CUMPLIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS. CONCEPTOS Y FACTORES IMPLICADOS". Revista de Psicología de la Salud, nº 7. 1995
4. Falloon I. y col. "PROGRAMMA PSICOEDUCATIVO INTEGRATO IN PSICHIATRIA". EN "GUIDA AL LAVORO CON LE FAMIGLIE". Edizione Centro Studi Erickson, II edizione. 1993
5. Andersen, R. "REVISITING THE BEHAVIORAL MODEL AND ACCESS TO MEDICAL CARE: DOES IT MATTER?" Journal of Health and Social Behavior , Nº 36, 1-10. 1995
6. Owen, P. L.; Hoagwood, K.; Horwitz, S. M; Leaf, P. ; Poduska, J.; Kellam, S. K; Ialongo, N. S. "BARRIERS TO CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES". Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, Nº 41:6, 731-738. 2002
7. Barrett M.S.; Chua W.J.; Crits-Christoph P.; Gibbons M.B., Casiano D.; Thompson D. "EARLY WITHDRAWAL FROM MENTAL HEALTH TREATMENT IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY PRACTICE" Psychotherapy, Nº 45, 247-267. 2008

8. Kernberg, O.; Clarkin, J.F.; Yeomans, F.E. "A primer of Transference- Focused psychotherapy for borderline patients". Aronson, New York. 2002
 9. Linehan, M. M. "TWO-YEAR RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL AND FOLLOW-UP OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY VS THERAPY BY EXPERTS FOR SUICIDAL BEHAVIORS AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER". *Archives of General Psychiatry* 63(7):757-766. 2006.
 10. Bateman, A. y Fonagy, P. "THE EFFECTIVENESS OF PARTIAL HOSPITALIZATION IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER – A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL" *The American Journal of Psychiatry*, Nº 156, 1999
 11. Boyra, A.; Maruottolo, C.; Mascaró, A.; Guimón, J. "RESULTADOS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE DINÁMICA EN PACIENTES BORDERLINE". *Avances en Salud mental Relacional*, Vol 6, Nº 2. 2007
 12. Galletero, J. M. "LA ATENCIÓN BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO". *Avances en Salud Mental Relacional*. Vol. 6, nº 2. 2007
 13. Swett Ch.; Noones J. "FACTORS ASSOCIATED WHITH PREMATURE TERMINATION FROM OUTPATIENT TREATMENT". *Hospital and Community Psychiatry*. Nº 9. 1989
 14. Garfield, S.L. "RESEARCH ON CLIENT VARIABLES IN PSYCHOTHERAPY". En Bergin, A.E. y Garfield, S.L., *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Ed. Wiley. New York. 1994
-

REDUCTION OF DROPOUT IN A DAY UNIT WITH A BRIEF DYNAMIC PSYCHOTHERAPY PROGRAMME FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS ASSOCIATED WITH ADDICTIVE DISORDERS

Claudio Maruottolo (Medical Doctor. Head Psychiatrist AMSA Outpatients' Department)

cmaruottolo@avancesmedicos.es

José Guimón (Head of the Psychiatry Department of the University of the Basque Country (UPV).)

jose.guimon@ehu.es

SUMMARY

Since the end of 2008 a treatment programme was modified in a Day Unit for Personality Disorders, grouping in a new unit those patients with a Borderline Personality Disorder and an addictive Disorder. Double diagnosis conditions usually a high rate of dropout from the programmes, as we saw in previous studies. In the article we look to determine the dropout rate of the patients after the application of a new programme. The hypotheses were: in the new unit (experimental group) with a specific programme it would be less in relation to that in the previous group (contrast group). In the experimental group just like in the contrast group there would be symptomatic improvements after the treatment. The severity of the substance use is not positively related to the severity of the personality disorders as they are independent diagnosis. The addictive severity is a predictor of programme dropout.

The methodology consisted in a quasi-experimental design with a "contrast" group not equivalent to the experimental, where the groups were already naturally formed before the start of the measure.

The study was performed with a sample of 100 patients of both sexes, adults who were treated 5 days a week, four hours a day, in the Day Unit. The experimental group, with 51 patients, and the contract group with 49. All of the recruited patients were diagnosed with Borderline Personality Disorder and at least one drug and/or alcohol addictive disorder. Those patients addicted to heroin and those with any type of intravenous drug dependency were excluded.

Therapeutic dropout was defined as permanent discontinuity from attending the treatment against the opinion of the therapeutic team following their admission of not more than 5 days and at any time after this. The severity level of the Borderline Personality Disorder was assessed on 4 levels in accordance with the degree proposed by Asnaani. The type of addiction was classified as abuse and dependency (DSM-IV) and the level as slight, moderate, considerable and extreme according to EuropASI.

The exclusion criteria were: patients with a high risk of hetero-aggression or self-aggression; patients with severe cognitive deficit; serious psychopathic behaviour; consumption of opiates; IV consumption of any drug; patients with upset or contagious medical illnesses.

Instruments: Beck Depression Inventory (BDI); Stat-Trait Anxiety Inventory (STAI); Beck Despair Scale (HS); The short list of symptoms (BSI); ERA (Evaluation Survey of relations with others); QFS (Social Functioning Survey); Psychiatric-Personality Disorders clinical interview – SCID II; European Addiction Severity Index - -EuropASI.

Therapeutic Programmes: The 49 patients from the contrast group took part between 2007 and 2008 and were treated together with other patients with non-Borderline personality disorders and many of them had substance abuse disorders. In that programme the psychodynamic therapeutic devices took up approximately 70% of the interventions. The other interventions were individual, family and group activities which did not have a psychodynamic orientation (systemic, cognitive, psycho-educational, artistic). In the experimental group the 51 patients received treatment in a Day Unit between 2009 and 2010 with the new programme. The treatment administered was a psychodynamic treatment based on a group-analysis orientated Therapeutic Community for Personality Disorders. Although psychodynamic interpretations were performed, the psychodynamic activities were reduced to 30%. However, greater community structure was sought with psycho-educational interventions on the group of patients and the families, and emphasis was placed on more experience of relational coexistence (leisure, sports, experiential outings) which provided a modified therapeutic atmosphere in relation to the previous programme.

Results: The level of severity of the two groups measured by the clinical scale of severity for patients with Borderline Personality Disorder diagnosis described by Asnaani, showed that the patients from the experimental group showed higher clinical severity. The addictive severity according to the instrument used, the EuropASI, was that of considerable in 37.7% of the sample, following by 51% extreme and 11.8% moderate. If one compares the dropout in the contrast group with the experimental group it can be seen that while in the former there was 47.05% dropout, in the second group there was 21.6% dropout. At the time of discharge, the depressive symptomology (BDI), the autolytic tendencies (HS) and the anxiety (STAI), showed a drop in both groups. In relation to the severity of the Borderline Personality Disorder, the patients with highest figures were those who dropped out most ($p=0.05$). The addictive severity was also a significant indicator ($p=0.01$) of dropout. The socio-demographic variables had no correlation with the dropout.

Key words: Therapeutic drop-out. Borderline Personality Disorder. Substance Abuse.

Since the end of 2008 the AMSA modified the treatment programme in a Day Unit for Personality Disorders, grouping in a single unit those patients with a Borderline Personality Disorder and an addictive Disorder. That double diagnosis conditions a high rate of dropout from the programmes, as we saw in previous studies (Guimón, 2007)¹. We also excluded from that unit the personality disorders with symptoms which conditioned a functioning of the psychotic spectrum and would require a differentiated treatment programme.

In the study that we present here we seek to determine the dropout rate of the patients after the application of a new programme implemented to treat the Borderline Personality Disorders associated with Addictive Disorders.

1. HYPOTHESES

1.1. Dropout in the new unit (experimental group) with a specific programme will be lower than that which occurred in the previous unit (contrast group).

1.2. In the experimental group, just like in the contrast group, there would be symptomatic improvements after the treatment.

1.3. The seriousness of the substance use (“addictive severity”) is not positively related to the seriousness of the personality disorder as they are independent diagnosis.

1.4. The addictive severity is a predictor of programme dropout.

2. METHODOLOGY

It consisted in a quasi-experimental design with a “contrast” group not equivalent to the experimental, where the groups were already naturally formed before the start of the measure.

2.1. Sample

The study was performed with a sample of 100 patients of both sexes, adults who were treated 5 days a week, four hours a day, in a Day Unit. The sample is divided into two groups: the experimental group, with 51 patients, and the contrast group with 49. All of the recruited patients were diagnosed with Borderline Personality Disorder and at least one drug and/or alcohol addictive disorder. Those patients addicted to heroin and those with any type of intravenous drug dependency were excluded.

2.2 Variables Studied

Therapeutic dropout:

For this work we defined therapeutic dropout as permanent discontinuity from attending the treatment at the Day Unit against the opinion of the therapeutic team. Dropout was considered when it occurred after the patient had been admitted to the programme (admission phase: not over 5 days) and at any time thereafter. Included are those patients who, due to the worsening of the psychiatric symptoms, were temporarily admitted to hospital, and who were later returned to the Day Unit within 30 days.

The severity level of the Borderline Personality Disorder was assessed on 4 levels in accordance with the degree proposed by A. Asnaani²

The substances of abuse were classified into: cannabis, cocaine, amphetamines, methamphetamines, psychiatric drugs and mixed consumption.

The type of addiction was classified as abuse and dependency (DSM-IV TR) and the level as slight, moderate, considerable and extreme according to EuropASI.

The treatment variables were: hospital admission (from 0 to more than 4); suicide attempts (yes-no); treatment duration (less than one month-more than four); types of discharges (programmed, deferred, derivation, against medical opinion; time of treatment on dropout (less than one month, between one and two months, between two and three months, more than four); reason for dropout (economic, work/study – problems with the programme, distance of the centre, aggravation, medical illness, others); consumption relapses (from 1 to 4); the causes taken into account were: discharges from previous treatments (from 1 to 4); legal problems (yes-no); previous suicide attempts (from 0 to more than 3); self-harming (yes-no); harm to third parties (yes-no).

The inclusion criteria were: patients diagnosed with Borderline Personality Disorder (DSM-IV TR), Emotionally unstable personality disorder (CIE-10 f 60.3) and Addictive Disorder (at least one toxin). Voluntary decision by the patient to participate in the research. Aged between 18 and 60 years old.

The exclusion criteria were: Patients with personality disorders which were not Borderline Personality Disorders; patients with a high risk of hetero-aggression or self-aggression; patients with severe cognitive deficit; serious psychopathic behaviour which prevent the functioning of the Day Hospital; current active and compulsive consumption of drugs and/or alcohol; consumption of opiates; IV consumption of any drug; patients with upset or contagious medical illnesses.

Instruments

Beck Depression Inventory (BDI); Stat-Trait Anxiety Inventory (STAI); Beck Despair Scale (HS); The short list of symptoms (BSI); ERA (Evaluation Survey of relations with others); QFS (Social Functioning Survey); Psychiatric-Personality Disorders clinical interview – SCID II; European Addiction Severity Index - - EuropASI.

Therapeutic Programmes

The 49 patients from the contrast group took part between 2007 and 2008 and were treated together with other patients with non-Borderline personality disorders and not specifically aimed at addictive disorders. In that programme the psychodynamic therapeutic devices took up approximately 70% of the interventions. The other interventions were individual, family and group activities which did not have a psychodynamic orientation (systemic, cognitive, psycho-educational, artistic).

51 patients received treatment in a Day Unit between 2009 and 2010 with the new programme. The treatment administered was a psychodynamic treatment based on a group-analysis orientated Therapeutic Community for Personality Disorders. Although the programme was also psychodynamic and based on the Therapeutic Community it was modified. Although psychodynamic interpretations were performed, they were reduced to 30% of the therapeutic activities. However, greater community structure was sought with psycho-educational interventions on the group of patients and the families, and emphasis was placed on more experience of relational coexistence (leisure, sports, experiential outings) which provided a modified therapeutic atmosphere in relation to the previous programme. One should highlight the recruitment of highly professional personnel trained in addictions, who joined the group of professionals experts in dynamic psychotherapy.

3. RESULTS

In the socio-demographic variables there were no significant differences between the two groups (Table No. 1)

VARIABLES		Contrast Group	Experimental Group
		BORDERLINE	BORDERLINE
GENDER	Male	54.50%	54.90%
	Female	45.50%	45.10%
MARITAL STATUS	Single	65.20%	52.90%
	Married	24.20%	21.60%
	Divorced	10.60%	25.50%
SOCIO-ECONOMIC STATUS	High	25.80%	27.50%
	Medium	57.60%	66.70%
	Low	16.70%	5.60%
EDUCATIONAL LEVEL	University	33.30%	37.30%
	Secondary	48.50%	49.00%
	Primary	18.20%	13.70%

Table Nº 1

The level of severity of the two groups measured by the clinical severity level for patients diagnosed with Borderline Personality Disorder as described by Asnaani, showed the following distribution (Table No. 2) which shows that the patients from the experimental group presented high clinical gravity.

SEVERITY LEVELS OF THE BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS	Contrast Group	Experimental Group
LEVEL 1	10%	None
LEVEL 2	20%	13.7%
LEVEL 3	30%	27.5%
LEVEL 4	40%	58.8%

Table No. 2

The type of addiction presented by the treated patients is shown below in Table No. 3

TYPE OF DRUG

	Frequency	Percentage	Valid percentage	Accumulated percentage
Valid no	5	9.8	9.8	9.8
cannabis	16	31.4	31.4	41.2
amphetamine	2	3.9	3.9	45.1
cocaine	13	25.5	25.5	70.6
cannabis and cocaine	6	11.8	11.8	82.4
Cocaine and other synthetic drug	9	17.6	17.6	100.0
Total	51	100.0	100.0	

Table Nº 3

The addictive severity in the experimental group according to DSM-IV corresponded in 37.3% to abuse and 62.7% to dependency. According to the instrument used, the EuropASI, there was considerable severity in 37.3% of the sample, followed by 51% with extreme level and 11.8% moderate (Table No. 4 and Table No. 5).

GRAVITY OF ADDICTION RATE ACCORDING TO DSM-IV TR

		Frequency	Percentage	Valid percentage	Accumulated percentage
Valid	abuse	19	37.3	37.3	37.3
	dependence	32	62.7	62.7	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Table No. 4

GRAVITY OF ADDICTION RATE ACCORDING TO EuropASI INSTRUMENT

		Frequency	Percentage	Valid percentage	Accumulated percentage
Valid	moderate	6	11.8	11.8	11.8
	considerable	19	37.3	37.3	49.0
	extreme	26	51.0	51.0	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Table No. 5

Table of Borderline Personality Disorder (DSM-IV TR)- Subpopulation Gravity Contingency – Addictive Severity (DSM-IV TR)

		Recount		
		Abuse	Dependence	Total
Borderline Personality Disorder Subpopulation Gravity according to DSM-IV Asnaani	Two	4	3	7
	Three	7	7	14
	Four	8	22	30
	Total	19	32	51

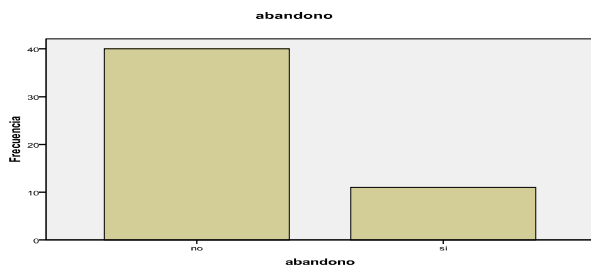
Table No. 6

If one compares the dropout in the contrast group with the experimental group, one sees that while in the former there was 47.05% dropout, in the latter there was 21.6% dropout.

Dropout from the Contrast Group and the Experimental Group

		Frequency	Percentage	Valid percentage	Accumulated percentage
Valid	no	40	78.4	78.4	78,4
	yes	11	21.6	21.6	100,0
Total		51	100.0	100.0	

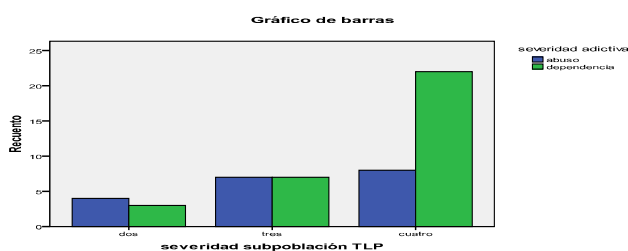
Table No. 7



[Key - Vertical: Frequency Horizontal: Withdrawal/Dropout]

Fig. No. 1

In the experimental group a growing addictive severity was noted in terms which include abuse-dependence (According to DSM-IV) in relation to a growing severity in the Borderline Personality Disorders (Classification of A. Asnaani, according to number of criteria diagnosed in the DSM-IV TR). These findings are shown in the chart below (Fig. No. 2):



[Key – Vertical: Recount Horizontal: Two Three Four. Borderline Personality Disorder subpopulation severity]

Addictive Severity: [Blue] Abuse [Green] Dependence]

Fig. No. 2

The following table shows said relationship:

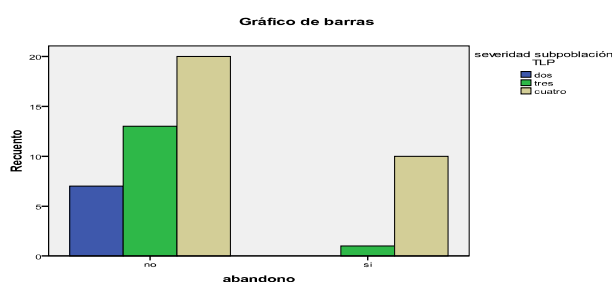
Table of Borderline Personality Disorder subpopulation severity contingency * addictive severity

		Recount		
		Addictive severity		
		Abuse	Dependence	Total
Borderline Personality Disorder subpopulation	Two	4	3	7

	Three	7	7	14
	four	8	22	30
Total		19	32	51

Table No. 8

The relationship between the Borderline Personality Disorder severity and its significance with the dropouts is stated in the following chart.

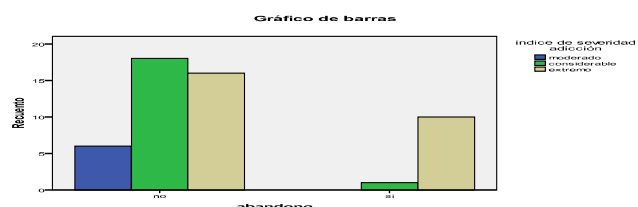


[Key – Vertical: Recount Horizontal: Withdrawal/Dropout

Borderline Personality Disorder subpopulation severity. [Blue] Two [Green] Three [Beige] Four

Fig. No. 3

Using the EuropASI instrument, the addictive severity in the sample of the experimental group is measured and related with the dropouts from the treatment.



[Key – Vertical: Recount Horizontal: Withdrawal/Dropout

Addiction severity index. [Blue] Moderate [Green] Considerable [Beige] Extreme

Fig. No. 4

4. DISCUSSION

In Anglo-Saxon literature the most used terms are compliance and adherence in order to refer to the degree of observance with the doctor's indications. According to Ferrer³, neither of the terms seems to precisely cover the intended meaning as regards abiding with the orders of the healthcare professional and simultaneously to the patient's active involvement in the treatment. At the same time many other terms have been proposed which are even less precise like: cooperation, collaboration, therapeutic alliance, monitoring, obedience, observance, adhesion and agreement. The bibliographic research shows that there is no agreement on a univocal definition.

From our perspective both concepts, i.e. adherence and compliance, have in common that they are active, intentional processes with a responsible attitude to the care, where the subject works to maintain their health in close collaboration with the healthcare personnel.

As regards the term therapeutic withdrawal/dropout, which is the unexpected termination of the treatment, the polysemy is also considered of the term, as it is a broad, complex concept with vague limits from the semantic point of view. This obviously has an impact on the technical aspects of the research. Due to its complexity, it has to be delimited given that, as seen even in more exhaustive works on the issue, the vague limits have led to confusion and significant methodological disagreements.

We agree with Falloon and cols⁴ insofar as not treating the dropouts (withdrawals) in a homogenous manner, but even in this case it is essential to define the limits of the construct to which it refers, and very specifically to that which it does not refer to, which we will not be measuring.

As regards the different models to explain the use of the healthcare services and the impediments which may lead to dropout/withdrawal, Andersen's model⁵ could be said to be the precursor of the other models. Both Owen⁶, with his model of the barriers, and that of Barrett⁷ include both the patients' point of view and the point of view of the healthcare services, performing a multidimensional approach which also includes clinical aspects, cultural aspects, the social networks, patient/service user satisfaction and the satisfaction of the service providers. Another important element to take into account is the incorporation of the concept of mutability, and the idea of resourcefulness and dynamism which have been and continue being present in the preparation of our therapeutic programme. These authors do not however mention another important aspect, namely the possibilities (of the patients, the families, the institutions, human and financial resources) which make up the complexity of the structure, which must be taken into account in order to perform this type of programme and with an effective result for the patient and for society.

In relation to the programme for patients with Personality Disorders implemented in our institution, AMSA, it follows a long tradition of psychodynamic community treatments which come from England. In different countries similar centres were subsequently set up (USA, Argentina, Mexico, Spain, Switzerland). Later on throughout the world a large number of "Therapeutic Communities for Drug Addicts" were set up, with total hospitalisation, not specifically aimed at personality disorders. Currently outpatient models, modified in a similar manner to ours, are trying to be established in England and Wales. In 2003 there were 11 specific day centres for personality disorders. However, unlike our model of Community Day Hospital with a Group-analysis orientation, they do not have sub-programmes specialised in Personality Disorders, and substance abuse is an element for exclusion.

There are excellent therapeutic models for the Personality Disorders in the world, recognised for their theoretical basis and their scientifically proven therapeutic effectiveness, like that for the Analysis of the Transference of Otto Kernberg⁸, the Dialectic Behavioural Therapy (DBT) of Linehan⁹ in the USA and the Mentalization of Fonagy and Bateman¹⁰ in the UK.

Our study shows that with the new programme introduced the dropout or withdrawals were cut to 21.6%, which compares with the 47.05% in the contrast group, which shows the effectiveness of the treatment in this aspect. These figures are satisfactory when compared with the results from other programmes for personality disorders, and particularly for the patients in cluster B.

At the time of discharge the depressive symptomology (BDI), the autolytic risk (HS) and the anxiety (STAI) showed a reduction in both groups, coinciding with previous studies¹¹. In fact, in the BDI only 23.5% had absent or minimum depression, 39.2% had slight depression, and 35.3% had moderate depression. This is clinically interpreted as part of the nuclear symptoms of Personality Disorder. However, in the case of the STAI, only 7.8% registered in the study very low anxiety, with figures higher than this value for the rest of the levels. The clinical interpretation is that high anxiety forms part of the organisation of the borderline personality.

In relation to the severity of the patients' Borderline Personality Disorder which was measured using Asnaani's proposal which follows the DSM-IV-TR criteria, most of the patients in the sample were in the highest levels of severity. The patients with level 4 (8 or 9 diagnostic criteria) were those who most abandoned the treatment (10 of the 30 patients in this level), followed by the patients in level 3 (1 of the 14 patients in this level) and none from the lower levels. We can conclude from this that in our sample we find that the gravity of the Borderline Personality Disorder correlates with the withdrawal or dropout, with the significance result being $p=0.005$ and coinciding with other studies.

The studies on addictive severity in the sample allow, first of all, to positively relate addictive gravity with gravity in the functioning of the personality. Secondly, we note in the sample a growing gravity, finding, as registered by the EuropASI instrument, 26 patients with extreme severity, and 19 with considerable severity. Only 6 of the 51 patients are on a moderate level. Analysing the sample and the relationship with the dropouts/withdrawals, we see that from all of the patients on the extreme level, 38.46% dropped out, 5.26% from the considerable addictive severity level dropped out, while no patient from the moderate addictive severity level dropped out. Furthermore, the study of the control group showed significant clinical variables which were related to the premature termination, like core I symptomatic comorbidity: one of these was the drug addictions prior to the treatment. These results coincide with the research by Galletero¹² (Galletero, 2007) and with those seen by Sweet and Noones¹³ with 142 patients where the core I variables and the consumption of drugs had significant correlation with premature termination of the treatment. In this study we confirm that the addictive severity was also a significant indicator ($p=0.01$) of dropout/withdrawal, coinciding with other papers which talk about the severity as a determining factor. These results agree with the empirical experience (up to before this investigation) in our Day or Outpatients' Hospital, and given this relationship with addictive severity, we avoid treating patients which have addictive disorders to intravenous substances and opiates with a higher level of addictive severity.

The socio-demographic variables had no correlation with dropout/withdrawal as already indicated by other authors (Garfield, 1994)¹⁴.

5. CONCLUSIONS

From the study of a sample of 100 patients, the conclusion is that:

1. The hypothesis is confirmed that there have been less dropout/withdrawals in the experimental group (21.6%) than in the contrast group (47.05%).
2. The hypothesis is confirmed that in the experimental group there were clinical improvements on discharge, just like in the control group.
3. The hypothesis is rejected that the addictive severity is not related to the severity of the personality disorder.
4. The hypothesis is confirmed that the addictive severity is a predictor of dropout/withdrawal in our sample.

6. BIBLIOGRAPHY

1. Guimón, J.; Maruottolo, C.; Mascaró, A.; Boyra, A. "RESULTS OF A BRIEF CRISIS PROGRAM FOR PEOPLE WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS". Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. European Psychiatry, Vol. 22, Nº 1 (supplement). 2007
2. [Asnaani, A.](#); [Chelminski, I.](#); [Young, D.](#); [Zimmerman, M.](#) "HETEROGENEITY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: DO THE NUMBER OF CRITERIA MET MAKE A DIFFERENCE?" Journal of Personality Disorders, Nº 21(6), 615-625. 2007
3. Ferrer V. A. "ADHERENCIA O CUMPLIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS. CONCEPTOS Y FACTORES IMPLICADOS". Revista de Psicología de la Salud, nº 7. 1995
4. Falloon I. y col. "PROGRAMMA PSICOEDUCATIVO INTEGRATO IN PSICHIATRIA". EN "GUIDA AL LAVORO CON LE FAMIGLIE". Edizione Centro Studi Erickson, II edizione. 1993
5. Andersen, R. "REVISITING THE BEHAVIORAL MODEL AND ACCESS TO MEDICAL CARE: DOES IT MATTER?" Journal of Health and Social Behavior , Nº 36, 1-10. 1995
6. Owen, P. L.; Hoagwood, K.; Horwitz, S. M; Leaf, P. ; Poduska, J.; Kellam, S. K; Ialongo, N. S. "BARRIERS TO CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES". Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, Nº 41:6, 731-738. 2002
7. Barrett M.S.; Chua W.J.; Crits-Christoph P.; Gibbons M.B., Casiano D.; Thompson D. "EARLY WITHDRAWAL FROM MENTAL HEALTH TREATMENT IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY PRACTICE" Psychotherapy, Nº 45, 247-267. 2008
8. Kernberg, O.; Clarkin, J.F.; Yeomans, F.E. "A primer of Transference- Focused psychotherapy for borderline patients". Aronson, New York. 2002

9. Linehan, M. M. "TWO-YEAR RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL AND FOLLOW-UP OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY VS THERAPY BY EXPERTS FOR SUICIDAL BEHAVIORS AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER". *Archives of General Psychiatry* 63(7):757-766. 2006.
 10. Bateman, A. y Fonagy, P. "THE EFFECTIVENESS OF PARTIAL HOSPITALIZATION IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER – A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL" *The American Journal of Psychiatry*, Nº 156, 1999
 11. Boyra, A.; Maruottolo, C.; Mascaró, A.; Guimón, J. "RESULTADOS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE DINÁMICA EN PACIENTES BORDERLINE". *Avances en Salud mental Relacional*, Vol 6, Nº 2. 2007
 12. Galletero, J. M. "LA ATENCIÓN BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO". *Avances en Salud Mental Relacional*. Vol. 6, nº 2. 2007
 13. Swett Ch.; Noones J. "FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURE TERMINATION FROM OUTPATIENT TREATMENT". *Hospital and Community Psychiatry*. Nº 9. 1989
 14. Garfield, S.L. "RESEARCH ON CLIENT VARIABLES IN PSYCHOTHERAPY". En Bergin, A.E. y Garfield, S.L., *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Ed. Wiley. New York. 1994
-