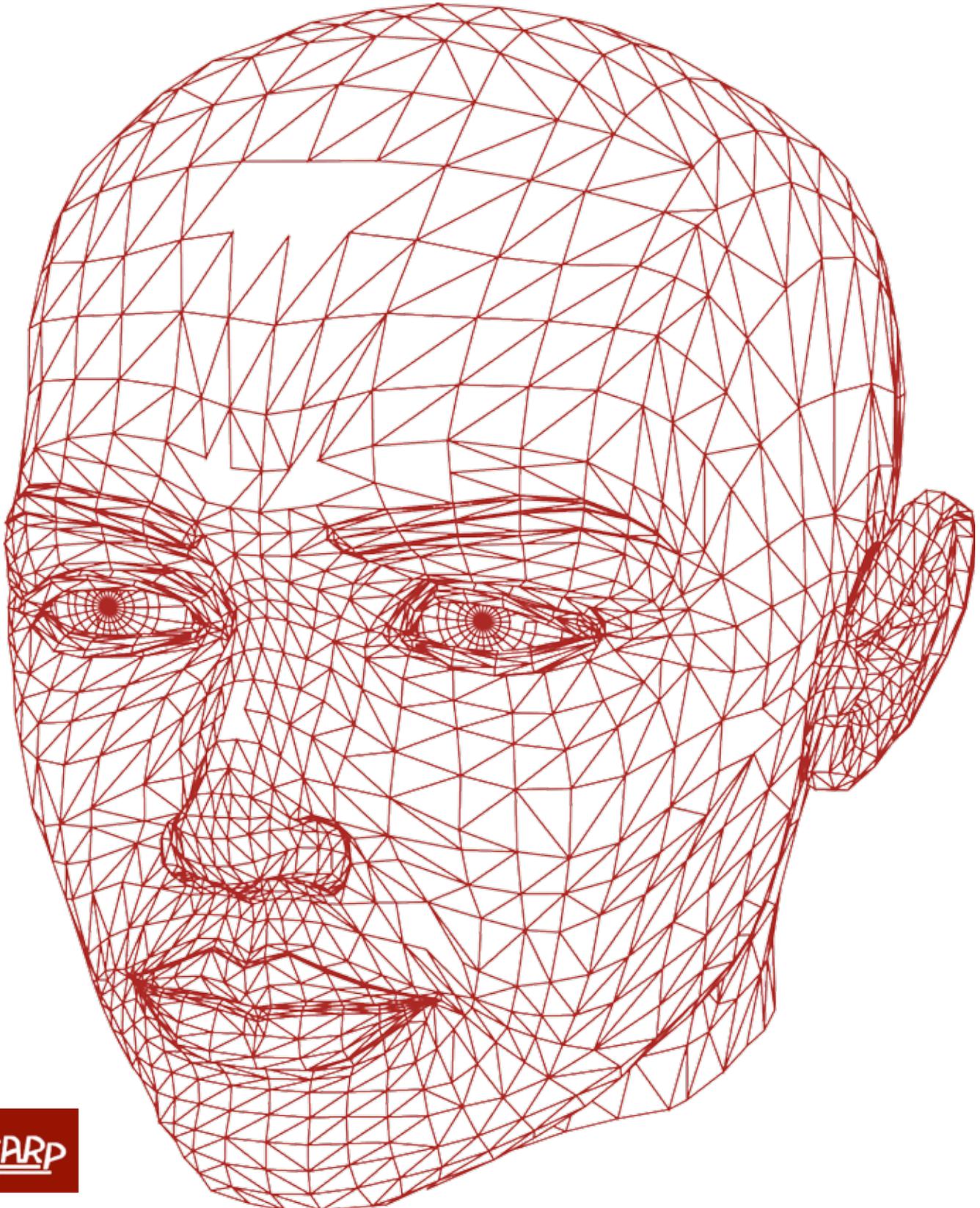


# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
[www.fearp.org](http://www.fearp.org)



# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
www.fearp.org

Equipo Revista 4ª época (2019)  
**Dirección:** Jaime A. Fernández (Canarias)  
**Secretaría de Redacción:** Luis Pelegrín (Murcia)  
**Diseño y Maquetación:** José J. Corbalán (Murcia)

## Consejo de redacción

**Juan I. Fernández Blanco** (Madrid)  
**Juan Glez. Cases** (Madrid)  
**Alejandra Reboreda** (Galicia)  
**Cristina Gisbert** (Cataluña)  
**Margarita Hernanz Manrique** (País Vasco)  
**María Asunción Garay Arostegui** (País Vasco)  
**Luz Marina Guerra Cazorla** (Canarias)  
**Carolina Mogollón Rodríguez** (Extremadura)

## Consejo asesor

Presidentes de las asociaciones autonómicas de FEARP

**Luis Pelegrín Calero**

Presidente FEARP

**Carolina Mogollón Rodríguez**

Vicepresidenta FEARP

**Francisco Villegas**

Vicepresidente FEARP

**Isabel Contreras**

Secretaría FEARP

**Mónica García**

Vicesecretaría FEARP

**Alicia de la Calle**

Vocal Formación FEARP

**Ricardo Guínea**

(expresidente de la WAPR)

**Martín Vargas**

Expresidente FEARP

**Rafael Cristina**

(Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)

**Bienvenido Presilla Liñero**

(Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial)

**Victor Roque Morales González**

(Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial)

**Elisa Lucas Cardoso**

(Asociación Castellana y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial)

**Enric Arqués Martí**

(Asociación Fórum D'Iniciatives Assistencials i de Gestió en Salut Men-tal a Catalunya y Fundació Privada Joia Joventut Organitzada i Activa)

**Juan José Martínez Jambrina**

(Asociación Asturgalaica de Tratamiento Asertivo Comunitario y Asociación Asturiana de Rehabilitación Psicosocial)

**Carolina Mogollón Rodríguez**

(Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial)

**Begoña Frades García**

(Asociación Valenciana de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales)

**Lluís Lalucat i Jo**

(BCN Salut Mental)

**Miguel Ángel Divi**

Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial

# CONTENIDOS

# CONTENTS

6

## EDITORIAL

### EDITORIAL

**Monográfico: trastornos de la personalidad y rehabilitación psicosocial.**

Monograph: personality disorders and psychosocial rehabilitation.  
Fernando Rodríguez-Otero

11

## ORIGINALES

### ORIGINALS

**Trastorno de personalidad límite y rehabilitación psicosocial: ¿funciona? .**

Borderline personality disorder and psychosocial rehabilitation: does it work?  
María Victoria López; Irene de Ángel; Marina Forcén; Joan Vegué; María Jesús Rufat.

20

**Aspectos psicosociales asociados a la recuperación en el trastorno de personalidad límite.**

Psychosocial aspects associated with recovery in borderline personality disorder.

Irene de la Vega- Rodríguez, Ana Montes-Montero, Teresa Montalvo- Calahorra, Sara Clemente-Fernandez, Marina Díaz-Marsá, José Luis Carrasco-Perera.

30

**Nuevas alternativas psicoterapéuticas para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad y Síntomas de Larga Evolución.**

New psychotherapeutic alternatives for patients with Borderline Personality Disorder and Long-Term Symptoms.

María Pérez-Arqueros, Elisabet Casellas-Pujol, Joaquim Soler, Daniela Otero, Carlos Schmidt, Daniel Vega, Juan Carlos Pascual.

40

**La recuperación en el Trastorno Límite de la personalidad: barreras y oportunidades para su desarrollo.**

Recovery in borderline personality disorder: barriers and opportunities for development.

Enrique García-Núñez.

52

**Recuperación, perspectiva de género, y diadas objetales relacionales. El “grupo de expertas” como experiencia asistencial integradora para el tratamiento de los trastornos de la personalidad de larga evolución.**

Recovery, gender perspective and object relations dyads. The “experts group” as an integrative clinical experience for the treatment of long-standing personality disorders.

Álvaro Esguevillas, Olga Córdoba.

58

**Realidad y Rehabilitación en la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.**

Reality and Rehabilitation in Transference-Focused Psychotherapy.

Miguel Angel Gonzalez Torres.

66

**La necesidad de incorporar la palabra recuperación al tratamiento de los Trastornos de personalidad. El modelo de programa Ambulatorio Intensivo de Gran Canaria.**

The need to incorporate the word recovery into the treatment of personality disorders. The Intensive Outpatient Program model of Gran Canaria.

Fernando Rodríguez-Otero, Tamara del Pino Medina-Dorta, Jaime A. Fernández, Juan Antonio Díaz-Garrido, Jose Luis Hernández-Fletas.

# EDITORIAL

# EDITORIAL

Es para mi un honor escribir la editorial de esta revista, en los últimos 50 años nuestra comprensión en el estudio y tratamiento de los trastornos de personalidad ha sufrido un cambio considerable, autores como Kernberg o Gunderson establecieron las bases sobre la categorización y comprensión de los trastornos de personalidad, luego por fin después de décadas de fracaso terapéutico Marsha Linehan consiguió el primer artículo que demostraba evidencia en el tratamiento de los Trastornos de personalidad, luego llegaría otros tratamientos como la Psicoterapia Centrada en la Transferencia, la Terapia basada en la mentalización y hasta un total de 13 tratamientos que han demostrado su evidencia. Con la llegada de las nuevas clasificaciones el acento se ha puesto en la funcionalidad y en aspectos tan relevantes como la identidad y el aspecto relacional; nuestros tratamientos siguen siendo poco efectivos, algunos estudios hablan de una tasa de remisión de síntomas de un 50% y eso que hemos conseguido un gran avance en los últimos años. Es hora de pensar en los aspectos más nucleares del trastorno y atender también los aspectos más subjetivos de la vida de nuestros pacientes, toca pensar ya en el concepto de la rehabilitación y la recuperación y proponer una mirada más amplia hacia los contextos. Pensar en los contextos implica una mirada hacia las familias, hacia las administraciones públicas que desatienden de manera clara un problema grave de salud que afecta a las personas que lo padecen y sus familiares. Es preciso una mirada hacia los programas de empleo y de alojamiento alternativo para un subgrupo de estos pacientes muchos de los cuáles terminan consumando el suicidio. Esta edición permite una mirada y una reflexión sobre el tema por parte de compañeros que llevan la mayor parte de su vida en la atención a este tipo de pacientes y los cuáles admiro, es la hora de que los trastornos de la personalidad dejen de ser el patito feo de la psiquiatría y que nos coloquemos en una visión más integradora y con una perspectiva basada en la funcionalidad y en la recuperación. Invito al lector a poder leer en los siguientes artículos distintas propuestas de intervención y reflexiones profundas. Tal vez después de muchos años ya es hora de hablar no sólo de remisión de síntomas sino de recuperación y funcionalidad, debemos incluir la perspectiva en primera persona y tenemos que seguir luchando contra el estigma a todos los niveles que estos pacientes despiertan no sólo en la mayor parte de nuestros compañeros sanitarios sino en los organismos estatales que toman las decisiones sobre dónde intervenir en políticas de salud. Los que trabajamos en esto sabemos del sufrimiento de nuestros pacientes, es hora de un relato de esperanza después de muchos años de investigación y estudio, ahora falta acoplar todo nuestro conocimiento en mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes a corto y largo plazo y esta edición de la revista es un buen ejemplo de este propósito. Espero que el lector cambie su concepción sobre los trastornos de personalidad ahora que ya estamos en una mayoría de edad sobre los trastornos de personalidad.

Fernando Rodríguez Otero.

Psiquiatra Coordinador del programa Ambulatorio Intensivo de Trastornos de personalidad de Gran Canaria.





**ORIGINALES**  
ORIGINALS



# TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: ¿FUNCIONA?

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND PSYCHOSOCIAL  
REHABILITATION: DOES IT WORK?

Autores:

María Victoria López <sup>a, b</sup>; Irene de Ángel <sup>a, b</sup>; Marina Forcén <sup>a, b</sup>; Joan Vegué <sup>a, b</sup>; María Jesús Rufat <sup>a, b</sup>.

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

b Grup TLP Barcelona. Barcelona, Spain

Datos de contacto:

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

algunos expertos y el público en general tienden a percibir los trastornos de la personalidad como incurables y permanentes<sup>21,22</sup>. Muchos de los profesionales que los tratan a menudo pueden sentirse agotados y desesperados debido al escaso o aparentemente nulo efecto del tratamiento<sup>23,24</sup>. Sin embargo, existen estudios recientes que contradicen este razonamiento obsoleto y muestran que los síntomas del TLP disminuyen con el tiempo<sup>15</sup>. El TLP es un trastorno mental tratable; la remisión total o la desaparición completa de los síntomas no suele producirse poco después del inicio del tratamiento, pero la recuperación es un objetivo alcanzable. Aproximadamente el 77 % de las personas con TLP que recibieron tratamiento se volvieron asintomáticos con el tiempo<sup>2</sup>, siendo posible estabilizar a la persona durante mucho tiempo y enseñarle a dominar estrategias de afrontamiento que permitan vivir en un estado compensado<sup>25</sup>.

En síntesis, el desarrollo y la inclusión de un enfoque rehabilitador como parte del proceso especializado de recuperación de la persona con TLP junto con la implementación de terapias basadas en la evidencia para mejorar también la difusión de la identidad, parece fundamental en la red pública de Salud Mental tal y como señalan algunos autores<sup>26</sup>. En nuestro contexto, en Barcelona (Cataluña – España) en el año 2015 se creó el SR especializado para TLP Lesseps fundamentado en el modelo de Otto Kernberg y en los principios de rehabilitación psicosocial descritos más arriba. Este servicio ha sido evaluado. En el presente artículo se describe el SR especializado para TLP Lesseps y se presenta un resumen de los principales resultados de un estudio de evaluación del tratamiento rehabilitador desarrollado en el servicio durante siete años. La hipótesis principal es que el tratamiento para las personas con TLP enfocado en la rehabilitación y combinado con terapias basadas en la evidencia, mejora en variables clínicas clave en el TLP, como la identidad, y también en su función psicosocial.

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

Entendemos la Rehabilitación como un instrumento puesto al servicio de la recuperación, donde se defiende la participación, la colaboración y el compromiso activo de la persona atendida en su propia recuperación. Promueve los objetivos vitales de la persona y no se limita a valorar el proceso en función de la desaparición de los síntomas, enfatizando la posibilidad de vivir una vida satisfactoria a pesar del grado variable de discapacidad presente<sup>26,27,28,29</sup>. En este sentido la recuperación no se orienta hacia la remisión clínica ya que la persona puede considerarse recuperada y seguir cumpliendo los criterios diagnósticos del trastorno. La esencia de la recuperación pone el énfasis en la funcionalidad, la calidad de vida y el potencial humano<sup>30,32,32,33</sup>. La recuperación se convierte en un proceso único para cada individuo y se orienta hacia el autocontrol, apoyo social, empoderamiento, habilidades de afrontamiento adaptativas y un sentido de la significación como persona<sup>32,34</sup>. El marco de la recuperación puede ayudar a encontrar objetivos de tratamiento que las personas atendidas perciban subjetivamente como significativos<sup>2</sup>. De hecho, el modelo de recuperación incluye la evaluación subjetiva de la persona en las siguientes áreas: (a) vida personal significativa y satisfactoria; (b) la libertad para tomar decisiones sobre los propios objetivos vitales y el tratamiento; (c) la esperanza en el futuro; (d) el estar en paz consigo mismo; (e) el tener un valioso sentido de la integridad, el bienestar y la autoestima<sup>35,36</sup>. Sin embargo, las personas pueden diferir en su percepción de lo que es un problema para ellas y de cuáles son sus objetivos, tanto entre ellas como en comparación con el proveedor de cuidados<sup>2</sup>. Si nos centramos en un modelo que se acercaría más a cómo enfocar una recuperación especializada para personas con TLP, según Kernberg, se debe dar un compromiso de la persona a “empezar a funcionar” en las diferentes áreas de su vida orientadas a un proyecto vital viable y realista en las siguientes áreas: relaciones interpersonales o sexo-afectivas, ocio y creatividad y estudios o trabajo<sup>9</sup>. Según Gunderson<sup>27</sup> “la psicoterapia sólo es una parte del programa óptimo de tratamiento. Por las necesidades de rehabilitación social de la persona que sufre TLP (p.ej., escuchar críticas, la atención compartida, el control de impulsos) se consiguen mejores resultados añadiendo al tratamiento, las actividades psicosociales y la psicoterapia grupales. De acuerdo con algunos autores, el formato grupal estimula el desarrollo de habilidades para alcanzar la tolerancia interpersonal necesaria en la convivencia al tiempo que desarrollan un autoconocimiento psicológico<sup>37</sup>.”

En general, hasta la fecha, hay escasas publicaciones al respecto de experiencias de rehabilitación psicosocial dirigidas a personas que sufren TLP y de sus resultados en términos de mejora de función psicosocial. Algunas son experiencias concretas de intervención psicosocial para TLP desde la atención comunitaria pública, como los grupos de apoyo de Zanarini<sup>15</sup> o los grupos de apoyo comunitarios de libre acceso para personas con trastornos de la personalidad de Miller<sup>38</sup>. En relación con servicios especializados de rehabilitación para TLP en nuestro contexto, destaca la experiencia de los pisos terapéuticos en Madrid de Carrasco y cols.<sup>38</sup> y fuera de nuestro país, el Residential Treatment Programs-Mclean Hospital<sup>39</sup>, ésta última en el ámbito privado.

### El Servicio de Rehabilitación del programa TLP Lesseps:

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

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

### RESUMEN

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

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

### ABSTRACT

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

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

### INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracterizan por la inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, junto a una elevada impulsividad<sup>1</sup>. El TLP se considera un trastorno mental grave que puede tener efectos severos en un individuo cuando no se trata a tiempo, adecuadamente, o no recibe tratamiento<sup>2</sup>. El trastorno puede ir asociado a baja calidad de vida, bajo funcionamiento psicosocial y elevados costes sociales<sup>3,4,5,6</sup>. En España la prevalencia del TLP se encuentra entre 1-2% en población general, siendo tres veces más frecuente en mujeres<sup>7</sup>.

El DSM-5-TR1 indica a los clínicos la importancia de evaluar la discapacidad en el funcionamiento de la personalidad en todos sus subcriterios: self (identidad y autodirección) e interpersonal (relación con los demás: empatía e intimidad). En consecuencia, tanto la identidad como el impacto de su psicopatología en el funcionamiento personal y su severidad son considerados por primera vez dominios clave en la evaluación de la personalidad patológica, tal y como ya teorizó uno de los más grandes teóricos de la personalidad: Otto Kernberg<sup>8</sup>. Siguiendo el modelo de Kernberg<sup>9</sup>, el síndrome de difusión de identidad, es decir, la ausencia de una identidad integrada, originan falta de continuidad en la vivencia de uno mismo y de la relación con los otros, un sistema de valores poco sólido y coherente, así como falta de consistencia en el sistema de valores y dificultades en la consecución de objetivos a largo plazo -sociales, formativos y profesionales<sup>10</sup>. Un buen funcionamiento psicosocial se define por la capacidad de mantener al menos una relación sentimental continuada y una experiencia laboral o escolar a tiempo completo<sup>11,12,13,14</sup>. Los estudios de seguimiento indican que solo el 25,9% de las personas con diagnóstico de TLP presentan un buen funcionamiento psicosocial frente al 80% que a lo largo de su vida empeoran en este<sup>15</sup>. De ello se deduce que el TLP lleva asociado un deterioro significativo en el funcionamiento psicosocial<sup>16,13</sup>. De hecho, algunos autores observan que los síntomas clínicos de las personas con TLP remiten más fácilmente, permaneciendo más estables los rasgos patológicos de personalidad y el deficiente funcionamiento psicosocial<sup>17,18,19,20</sup>. Si bien, en nuestra práctica clínica observamos que la funcionalidad de las personas con TLP está afectada no solamente por la sintomatología, sino también por el impacto de esta en las relaciones con los demás, en el rechazo a las conductas promotoras de la salud y la tendencia a exponerse a situaciones de riesgo.

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

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

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

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

## MÉTODO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La muestra se seleccionó con los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:** Diagnóstico de OLP (Organización Límite de Personalidad según la clasificación de Otto Kernberg) o trastorno de personalidad clúster B o TP NE según el manual DSM-5-TR<sup>1</sup> con severidad funcional moderada-alta. Psicopatología comórbida estabilizada: Trastorno por uso de sustancias (TUS) activo (mínimo indispensable: abstinencia sostenida de dos meses), Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad y Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT).

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

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

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

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

## RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

**DISCUSIÓN**

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

En relación con las características sociodemográficas, la muestra del presente estudio es similar a otras muestras de TLP de estudios previos en cuanto a género, edad, estado civil y situación sociolaboral. Sin embargo, llama la atención la contradicción entre el alto nivel de formación de los participantes en el presente estudio y la realidad de que sólo el 19,2% de estos trabajan. Este resultado pone de manifiesto una discrepancia entre su capacidad real y el desempeño actual, lo que supone una dificultad añadida para el tratamiento rehabilitador. La mayor parte de los sujetos de la muestra reciben una prestación económica, que, en muchos casos, supera o alcanza el salario que obtendrían si trabajaran, lo que en algunos casos puede suponer un impedimento para su reinserción. La responsabilidad de la persona atendida en su recuperación es fundamental para mejorar su estado mental. Por lo tanto, su actitud positiva ante el tratamiento puede deteriorarse tras comprobar que se trata de un camino largo y, por lo general, agotador. Sin embargo, si la persona se vincula a una terapia enfocada en la mejora de su identidad y su funcionamiento psicosocial, con sentido para la persona atendida, los síntomas de la psicopatología límite pueden controlarse gradualmente y, finalmente, eliminarse, tal y como se ha comentado ya en la introducción<sup>2</sup>. Los resultados del presente estudio verifican la hipótesis planteada de que los participantes en el estudio, tras el tratamiento enfocado en la rehabilitación, mejoran en diversas variables clínicas consideradas clave en el TLP por diversos autores<sup>50</sup> como son: el abandono, las relaciones inestables, la identidad, la impulsividad, el suicidio, el vacío, la ira y la ideación paranoide.

La hipótesis de mejora planteada se confirma también en relación con el funcionamiento psicosocial. El presente estudio muestra cómo más de la mitad de las personas atendidas refieren mejoría significativa de su funcionalidad, el 32,4% se mantiene estable y un 10,3 % empeora en alguna variable. Este resultado positivo difiere de otros estudios que muestran que muchas personas con TLP no se benefician de los tratamientos basados en la evidencia, ya que con frecuencia no se adhieren adecuadamente a ellos<sup>25</sup>. La mala adherencia al tratamiento se traduce en un notable absentismo en las actividades y falta de compromiso en su recuperación, que comporta unos peores resultados al alta. Por tanto, los resultados del presente estudio corroboran la eficacia de combinar tratamientos basados en la evidencia para el TLP juntamente con tratamientos enfocados en la rehabilitación en distintos niveles asistenciales<sup>27</sup>. Los períodos sin síntomas y la recuperación son, con el tiempo y el tratamiento adecuado, objetivos terapéuticos alcanzables y realistas para muchas personas con un TLP<sup>2</sup>, que pueden beneficiarse del tratamiento como muestran los resultados del presente estudio. De ahí la necesidad de proseguir en nuestra labor, afinando las estrategias y técnicas terapéuticas rehabilitadoras para mejorar la eficacia de la intervención, favoreciendo la rehabilitación psicosocial y la calidad de vida. Así como también, estableciendo los criterios de selección de tratamiento, ya que como muestran numerosos estudios, el tratamiento a largo plazo es beneficioso cuando se selecciona adecuadamente el tipo de tratamiento que la persona requiere<sup>50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59</sup>.

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

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

**GRÁFICOS**

Gráfico 1: Puntuación general ICG-TLP.

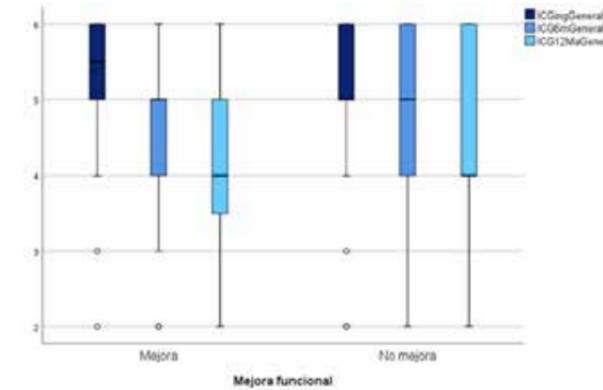


Gráfico 2: Evaluación de la mejora funcional antes del tratamiento y a los 12 meses.

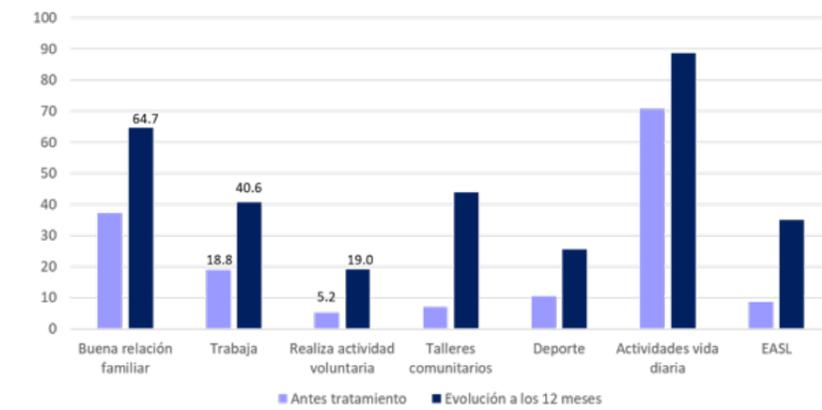
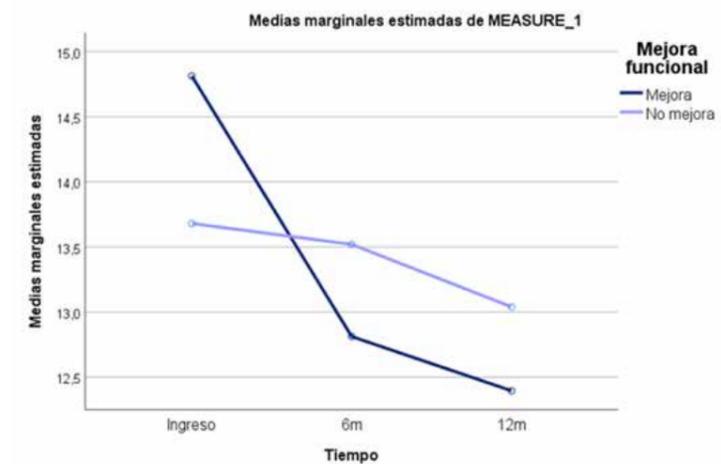


Gráfico 3: Evaluación de la mejora funcional a los 6 y a los 12 meses de tratamiento.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

# ASPECTOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

PSYCHOSOCIAL ASPECTS ASSOCIATED WITH RECOVERY IN  
BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Autores:

Irene de la Vega- Rodríguez<sup>1,2</sup>, Ana Montes-Montero<sup>1</sup>, Teresa Montalvo- Calahorra<sup>1</sup>, Sara Clemente-  
Fernández<sup>1</sup>, Marina Díaz-Marsá<sup>1</sup>, José Luis Carrasco-Perera<sup>1</sup>.

1. Unidad de Trastornos de Personalidad. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San  
Carlos. Madrid.

2. Responsable de comunicación: irenedela.vega@salud.madrid.org



## RESUMEN

**Introducción:** A pesar del estigma relativo a su curso, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tiende a evolucionar favorablemente a lo largo del tiempo. Los estudios muestran que, a largo plazo, la mayoría de los pacientes alcanzan la remisión sintomática, y un porcentaje menor consigue la recuperación, entendida como remisión sintomática unida a funcionalidad. Los factores asociados a un pronóstico favorable son aún desconocidos. Los objetivos de este estudio son calcular las tasas de remisión y recuperación a largo plazo en una muestra de pacientes españoles con TLP y estudiar los factores psicosociales asociados a la recuperación.

**Método:** Contamos con una muestra final de 90 personas con TLP con diez o más años de evolución. Se aplica una batería de pruebas diagnósticas y un cuestionario psicosocial. Se realiza un estudio descriptivo y se calculan las tasas de remisión y recuperación. Además, se lleva a cabo un estudio comparativo en variables psicosociales entre el subgrupo pacientes recuperados y no recuperados.

**Resultados:** el porcentaje de remisión es de 72,2% y el de recuperación de 46,7%. En el subgrupo de pacientes recuperados hay, con mayor frecuencia y con diferencia estadísticamente significativa: mujeres, con estudios superiores, personas casadas o que lo han estado, con pareja, que conviven con familia propia, con trabajo remunerado, sin minusvalía, con hijos y sin problemas legales.

**Conclusiones:** El TLP no tiene un curso crónico. Los tratamientos y los recursos pueden adaptarse para favorecer la recuperación del TLP a largo plazo.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, Remisión, Recuperación, Factores Psicosociales.

## ABSTRACT

**Introduction:** Despite the stigma associated with its course, Borderline Personality Disorder (BPD) tends to exhibit a favorable trajectory over time. Longitudinal studies indicate that most patients achieve symptomatic remission, and a smaller proportion attain recovery, defined as symptomatic remission accompanied by functional improvement. The factors associated with favorable outcomes remain largely unknown. The aims of this study are to estimate long-term remission and recovery rates in a cohort of Spanish patients with BPD and to identify psychosocial factors associated with recovery.

**Method:** The study included a final sample of 90 individuals with BPD and a clinical course of ten or more years. Participants underwent a diagnostic assessment battery and a psychosocial questionnaire. A descriptive analysis was performed and remission and recovery rates were calculated. Additionally, a comparative analysis of psychosocial variables was conducted between the subgroups of recovered and non-recovered patients.

**Results:** The remission rate was 72.2%, while the recovery rate reached 46.7%. Statistically significant differences were observed in the recovered subgroup, which more frequently included women, individuals with higher education levels, married or previously married individuals, those in a partnership, participants living with their immediate family, individuals with paid employment, those without disabilities, parents, and those without legal issues.

**Conclusions:** BPD does not exhibit a chronic course. Treatment approaches and resources should be tailored to support long-term recovery in individuals with BPD.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, Remission, Recovery, Psychosocial Factors.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por una inestabilidad general de la autoimagen, los afectos y las relaciones y una importante inestabilidad que comienza a principios de la edad adulta y se observa en diferentes contextos (1). El TLP se asocia a un importante deterioro funcional, especialmente en los pacientes más graves (2-4), un intenso sufrimiento psíquico (5,6) y un importante estigma entre los profesionales sanitarios, (7) los allegados y cuidadores y los propios pacientes (8).

Las personas con diagnóstico de TLP tienen con frecuencia una idea muy negativa acerca de su evolución a largo plazo, similar a la de otros pacientes con trastornos mentales graves como la esquizofrenia (9). Esta idea empeora el pronóstico y limita las posibilidades prácticas de recuperación de estas personas y su adaptación al medio (10,11). Los pacientes que consideran que no van a poder cambiar podrían implicarse menos en los tratamientos, buscar ayuda de forma poco efectiva o incurrir en problemas de autocuidado.

Cuando hablamos de evolución del TLP a lo largo del tiempo los estudios distinguen habitualmente entre dos conceptos: remisión y recuperación. La remisión se entiende como la ausencia de síntomas, e implica dejar de cumplir criterios del trastorno. La recuperación se refiere remisión sintomática unida a funcionalidad, y hace referencia a un buen desempeño laboral, ocupacional y social. Dos pueden considerarse trabajos referentes en el campo de la evolución a largo plazo del TLP. Uno es el McLean Study of Adult Development (MSAD)(10) que cuenta con 290 pacientes con TLP y un grupo control de 72 pacientes con otros trastornos de personalidad. Según el MSAD, 99% de los pacientes alcanzan la remisión tras 16 años de seguimiento y entre 50 y 60% se recuperan entre los 16 y los 20 años de evolución (11-13). El otro es el Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS), con 175 pacientes con TLP que son seguidos anualmente. Encuentran que, a los 10 años de seguimiento, 85% de los pacientes alcanzan remisión mantenida y el 21 % alcanza una funcionalidad óptima, si bien estos autores manejan criterios más exigentes de recuperación. (14,15).

Es decir, la evolución del TLP, especialmente en cuanto a sintomatología, es favorable, pero aún queda mucho por hacer y entender en cuanto a la recuperación funcional. Esta brecha entre remisión y recuperación (16) puede deberse a aspectos relacionados con el tratamiento a largo plazo, factores psicosociales, estigma u otros elementos no estudiados. Los objetivos de este trabajo son calcular las tasas de remisión y recuperación del TLP a largo plazo en una muestra española e identificar los factores psicosociales asociados a la recuperación. La identificación de factores asociados al pronóstico puede ayudar a comprender los facilitadores de la evolución y adaptar las intervenciones y tratamientos que ofrecemos a estas personas, desde un modelo centrado en sus necesidades y apoyado en datos.

## MÉTODO

### Participantes

Contamos con una muestra inicial de 156 personas con diagnóstico de TLP que habían sido atendidas en la Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid entre los años 2005 y 2011. De estos 156 pacientes iniciales, 21 han fallecido, 30 no son localizados para la evaluación de seguimiento y 15 rehúsan participar en el estudio. La muestra final está formada por 90 personas, sobre las que se realizan todos los análisis del presente estudio.

### Procedimiento

Los pacientes se localizan de forma retrospectiva, por vía telefónica y son informados de las características de la investigación que se va a llevar a cabo, aceptando su participación por ese medio. La evaluación consiste en una entrevista telefónica en la que se aplican las pruebas descritas en el apartado "Instrumentos de evaluación". Todas las entrevistas son realizadas por la misma persona, facultativa especialista en psicología clínica, en una sola sesión, sin que se realicen seguimientos posteriores.

### Instrumentos de evaluación

1. Cuestionario sociodemográfico. Ad hoc y heteroaplicado, recoge las siguientes variables psicosociales: Fecha nacimiento, Género, Edad actual, Nivel educativo, Estado civil, Tipo de convivencia, Ocupación, Incapacidad Legal, Minusvalía, Pareja, Número de hijos, Problemas legales.
2. Entrevista Diagnóstica Revisada para Trastorno Límite, (Revised Diagnostic Interview for Borderlines, DIB-R) (17) en su versión española (18). El DIB-R es una entrevista semiestructurada que evalúa la presencia y gravedad del TLP en los últimos dos años. El punto de corte para el diagnóstico en la versión española se establece en 6, siendo las puntuaciones totales iguales o mayores de seis indicadoras de TLP(18).
3. Global Assessment of Functioning (GAF) o Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (19) extraída del DSM-IV-TR (20) permite al profesional medir el nivel de funcionamiento general a nivel individual, incluyendo el funcionamiento psicológico, social y ocupacional académico, en un rango de 1 a 100. Está basada en un continuo entre salud y enfermedad mental y está dividida en 100 puntos, representando 100 el máximo nivel de funcionamiento y 1 el mínimo nivel de funcionamiento. Constituye el eje V de la evaluación multiaxial en el DSM-IV. Se evalúa por medio de entrevista clínica heteroaplicada, y su puntuación se divide en rangos de 10 puntos de menor a mayor.

### Análisis estadístico

Se lleva a cabo un análisis descriptivo de todas las variables de la muestra total. En aras de la uniformidad de los datos, algunas variables se categorizan. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media y desviación estándar (DE). Aquellas variables que no siguen una distribución normal se presentan con mediana y rango intercuartílico (RIQ). También se calcula el tiempo de evolución de cada paciente, según el tiempo transcurrido desde su evaluación y estancia en la UTP y la evaluación de seguimiento realizada para esta investigación.

Se hallan las tasas de remisión y recuperación para la muestra total. Tomando como base la literatura(10) se operativiza como remisión una puntuación total menor de 6 en la prueba diagnóstica DIB-R y como recuperación una puntuación menor de 6 en la prueba diagnóstica DIB-R junto con una puntuación mayor de 60 en la escala GAF de funcionalidad.

La muestra total es dividida en dos grupos según la evolución (recuperados / no recuperados). Se utiliza una prueba Chi Cuadrado para comparar a los grupos divididos según evolución en las variables cualitativas. Cuando las frecuencias teóricas incluyen frecuencias que son inferiores a 5, o cuando las sumas marginales del conjunto de datos (sumas por fila o por columna) son muy desiguales, se aplica la prueba exacta de Fisher. Algunas variables cualitativas con varias categorías

se agrupan en dos atendiendo a criterios clínicos y estadísticos. La comparación de las variables cuantitativas entre los dos subgrupos de estudio se realiza mediante la prueba t de Student para las variables simétricas y se aplica el test U de Mann-Whitney en el caso de una distribución no normal.

En todos los contrastes de hipótesis se ha rechazado la hipótesis nula con un error de tipo I o error  $\alpha$  menor a 0,05. Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15.0 y STATA 12

## RESULTADOS

La muestra está formada por 64 mujeres, 25 hombres y una persona autodefinida como no binaria. La media de edad en el momento de la evaluación de seguimiento es de 41,42 años, con una desviación típica de 7,10 y un rango entre 30,14 y 62,77 años. El tiempo de evolución medio, es decir, el tiempo transcurrido entre la evaluación inicial y la evaluación de seguimiento realizada para la presente investigación es de 12,16 años, con una DE de 2,102 años, y un rango de 10 a 16 años. El resto de las variables psicosociales se muestran en la tabla 1.

La mediana de la puntuación total para la muestra total en la escala DIB R fue de 3, con un RIQ 1-7 (Tabla 2). La media de la puntuación GAF de la muestra total en la evaluación de seguimiento fue de 59,11, con una DE 14, 178. (Tabla 3)

La remisión, definida como una puntuación total menor de 6 en la prueba DIB-R de sintomatología es alcanzada por 65 de los 90 pacientes de la muestra, lo que supone un porcentaje de remisión de 72,2 %. Mantienen el diagnóstico de TLP, es decir, obtienen una puntuación total de 6 o más en la escala DIB- R 25 pacientes, 27,8% de la muestra (Figura 1).

De los 90 pacientes, 42 pacientes, 46,7%, entran en la categoría recuperados, y 48 pacientes, 53,3 %, entran en la categoría no recuperados. Por tanto, la tasa de recuperación alcanzada por los pacientes del estudio a largo plazo se sitúa en el 46,7 % (Figura 2).

La tabla 4 recoge los resultados del análisis comparativo entre el grupo de pacientes recuperados y no recuperados en las variables psicosociales cualitativas. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las variables género, nivel educativo, estado civil, tipo de convivencia, ocupación, minusvalía, pareja, hijos y problemas legales.

Los grupos también mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable cuantitativa edad actual ( $p=0,032$ ). Los recuperados tuvieron de media 39,716 años con una DE de 7,697. La edad de los no recuperados era ligeramente superior: 42, 914 con una DE de 6,252.

## DISCUSIÓN

Según los resultados, se obtiene un porcentaje de remisión de 72,2%, mientras que 27,8 % sigue manteniendo el diagnóstico de TLP a largo plazo. La tasa de recuperación es de 46,7 %. Estos datos son congruentes con los encontrados en otras muestras clínicas a lo largo del mundo, a pesar de que las distintas metodologías y contextos dificultan la comparación directa (13,14,16,21,22).

Basándonos en estos resultados, se puede afirmar que la mayoría de los pacientes diagnosticados de TLP remitirán y dejarán de cumplir criterios del trastorno a largo plazo, si bien algo menos de la mitad de los pacientes continuará sin ningún déficit funcional. Ofrecer información sobre el curso del TLP puede ser una forma de reducir el estigma (23) y fomentar la alianza terapéutica, una herramienta imprescindible en pacientes cargados de desesperanza y con larga historia de fracasos terapéuticos. Pero los datos nos dicen también que, si queremos desarrollar tratamientos exitosos, debemos incidir en la brecha entre remisión y recuperación (16), y el estudio y abordaje de los factores psicosociales puede ser un camino.

En la comparación entre las variables psicosociales incluidas en el presente estudio se observa que, en el subgrupo de pacientes recuperados hay, con mayor frecuencia y con diferencia estadísticamente significativa: mujeres, con estudios superiores, personas casadas o que lo han estado, con pareja, que conviven con familia propia, con trabajo remunerado, sin minusvalía, con hijos y sin problemas legales.

En esta muestra, por tanto, ser mujer, frente a ser hombre, está asociado a recuperación. Las diferencias entre sexos en general han sido poco estudiadas en TLP y especialmente en lo que se refiere al pronóstico (24). Algunos de los estudios revisados encuentran, contrariamente a los resultados aquí obtenidos, una menor funcionalidad a largo plazo en mujeres (25) y otros encuentran que el sexo no tiene impacto en el curso del trastorno(26). Se sabe que los hombres pueden tener mayor gravedad general en la psicopatología (27) o mayor frecuencia de rasgos antisociales que compliquen el pronóstico (28) por lo que los tratamientos tendrán que tener en cuenta estas diferencias sutiles, pero significativas, en el género.

El resto de los factores psicosociales estudiados encajan con la idea de buen pronóstico, y pueden considerarse de naturaleza bidireccional, es decir, pueden ser causa y también consecuencia de la recuperación. Por ejemplo, en esta muestra, tener estudios superiores se asocia a recuperación. Los estudios universitarios pueden considerarse también una medida indirecta de inteligencia. Las personas recuperadas podrían tener más facilidad o acceso a formación, pero la inteligencia podría actuar también facilitando la adaptación funcional en los pacientes con TLP en el curso de su vida. Hay datos que relacionan un mayor CI con la recuperación en el TLP, pero no con la mera remisión sintomática (10,13).

Otro factor asociado al buen pronóstico es haber estado casado o tener pareja, algo mucho más frecuente en los pacientes recuperados que en los no recuperados. Se sabe que muchos pacientes con TLP dejan de tener problemas interpersonales a largo plazo a costa de evitar la intimidad conflictiva, es decir, aislarse (29). Este podría ser el caso de pacientes cuyo síntoma ha remitido, pero no son del todo funcionales en lo relacional, simplemente han adaptado su vida a su sintoma-

tología. Tener una pareja estable está relacionado con menor impulsividad y mejores niveles de funcionamiento en TLP. La exposición a una relación íntima, como un matrimonio exitoso, mejora el curso del trastorno, es decir, es causa y no solo consecuencia de una evolución favorable. En este sentido, se afirma que todo aquello que fomente el establecimiento de relaciones significativas, por ejemplo, una terapia de pareja puede influir favorablemente.(30) La buena psicoterapia podría concebirse como una relación íntima exitosa, una experiencia interpersonal significativa, y esta parte relacional puede tener su influencia en el curso; también las intervenciones de rehabilitación psicosocial inciden en este aspecto.Otro apoyo más a esta idea se obtiene de los resultados de la comparación: tener hijos y convivir con ellos es más frecuente en personas recuperadas del TLP. El apoyo social, con lo que implica de cuidado, apoyo y compañía, emerge como un factor relacionado con el pronóstico favorable en el TLP.

Las personas recuperadas además tienen, en mayor medida, un trabajo remunerado y en menor medida una minusvalía. El empleo proporciona contacto social más allá de la familia y un sentido de valor personal. En las personas con TLP, además de suponer una mejora en el nivel económico, el empleo puede ser beneficioso en la formación de la identidad y en proporcionar un entorno social emocionalmente menos cargado que el familiar (31). Algunos autores encuentran que incluir específicamente una rehabilitación vocacional y laboral en el tratamiento de las personas con TLP mejora significativamente los resultados del tratamiento (32).

Por otro lado, los pacientes no recuperados tienen en mayor proporción problemas legales, algo que puede relacionarse con la sintomatología externalizante, los conflictos interpersonales, la comorbilidad o los problemas laborales. La victimización también es frecuente en personas con TLP: una proporción significativamente elevada de personas con TLP de ambos sexos refieren sufrir violencia y agresiones en su etapa adulta. Las personas con TLP pueden tener creencias relacionadas con que nadie estará emocionalmente disponible para ayudarles o que se merecen el daño por parte de otras personas. Estas creencias disminuyen conductas de autocuidado como la búsqueda de ayuda o poner fin a relaciones abusivas, y pueden estar en la base de la victimización que siguen experimentando en la etapa adulta (13).

También se han encontrado diferencias significativas respecto a la edad al comparar los grupos de pacientes recuperados y no recuperados. Los pacientes recuperados son tres años de media más jóvenes que los no recuperados (39,7 vs. 42.9) y esta diferencia resulta estadísticamente significativa. Diversos datos apuntan a que una edad más joven en el momento del diagnóstico se correlaciona con un mejor pronóstico clínico y una remisión en la sintomatología (33,34). El grupo de Zanarini (26) identificó una edad menor de 25 años en el momento del tratamiento como un factor predictor de recuperación.

En resumen, el pronóstico del TLP es globalmente favorable a largo plazo, pero existe una necesidad inminente de programar y desarrollar intervenciones que supongan una mejora en la capacidad funcional de estas personas. Basándonos en datos, las intervenciones tendrían que poder realizarse de forma temprana, favorecer la formación académica, e incidir en el empleo y en lo relacional, proporcionando redes de apoyo eficaces. Además, serían útiles mecanismos de protección social y legal para las personas con TLP, a menudo inmersas en procesos judiciales que empeoran su pronóstico. Ofrecer información veraz sobre el curso, y formar a los profesionales al respecto, también se dibuja como una intervención útil. Por último, conviene atender a la peculiar presentación clínica de los varones con TLP, cuya psicopatología puede camuflarse y ensombrecer el pronóstico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
- Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. CHARACTERISTICS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN A COMMUNITY SAMPLE: COMORBIDITY, TREATMENT UTILIZATION, AND GENERAL FUNCTIONING. J Personal Disord. octubre de 2014;28(5):734-50.
- Grant BF, Kaplan K, Shepard J, Moore T. Source and Accuracy Statement for Wave 1 of the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. [Internet]. National Inst. on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD; 2003 [citado 22 de abril de 2023]. Report No.: PB2008109529. Disponible en: <https://ntrl.ntis.gov/NTRL/dashboard/searchResults/titleDetail/PB2008109529.xhtml>
- Javaras KN, Zanarini MC, Hudson JL, Greenfield SF, Gunderson JG. Functional Outcomes in Community-Based Adults with Borderline Personality Disorder. J Psychiatr Res. junio de 2017;89:105-14.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. J Psychother Pract Res. 1994;3(1):25-36.
- Moltu C, Kverme B, Veseth M, Natvik E. How people diagnosed with borderline personality disorder experience relationships to oneself and to others. A qualitative in-depth study. Int J Qual Stud Health Well-Being. 18(1):2152220.
- Treloar AJC. Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder. Psychiatr Serv Wash DC. agosto de 2009;60(8):1128-31.
- Gunderson JG, Links PS. Trastorno límite de la personalidad: guía clínica. Aula Médica; 2009. 382 p.
- Palomer E, Caparrós B. Estudio Cualitativo del proceso de recuperación de personas diagnosticadas de trastorno mental grave, atendidas en los servicios de rehabilitación. Rehabil Psicosoc. junio de 2019;15(1):22-9.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. J Personal Disord. octubre de 2005;19(5):505-23.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. Acta Psychiatr Scand. agosto de 2010;122(2):103-9.
- Zanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. Psychiatry Res. abril de 2018;262:40-5.
- Zanarini MC. In the Fullness of Time: Recovery from Borderline Personality Disorder. 2018. 230 p.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. Arch Gen Psychiatry. agosto de 2011;68(8):827-37.
- Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LC, Stout RL, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. J Personal Disord. 2000;14(4):300-15.
- Soloff PH. Bridging the Gap Between Remission and Recovery in BPD: Qualitative Versus Quantitative Perspectives. J Personal Disord. 20 de febrero de 2019;1-20.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. J Personal Disord. marzo de 1989;3(1):10-8.
- Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez E, et al. [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)]. Actas Esp Psiquiatr. octubre de 2004;32(5):293-8.
- Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. Psychosomatics. junio de 1995;36(3):267-75.
- Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Pub; 2000. 984 p.
- Álvarez-Tomás I. The Long-Term Clinical and Functional Course of Borderline Personality Disorder. Evolución clínica y funcional del trastorno límite de personalidad a largo plazo [Internet] [Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2020 [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/670024>
- Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2001;42(6):482-7.
- Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. julio de 2015;60(7):303-8.
- Qian X, Townsend ML, Tan WJ, Grenyer BFS. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. PloS One. 2022;17(12):e0279015.
- Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. Eur Psychiatry. 2019;56(1):75-83.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. mayo de 2006;163(5):827-32.
- Busch AJ, Balsis S, Morey LC, Oltmanns TF. Gender Differences in Borderline Personality Disorder Features in an Epidemiological Sample of Adults Age 55-64: Self Versus Informant Report. J Personal Disord. junio de 2016;30(3):419-32.
- Stone MH. Long-Term Course of Borderline Personality Disorder. Psychodyn Psychiatry. 2016;44(3):449-74.
- Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry. 2002;10(6):315-23.
- Links PS, Heslegrave RJ. Prospective studies of outcome. Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am. marzo de 2000;23(1):137-50.
- Cruitt PJ, Oltmanns TF. Unemployment and the Relationship between Borderline Personality Pathology and Health. J Res Personal. octubre de 2019;82:103863.
- Comtois KA, Kerbrat AH, Atkins DC, Harned MS, Elwood L. Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. Psychiatr Serv Wash DC. noviembre de 2010;61(11):1106-11.
- Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. Eur Psychiatry. 2019;56(1):75-83.
- Balaratnasingam S, Janca A. Recovery in borderline personality disorder: time for optimism and focussed treatment strategies. Curr Opin Psychiatry. enero de 2020;33(1):57-61.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Nivel educativo</b>		
- Sin estudios	4	4,4
- Básicos / obligatorios	22	24,4
- Medios	41	45,6
- Superiores	23	25,6
<b>Estado civil</b>		
- Nunca casado	60	66,7
- Casado	17	18,9
- Separado/divorciado	13	14,4
<b>Pareja</b>		
- Con pareja actual	41	45,6
- Sin pareja actual	49	54,4
<b>Hijos (n = 88)</b>		
- No tiene hijos	60	66,7
- Tiene hijos	28	31,1
<b>Tipo de convivencia</b>		
- Esposo/a	9	10,0
- Pareja	26	28,9
- Hijos	19	21,1
- Familia origen	21	23,3
- Otros familiares	3	3,3
- Amigos /compañeros piso	3	3,3
- Solo	20	22,2
- Institución	4	4,4
<b>Ocupación</b>		
- Trabajo remunerado	39	43,3
- Estudiante	6	6,7
- Cobrando paro o ERTE	5	5,6
- Incapacidad temporal	7	7,8
- Incapacidad permanente	20	22,2
- Otros	13	14,4
<b>Incapacidad legal (n= 87)</b>		
- Incapacitado	8	8,9
- No incapacitado	79	87,9
<b>Minusvalía</b>		
- Reconocida	54	60,0
- No reconocida	36	40,0
<b>Problemas legales (n=89)</b>		
- Si	17	18,9
- No	12	80,0

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la puntuación total en la escala DIB-R.

		Puntuación Total
N		90
Media		3,87
Mediana		3,00
Desviación estándar (DE)		3,47
Mínimo		0
Máximo		10
Percentiles	25	1,00
	50	3,00
	75	7,00

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de la escala GAF en la evaluación de seguimiento.

		GAF evaluación de seguimiento
N		90
Media		59,11
Mediana		59,00
Desviación estándar (DE)		14,178
Mínimo		22
Máximo		85
Percentiles	25	50,00
	50	59,00
	75	71,00

Figura 1 Porcentaje de remisión del TLP.

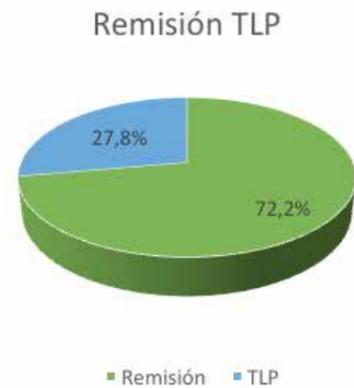


Figura 2 Porcentaje de recuperación del TLP.



Tabla 4. Comparación en variables sociodemográficas. Resultados de la prueba Chi Cuadrado.

	Recuperados (n=42)		No recuperados (n=48)		p valor
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
<b>Género</b>					
Frec. (%)	34 (81,0)	7 (16,7)	30 (62,5)	18 (37,5)	<b>0,033</b>
<b>Nivel educativo</b>	Estudios superiores	Otros	Estudios superiores	Otros	
Frec. (%)	17 (40,5)	25 (59,5)	6 (12,5)	42 (87,5)	<b>0,002</b>
<b>Estado civil</b>	Casado	Nunca casado	Casado	Nunca casado	
Frec. (%)	20 (47,6)	22 (52,4)	10 (20,28)	38 (79,2)	<b>0,007</b>
<b>Tipo convivencia</b>	Familia propia	Otros	Familia Propia	Otros	
Frec. (%)	13 (31,0)	29 (69,0)	6 (12,8)	42 (87,5)	<b>0,031</b>
<b>Ocupación</b>	Trabajo remunerado	Otras	Trabajo remunerado	Otras	
Frec. (%)	32 (76,2)	10 (23,8)	7 (14,6)	41 (85,4)	<b>0,000</b>
<b>Incapacidad</b>	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	1 (2,4)	40 (97,6)	7 (15,8)	39 (84,8)	<b>0,061</b>
<b>Minusvalía</b>	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	17 (40,5)	25 (59,5)	37 (77,1)	11 (22,9)	<b>0,000</b>
<b>Pareja</b>	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	26 (61,9)	16 (38,1)	15 (31,3)	33 (68,8)	<b>0,004</b>
<b>Hijos</b>	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	19 (43,3)	22 (53,7)	9 (19,1)	38 (80,9)	<b>0,006</b>
<b>Problemas legales</b>	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	3 (7,1)	39 (92,9)	14 (29,8)	33 (70,2)	<b>0,007</b>

# NUEVAS ALTERNATIVAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS DE LARGA EVOLUCIÓN

NEW PSYCHOTHERAPEUTIC ALTERNATIVES FOR PATIENTS  
WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND LONG-TERM  
SYMPTOMS

Autores:

María Pérez-Arqueros<sup>1,2</sup>, Elisabet Casellas-Pujol<sup>1,2,3</sup>, Joaquim Soler<sup>1,2,3,\*</sup>, Daniela Otero<sup>1,2</sup>, Carlos Schmidt<sup>1</sup>, Daniel Vega<sup>4</sup>, Juan Carlos Pascual<sup>1,2,3</sup>.

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Institut d'Investigació Biomèdica- Sant Pau (IIB-SANT PAU), Barcelona (Spain).

<sup>2</sup>Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona (Spain).

<sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Instituto de Salud Carlos III (Spain).

<sup>4</sup> Department of Psychiatry, Hospital Universitari d'Igualada (Consorci Sanitari de l'Anoia), Fundació Sanitària d'Igualada, Barcelona (Spain)

\*Corresponding author: Joaquim Soler. Department of Psychiatry, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Av. Sant Antoni M<sup>a</sup> Claret 167, 08025 Barcelona. Spain. Tel.: +34 93 553 78 40. Fax: +34 93 553 78 42. E-mail: jsolerri@santpau.cat.



## RESUMEN

Aunque los estudios de seguimiento a largo plazo señalan que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tiende a remitir con el tiempo, una parte considerable de los pacientes mantiene síntomas de larga evolución y dificultades funcionales. Actualmente existen intervenciones psicoterapéuticas que han demostrado su eficacia en mejorar algunos síntomas claves del trastorno, pero se necesitan nuevas estrategias que, más allá de la reducción sintomática, aborden otras dimensiones como la recuperación completa, el bienestar y la plenitud a largo plazo. En este sentido, están emergiendo abordajes innovadores que integran estrategias de la psicología positiva, las terapias contextuales y el entrenamiento en autocompasión para promover el bienestar y plenitud en pacientes con síntomas persistentes. Otra línea terapéutica prometedora es la psicoterapia asistida con psicofármacos como la psilocibina, MDMA, ayahuasca u oxitocina intranasal, que ha mostrado resultados satisfactorios en otros trastornos mejorando la regulación emocional, la cognición social y las relaciones interpersonales. Estas estrategias podrían complementar las intervenciones estándar, abordando aspectos clave del TLP de larga evolución como la autoinvalidación y los sentimientos crónicos de vacío. Sin embargo, se necesitan estudios adicionales para validar su eficacia y definir su papel en esta población clínica.

**Palabras Claves:** Trastorno Límite de Personalidad; Síntomas de larga duración; Psicoterapia; Autocompasión; Oxitocina; Psicodélicos.

## ABSTRACT

Although long-term follow-up studies indicate that Borderline Personality Disorder (BPD) tends to remit over time, a considerable proportion of patients experience long-lasting symptoms and functional difficulties. Current psychotherapeutic interventions have demonstrated effectiveness in alleviating some core symptoms of the disorder; however, additional strategies are needed that, beyond symptom reductions, to address broader dimensions such as full recovery, well-being, and long-term fulfillment. Innovative approaches are emerging that integrate strategies of positive psychology, contextual therapies, and self-compassion training to enhance well-being and promote a sense of wholeness in patients with long-lasting symptoms. Another promising line is psychotherapy assisted by psychopharmacological agents, including psilocybin, MDMA, ayahuasca, or intranasal oxytocin, which have shown promising outcomes in other disorders by improving emotional regulation, social cognition, and interpersonal relationships. These approaches could complement standard interventions by addressing key aspects of long-term BPD, such as self-invalidation and chronic feelings of emptiness. However, further research is needed to validate their efficacy and define their role in this clinical population.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder; Long-lasting symptoms; Psychotherapy; Self-Compassion; Oxytocin; Psychedelics.

## 1. Introducción General al Trastorno Límite de la Personalidad

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno mental grave caracterizado por una marcada inestabilidad en las emociones, la autoimagen y las relaciones interpersonales. Además, las conductas impulsivas como el consumo de tóxicos, las conductas de riesgo, la hostilidad y, especialmente, las autolesiones e intentos de suicidio repetidos forman parte de forma intrínseca de este trastorno y contribuyen a la complejidad de su manejo en la práctica clínica<sup>1,2</sup>. En este sentido, la presentación clínica del TLP puede ser muy heterogénea y variar notablemente a lo largo de la vida por lo que dos individuos pueden parecerse muy poco clínicamente en una primera exploración<sup>2,3</sup>. El TLP es un trastorno frecuente, su prevalencia a lo largo de la vida se estima en un 2.7% en muestras comunitarias, incrementándose notablemente en contextos clínicos ambulatorios y en hospitalización, hasta un 11.8% y 22.4% respectivamente<sup>2,4</sup>. Además, aproximadamente el 85% de las personas con TLP presentan comorbilidades psiquiátricas con otros trastornos como los trastornos de ansiedad, afectivos, por consumo de sustancias o trastornos de la conducta alimentaria<sup>2,3</sup>. La idiosincrasia del trastorno, su elevada comorbilidad y la gravedad de sus síntomas dificultan notablemente el manejo clínico y generan desafíos para los investigadores y personal sanitario<sup>2,3,5</sup>.

## 2. Evolución a largo plazo del Trastorno Límite de la Personalidad

El TLP fue considerado históricamente un trastorno de difícil manejo e incluso crónico e intratable con mal pronóstico<sup>6</sup>. Esta percepción ha comenzado a cambiar gracias a nuevos estudios longitudinales que aportan datos más alentadores sobre su evolución clínica.

Estudios longitudinales a largo plazo como el “McLean Study of Adult Development” (MSAD) o el “Collaborative Longitudinal Personality Study” (CLPS), han demostrado que casi el 80% de los pacientes con TLP alcanzan una remisión clínica estable, con bajas tasas de recurrencia y un bajo riesgo de suicidio consumado (4%)<sup>7,8</sup>.

Sin embargo, otros datos son más desalentadores; por ejemplo, en un estudio de seguimiento de 27 años, aproximadamente el 10% de los pacientes fallecieron por suicidio<sup>9</sup>.

Un reciente metaanálisis que analizó estudios de seguimiento con un periodo mínimo de cinco años, incluyó 11 investigaciones con más de 800 participantes provenientes de nueve países diferentes. Este metaanálisis señala que entre el 50 % y el 70 % de los pacientes con TLP logran una remisión clínica a largo plazo, definida como la ausencia de los criterios diagnósticos durante los últimos dos años<sup>10</sup>. En población española también se ha observado esta evolución favorable en cuanto a la remisión clínica<sup>11</sup>. Estos hallazgos permiten sospechar una evolución diferencial de los síntomas del TLP: mientras que los síntomas más agudos, como las autolesiones y las conductas impulsivas —incluyendo el consumo de tóxicos o las conductas de riesgo—, tienden a resolverse con mayor rapidez; los síntomas asociados a la emocionalidad negativa (como la inestabilidad afectiva y los sentimientos crónicos de vacío) parecen más persistentes y asociarse a un impacto significativo en el funcionamiento psicosocial<sup>12</sup>. Los mecanismos que podrían explicar estas mejoras incluyen procesos de maduración, aprendizaje social y la evitación de relaciones conflictivas<sup>12</sup>.

A diferencia de las altas tasas de remisión que reflejan los estudios longitudinales a largo plazo, la recuperación completa (es decir, conseguir la funcionalidad total del paciente) parece poco frecuente. Sólo el 39% de los pacientes consiguen a largo plazo ambos objetivos —la remisión clínica y recuperación funcional con buen funcionamiento social, laboral o personal<sup>2,10,13</sup>. Por lo que parecería que la mera remisión sintomática no es predictor suficiente de recuperación funcional y que mejorar los síntomas del trastorno no garantiza mejorar el impacto que éste tiene en la vida de los pacientes<sup>13</sup>. Por lo tanto, este elevado impacto funcional pone de manifiesto la necesidad de explorar enfoques terapéuticos que consideren fundamentalmente los aspectos psicosociales y de funcionalidad del trastorno, más allá de aspirar a la mera mejoría clínica.

Los estudios también muestran diferencias significativas entre pacientes que logran una recuperación funcional y aquellos con trayectorias menos positivas. Mientras que algunos pacientes consiguen desarrollar habilidades para mejorar su funcionalidad en la vida diaria, otros persisten en sus dificultades a nivel de adaptación familiar, laboral o con marcado aislamiento social<sup>10</sup>. Un estudio de seguimiento a 10 años en una muestra de pacientes con TLP en población española reveló que más de la mitad de los pacientes dejaron de cumplir con los criterios diagnósticos, mostrando mejoras en los síntomas principales<sup>11</sup>. Sin embargo, la comorbilidad con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad u otros trastornos de personalidad como el trastorno evitativo o el obsesivo-compulsivo, se mantuvieron presentes de forma frecuente. A pesar de la mejoría clínica y la reducción en las puntuaciones de rasgos como el neuroticismo y la impulsividad, las dificultades en el ámbito social y laboral persistieron. A los 10 años de seguimiento, sólo el 42% de la muestra tenía un trabajo estable, el 45% necesitaba algún tipo de apoyo social y el 25% tenía concedida una pensión por discapacidad permanente. Estos datos se suman a la evidencia de que las mejorías clínicas no siempre se traducen en una recuperación funcional completa<sup>11</sup>.

## 3. Pacientes con síntomas de larga evolución

Los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia del TLP en la comunidad del 2.7%, que aumenta en el periodo de la adolescencia al 3% pero disminuye drásticamente a partir de los 40 años al 0.4%<sup>3</sup>. Estos datos podrían sugerir, de forma errónea, que el TLP tiende a “desaparecer” a medida que el paciente envejece. Sin embargo, tal y como sugieren los estudios de seguimiento a largo plazo, existe una subpoblación de pacientes con síntomas persistentes que impactan notablemente en su funcionamiento psicosocial<sup>10,11</sup>. Además, en los últimos 20 años esta población de mayor edad ha ido incrementando las demandas de atención en Salud Mental y actualmente el 16% de los pacientes que solicitan atención en programas específicos para el TLP en nuestro país tienen más de 40 años<sup>14</sup>. Esta subpoblación con síntomas de larga evolución presenta algunas características clínicas diferenciales respecto a los más jóvenes. Aunque presentan una menor severidad clínica global y menor impulsividad, persiste con mayor frecuencia emocionalidad negativa intensa, quejas somáticas, rabia, sentimientos crónicos de vacío y comorbilidad con trastornos afectivos. Las relaciones interpersonales y la adaptación social y laboral están más afectadas con mayor aislamiento, enfrentándose con barreras importantes para reintegrarse plenamente a la sociedad<sup>14,15</sup>.

Algunos estudios han explorado las experiencias de individuos con TLP que presentan diferentes niveles de funcionamiento. Los pacientes con un funcionamiento óptimo lograron mejoras en su salud mental, calidad de vida y desempeño social y laboral. Reportaron relaciones interpersonales estables, capacidad para disfrutar de actividades vocacionales y un mejor manejo de las crisis. En cambio, los pacientes con un mal funcionamiento continuaron presentando relaciones inestables, aislamiento social, dificultades laborales y frecuentes crisis, con escasa estabilidad en sus vidas<sup>16</sup>. Aunque los síntomas tienden a remitir con el tiempo y las recaídas son poco comunes, la persistencia de dificultades psicosociales, acentúan el valor de intervenir en áreas como las relaciones interpersonales y la integración laboral<sup>17</sup>.

Esta persistencia de la sintomatología también tiene como consecuencia un mayor uso de psicofármacos a pesar de presentar una menor gravedad total y una menor impulsividad. Específicamente, los pacientes mayores de 40 años con síntomas persistentes toman un mayor número de fármacos y el 60% requieren polimedicación (>3 clases de fármacos). El 80% de esta subpoblación toman antidepresivos y más del 60% toman benzodiacepinas como tratamiento de la clínica ansiosa-depresiva<sup>14</sup>. Es posible que este elevado uso del tratamiento farmacológico sea por la elevada comorbilidad con trastornos ansiosos y afectivos y por la

persistencia de la desregulación emocional. Sin embargo, también podría reflejar de manera indirecta la incapacidad de los servicios de salud mental para prevenir la cronicidad y el deterioro en esta población, o bien la falta de programas psicoterapéuticos específicos dirigidos a pacientes con clínica crónica<sup>14</sup>.

#### 4. Alternativas terapéuticas para los pacientes con síntomas persistentes

En todas las guías clínicas se recomienda la psicoterapia como la primera opción terapéutica para el TLP<sup>2,3,18</sup>. Sin embargo, un meta-análisis reciente señala que su eficacia en el TLP, en cuanto a tasa de respuesta (reducción de al menos el 50% de los síntomas), es baja comparada con otros trastornos, señalando la necesidad de nuevas intervenciones más eficaces para aquellos pacientes que no responden a una primera línea de tratamiento<sup>19</sup>. De entre las diferentes opciones que han demostrado su eficacia, destacan la Terapia Dialéctica-Conductual (TDC; DBT por sus siglas en inglés) desarrollada por Linehan<sup>20</sup>, la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) de Bateman y Fonagy<sup>21</sup> y, en menor medida, la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP) y la Terapia de Esquemas<sup>2,3,18</sup>. Las dos terapias estructuradas con mayor nivel de evidencia son la TDC y la TBM y ambas han demostrado su efecto sobre diferentes áreas disfuncionales nucleares del TLP, la clínica depresiva y el funcionamiento psicosocial<sup>2,3,18</sup>.

La TBM es una psicoterapia estructurada que combina terapia individual y psicoterapia grupal. Se centra principalmente en el tratamiento de la conducta autolesiva, el procesamiento emocional y la inestabilidad en las relaciones interpersonales. Su objetivo principal es mejorar la capacidad de mentalización y el aprendizaje social<sup>21</sup>. En las fases iniciales se incluyen estrategias generales para estabilizar las conductas de riesgo y la impulsividad, estrategias para regular la ansiedad y fomentar la mentalización básica especialmente enfocada en las relaciones interpersonales para permitir la exploración de perspectivas alternativas y en el rechazo social. La fase final se centra principalmente en las experiencias del final de la terapia, como miedo al abandono y al rechazo, generalización de la mentalización para mantener el autocuidado y las estrategias sociales. Los ensayos clínicos que demuestran su eficacia señalan especialmente la mejora en la conducta suicida y en las autolesiones comparado con el tratamiento habitual. Sin embargo, no existen claras evidencias de su posible eficacia en pacientes con clínica cronicada y de larga evolución donde la conducta autolesiva es menos frecuente y predomina más la clínica afectiva y la incapacidad para sentir plenitud y bienestar.

La TDC<sup>20</sup> es la terapia con mayor nivel de evidencia y la que ha sido más estudiada con múltiples ensayos clínicos controlados y metaanálisis que apoyan su eficacia<sup>2,3,18</sup>. Se trata de una intervención estructurada que integra los principios cognitivos-conductuales, entrenamiento en mindfulness y estrategias dialécticas. Los objetivos terapéuticos de la TDC están jerarquizados en cuatro estadios en función de la severidad clínica de los pacientes. El Estadio I tiene como objetivo fundamental reducir las conductas que amenazan la vida de los pacientes, como las autolesiones y conductas parasuicidas, el consumo de sustancias tóxicas o los trastornos alimentarios graves. Además, busca disminuir las conductas que interfieren en la terapia y estabilizar a los pacientes mediante la adquisición de control sobre las conductas más disfuncionales. El Estadio II se describe como “la etapa de la desesperación tranquila” y en esta etapa el objetivo es ayudar a regular plenamente las emociones. Los síntomas relacionados con el trauma o la comorbilidad con el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) también se abordan en esta etapa. El objetivo del Estadio III es mejorar las habilidades de resolución de problemas de la vida diaria, fomentar la autoestima y mejorar la calidad de vida. Finalmente, el Estadio IV tiene como objetivo principal fomentar la sensación de conexión, la participación con una vida plena y aumentar la capacidad para disfrutar y de aceptación<sup>22</sup>.

Hasta la fecha, la mayoría de estudios que evalúan la eficacia de la TDC se han centrado en los Estadios I y II, así como en mejorar los trastornos conductuales, la desregulación emocional y, más recientemente, el trauma y el TEPT. Sin embargo, hasta la fecha no hay evidencia de eficacia de la TDC en pacientes en Estadios III y IV, ni con síntomas persistentes como el sentimiento crónico de vacío y el trastorno depresivo comórbido<sup>3,18</sup>. Probablemente, algunas estrategias de la TDC como el entrenamiento en habilidades en formato grupal se desarrollaron específica y principalmente para mejorar los síntomas agudos como el descontrol conductual y la desregulación emocional (los dos síntomas más característicos del trastorno). Sin embargo, es posible que los pacientes con síntomas de larga evolución y en Estadios III y IV donde predomina la clínica afectiva, el sentimiento crónico de vacío y la falta de plenitud o incapacidad para disfrutar no fueran el foco de intervención de las primeras propuestas de la TDC. Aun así, algunas experiencias señalan que el entrenamiento en habilidades de la TDC puede ser útil para reducir la polimedicación y el uso de fármacos sedantes en pacientes adultos con síntomas de larga duración<sup>14</sup>.

#### 5. Nuevas opciones psicoterapéuticas para pacientes con TLP síntomas persistentes

Parece evidente que las psicoterapias actuales con evidencia científica demostrada para el TLP, por sí solas, no parecen tener la eficacia suficiente para abordar las necesidades específicas de esta subpoblación cuya presentación clínica difiere de la tradicional del TLP. Se necesitan nuevas estrategias psicoterapéuticas orientadas a abordar una salud mental global más allá de la mera reducción de los síntomas. Esto incluiría considerar la perspectiva de los pacientes respecto a su recuperación y funcionalidad, poder establecer relaciones significativas más satisfactorias e incrementar la aceptación y la sensación de plenitud y satisfacción vital<sup>23,24</sup>. En este sentido, en los últimos años están emergiendo intervenciones psicoterapéuticas innovadoras que ponen su foco en las mejoras del bienestar y la recuperación personal. Enfoques como la Psicología Positiva (PP) han demostrado su capacidad para aumentar la sensación de bienestar y aliviar el sufrimiento<sup>25,26</sup>. Otras estrate-

gias, descritas dentro del módulo de mindfulness en la actualización de la TDC pero que no son consideradas como nucleares, como la autocompasión (AC) o “loving kindness” (LK; bondad amorosa), han demostrado su capacidad para aliviar el sufrimiento<sup>27,28</sup>. En un estudio piloto con una muestra reducida de 32 pacientes con TLP, añadir estrategias de AC y LK al entrenamiento en habilidades de la TDC se asoció a mayor mejoría clínica, niveles de aceptación, menor autocrítica y mayor autocompasión<sup>29</sup>.

Esta evidencia preliminar ha llevado recientemente a la propuesta de un nuevo abordaje para el tratamiento específico de pacientes con TLP y sintomatología de larga duración, con el objetivo de abordar aspectos de recuperación más allá de la mejoría sintomatológica. La estrategia terapéutica en cuestión consiste en una intervención grupal de 12 semanas que incorpora a la TDC estrategias de psicología positiva y terapias contextuales, remarcando especialmente como aspecto fundamental el entrenamiento en autocompasión. La intervención demostró ser factible en el contexto clínico habitual y mostró una elevada aceptación por parte de los participantes<sup>23</sup>.

Recientemente se ha publicado un primer ensayo clínico controlado de esta intervención grupal llevado a cabo con 60 pacientes con TLP y síntomas de larga evolución en comparación con el tratamiento habitual<sup>30</sup>. Todos los participantes realizaron previamente una intervención en TDC estándar para mejorar aspectos clínicos del TLP. Sin embargo, la intervención experimental se focalizaba en promover el autocuidado y el bienestar. Este ensayo clínico mostró mejorías significativas en aspectos relacionados con el bienestar como el índice de felicidad y algunos aspectos relativos a la calidad de vida, así como en la mejoría de la sintomatología depresiva y la funcionalidad. Un hallazgo relevante fue que estas mejorías se mantenían incluso 3 meses después de finalizar la intervención<sup>30</sup>. Estos resultados prometedores abren un nuevo campo en el tratamiento de este subgrupo de pacientes con clínica TLP cronicada.

#### 6. Futuras alternativas: psicoterapia asistida con psicofármacos

Los tratamientos convencionales disponibles en la actualidad parecen insuficientes para abordar de manera efectiva a los pacientes con TLP y síntomas de larga duración. Es probable que futuras alternativas terapéuticas para el TLP se inspiren en las actuales líneas de investigación aplicadas a otros trastornos mentales, como por ejemplo, la depresión. En este sentido, estrategias de neuromodulación, como las técnicas no invasivas de Estimulación Magnética Transcraneal, Estimulación Transcraneal por Corriente Directa o la Estimulación del Nervio Vago, han mostrado resultados prometedores en estudios piloto con pacientes depresivos. Estas técnicas no sólo han contribuido a mejorar los síntomas depresivos, sino que también han demostrado potencial para mejorar aspectos del funcionamiento social en contextos de exclusión o rechazo, lo que podría, teóricamente, favorecer las relaciones interpersonales<sup>31</sup>.

Una línea de investigación innovadora y prometedora con posibles aplicaciones en el tratamiento del TLP y sus síntomas crónicos es la combinación de intervenciones psicoterapéuticas con el uso de sustancias psicótropas que podrían potenciar su eficacia. En este contexto, la psicoterapia asistida con psicodélicos ha surgido como una estrategia esperanzadora, especialmente en el abordaje de trastornos afectivos resistentes. En particular, la psilocibina ha mostrado resultados alentadores en estudios recientes<sup>31-33</sup>. Los psicodélicos, como la psilocibina, la ayahuasca, el LSD, el MDMA y la ketamina, han demostrado un potencial terapéutico significativo, especialmente para abordar algunos de los problemas principales del TLP, como la desregulación emocional, los conflictos de identidad y las dificultades en las relaciones interpersonales<sup>34</sup>. En el caso del MDMA, se ha planteado que podría mejorar el tratamiento del TLP al reducir la evitación emocional y fortalecer la relación terapéutica, lo que facilitaría el procesamiento de traumas y las consecuencias psicológicas de la invalidación. Este enfoque también podría aliviar a priori problemas emocionales, interpersonales y conductas suicidas<sup>32</sup>.

La ayahuasca, por su parte, se ha propuesto como una herramienta terapéutica innovadora para fomentar la autoaceptación y podría ser particularmente útil en el tratamiento de trastornos relacionados con la impulsividad, trastornos de personalidad y consumo de sustancias<sup>35,36</sup>. Estudios recientes sugieren que el uso de ayahuasca puede mejorar habilidades de mindfulness, como la capacidad de reducir la reactividad emocional y disminuir el juicio crítico sobre las experiencias<sup>37,38</sup>. Estos efectos podrían ser particularmente beneficiosos para personas con TLP, ayudándolas a manejar mejor la regulación emocional, fomentar el bienestar general y promover la autocompasión<sup>39</sup>. En general, estos resultados preliminares indicarían que estas sustancias podrían ayudar como “potenciadores” de la psicoterapia y podrían apoyar en el tratamiento de los síntomas resistentes del TLP, ampliando las posibilidades terapéuticas en esta población clínica.

Otra alternativa terapéutica prometedora sería el uso coadyuvante de la oxitocina (OT), un neuropéptido fundamental en la interacción social que ha sido estudiada por sus efectos en el comportamiento social<sup>40</sup>. Uno de los primeros estudios con este neuropéptido en población clínica fue en pacientes con esquizofrenia, sugiriendo que la OT intravenosa mejoraría rápidamente el estado mental de los pacientes, evitando hospitalizaciones y favoreciendo la rehabilitación<sup>41</sup>. Se ha sugerido también que su administración intranasal aumentaría significativamente la confianza entre las personas, haciendo que las interacciones sociales sean más beneficiosas<sup>42</sup>. Esto sería principalmente útil en pacientes TLP con sintomatología persistente, dado que la OT podría influir positivamente en la cognición social<sup>40</sup>. En los últimos años han surgido algunos estudios preliminares que combinan la administración de OT intranasal y la psicoterapia. Un reciente metaanálisis<sup>43</sup> evaluó cómo funciona la OT intranasal cuando es combinada con psicoterapia en distintos trastornos de

salud mental (ansiedad, TEPT, consumo de sustancias, esquizofrenia, depresión postparto, y trastorno depresivo mayor). Se encontraron mejoras en la ansiedad social, reduciendo las representaciones negativas en situaciones sociales; en esquizofrenia, mejorando los síntomas negativos y la adherencia a la psicoterapia; en depresión, ayudando a reducir síntomas depresivos; en TEPT, aumentando la retención en terapia y reduciendo los síntomas traumáticos y, finalmente, en trastornos por consumo de sustancias, mejorando la asistencia y las relaciones dentro del grupo de terapia<sup>43</sup>. En general, el metaanálisis mostró efectos significativos de la combinación de la psicoterapia con la administración de OT, destacando la reducción significativa de los síntomas depresivos, aunque no tuvo efectos significativos claros sobre los síntomas psiquiátricos globales o en el funcionamiento social. De este modo, se refuerza la necesidad de seguir investigando esta prometedora combinación. En este sentido, parece que la OT podría facilitar la apertura emocional y la comunicación, lo que potenciaría los efectos positivos de la terapia, contribuyendo al bienestar emocional y el crecimiento personal durante el tratamiento<sup>43,44</sup>.

La posible utilidad de la OT en pacientes con TLP no ha sido suficientemente investigada hasta la fecha. Recientemente se han reportado niveles plasmáticos bajos de OT respecto a controles sanos, así como una reducción en la expresión del receptor de OT, sugiriendo anomalías en este sistema en pacientes con TLP<sup>45</sup>. Además, niveles bajos de OT plasmática se han asociado con déficits en cognición social en el TLP<sup>46</sup>. La administración de OT intranasal en población con TLP se ha señalado como una línea prometedora de tratamiento, aunque los datos hasta la fecha son heterogéneos y aún preliminares. Se han realizado seis ensayos clínicos controlados con tamaños muestrales insuficientes (entre 13 y 40 participantes). Su administración se ha relacionado con una disminución de la percepción de amenaza y mejoras de la confianza en contexto social, así como mejoras en niveles de empatía. Sin embargo, también ha habido resultados negativos que señalan una disminución de la confianza en tareas de apuestas y en decisiones financieras<sup>47</sup>. Algunos autores han sugerido que posiblemente el efecto de la administración de OT se podría potenciar considerablemente con una intervención psicológica complementaria<sup>47</sup>. En esta línea, intervenciones como el entrenamiento en autocompasión o el uso de estrategias contextuales que han demostrado eficacia en el TLP con síntomas persistentes<sup>23,30</sup> podrían ser, a priori, ideales para su combinación con OT, amplificando su acción en áreas nucleares del trastorno como la autoinvalidación o las dificultades en las relaciones interpersonales.

## 7. Conclusión

El tratamiento del TLP con sintomatología de larga evolución continúa representando un desafío clínico debido a las limitaciones de las estrategias terapéuticas convencionales para abordar las necesidades específicas de este subgrupo de pacientes. Esto ha impulsado el desarrollo de nuevas intervenciones, como la integración de enfoques psicológicos innovadores como la psicología positiva o el entrenamiento en autocompasión, o la psicoterapia asistida con fármacos emergentes, entre ellos la psilocibina y la oxitocina. Estas estrategias están mostrando un potencial prometedor para mejorar áreas tradicionalmente resistentes al tratamiento, como la funcionalidad, el bienestar general y las relaciones interpersonales.

Sin embargo, los hallazgos actuales son preliminares y heterogéneos, lo que subraya la necesidad de realizar investigaciones focalizadas y específicas para este subgrupo de pacientes. Es fundamental que los futuros estudios se enfoquen en evaluar no sólo la eficacia y seguridad de estas intervenciones, sino también su aceptabilidad y capacidad para generar cambios sostenidos en el tiempo. En última instancia, el objetivo debe ser promover no sólo la reducción de síntomas, sino también un bienestar integral que abarque la recuperación funcional, la satisfacción vital y una calidad de vida plena para las personas con TLP de larga evolución.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

**Financiación:** Esta revisión ha recibido ayuda del Instituto de Salud Carlos III [PI21/00505] y co-financiación por la European Regional Development Fund (ERDF). VP dispone de una beca de la National Agency for Research and Development (ANID) / Scholarship Program / Doctorado Becas Chile [reference number 72230320-2023].

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022. Disponible en: <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg O, Leweke, Luyten P. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024;23(1):4-25. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2021;398:1528-40. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanan AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2020; 216(2):69-78. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Choate AM, Fatimah H, Bornovalova MA. Comorbidity in borderline personality: understanding dynamics in development. *Curr Opin Psychol*. 2021; 37:104-108. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.09.015>.
- Gunderson JG, Herpertz SC, 1 AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18029. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):476-84.
- Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord*. 2005;19(5):487-504. Disponible en: <http://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487>.
- Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42(6):482-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: a meta-analysis of prospective studies. *Eur Psychiatry*. 2019;56:75-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.010>
- Álvarez-Tomás I, Soler J, Bados A, Martín-Blanco A, Elices M, Carmona C, et al. Long-Term Course of Borderline Personality Disorder: A Prospective 10-Year Follow-Up Study. *J Pers Disord*. 2017;31(5):590-605. Disponible en: [https://doi.org/10.1521/pedi.2016.30\\_269](https://doi.org/10.1521/pedi.2016.30_269)
- Temes CM, Zanarini MC. The Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2018;41(4):685-694. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.002>.
- Zanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Res*. 2018;262:40-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.034>
- Casellas-Pujol E, Soler J, Schmidt C, Soriano J, Pascual JC. Long-lasting symptoms in borderline personality disorder: defining an emergent population with differential clinical and therapeutic features. *Pers Ment Health*. 2024;18(13):248-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pmh.1614>.
- Arens EA, Stopsack M, Spitzer C, Appel K, Dudeck M, Völzke H, et al. Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *J Pers Disord*. 2013;27:196-207. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.196>.
- Grenyer BFS, Townsend ML, Lewis K, Day N. To love and work: A longitudinal study of everyday life factors in recovery from borderline personality disorder. *Pers Ment Health*. 2022;16(2):138-154. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pmh.1547>
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):827-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD012955. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Harrer M, Basic D, Cristea IA, et al. Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):267-275. doi: 10.1002/wps.21203.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York (NY): Guilford Press; 1993.
- Bateman A, Fonagy P, Campbell C et al. Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT). Cambridge: Cambridge University Press, 2023.
- Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. *Am J Psychother*. 2015;69(2):97-110.
- Soler J, Casellas-Pujol E, Pascual JC, Schmidt C, Domínguez-Clavé E, Cebolla A, et al. Advancing the treatment of long-lasting borderline personality disorder: a feasibility and acceptability study of an expanded DBT-based skills intervention. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2022;9:34. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00204-x>
- Fusar-Poli P, de Pablo GS, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;31:33-46.
- Koydemir S, Sökmez AB, Schütz A. A meta-analysis of the effectiveness of randomized controlled positive psychological interventions on subjective and psychological well-being. *Appl Res Qual Life*. 2021;16:1145-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09788-z>
- Donaldson SI, Dollwet M, Rao MA. Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. *J Posit Psychol*. 2015;10:185-95.
- Linehan M. DBT skills training manual. New York (NY): Guilford Publications; 2014.
- Gu X, Luo W, Zhao X, Chen Y, Zheng Y, Zhou J, et al. The effects of loving-kindness and compassion meditation on life satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Appl Psychol Health Well Being*. 2022;14:1081-101.
- Feliu-Soler A, Pascual JC, Elices M, Martín-Blanco A, Carmona C, Cebolla A, et al. Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: a randomized pilot study. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24:278-86.
- Casellas-Pujol E, Soler J, Schmidt C, Soriano J, Pascual JC. Contextual-compassion training for borderline personality disorder with long lasting symptoms: a randomized clinical trial. *J Contextual Behav Sci*. 2024;34:100846
- Kupferberg A, Hasler G. From antidepressants and psychotherapy to oxytocin, vagus nerve stimulation, ketamine and psychedelics: how established and novel treatments can improve social functioning in major depression. *Front Psychiatry*. 2024;15:1372650. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1372650>
- Traynor JM, Roberts DE, Ross S, Zeifman R, Choi-Kain L. MDMA-assisted psychotherapy for borderline personality disorder. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2022;20(4):358-367. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220056>.

33. Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Day CMJ, Rucker J, Watts R, Erritzoe DE, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. *Psychopharmacology*. 2018;235(2):399-408. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00213-017-4771-x>
34. Zeifman RJ, Wagner AC. Exploring the case for research on incorporating psychedelics within interventions for borderline personality disorder. *J Contextual Behav Sci*. 2020;15:1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.001>.
35. Domínguez-Clavé E, Soler J, Elices M, Pascual JC, Álvarez E, de la Fuente Revenga M, et al. Ayahuasca: pharmacology, neuroscience, and therapeutic potential. *Brain Res Bull*. 2016;126(Pt1):89-101. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.03.002>.
36. Franquesa A, Sainz-Cort A, Gandy S, Soler J, Alcázar-Córcoles MÁ, Bouso JC. Psychological variables implied in the therapeutic effect of ayahuasca: a contextual approach. *Psychiatry Res*. 2018;264:334-339. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.012>.
37. Soler J, Elices M, Franquesa A, Barker S, Friedlander P, Feilding A, et al. Exploring the therapeutic potential of Ayahuasca: acute intake increases mindfulness-related capacities. *Psychopharmacology*. 2016;233(5):823-829. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00213-015-4162-0>.
38. Domínguez-Clavé E, Soler J, Pascual JC, Elices M, Franquesa A, Valle M, et al. Ayahuasca improves emotion dysregulation in a community sample and in individuals with borderline-like traits. *Psychopharmacology*. 2019;236(2):573-580. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00213-018-5085-3>.
39. Domínguez-Clavé E, Soler J, Elices M, Franquesa A, Álvarez E, Pascual JC. Ayahuasca may help to improve self-compassion and self-criticism capacities. *Hum Psychopharmacol*. 2022;37(1):e2807. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hup.2807>.
40. Quintana DS, Lischke A, Grace S, Scheele D, Ma Y, Becker B. Advances in the field of intranasal oxytocin research: lessons learned and future directions for clinical research. *Mol Psychiatry*. 2021;26(1):80-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00864-7>.
41. Bujanow W. Is oxytocin an anti-schizophrenic hormone? *Can Psychiatr Assoc J*. 1974;19(3):323. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/070674377401900323>.
42. Kosfeld M, Heinrichs M, Zak PJ, Fischbacher U, Fehr E. Oxytocin increases trust in humans. *Nature*. 2005;435(7042):673-676. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nature03701>
43. Pérez-Arqueros V, Soler J, Schmidt C, Vega D, Pascual JC. Could intranasal oxytocin enhance the effects of psychotherapy in individuals with mental disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2025;171:107206. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107206>.
44. Berceanu AI, Papasteri C, Sofonea A, Boldasu R, Nita D, Poalelungi C, et al. Oxytocin predicts positive affect gains in a role-play interaction. *Front Psychol*. 2024;15:1258254. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1258254>.
45. Carrasco JL, Buenache E, MacDowell KS, De la Vega I, López-Villatoro JM, Moreno B, et al. Decreased oxytocin plasma levels and oxytocin receptor expression in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142(4):319-325. doi:10.1111/acps.13222.
46. Galvez-Merlin A, López-Villatoro JM, de la Higuera-González P, de la Torre-Luque A, McDowell K, Díaz-Marsá M, et al. Decreased oxytocin levels related to social cognition impairment in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2024 Jun;149(6):458-466. doi: 10.1111/acps.13679.
47. Bertsch K., Herpertz S. C. Oxytocin and Borderline Personality Disorder. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*. Vol. 35. Berlín: Springer; 2018.

# LA RECUPERACIÓN EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA SU DESARROLLO

RECOVERY IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: BARRIERS AND OPPORTUNITIES FOR DEVELOPMENT.

Autor:  
Enrique García-Núñez  
Psiquiatra coordinador Hospital de Día de Adultos. IAS Red de Salud Mental de Girona.  
Girona (España)Correspondencia: [enrique.garcia.ias@gencat.cat](mailto:enrique.garcia.ias@gencat.cat)



## RESUMEN

La recuperación en el trastorno límite de la personalidad es un proceso complejo. Las psicoterapias específicas han demostrado conseguir importantes mejoras respecto al alivio y remisión sintomática de las personas con TLP, pero no parecen mejorar significativamente su funcionamiento psicosocial en los seguimientos a largo plazo. A raíz de esta discrepancia se incide sobre los posibles factores que interfieren en la recuperación en estos pacientes: las dificultades de acceso a los tratamientos, el estigma y las diferencias en los objetivos de recuperación de usuarios y profesionales. Se exploran las áreas de cambio en el proceso de recuperación desde experiencia subjetiva de las personas con TLP y se valoran las intervenciones que desde el modelo de recuperación en salud mental podrían favorecer este proceso.

**Palabras clave:** Trastorno límite de la personalidad. Recuperación. Salud Mental. Investigación cualitativa. Atención centrada en el paciente.

## ABSTRACT

Borderline personality disorder recovery is a complex process. Specific psychotherapies have been shown to achieve significant improvements in symptomatic relief and remission in people with BPD, but they do not seem to significantly improve their psychosocial functioning at long-term follow-ups. As a result of this discrepancy, the possible factors that interfere with the recovery of these patients are stressed: difficulties in accessing treatments, stigma and differences in the recovery objectives of users and professionals. The areas of change in the recovery process from the subjective experience of people with BPD are explored and the interventions that could favor this process from the recovery model in mental health are assessed.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder. Mental Health. Recovery. Qualitative research. Patient-centered care.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón de marcada impulsividad que con frecuencia se manifiesta a través de comportamientos autodestructivos, inestabilidad en los afectos, autoimagen e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales<sup>1</sup>. Algunos autores proponen utilizar el término «Necesidades emocionales complejas» para referirse a las personas que reciben el diagnóstico de TLP (Trevillion et al., 2022) por el estigma y el nihilismo terapéutico asociado con frecuencia a su diagnóstico (Campbell et al., 2020).

Se le estima una prevalencia aproximada entre el 1 al 2% de la población general<sup>2</sup>, siendo uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes. Se ha identificado en aproximadamente un 10 % de los pacientes ambulatorios y en un 20% de los ingresados en unidades de hospitalización de salud mental<sup>3</sup>.

Las personas con TLP tienen ideas esquemáticas, rígidas y en ocasiones extremas sobre los estados mentales propios y ajenos que les provocan problemas en sus relaciones interpersonales y en su regulación emocional. Son vulnerables a experimentar crisis emocionales en las que presentan comportamientos impulsivos, sentimientos de vacío y de rechazo. Las autolesiones y el comportamiento suicida evidencian la severidad del trastorno y son los motivos principales que precipitan la indicación de ingreso. Un 79% han tenido al menos una tentativa de suicidio a lo largo de su evolución<sup>4</sup>.

Su trayectoria está ligada a factores genéticos y ambientales incluyendo la vulnerabilidad emocional, el abuso infantil<sup>5</sup> y el apego inseguro. Las experiencias de abuso en la infancia que han sufrido algunas personas con TLP, impactan en la capacidad de establecer relaciones de confianza y a desarrollar la resiliencia necesaria para enfrentarse a las presiones de la vida cotidiana.

La psicoterapia es el tratamiento de primera línea para las personas con TLP<sup>6</sup>. Varios modelos especializados han sido validados como tratamientos eficaces para el tratamiento del TLP<sup>7,8</sup>: la psicoterapia focalizada en la transferencia (Kernberg OF, 1989; Clarkin JF, 2006), la terapia dialéctico-conductual (Linehan MM, 1993), la terapia basada en la mentalización (Bateman A & Fonagy P, 2004) y la terapia de esquemas (Young JE, 2003). Los puntos esenciales que comparten es que todos están bien estructurados y claramente focalizados, enfatizan el cumplimiento, son de larga duración, promueven un fuerte vínculo entre paciente y terapeuta. Han demostrado reducir los intentos de suicidio, las autolesiones y la frecuentación de los servicios de urgencia<sup>9</sup> y obtienen un efecto superior en el alivio de síntomas y una menor tasa de abandonos respecto al tratamiento habitual. Comparadas con los tratamientos utilizados para otros trastornos mentales u otros trastornos de la personalidad, las psicoterapias basadas en la evidencia para el TLP obtienen resultados más esperanzadores

en términos de estabilización y remisión sintomática<sup>10</sup>. Existe también consenso en que estas psicoterapias altamente estructuradas, intensivas y focalizadas son el tratamiento más adecuado para los pacientes con TLP más graves<sup>11</sup>.

Estas psicoterapias específicas para que resulten beneficiosas deben estar adecuadamente seleccionadas, bien integradas en los servicios de salud comunitarios y disponibles para el paciente<sup>12</sup> para poderse aplicar en condiciones óptimas<sup>13</sup>. Por otro lado, requieren de unos criterios de selección que excluyen a personas con barreras significativas para su participación, como poca disposición al tratamiento o significativa inestabilidad en su entorno social, por lo que su alcance en la población puede resultar limitada. De hecho, una alta proporción de pacientes con diagnósticos de TLP no se benefician de su tratamiento.

Los profesionales que habitualmente atienden a las personas con TLP, pueden sentirse desbordados ante la aparente falta de respuesta ante otro tipo de intervenciones no específicas, sobre todo en situaciones de crisis. Los déficits interpersonales que caracterizan a las personas con TLP, las llevan en estas circunstancias a una escalada de conductas de búsqueda de ayuda en forma de frecuentación de servicios de emergencia, lo que puede provocar ambivalencias en las personas que los atienden y suponer un desafío terapéutico<sup>14</sup> siendo considerados en los servicios sanitarios como tendentes a la cronicidad y poco respondedores a las intervenciones terapéuticas.

Este concepto de «intratabilidad» en muchos contextos sanitarios contrasta con el optimismo generado en estudios a largo plazo respecto a la remisión sintomática<sup>15,16,17</sup> que informan de tasas de remisión de hasta el 85%<sup>18,19</sup>. Sin embargo, los seguimientos a 10 años mostraron que estos resultados positivos respecto a la remisión sintomática no se acompañaban de una mejora de la función social y vocacional<sup>20,21</sup> incluyendo áreas fundamentales como el trabajo, las relaciones interpersonales y el autocuidado. Estos resultados reflejan la inestabilidad de los efectos del tratamiento en su seguimiento a largo plazo<sup>8,21</sup>.

## BARRERAS PARA RECUPERACIÓN DE LAS PERSONAS CON TLP

El proceso de recuperación en el TLP es complejo e implica el reconocimiento de la necesidad de cambio, desarrollo de autoaceptación y de un fuerte sentido de agencia personal<sup>16</sup>. Los predictores más consistentes de la recuperación estarían relacionados con la autocompetencia y el buen funcionamiento vocacional<sup>6</sup>. A la falta de efectividad de las psicoterapias específicas para alcanzar un buen funcionamiento psicosocial a largo plazo, podemos añadir otros aspectos que podrían convertirse en barreras que dificulten este proceso.

### Dificultades de acceso al tratamiento

Se puede afirmar que el acceso a la ayuda profesional en general está limitado para las personas con TLP<sup>22</sup>. Las personas con TLP identificaron desafíos a la hora de buscar apoyo y tratamiento.

Hay una amplia evidencia de la efectividad de psicoterapias especializadas a largo plazo para el abordaje del TLP<sup>23</sup>, pero estas terapias requieren una elevada necesidad de recursos en relación a su larga duración e intensidad de atención, así como disponibilidad en los servicios sanitarios de profesionales formados y entrenados en este tipo de tratamientos especializados<sup>24</sup>. La capacidad de los servicios comunitarios de salud mental para ofrecer esos tratamientos basados en la evidencia puede estar limitada. Estudios que exploraron las experiencias de cuidadores y usuarios identificaron barreras para acceder a las psicoterapias especializadas como las largas listas de espera, alto coste económico de las sesiones de psicoterapia y falta de acceso a los servicios especializados en zonas rurales o regiones remotas<sup>25</sup>.

Por otro lado, aspectos inherentes a las propias características de las personas con TLP como la volatilidad de sus comportamientos, la inestabilidad emocional, las dificultades con las relaciones de apego y la afectación de la confianza, dificultan el establecimiento y mantenimiento de alianzas terapéuticas sólidas. Los problemas contratransferenciales y la tendencia a la escisión de los terapeutas entre la idealización y la devaluación-persecución dificultan también su vinculación a este tipo de psicoterapias. Se estima que entre un 46% a un 67% de los pacientes ambulatorios se desvinculan de esos programas específicos<sup>26</sup>. Los procesos de terminación prematuros también podrían contribuir a esta desconfianza respecto al profesional.

La guía NICE 2009 realizó varias recomendaciones con el objetivo de mejorar el acceso de las personas con TLP al tratamiento. Estas se resumían en que ninguna persona con TLP debiera ser excluida de la asistencia sanitaria o de la atención social por motivo de su diagnóstico o de las conductas autodestructivas; se debían explorar las opciones terapéuticas con esperanza y optimismo confiando en que es posible la recuperación y empleando un uso racional de los psicofármacos y se recomendaba un trabajo de forma multidisciplinaria con otros especialistas o servicios de apoyo al TLP en la comunidad.

Esto plantea la necesidad de ofrecer intervenciones más accesibles, enfocadas a activar y mantener el vínculo, menos intensivas y costosas para una amplia proporción de personas con TLP que no pueden acceder a estos servicios especializados<sup>27</sup>, pero también la necesidad de incorporar otro tipo de intervenciones que proporcionen atención que favorezca el proceso de recuperación ahí donde éstas no llegan, orientadas a prevenir las recaídas y favorecer la adaptación al medio y mejorar la calidad de vida<sup>16</sup>. Podrían beneficiarse de programas enfocados específicamente a actividades de la vida diaria y a las relaciones interpersonales<sup>28</sup>. Una alianza terapéutica estable, la validación emocional y el entrenamiento en mindfulness pueden ayudar en el

tratamiento de estos pacientes que no pueden acceder a las psicoterapias especializadas<sup>29</sup>.

Una potencial alternativa sería la implementación del modelo de tratamiento escalonado (Stepped Care Model), un itinerario de cuidados que ofrece intervenciones de diferente intensidad adaptados a la severidad y necesidades de las personas con TLP<sup>30,31</sup>.

### Estigma

Otro de los posibles motivos que dificultan el acceso al tratamiento podría ser las vivencias negativas relacionadas con el estigma asociado al diagnóstico de TLP<sup>17</sup>. Existe una amplia información sobre las experiencias de discriminación y estigma estructural en las personas con TLP en ámbitos sanitarios<sup>32</sup>. La opinión pública en general y gran parte de los profesionales sanitarios, tienden a percibir al trastorno límite de la personalidad como un trastorno incurable y permanente. La severidad y naturaleza del TLP, particularmente a la hora del manejo de las crisis, puede inducir respuestas contratransferenciales negativas por parte de los profesionales sanitarios que las atienden debido a prejuicios o estigma asociados al TLP (p.e. que la motivación de los síntomas sea conseguir un beneficio secundario como la búsqueda de atención de los otros o beneficios económicos o que los comportamientos impulsivos están bajo su propio control). Este tipo de respuesta condicionada por el estigma asociado al trastorno puede causar yatrogenia en forma de ingresos hospitalarios prolongados o uso innecesario de psicofármacos<sup>33</sup>.

El estigma estructural se produce cuando las políticas de organización sanitaria, las normas culturales y prácticas hacia los pacientes con TLP en los entornos sanitarios asimilan las creencias estigmatizantes persistentes<sup>34</sup> dificultando el acceso a los servicios de salud a esas personas<sup>35</sup>. Este estigma estructural lleva también a mayor desigualdad y peores resultados en esta población<sup>36</sup>.

Existe una creciente investigación cualitativa que explora las vivencias respecto al estigma en pacientes con TLP y en sus familias. Entre sus respuestas más frecuentes destacan las vivencias de no ser creídos, percibir que se desdeña la severidad de los síntomas que presentan, o sentirse frustrados porque sus emociones y conductas de riesgo tienden a ser minimizadas o malinterpretadas<sup>25</sup>.

Las guías clínicas recomiendan a los profesionales que trabajan con pacientes con TLP escuchar sus experiencias personales y tomar en serio sus sentimientos, ser respetuosos y ofrecer un cuidado consistente, compasivo y no prejuicioso, especialmente en situaciones de ingreso y presentación en servicios de urgencias donde los profesionales que los atienden pueden verse sobrepasados por los comportamientos de riesgo y sus complejas formas de apego<sup>37</sup>.

Son escasos los estudios que han valorado la utilidad de medidas educativas frente al estigma y no han demostrado evidencia en cambiar actitudes e intervenciones yatrogénicas en los profesionales sanitarios<sup>38,39</sup>.

Las guías clínicas recomiendan que a las personas con TLP se les debería revelar su diagnóstico en relación a sus propias experiencias e informando de que existen tratamientos efectivos disponibles<sup>40</sup>. El miedo al estigma asociado al diagnóstico o a que la sobreidentificación con éste pueda provocar un estancamiento en su proceso de recuperación, provoca que en muchas ocasiones se retrase o se evite la revelación del diagnóstico a las personas con TLP. Sin embargo, a pesar de la controversia sobre sus potenciales efectos estigmatizantes (Ring & Lawn, 2019; Włodarczyk et al., 2018), sobre todo en los adolescentes; investigaciones recientes han demostrado que la transparencia en la comunicación del diagnóstico ayuda a las personas con TLP a entender sus experiencias y a recibir un tratamiento efectivo<sup>41</sup>. Varios estudios comprobaron que la revelación del diagnóstico acompañada de psicoeducación sobre éste comportaba una menor impulsividad a corto plazo y menor grado de malestar interpersonal en estas personas<sup>31</sup>.

### Falta de consideración de las experiencias subjetivas en el proceso de recuperación

En la evaluación de los procesos de recuperación es imprescindible considerar perspectivas que incluyan las experiencias subjetivas de vida o las diferentes trayectorias seguidas por las personas con TLP<sup>20,42</sup>. Aunque la literatura en torno a este asunto es todavía escasa, algunos estudios cualitativos han explorado el significado que tiene la recuperación para los usuarios de los servicios de salud mental con diagnóstico de TLP<sup>43</sup>. Las experiencias de recuperación en primera persona parecen alejarse de posiciones centradas en la patología, la enfermedad y los síntomas para acercarse a posiciones que ponen el énfasis en capacidades y en horizontes de desarrollo y crecimiento personal (Chovil I et al., 2005). Estas experiencias se apoyan en elementos internos como la esperanza de cambio, la validación de su experiencia personal y la de sus respuestas afectivas, el incremento de la sensación de control de sus propias vidas y el deseo de normalizar su vida plenamente.

A través de una revisión de estudios cualitativos, se han descrito varios dominios personales como áreas de cambio en el TLP<sup>16,17,29,44,45,46,47</sup>:

1. Autoaceptación y autoconfianza
2. Control de emociones y pensamientos difíciles
3. Práctica de nuevas formas de relación con los demás
4. Implementación de cambios prácticos y desarrollo de esperanza

5. Ciertas características del tratamiento como respeto mutuo, igualdad en el trato y creación de una atmósfera de confianza y seguridad.
6. Integración en la comunidad e incorporación al empleo.
7. Desarrollo de objetivos, identidad, un sentido de pertenencia y roles.
8. Disminución tanto las conductas suicidas como las autolesiones.
9. Mejora de los problemas alimentarios y en el uso de sustancias.

### EL PROCESO DE RECUPERACIÓN EN EL TLP

En los últimos años, ha crecido el interés por investigar la recuperación en el TLP. Sin embargo, la mayoría de estudios se han centrado en la remisión sintomática, un objetivo que no se corresponde con el sentido personal de recuperación desde la experiencia subjetiva de las personas con TLP<sup>20,47</sup>.

A diferencia de la recuperación clínica, evaluada a través de la remisión sintomática y/o por el retorno a los niveles previos de funcionamiento<sup>22,20</sup>, la recuperación personal se enfoca hacia la mejora del funcionamiento psicosocial, calidad de vida y potencial humano<sup>48</sup>. Se describe como un proceso único y personal para cambiar actitudes, valores, sentimientos, objetivos, capacidades y/o roles con el objetivo de conseguir una satisfactoria, esperanzadora y productiva forma de vida mientras se integran las limitaciones causadas por el trastorno mental<sup>49</sup>. No se ignora el trastorno, sino que se considera un obstáculo potencial, pero se educa y apoya a las personas para que asuman un papel activo en el manejo de su trastorno. Este concepto de recuperación se ha intentado trasladar recientemente a los servicios que atienden a personas con trastornos de la personalidad.

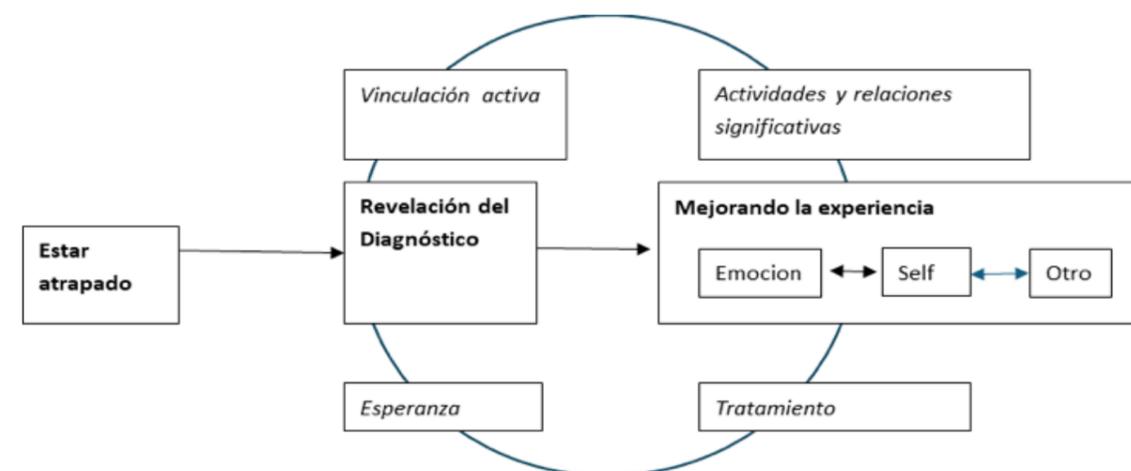
La recuperación en el TLP no es tanto un resultado, sino un proceso continuo que incluye elementos de supervivencia, resiliencia y autogestión. En este proceso, el diagnóstico es un momento crucial que permite conceptualizar sus experiencias subjetivas, otorgando un sentido de validación y alivio si junto a su revelación se acompaña de psicoeducación sobre sus características y opciones terapéuticas. El retraso en su revelación retrasa también el acceso a la vinculación a dispositivos terapéuticos.

La toma de conciencia de las propias emociones y pensamientos, el fortalecimiento del sentido de identidad y la comprensión de la perspectiva de los otros, se han descrito como etapas claves en el proceso de recuperación en el TLP<sup>50</sup>.

A través de la información recibida en las narrativas individuales se han identificado 4 procesos de recuperación en las personas con TLP<sup>50</sup>:

1. Su implicación activa en el tratamiento
2. Una visión esperanzadora de su propio proceso de recuperación
3. El acceso al tratamiento
4. El establecimiento de actividades y relaciones significativas

TABLA 1. Etapas y procesos de cambio en el TLP. De Ng FYY et al., 2019.



Estas narrativas han contribuido a una mayor comprensión de la complejidad del proceso de recuperación en el TLP<sup>17,44</sup>, destacando la necesidad de un foco terapéutico que potencie el sentido de agencia, el funcionamiento vocacional y ocupacional, que mejore de las relaciones y fortalezca el sentido de identidad<sup>50</sup>.

### Prácticas orientadas a la recuperación en el trastorno límite de la personalidad

La práctica orientada a la recuperación es un abordaje de atención a la salud que, a diferencia del modelo clínico centrado en la remisión de síntomas y la restauración del funcionamiento previo<sup>20</sup>, facilita un proceso de cambio a través del cual las personas son apoyadas para construir y conseguir vidas plenas y significativas, con o sin la presencia de problemas de salud mental<sup>51</sup>.

El modelo de recuperación enfatiza la importancia de centrar el tratamiento y el apoyo en las necesidades y deseos del individuo. Esto es especialmente relevante para personas con TLP, quienes pueden tener diferentes experiencias y necesidades en su camino hacia la recuperación que pueden no ser tenidos en cuenta por el sistema sanitario. Desafortunadamente, no se dispone de suficiente evidencia de la eficacia de las intervenciones orientadas a recuperación en el TLP<sup>52</sup>.

Algunas de las prácticas orientadas a la recuperación podrían incidir sobre estas áreas de cambio:

#### 1. Apoyo entre iguales (Peer support)

El apoyo entre iguales es reconocido internacionalmente como parte de los servicios orientados a la recuperación<sup>53</sup>. Puede ser un complemento muy valioso de los servicios tradicionales, ya que promueven la esperanza en la recuperación, incrementan la autoestima y autoeficacia y aumentan la red social de apoyo. Consisten en proporcionar apoyo a personas con experiencia de sufrimiento psíquico por parte de personas que han tenido experiencias similares. Las intervenciones realizadas a través de la ayuda entre iguales serían la creación y moderación de grupos autogestionados, así como la formación e incorporación al sistema sanitario de los agentes de ayuda mutua. Su rol debe ser claro y ceñirse a lo expuesto en las guías disponibles (Reeper J, 2013). Se han demostrado los beneficios de los agentes de ayuda mutua en servicios que atienden a personas con trastornos psicóticos, pero no para personas con TLP. El acceso a grupos entre iguales específicos para personas diagnosticadas de TLP no se ha generalizado<sup>16</sup>.

Los resultados de las escasas experiencias realizadas fueron:

- Un sentimiento de mayor conexión con los otros, esperanza en el futuro, autoconocimiento y apreciaban la facilitación por los iguales<sup>54</sup>.
- Reducción del estigma<sup>55</sup>.
- Destacaban la importancia de la contribución de los facilitadores para su efectividad<sup>56</sup>.

#### 2. Programas de apoyo al empleo

Las personas con diagnóstico de TLP presentan altas tasas de desempleo. El empleo es un factor determinante para mejorar los resultados de salud de las personas siendo un factor predictor de buen funcionamiento psicosocial para las personas con TLP<sup>21</sup>. Se ha asociado a buenos resultados en relación a la salud física, la autoestima y el sentido de propósito vital<sup>57</sup>. Los síntomas relacionados con el TLP como comportamiento autoagresivo y de autosabotaje, la inestabilidad afectiva y los problemas con la identidad, provocan un impacto en la capacidad, participación y mantenimiento ocupacional, suponiendo barreras significativas para conseguir y sostener actividad vocacional<sup>32</sup>. El estigma también afecta el empleo<sup>58</sup>.

Las intervenciones que promueven la inserción laboral pueden resultar de ayuda a la recuperación funcional a largo plazo<sup>2,15</sup>. Sin embargo, no disponemos de evidencia en relación a la manera de potenciar los resultados de empleabilidad en estas personas<sup>58</sup>.

Existe poca evidencia respecto a los programas de apoyo al empleo en TLP. El programa más desarrollado y validado es el IPS (Individual Placement and Support)<sup>59</sup>. Aunque las personas con trastorno mental han encontrado efectivo el programa IPS y disponemos de investigaciones que demuestran la mejora de sus resultados con complementación de otros programas como estrategias cognitivas, la información respecto a su efectividad en personas con TLP es limitada<sup>59</sup>.

La combinación de programas de apoyo o rehabilitación vocacionales con componentes psicoterapéuticos es un elemento clave en los estudios, destacando la importancia de un abordaje combinado. En esta línea se han desarrollado programas como el DBT-ACES (DBT-accepting the challenges of employment and self-sufficiency) que se asoció a aumento de la productividad, empleo y calidad de vida con una disminución de los ingresos psiquiátricos de los participantes<sup>60</sup>.

#### 3. Planificación anticipada de decisiones en salud mental (PAD-SM)

La PAD-SM es una herramienta para proteger los derechos de los usuarios de los servicios de Salud Mental, mejorar la relación clínica y adaptar la asistencia a sus preferencias y necesidades. Su objetivo es facilitar los procesos de toma de decisiones en momentos en los que la persona no se encuentre en disposición de ha-

cerlo y puede constituir una herramienta de autoconocimiento en el proceso de recuperación.

Las personas que padecen un TLP son vulnerables a experimentar crisis emocionales. En estas situaciones, la PAD-SM puede resultar una herramienta terapéutica que permita dar apoyo en estas situaciones a través del establecimiento de un «Plan consensuado de Crisis» desarrollado en colaboración con el equipo terapéutico y el paciente. El objetivo es aumentar el nivel de compromiso del usuario en su propio tratamiento. Respecto al TLP, un ensayo clínico aleatorizado<sup>61,41</sup> no encontró diferencias significativas en la reducción de conductas autolesivas entre los pacientes que habían consensuado planes conjuntos de crisis con respecto al grupo control.

#### 4. Medidas de autogestión de la enfermedad

Las medidas de autogestión son percibidas por los usuarios como más útiles que las intervenciones de los profesionales para conseguir un buen funcionamiento psicosocial. La efectividad de las estrategias de autogestión se basa en la capacidad de reflexionar sobre las propias experiencias y evaluarlas posteriormente. Requieren una fuerte motivación interna y un esfuerzo disciplinado y sostenido para ponerlas en práctica.

El WRAP (Wellness recovery action planning) es la intervención de autogestión de la enfermedad más ampliamente utilizada<sup>62</sup>. Se ofrece en grupos pequeños de 8 a 12 sesiones semanales en las que los participantes desarrollan una serie de planes de acción diseñados para restablecer, mantener y mejorar su bienestar. Los ensayos que valoraron su eficacia para mejorar la recuperación, autoapoyo y esperanza, encontraron una modesta magnitud de la intervención en el cambio y su efecto no se mantuvo a lo largo del tiempo<sup>63</sup>. No se dispone de resultados de este plan en personas con TLP.

El REFOCUS es una intervención manualizada para entrenar en prácticas orientadas en la recuperación en los equipos de salud mental. Comprende el entrenamiento de las habilidades de capacitación para el personal, proyectos de asociación con personas que utilizan el servicio y prácticas de trabajo sobre las preferencias de tratamiento, la evaluación de las fortalezas y el apoyo. Los estudios que evaluaron la intervención sugirieron resultados positivos, aunque la magnitud del efecto fuera pequeña<sup>64</sup>. Tampoco se han encontrado resultados para personas con TLP.

#### DISCUSIÓN

La recuperación personal es un fenómeno complejo que no se puede acabar de entender sin la perspectiva de la experiencia subjetiva de las personas con diagnóstico de TLP. Aunque las psicoterapias específicas han demostrado evidencia de su eficacia respecto a la remisión clínica en estudios prospectivos, el empleo y las relaciones interpersonales significativas, indicadores claves de la recuperación en el TLP, muestran un persistente deterioro.

El estigma de los profesionales sanitarios y de la población general, sobre todo en el contexto de atención a las crisis en los servicios de urgencia, así como la dificultad de acceso a los tratamientos pueden dificultar los procesos de recuperación en estos pacientes. El modelo escalonado de atención podría integrar este tipo de intervenciones y guiar su implementación en servicios de atención.

El diagnóstico juega un papel importante en el proceso de recuperación modificando su trayectoria hacia la búsqueda de tratamiento, reformulando el significado de su experiencia subjetiva y promoviendo esperanza.

Los resultados de estudios cuantitativos no parecen reflejar la perspectiva de las personas diagnosticadas de TLP y los resultados esperados sobre su propio proceso de recuperación<sup>29</sup> por lo que los informes de narrativas de los pacientes podrían resultar relevantes para la práctica clínica. Éstas se alejan de los objetivos planteados en entornos clínicos y se centran en aspectos como el fortalecimiento de su propia identidad e implicación relaciones y actividades significativas.

Las prácticas orientadas a la recuperación podrían favorecer el resultado de este proceso para los usuarios con TLP (NICE, 2009; NHMRC, 2012). Sin embargo, no se dispone de evidencia de intervenciones específicas ni de su eficacia en el TLP. En este contexto, sería importante determinar qué servicios deberían involucrarse en este proceso y qué tipo de intervenciones serían las más adecuadas en cada uno de estos.

No disponemos de estudios específicos que exploren los modelos de atención del apoyo entre iguales para las personas con TLP y sus familiares. Aunque, debido al estigma asociado y las vivencias subjetivas de rechazo y minusvaloración, el apoyo mutuo podría ayudar a los usuarios a sentirse entendidos y validados.

No se dispone de evidencias que confirmen la efectividad de los planes consensuados de crisis para los TLP, aunque este tipo de intervención podría ayudar a potenciar el sentido de agencia e incluir la perspectiva del usuario en las decisiones respecto su proceso de recuperación. por lo sería necesario desarrollarlas y evaluar su eficacia.

Los módulos de tratamiento dirigidos al funcionamiento vocacional necesitan ser desarrollados e investigados para demostrar su eficacia. Las escasas intervenciones evaluadas sugieren que la combinación de estas prácticas con tratamientos psicoterapéuticos (no necesariamente psicoterapias basadas en la evidencia para TLP) podría resultar útil en el proceso de recuperación.

Las prácticas orientadas a la recuperación en salud mental incorporan la participación activa del usuario en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, promueven el acceso a redes de cuidado comunitarios e infunden esperanza en su proceso de recuperación, aspectos que no parecen estar cubiertos por los tratamientos especializados. Se necesitan por lo tanto más estudios que valoren su eficacia en este tipo de pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol.* 2018 Jun;21:127-131. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.12.006. Epub 2018 Jan 5. PMID: 29547739.
- Winsper C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Curr Opin Psychol.* 2021 Feb;37:94-97. doi: 10.1016/j.copsyc.2020.09.010. Epub 2020 Sep 22. PMID: 33091693.
- Comtois KA, Carmel A. Borderline Personality Disorder and High Utilization of Inpatient Psychiatric Hospitalization: Concordance Between Research and Clinical Diagnosis. *J Behav Health Serv Res.* 2016 Apr;43(2):272-80. doi: 10.1007/s11414-014-9416-9. PMID: 24875431.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Mar;117(3):177-84. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01155.x. Epub 2008 Feb 1. PMID: 18241308; PMCID: PMC3884820.
- Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry.* 2017 Jun 15;17(1):221. doi: 10.1186/s12888-017-1383-2. PMID: 28619017; PMCID: PMC5472954.
- Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol.* 2018 Jun;21:127-131. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.12.006. Epub 2018 Jan 5. PMID: 29547739.
- Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2021 Oct 23;398(10310):1528-1540. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00476-1. PMID: 34688371.
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E, Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K, Simonsen E. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 4;5(5):CD012955. doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2. PMID: 32368793; PMCID: PMC7199382.
- Setkowski K, Palantza C, van Ballegooijen W, Gilissen R, Oud M, Cristea IA, Noma H, Furukawa TA, Arntz A, van Balkom AJLM, Cuijpers P. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med.* 2023 Jun;53(8):3261-3280. doi: 10.1017/S0033291723000685. Epub 2023 May 19. PMID: 37203447; PMCID: PMC10277776.
- Paris J, Chenard-Poirier MP, Biskin R. Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Compr Psychiatry.* 2013 May;54(4):321-5. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.10.006. Epub 2012 Nov 28. PMID: 23200574.
- Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg O, F, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, & Steinert C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. In *World Psychiatry* (Vol. 23).
- Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry.* 2008 May;165(5):631-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636. Epub 2008 Mar 17. PMID: 18347003.
- Bales DL, Verheul R, Hutsebaut J. Barriers and facilitators to the implementation of mentalization-based treatment (MBT) for borderline personality disorder. *Personal Ment Health.* 2017 May;11(2):118-131. doi: 10.1002/pmh.1368. PMID: 28488379.
- Meuldijk D, McCarthy A, Bourke ME, Grenyer BF. The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS One.* 2017 Mar 1;12(3):e0171592. doi: 10.1371/journal.pone.0171592. PMID: 28249032; PMCID: PMC5332029.
- Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, Stout RL, Morey LC, Sanislow CA, Grilo CM, Zanarini MC, McGlashan TH. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med.* 2005 Mar;35(3):443-51. doi: 10.1017/s003329170400354x. PMID: 15841879; PMCID: PMC3272760.
- Katsakou C, Marougka S, Barnicot K, Savill M, White H, Lockwood K, Priebe S. Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One.* 2012;7(5):e36517. doi: 10.1371/journal.pone.0036517. Epub 2012 May 17. PMID: 22615776; PMCID: PMC3355153.
- Gillard S, Turner K, Neffgen M. Understanding recovery in the context of lived experience of personality disorders: a collaborative, qualitative research study. *BMC Psychiatry.* 2015;15(183):1-13. doi: 10.1186/s12888-015-0572-0.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, . . . Skodol AE. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry, 68*(8), 827-837. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37.
- Choi-Kain LW, Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Reich DB. A longitudinal study of the 10-year course of interpersonal features in borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2010 Jun;24(3):365-76. doi: 10.1521/pe.2010.24.3.365. PMID: 20545500; PMCID: PMC3222950.
- Ng FYY, Bourke ME, Grenyer BFS. Recovery from borderline personality disorder: a systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and Carers. *PLoS One.* 2016;11(8):e0160515. doi: 10.1371/journal.pone.0160515.
- Soloff PH, Chiappetta L. 10-Year Outcome of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2019 Feb;33(1):82-100. doi: 10.1521/pe.2018.32.332. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29469667; PMCID: PMC9237746.
- Choi-Kain L, W., & Unruh, B. T. (2016). *Mentalization-Based Treatment: A Common-Sense App Published on Psychiatric Times Mentalization-Based Treatment: A Common-Sense Approach to Borderline Personality Disorder.* <http://www.psychiatrictimes.com>.
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2017 Apr 1;74(4):319-328. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287. PMID: 28249086.
- Wall K, Kerr S, Sharp C. Barriers to care for adolescents with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol.* 2021 Feb;37:54-60. doi: 10.1016/j.copsyc.2020.07.028. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32853877.
- Lawn S, McMahon J. Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(7):510-521. doi: 10.1111/jpm.12226.
- Martino F, Menchetti M, Pozzi E, Berardi D. Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012 Apr;66(3):180-6. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02329.x. PMID: 22443241.
- McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2012 Jun;169(6):650-61. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11091416. PMID: 22581157.
- Hashworth T, Reis S, Townsend M, O'Garr J, Grenyer BFS. Personal agency and borderline personality disorder: a longitudinal study of outcomes. *BMC Psychiatry.* 2022 Aug 22;22(1):566. doi: 10.1186/s12888-022-04214-5. PMID: 35996102; PMCID: PMC9396765.
- Balaratnasingam S, Janca A. Recovery in borderline personality disorder: time for optimism and focussed treatment strategies. *Curr*

- Opin Psychiatry. 2020 Jan;33(1):57-61. doi: 10.1097/YCO.0000000000000564. PMID: 31652136.
30. Paris J. Stepped care: an alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*. 2013 Oct;64(10):1035-7. doi: 10.1176/appi.ps.201200451. PMID: 23945913.
  31. Grenyer BFS, Bailey RC, Lewis KL, Matthias M, Garretty T, Bickerton A. A Randomized Controlled Trial of Group Psychoeducation for Carers of Persons With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2019 Apr;33(2):214-228. doi: 10.1521/pedi.2018.32.340. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29505385
  32. Juurlink TT, Vukadin M, Stringer B, Westerman MJ, Lamers F, Anema JR, Beekman ATF, van Marle HJF. Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS One*. 2019 Jul 23;14(7):e0220233. doi: 10.1371/journal.pone.0220233. PMID: 31335909; PMCID: PMC6650068.
  33. Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R, Guelfi JD, Perez-Diaz F, Pham-Scottet A, Corcos M, Speranza M. Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *J Pers Disord*. 2013 Apr;27(2):252-9. doi: 10.1521/pedi.2013.27.2.252. PMID: 23514188.
  34. Zimmerman M. Borderline personality disorder: a disorder in search of advocacy. *J Nerv Ment Dis*. 2015 Jan;203(1):8-12. doi: 10.1097/NMD.0000000000000226. PMID: 25536098.
  35. Scior K, Rüsck N, White C, Corrigan PW. Supporting mental health disclosure decisions: the Honest, Open, Proud programme. *Br J Psychiatry*. 2020 May;216(5):243-245. doi: 10.1192/bjp.2019.256. PMID: 31787128.
  36. Hatzenbuehler ML. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *Am Psychol*. 2016 Nov;71(8):742-751. doi: 10.1037/amp0000068. PMID: 27977256; PMCID: PMC5172391.
  37. Hong V. Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Harv Rev Psychiatry*. 2016 Sep-Oct;24(5):357-66. doi: 10.1097/HRP.0000000000000112. PMID: 27603743.
  38. Dickens GL, Hallett N, Lamont E. Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016;56:114-127. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019.
  39. Pigot M, Miller CE, Brockman R, Grenyer BFS. Barriers and facilitators to the implementation of a stepped care intervention for personality disorder in mental health services. *Pers Ment Health*. 2019;13(4):230-238. doi: 10.1002/pmh.1467.
  40. Proctor JM, Lawn S, McMahon J. Consumer perspective from people with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) on BPD management-How are the Australian NHMRC BPD guidelines faring in practice? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021 Aug;28(4):670-681. doi: 10.1111/jpm.12714. Epub 2020 Nov 30. PMID: 33202081; PMCID: PMC8359473.
  41. Courtney DB, Makinen J. Impact of Diagnosis Disclosure on Adolescents with Borderline Personality Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Fall;25(3):177-184. Epub 2016 Nov 1. PMID: 27924148; PMCID: PMC5130091.
  42. Turton P, Demetriou A, Boland W, Gillard S, Kavuma M, et al. One size fits all: or horses for course? Recovery-based care in specialist mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:127-136. doi: 10.1007/s00127-009-0174-6
  43. Slade M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:81-83. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01047.
  44. Larivière N, Couture É, Blackburn C, Carbonneau M, Lacombe C, Schinck SA, David P, St-Cyr-Tribble D. Recovery, as Experienced by Women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Q*. 2015 Dec;86(4):555-68. doi: 10.1007/s11126-015-9350-x. PMID: 25736797
  45. Castillo H, Ramon S, Morant N. A recovery journey for people with personality disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(3):264-273. doi: 10.1177/0020764013481891.
  46. Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F, Crawford P, Farkas M, Hui A, Manley D, McGranahan R, Pollock K, Ramsay A, Sælør KT, Wright N, Slade M. Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLoS One*. 2019 Mar
  47. Katsakou C, Pistrang N, Barnicot K, White H, Priebe S. Processes of recovery through routine or specialist treatment for borderline personality disorder (BPD): a qualitative study. *J Ment Health*. 2019 Dec;28(6):604-612. doi: 10.1080/09638237.2017.1340631. Epub 2017 Jul 4. PMID: 28675714.
  48. Bejerholm U, Roe D. Personal recovery within positive psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2018 Aug;72(6):420-430. doi: 10.1080/08039488.2018.1492015. Epub 2018 Nov 1. PMID: 30383472.
  49. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6):445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733. PMID: 22130746.
  50. Ng FYY, Townsend ML, Miller CE, Jewell M, Grenyer BFS. The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2019 May 22;6:10. doi: 10.1186/s40479-019-0107-2. PMID: 31143449; PMCID: PMC6532193.
  51. Shepherd A, Sanders C, Shaw J. Seeking to understand lived experiences of personal recovery in personality disorder in community and forensic settings - a qualitative methods investigation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(282):1-10. doi: 10.1186/s12888-017-1442-8.
  52. Newton-Howes G, Gordon S. The recovery paradigm and distress conceptualized as personality disorder: lack of evidence does not equate to a lack of importance. *Personal Ment Health*. 2016;11(1):33-6. doi: 10.1002/pmh.1364.
  53. Strand M, Gammon D, Ruland CM. Transitions from biomedical to recovery-oriented practices in mental health: a scoping review to explore the role of Internet-based interventions. *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 7;17(1):257. doi: 10.1186/s12913-017-2176-5. PMID: 28388907; PMCID: PMC5385090.
  54. Jewell M, Bailey RC, Curran RL, Grenyer BFS. Evaluation of a skills-based peer-led art therapy online-group for people with emotion dysregulation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2022 Nov 30;9(1):33. doi: 10.1186/s40479-022-00203-y. PMID: 36447216; PMCID: PMC9708140.
  55. Barr KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Using peer workers with lived experience to support the treatment of borderline personality disorder: a qualitative study of consumer, carer and clinician perspectives. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2020 Sep 2;7:20. doi: 10.1186/s40479-020-00135-5. PMID: 32884819; PMCID: PMC7465429.
  56. Bond B, Wright J, Bacon A. What helps in self-help? A qualitative exploration of interactions within a borderline personality disorder self-help group. *J Ment Health*. 2019 Dec;28(6):640-646. doi: 10.1080/09638237.2017.1370634. Epub 2017 Aug 31. PMID: 28857639.
  57. Grenyer BFS, Townsend ML, Lewis K, Day N. To love and work: A longitudinal study of everyday life factors in recovery from borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2022 May;16(2):138-154. doi: 10.1002/pmh.1547. Epub 2022 May 10. PMID: 35538561; PMCID: PMC9287094.
  58. Kernot J, Baker A, Oster C, Petrakis M, Dawson S. Employment interventions to assist people who experience borderline personality disorder: A scoping review. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 Dec;69(8):1845-1855. doi: 10.1177/00207640231189424. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37497932; PMCID: PMC10685697.
  59. Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Bond GR, Mihalopoulos C, Jackson HJ, Thompson KN, Jovev M, Yuen HP, Chinnery G, Ring J, Allott K, McCutcheon L, Salmon AP, Killackey E. Individual Vocational and Educational Support Trial (INVEST) for young people with borderline personality disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020 Jun 26;21(1):583. doi: 10.1186/s13063-020-04471-3. PMID: 32591007; PMCID: PMC7320570.
  60. Comtois KA, Kerbrat AH, Atkins DC, Harned MS, Elwood L. Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. *Psychiatr Serv*. 2010 Nov;61(11):1106-11. doi: 10.1176/ps.2010.61.11.1106. PMID: 21041349.
  61. Borschmann, R., Barrett, B., HELLIER, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., ... Moran, P. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 202(5), 357-364. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.117762>
  62. Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, Carter TM, Hudson WB, Grey DD, Boyd S. A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatr Serv*. 2012 Jun;63(6):541-7. doi: 10.1176/appi.ps.201100125. PMID: 22508435.
  63. Canacott L, Moghaddam N, Tickle A. Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Rehabil J*. 2019 Dec;42(4):372-381. doi: 10.1037/prj0000368. Epub 2019 May 27. PMID: 31135173.
  64. Enticott JC, Shawyer F, Brophy LM, Russell G, Mazza D, Wilson-Evered E, Weller PJ, Slade M, Edan V, Meadows GN. REFOCUS-PULSAR Recovery-Oriented Practice Training in Adult Primary Mental Health Care: Exploratory Findings Including From a Pretest-Posttest Evaluation. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 11;12:625408. doi: 10.3389/fpsy.2021.625408. PMID: 33790816; PMCID: PMC8006334.



**RECUPERACIÓN, PERSPECTIVA DE GÉNERO, Y DÍADAS OBJETALES RELACIONALES. EL “GRUPO DE EXPERTAS” COMO EXPERIENCIA ASISTENCIAL INTEGRADORA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DE LARGA EVOLUCIÓN.**

RECOVERY, GENDER PERSPECTIVE AND OBJECT RELATIONS DYADS. THE “EXPERTS GROUP” AS AN INTEGRATIVE CLINICAL EXPERIENCE FOR THE TREATMENT OF LONG-STANDING PERSONALITY DISORDERS

Autores:

Álvaro Esguevillas<sup>1,2</sup>, Olga Córdoba<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, España .

<sup>2</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Gregorio Marañón. Madrid, España.

Álvaro Esguevillas.

Avenida Montevideo 18, 48013, Bilbao.

aesguevillas1@gmail.com

## RESUMEN

Los trastornos de la personalidad son entidades clínicas graves y comunes, cuyo tratamiento de elección es psicoterapéutico. De ellos, el trastorno límite de la personalidad es el más estudiado, y la psicoterapia focalizada en la transferencia es uno de los modelos psicoterapéuticos basados en la evidencia que se ha mostrado eficaz. La prevalencia del trastorno en muestras clínicas es mucho mayor en mujeres que en hombres, y, cada vez más, nos encontramos con pacientes de mayor edad y una larga evolución, cuyas características clínicas presentan particularidades respecto al clásico cuadro correspondiente a una mujer adulta joven. En los últimos años, hemos pasado de un paradigma centrado en la remisión sintomática a otro más orientado a la recuperación funcional, incorporando aspectos derivados de los modelos de rehabilitación psicosocial. En este trabajo, presentamos una experiencia clínica psicoterapéutica grupal diseñada para tratar de integrar varios de estos aspectos: "el grupo de expertas".

**Palabras clave:** : trastorno límite de la personalidad, recuperación, diferencias de género, grupos de apoyo, psicoterapia centrada en la transferencia.

## ABSTRACT

*Personality disorders are common and severe conditions, being psychotherapy the treatment of choice. Borderline personality disorder is the most studied personality disorder, and Transference Focused Psychotherapy one of the evidence-based psychotherapeutic models shown to be effective for these patients. Recent research shows that, in clinical samples, the prevalence of the disorder is much higher in women than men; and that older, long standing borderline patients are increasingly more prevalent in our daily practice, with a different clinical presentation than the classic young female adult. In recent times, we have also changed from a symptom-oriented treatment paradigm to a much more recovery-oriented one, adding elements from psychosocial rehabilitation models. In this work, we introduce a group psychotherapy clinical experience aimed to integrate several of these concepts: the "experts group".*

**Keywords:** *borderline personality disorder, recovery, gender differences, peer supports, transference-focused therapy.*

Los trastornos de la personalidad son entidades clínicas graves y comunes, para las cuales el tratamiento de elección es el tratamiento psicoterapéutico. De entre todos los trastornos de la personalidad, el más estudiado y para el que se han desarrollado los principales modelos de tratamiento psicoterapéutico es el trastorno límite de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad (en adelante, TLP) es un trastorno psiquiátrico común, con una prevalencia entre el 0,7 y el 2,7% en estudios poblacionales realizados en países anglosajones, y mucho mayor en muestras clínicas<sup>1</sup>. La prevalencia mujer/hombre en estas muestras clínicas es aproximadamente de 3:1, mientras en estudios poblacionales se acerca a 1:1. En los últimos años, se está tratando de estudiar y entender mejor las diferencias de género en el TLP. En una revisión reciente de la literatura existente hasta la fecha relativa a las diferencias de género en el TLP, los autores encuentran que existen diferencias tanto a nivel de criterios diagnósticos, como de comorbilidades, alteraciones neurobiológicas y actitud hacia el tratamiento<sup>2</sup>. Entrando un poco en detalle, a nivel diagnóstico las mujeres presentaban más los ítems "sentimientos crónicos de vacío", "inestabilidad afectiva" y "suicidabilidad/conducta autolesiva". Respecto a las comorbilidades, las pacientes con TLP tendían a padecer más trastornos comórbidos "internalizantes", como son el trastorno depresivo, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos somatomorfos. Los estudios de neuroimagen mostraron diferencias de género respecto a la actividad de la corteza prefrontal, el estriado y la amígdala cuando los pacientes están involucrados en tareas de resonancia magnética funcional que inducen reacciones agresivas o de enfado. Finalmente, respecto al uso diferente de recursos terapéuticos en función del género, los estudios muestran una tendencia de las mujeres a usar más psicofármacos e ir más a psicoterapia frente a los hombres, quienes usaban más recursos relacionados con los trastornos por uso de sustancias<sup>3,4</sup>. Sin embargo, la escasez de estudios y sus limitaciones metodológicas no nos permiten extraer conclusiones definitivas al respecto<sup>2</sup>. Además de la introducción de una perspectiva de género, se viene dando también un cambio respecto a la visión de la evolución temporal del TLP. De plantearse como un trastorno de la edad adulta, estable en sus características clínicas, y de evolución crónica; actualmente se sabe que tiene una evolución mucho más variable, con un inicio frecuentemente situado en la adolescencia, altas tasas de remisión sintomática, y persistencia con los años de importantes dificultades a nivel funcional<sup>1</sup>. Un reciente metaanálisis de estudios a largo plazo (mayor o igual a 5 años) encuentra tasas de remisión entorno al 60%<sup>5</sup>. En un estudio a 20 años, la tasa de recuperación "excelente" solo la alcanzan el 39% de los pacientes<sup>6</sup>. Son precisamente estas dificultades a nivel funcional, y la creciente presencia de pacientes límite de larga evolución o mayor edad en las consultas, las que han generado que cada vez más esté cobrando importancia el concepto de recuperación para el tratamiento del TLP. Esto es muy relevante porque las características clínicas del paciente límite de mayor edad difieren del paciente joven "clásico". Existen más síntomas afectivos, sentimientos de vacío y quejas somáticas, persisten la disregulación emocional, las relaciones inestables, la ira y los problemas de apego; y decrecen la impulsividad y la difusión de identidad<sup>7</sup>. Con todo esto, como comentábamos, el concepto de

recuperación está cobrando una relevancia cada vez mayor. En una reciente revisión al respecto<sup>8</sup>, los autores encuentran divergencias entre los conceptos de recuperación clínica, procedente de la literatura más científica, y que pone énfasis en la medida cuantitativa de la reducción sintomática y de la mejoría en la funcionalidad; y el concepto de recuperación personal, más ligado a una literatura cualitativa centrada en el paciente, y que enfatiza la construcción de una narrativa desde perspectivas más subjetivas. En el TLP, la recuperación clínica buscaría la remisión sintomática – incluida la conducta suicida y parasuicida – y la mejoría en el funcionamiento psicosocial, tanto a nivel educativo/laboral como interpersonal. Mientras tanto, la recuperación personal abarca los conceptos de autoconocimiento, aceptación personal, esperanza por el futuro, autonomía, y habilidad para perseguir objetivos y metas vitales significativos, incluyendo las relaciones interpersonales. Cada vez más, los tratamientos para el TLP incorporan constructos procedentes de la recuperación personal como, por ejemplo, los grupos de ayuda mutua<sup>8</sup>. Relacionado con este concepto de recuperación, y el papel de los tratamientos psicoterapéuticos y comunitarios en ello, un reciente trabajo publicado desde el modelo del Good Psychiatric Management (en adelante GPM) de John Gunderson<sup>9</sup>, repasa estos conceptos<sup>10</sup>. En él, los autores proponen extender el tratamiento del TLP más allá de la relación o alianza con el terapeuta para también promover la socialización del paciente, con encuadres grupales y vocacionales que potencien las redes sociales del paciente. Su propuesta versa en torno a que, si el paciente TLP puede construir redes sociales mayores que no dependan tanto de relaciones románticas o cuidadores exclusivos, si no más de una construcción identitaria ligada a roles y a relaciones en la comunidad, esto permitiría abordar mejor la difusión de identidad de larga data y la inestabilidad relacional. Aquí hablan del GPM y de otras intervenciones psicoterapéuticas con un componente relacional y grupal. En su opinión, los grupos proveen al paciente de una conexión social inmediata, siendo a su vez espacios donde poder practicar el comportamiento social en un entorno seguro y validante. De hecho, para algunos pacientes muy dañados a nivel interpersonal, la terapia de grupo podría ser la única forma de contacto social frecuente<sup>10</sup>. Este es un dato muy interesante. Estudiando muestras de pacientes con trastorno mental en un sentido más amplio, hay revisiones que indican que son las actividades comunitarias relacionadas con los intereses particulares de la persona las que se vinculan con mejores resultados a nivel de mejoría funcional<sup>11</sup>. En línea con estos supuestos, podríamos afirmar que existen beneficios claros derivados de conectar al paciente límite con recursos comunitarios no clínicos<sup>10</sup>. Un ejemplo de esto último podrían ser los Espacios de Igualdad ofertados por el Ayuntamiento de Madrid<sup>12</sup>. En la descripción que se hace de estos espacios, se definen como espacios públicos municipales especializados en la promoción de la igualdad y la prevención de la violencia machista a través de la sensibilización y concienciación de la ciudadanía en favor de la igualdad de género y el respeto a la diversidad sexual y/o de género; el empoderamiento de las mujeres; y la prevención, detección y reparación de la violencia de género. Para ello, cuentan con una plantilla interdisciplinar formada por profesionales de la psicología, del derecho, de la dinamización social, la orientación laboral y el trabajo administrativo, con especialización en igualdad y violencia de género. En estos espacios, se ofrece a la usuaria actividades diversas a lo largo de la semana desde las que poder crear una red de apoyo comunitario. Podemos afirmar que su uso está creciendo como complemento a los tratamientos estándar para el TLP en la Comunidad de Madrid, con buenas impresiones respecto a su eficacia, pero todavía sin estudios al respecto.

Con todos estos elementos en la cabeza, e informados tanto por la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia como por la Terapia Familiar Sistémica<sup>13</sup> como modelos terapéuticos de referencia, en el programa PAIPAL del Hospital de Día del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Gregorio Marañón de Madrid (en adelante, IPS Marañón) nos planteamos diseñar una herramienta terapéutica grupal que resultara eficaz para este perfil de pacientes limítrofes de larga evolución y antecedentes de refractariedad en su tratamiento, al que denominamos "el grupo de expertas". Para el objetivo de este trabajo, detallar aquí que la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (en adelante, TFP) es una terapia psicoanalítica contemporánea desarrollada por John Clarkin, Frank Yeomans y Otto Kernberg en el Personality Disorders Institute de Nueva York<sup>14</sup>, basada en los desarrollos contemporáneos de la Teoría de Relaciones Objetales. Este modelo terapéutico propone fundamentalmente un marco de tratamiento claro desde el cual trabajar los conflictos del paciente en el aquí y ahora de la relación con el terapeuta, desde una posición exploratoria<sup>15</sup>. De mucho interés también, actualmente se está trabajando en una adaptación del modelo a un formato grupal<sup>16</sup>.

## EL GRUPO DE EXPERTAS

El programa PAIPAL del IPS Marañón es un programa ambulatorio intensivo de tratamiento para pacientes con una organización límite de personalidad, desarrollado en el año 2005 por los psiquiatras Olga Córdoba e Iñaki Vázquez, bajo la supervisión del entonces jefe de Servicio de Psiquiatría, el Dr. Enrique García Bernardo, uno de los pioneros de la TFP en España. En sus inicios, constaba de una terapia grupal de orientación interpersonal y una terapia individual semanal de tipo integradora. Este formato se mantuvo más o menos invariable hasta el año 2013, en el que se puso en marcha un programa de tratamiento basado en la terapia dialéctica conductual (en adelante, DBT) de Marsha Linehan, que entonces empezaba a postularse como el gold standard de eficacia para el tratamiento de las pacientes límite<sup>17</sup>. Durante unos años, el programa fue un programa basado en DBT, de uno o dos años de duración, con dos elementos principales, un grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales y una terapia individual, ambos de frecuencia semanal. Tras el alta del programa, las pacientes mostraban una mejoría sintomática significativa, fundamentalmente en los aspectos clínicos relacionados con la inestabilidad emocional y la impulsividad/agresión impulsiva; pero seguían presentando muchas dificultades en su funcionamiento laboral e interpersonal, y, a la exploración clínica, persistía una importante patología a nivel de su identidad, el dominio central de la patología limítrofe para autores como Otto Kernberg<sup>15</sup>. Con todos estos aspectos presentes, y ante la demanda de varias de las pacientes, que habían estado en tratamiento en el programa anteriormente, de crear un nuevo espacio grupal de tratamiento para ellas, surge el grupo de expertas. Desde un punto de vista teórico, la idea fundamental era aplicar los principios de la TFP – fundamentalmente el comprender lo que pasa a las pacientes (y al grupo) en términos de teoría de relaciones objetales, es decir, mirando las diadas objetales relacionales en las diferentes situaciones que se presentan – como vehículo para la exploración de las diferentes situaciones que traían las pacientes al grupo. Desde este modelo, las diadas objetales relacionales son como los ladrillos de la estructura de personalidad de una persona, y hacen referencia a la visión que la persona tiene en una situación relacional concreta de sí misma, unida

a la visión que tiene del otro de esa relación, mediado por un afecto dominante – amor, rabia, odio, tristeza, ira, miedo, etc<sup>15</sup>. Junto al modelo de relaciones objetales, pretendíamos incluir una perspectiva de género, dando un lugar relevante al hecho de que todas las pacientes eran mujeres de mediana edad para adelante, con muchos años de enfermedad a sus espaldas y persistencia de dificultades a nivel identitario.

A modo de ejemplo, vamos a describir brevemente las características sociodemográficas y clínicas del primer grupo, que estuvo en marcha durante dos años “académicos”, desde octubre de 2020 a julio de 2022. Fueron siete mujeres entre 40 y 50 años, con una historia de enfermedad de más de 20 años, historia de eventos traumáticos ligados al hecho de ser mujer (violencia de género, violencia sexual), y una situación socioeconómica muy vulnerable, encontrándose desempleadas o con empleos precarios, pocos recursos económicos y una gran soledad – solteras o separadas. Desde el punto de vista clínico, presentaban una organización límite de la personalidad de gravedad moderada-severa (CGI >=5), con historia de intentos de suicidio, autolesiones, clínica alimentaria y abuso de sustancias, todo ello bastante controlado en la actualidad – salvo situaciones de crisis – pero muchos problemas de funcionalidad – trabajo, relaciones, ocio –. Existía una ideación suicida y un sentimiento de vacío/pérdida de sentido existencial que se mantenía constante, aunque no en un primer plano. Desde el punto de vista de tipología de carácter, presentaban dos perfiles, uno más de tipo dependiente/infantil, y otro más de tipo narcisista con muchos elementos masoquistas coadyuvantes. La diada objetal relacional dominante correspondía a una visión de sí mismas como alguien pequeño, débil, vulnerable, sumiso; que siente miedo y rabia hacia un otro vivido como poderoso, insensible y superior. Desde un punto de vista de manejo técnico del grupo, además de las estrategias, tácticas y técnicas propias de la TFP – con especial énfasis en la necesidad de mantener algún tipo de actividad productiva y delimitar unos objetivos de vida con las pacientes –, aplicamos elementos propios de enfoques rehabilitadores, como realizar psicoeducación ajustada sobre el trastorno límite y sus características, trabajar con los servicios estatales de empleo, o fomentar el uso de espacios comunitarios no clínicos como los espacios de igualdad del ayuntamiento de Madrid, donde poder crearse una red de apoyo y además trabajar los aspectos de su patología más unidos al hecho de ser mujer.

Nuestra impresión clínica al finalizar los dos años de tratamiento fue positiva. Al alta, las pacientes continuaron con su seguimiento psiquiátrico ambulatorio habitual. Con la intención de poder recoger más información sobre la eficacia o no del programa, al año decidimos reunirnos en una sesión grupal diseñada para evaluar el desempeño de las pacientes en este tiempo, las cosas que les habían servido más del grupo, las que no, y qué propondrían ellas de cara al futuro. A dicha sesión grupal confirmaron su asistencia todas ellas, pero finalmente sólo acudieron cinco de las siete participantes. Desde un punto de vista práctico, su vida no había cambiado mucho – sobre todo en lo relativo a continuar con una gran precariedad socioeconómica – pero sí que habían podido mantener los aspectos de mejora que consiguieron durante el grupo, fundamentalmente una mejor comprensión de sus dificultades y el ser más eficaces en su funcionamiento relacional. Las que habían podido vincular con los espacios de igualdad seguían acudiendo y les servía como red social para mitigar su sentimiento de soledad. Entre algunas de ellas, también habían mantenido un contacto de baja intensidad, pero continuo. No había habido nuevas crisis sintomáticas importantes en ninguna de ellas, y cuando había habido crisis, habían podido superarlas aplicando habilidades de regulación emocional previamente aprendidas. Su percepción general era que el grupo les había servido como un lugar de acompañamiento, cuidado y reflexión frente a la soledad, las dificultades relacionales, y la persistencia de momentos emocionales pico de difícil gestión. Habían podido entender mejor, aceptar algo más y trabajar algunos de sus aspectos agresivos, y se había generado una mejoría en su capacidad para reconocer y comprender sus dinámicas internas y relacionales (lo que equivaldría a una mejoría en su función reflexiva). Incorporando una perspectiva de género, era interesante ver como los aspectos propios de una diada relacional masoquista que presentaban muchas de ellas, estaban presentes desde muy pequeñas en su historia biográfica, sin duda alguna promovidos por la cultura machista dominante en esa época. Finalmente, planteaban su deseo de poder continuar con algún tipo de programa de tratamiento grupal, con otras características – abierto, indefinido, baja frecuencia –, a modo de ancla con todos estos aspectos de rehabilitación funcional que habían adquirido durante el tiempo de tratamiento en el grupo. Esto es algo que está pendiente de ser evaluado para su implementación dentro del actual programa PAIPAL.

## CONCLUSIÓN

El grupo de expertas fue una experiencia asistencial integradora muy satisfactoria tanto para los profesionales como para las pacientes participantes en el mismo. El propósito del grupo fue tratar de integrar elementos más propios de un modelo psicoterapéutico psicoanalítico como es la psicoterapia focalizada en la transferencia, con elementos provenientes de la terapia sistémica, la rehabilitación psicosocial y el trabajo desde una perspectiva de género, a través de la coordinación con espacios comunitarios no clínicos orientados de este modo. Creemos que el uso de abordajes integradores que integren estos elementos psicoterapéuticos y rehabilitadores, incorporando una perspectiva de género, pueden ser muy útiles para el tratamiento del grupo de pacientes límite de mayor edad e historia de enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024 Feb;23(1):4-25. doi: 10.1002/wps.21156. PMID: 38214629; PMCID: PMC10786009.
2. Bozzatello P, Blua C, Brandellero D, Baldassarri L, Brasso C, Rocca P, Bellino S. Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Front Psychiatry*. 2024 Jan 12;15:1320546. doi: 10.3389/fpsy.2024.1320546. PMID: 38283847; PMCID: PMC10811047.
3. Goodman M, Patil U, Steffel L, Avedon J, Sasso S, Triebwasser J, Stanley B. Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*. 2010 May;16(3):155-63. doi: 10.1097/01.pra.0000375711.47337.27. PMID: 20485103.
4. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord*. 2014;28(5):734-50.
5. Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *Eur Psychiatry*. 2019 Feb;56:75-83. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.010. Epub 2018 Dec 24. PMID: 30599336.
6. Zanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Res*. 2018 Apr;262:40-45. doi: 10.1016/j.psychres.2018.01.034. Epub 2018 Feb 20. PMID: 29407567; PMCID: PMC6025755.
7. Winsper C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Curr Opin Psychol*. 2021 Feb;37:94-97. doi: 10.1016/j.copsy.2020.09.010. Epub 2020 Sep 22. PMID: 33091693.
8. Turner BJ, McKnight B, Helps CE, Yeo SN, Barbic S. Peer support for borderline personality disorder: A critical review of its feasibility, acceptability, and alignment with concepts of recovery. *Personal Disord*. 2024 Nov;15(6):425-435. doi: 10.1037/per0000683. Epub 2024 Aug 5. PMID: 39101926.
9. Gunderson, J. G. The emergence of a generalist model to meet public health needs for patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 173, 452–458 (2016).
10. Mermin SA, Steigerwald G, Choi-Kain LW. Borderline Personality Disorder and Loneliness: Broadening the Scope of Treatment for Social Rehabilitation. *Harv Rev Psychiatry*. 2025 Jan-Feb 01;33(1):31-40. doi: 10.1097/HRP.0000000000000417. Epub 2024 Dec 18. PMID: 39761443; PMCID: PMC11708991.
11. Brooks H, Devereux-Fitzgerald A, Richmond L, Caton N, Cherry MG, Bee P, Lovell K, Downs J, Edwards BM, Vassilev I, Bush L, Rogers A. Exploring the use of social network interventions for adults with mental health difficulties: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Psychiatry*. 2023 Jul 7;23(1):486. doi: 10.1186/s12888-023-04881-y. PMID: 37420228; PMCID: PMC10329398.
12. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Igualdad-y-diversidad/Espacios-de-Igualdad-en-los-districtos>
13. Linares, J.L. Identidad y narrativa : la terapia familiar en la práctica clínica. Paidós 1996
14. Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. A Primer on Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient. (J. Aronson, 2002).
15. Caligor, E., Yeomans F.E, Clarkin J.F, Kernberg OF. Terapia psicodinámica para la patología de la personalidad. Desclee de Brouwer 2020
16. Rufat MJ, Raddcliffe J, Lee T, Martius P, Fertuck E, Arango I, Lappe H, Ripoll E, Yeomans FE. Developments in Group Transference-Focused Psychotherapy. *Psychodyn Psychiatry*. 2023 Sep;51(3):311-329. doi: 10.1521/pdps.2023.51.3.311. PMID: 37712660.
17. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press; 1993.



# REALIDAD Y REHABILITACIÓN EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

REALITY AND REHABILITATION IN TRANSFERENCE-FOCUSED  
PSYCHOTHERAPY

Autor:

Miguel Angel Gonzalez Torres.

Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto.

mundo en la medida posible. Por todo ello, la rehabilitación entendida en el amplio sentido que propone la OMS como acercamiento a la plena función del individuo puede ser una consecuencia lógica del abordaje TFP. Y el mecanismo clave en este proceso es la atención prioritaria a la realidad.

### ¿Que es la realidad?

No trataremos aquí de dirimir la cuestión de si la realidad existe, de si hay algo ajeno a nuestro pensamiento, o si tan solo somos el sueño de alguien. No vamos a tomar posición entre los idealistas y los materialistas. Entre los filósofos (Ferrater Mora, 1991) podemos hallar varios modos de considerar la realidad. Los dos más comunes nos señalan que algo es real cuando no es ilusorio, o bien que algo es real cuando existe. El llamado “problema de la realidad” es para algunos el gran problema de la Filosofía. Al explorar cualquier concepto nos vemos obligados a lidiar con lo real, sus fronteras y sus características.

Existe hoy un movimiento filosófico que va ganando fuerza y que suele denominarse “Nuevo Realismo”. Uno de sus líderes es el filósofo alemán Markus Gabriel (2015), que propone una crítica profunda a los planteamientos de los filósofos llamados posmodernos (Deleuze, Derrida, Foucault, ligados en alguna medida a Lacan) y el reconocimiento de que sí existe una realidad ajena al sujeto, una realidad de “tercera persona” que permite la exploración objetiva de las personas y los sucesos. Obviamente esa perspectiva objetiva se queda corta a la hora de analizar cualquier fenómeno, pero sus limitaciones no implican en absoluto su inexistencia. El ser humano es para Gabriel (2023) un animal (el animal por antonomasia, diría él), que no es solamente un animal, que no desea ser animal y que finalmente es el único animal que conocemos (pues es el único sobre el que poseemos conocimiento objetivo y subjetivo). Obviamente esto abre interesantes áreas de exploración al tocar directamente tanto el tema de la identidad más profunda de los humanos como uno de los elementos ajenos a la voluntad del individuo, ajenos a él y a la vez profundamente influyentes en nuestro existir; en otras palabras, elementos de ese orden Real propuesto por Lacan.

Una forma simple de definir el término realidad en el contexto psicoterapéutico sería considerar este concepto como aquello que ocurre fuera de la sesión. Lo relacionado con el mundo interno del paciente más allá de las paredes del despacho del terapeuta y también aquellos elementos humanos y materiales que son ajenos al paciente, pero constituyen el contexto en el que éste desarrolla su vida. Todo ese mundo externo puede dividirse en dos categorías importantes: lo afectivo, tanto en el plano familiar, social, de pareja o sexual, y las actividades más o menos útiles que desarrolla cada persona según su formación, sus intereses y sus oportunidades. El lector con alguna formación psicoanalítica reconocerá en seguida el aroma del famoso “dictum” freudiano respecto a los objetivos del psicoanálisis: “lieben und arbeiten”, amar y trabajar. En otras palabras, establecer vínculos afectivos duraderos con amigos, familia, pareja (incluyendo los sexuales) y llevar a cabo una actividad útil para la sociedad y el individuo adecuada a las propias habilidades y conocimientos. La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia hace suyo el comentario freudiano y se plantea abiertamente el logro de avances significativos en estas áreas como la verdadera meta del proceso terapéutico.

### Algunas visiones de la realidad en Psicoanálisis

De forma sutil y no siempre reconocida, la realidad ocupa permanentemente un lugar en el pensamiento psicoanalítico. Podemos ver en los textos, desde el propio Freud, el contraste entre sueño y realidad, inconsciente y realidad, deseo y realidad, ficción, ilusión... y realidad. Señalamos a continuación algunas aportaciones sobre la realidad desarrolladas por tres autores fundamentales: Lacan, Fonagy y Kernberg

Para Lacan, lo real es aquello que se resiste absolutamente a la simbolización, es el dominio de lo que subsiste fuera de la simbolización (Fink 1995). Sin duda Lacan incluye la muerte como perteneciente al orden real. Y también las pulsiones y quizá las emociones que derivan de ellas. Podríamos considerar lo real como aquello que existe de forma independiente a nosotros. Es el rugir de la catarata que se escucha como música de fondo sobre cualquier diálogo. Algo poderoso que matiza e influye todo lo que se dice, pero que no se menciona. Diría que este es el sentido en el que Lacan utiliza el término. En los otros dos órdenes del pensamiento lacaniano, lo imaginario y lo simbólico, existe una imprescindible participación del sujeto. Nosotros co-creamos la dimensión imaginaria al fantasear con un vínculo perfecto del pasado. También co-creamos lo simbólico al convertirnos en firmantes de un pacto con el Padre que nos permite acceder a la Sociedad, la Cultura y el Orden.

Pero en la dimensión real lacaniana tan solo podemos ocupar el papel de observadores o sufrientes. Lo real se nos impone sea cual sea nuestro deseo o nuestro temor. Sencillamente está, ajeno a nosotros y amenazador. Creo legítimo plantearnos si el acceso a lo real en el sentido lacaniano, la experiencia de lo real ajeno a nuestras fantasías y acuerdos no sería el paso final de la lucidez. La contemplación de lo absoluto, lo independiente a nosotros, esa dimensión del existir en la que solo podemos ser testigos o víctimas, nunca actores. Sin duda se trata de una dimensión nada tranquilizadora y de algún modo inhumana. Puede que para la mayoría de nosotros sea más fácil sostenernos en la cómoda residencia en la casa simbólica, parcialmente protegidos del atronador rugido de esa terrible dimensión lacaniana de lo real, que sin duda implica a las pulsiones que pugnan por buscar expresión indirecta en nuestras acciones y deseos y a las emociones que las acompañan.

Cuando reflexionamos sobre los elementos de lo real, inmediatamente nos hallamos frente a la muerte. Representa el núcleo de la tragedia unamuniana por excelencia (Unamuno 1913): la certeza de nuestro final inexorable que a todos nos iguala y a todos nos espera. Y ese muro real constituye el fondo sobre el que se dibuja nuestro devenir en lo imaginario y lo simbólico. Los rituales funerarios, que se remontan al principio de los tiempos (Sorensen & Rebay-Salisbury 2023) representan una manera en la que los humanos intentamos simbolizar y por tanto dar sentido a lo Real. Quizá las diferentes propuestas religiosas constituyen intentos de responder a esa pregunta antigua y terrible: ¿y después de la muerte? Junto

## RESUMEN

*El proceso rehabilitador persigue el desarrollo del máximo nivel funcional del paciente partiendo de una deficiencia, enfermedad o lesión. Este nivel se evalúa observando la capacidad para establecer y mantener relaciones personales significativas y para llevar a cabo actividades de utilidad para sí mismo y para la comunidad, adaptadas además a los conocimientos y los recursos del sujeto. La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP) se halla perfectamente en sintonía con este proceso rehabilitador gracias en buena parte a su atención a la realidad, tanto al tomar de ella datos fundamentales para el diagnóstico y la planificación terapéutica como al convertir su examen en termómetro de la evolución del paciente, además de situar en los cambios en ella el objetivo final del proceso. Al actuar sobre la difusión de identidad, la TFP aborda aspectos de la realidad más allá de la concepción cotidiana de la misma, llegando hasta sus aspectos más profundos, ligados a esos elementos omnipresentes y ajenos por completo a nuestra voluntad que delimitan nuestro psiquismo y constituyen certidumbres fundantes de nuestra existencia. En este capítulo se presentan también algunas consideraciones sobre lo real, pertinentes desde una visión psicoanalítica de lo psíquico, prestando especial atención a aportaciones de Lacan, Fonagy y Kernberg.*

## ABSTRACT

*The rehabilitation process aims to develop the patient's maximum functional level departing from an impairment, illness or injury. This level is assessed by observing the ability to establish and maintain meaningful personal relationships and to carry out useful activities for oneself and for the community, adapted to the subject's education and resources. TFP is perfectly in tune with this rehabilitative process thanks in large part to its attention to reality, both by taking from it fundamental data for diagnosis and therapeutic planning and by turning its examination into a thermometer of the patient's evolution, as well as considering the changes in it as the final aim of the process. By acting on identity diffusion, TFP addresses aspects of reality beyond the everyday conception of it, reaching its deepest aspects, linked to those omnipresent elements completely beyond our control that delimit our psyche and constitute the founding certainties of our existence. This chapter also presents some relevant considerations on the real from a psychoanalytical view of the psychic world, paying special attention to the contributions of Lacan, Fonagy and Kernberg.*

## INTRODUCCIÓN

La rehabilitación se define como «un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno». En pocas palabras, la rehabilitación ayuda a los niños, los adultos o las personas mayores a ser lo más independientes posible en su día a día y les permite participar en actividades educativas, laborales o recreativas o llevar a cabo las tareas que dan sentido a la vida (OMS 2024).

Un proceso terapéutico como el que propone la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Yeomans, Clarkin, Kernberg 2016) o TFP encaja perfectamente dentro de la definición de rehabilitación propuesto por la OMS. El argumento presentado aquí es que la TFP alcanza su acción rehabilitadora gracias en buena parte a su atención a la realidad, tanto al tomar de ella datos fundamentales para el diagnóstico y la planificación terapéutica como al convertir su examen en termómetro de la evolución del paciente además de situar en los cambios en ella el objetivo final del proceso. La TFP al actuar sobre la difusión de identidad se dirige hacia un contacto más pleno con la realidad. Los puntos ciegos en torno a la mente del otro, la imposibilidad de percibir alternativas respecto a intenciones y actitudes ajenas, dan paso a una visión más amplia. Aparece la posibilidad de que existan maneras diferentes de percibir los mismos hechos. Surge gradualmente la idea de que puede que la realidad propia no sea toda la realidad. A partir de ahí la conexión con el otro se hace más intensa y el profundo aislamiento que conlleva la patología límite comienza a quebrarse. Surge un interlocutor con quien el diálogo, entendido como intercambio de puntos de vista, es posible. El sujeto comienza a aplicar inadvertidamente en su vida cotidiana la máxima de Terencio: “hombre soy, nada humano me es ajeno”.

Paralelamente el propio mundo interno se llena de dudas, que suponen un rasgo principal de la salud. El mundo es básicamente incierto y sólo en la niñez y en la psicopatología hallamos convicciones inalterables. Lo que es cierto a nivel individual también lo es a nivel colectivo. Se dice que la sociedad totalitaria se caracteriza por perseguir la intimidad personal y la duda (Gonzalez-Torres 2023) pues ambas ponen en peligro al Estado. La duda acompaña a la crítica y la reflexión. La intimidad proporciona “burbujas” de libertad ante la opresión del grupo. Y no existe sexualidad ni intimidad personal sin dudas. Ellas nos empujan hacia el riesgo mágico de la entrega y la confianza, nunca plena, de que al lanzarnos en brazos del otro le hallaremos a mitad de camino. El trabajo en TFP acerca al paciente limitrofe a una posición de autonomía personal y de tolerancia de la incertidumbre y el riesgo del rechazo. El paciente puede avanzar hasta imaginar mundos posibles y puede moverse para alcanzarlos, incluso puede desarrollar una actividad que le hace sentirse útil para sí y para los demás, aportando su creatividad a la comunidad de la que forma parte. Se propicia así el movimiento del individuo enfermo hacia la asunción de las propias limitaciones y deseos, hacia la aceptación de las similitudes y diferencias frente al interlocutor y su autonomía, hacia el encuentro con el colectivo y la aportación del propio esfuerzo para modificar el

a la muerte podemos considerar algunos elementos más en esa dimensión. Certezas que nos acompañan y de algún modo nos son ajenas (Gonzalez-Torres 2025). Por un lado, el hecho de que soy un ser diferente a los que me rodean. No soy un árbol o un águila o un pez. Soy un humano. Por otro lado, la constatación de mi cuerpo y mi sexo. Mi cuerpo es diferente a muchos humanos y semejante a otros. Finalmente, algunas mujeres poseen una cuarta certeza: ese es mi hijo. Las cuatro certezas constituyen en mi opinión los elementos básicos de lo real y suponen la piedra angular, por ejemplo, de los componentes “recibidos” de nuestro patrimonio (Gonzalez-Torres 2025) en la constitución de la identidad individual.

Fonagy plantea una interesante visión de la realidad y nuestra relación con ella como terapeutas (Fonagy 2018). Cuando describe el modo de funcionamiento mental que denomina “psychic equivalence” (equivalencia psíquica) señala que el individuo considera real lo que determina su pensamiento. Si un paciente percibe un gesto del terapeuta y considera que se está aburriendo al escucharle, eso se acompaña de una convicción absoluta. Lo que piensa es sencillamente la realidad. Se produce una especie de isomorfismo entre lo interno y lo externo, que posee además un matiz de omnipotencia. La realidad, concebida por Fonagy en el sentido más común y cotidiano del término, queda apartada y sustituida por aquello que la mente le asigna. Un paso posterior sería la adopción de un funcionamiento mental, llamado “pretend mode” en el que existe una suerte de disociación entre lo que piensa el sujeto y la realidad. Lo pensado está completamente apartado de esa realidad cotidiana y no ejerce influencia alguna sobre ella. Por tanto, podríamos decir que el proceso terapéutico, a ojos de Fonagy, consiste en buena parte en propiciar el avance del sujeto hacia un contacto con la realidad en todos sus aspectos, dejando atrás tanto la equivalencia del mundo interno con el externo como la asunción de que nuestro pensar no tiene consecuencia sobre la realidad ni conexión con ella. En todo momento consideramos en este modelo que existe una realidad mental y material independiente del sujeto, a la que podemos acercarnos gracias a nuestra capacidad mentalizadora. Una persona sana sería aquella capaz de contactar con la realidad de la mente del otro y la propia, manteniendo ese contacto incluso en momentos de crisis. El trabajo del terapeuta, según describe el propio Fonagy (2018) consistiría en liberar al paciente de las inhibiciones, conflictos y defensas que favorecen la distorsión de su capacidad mentalizadora. Y con ello, podríamos añadir, intensificar la conexión con la realidad mental propia y ajena.

Allen (2023) propone desde la Terapia Basada en la Mentalización (MBT por sus siglas en inglés) (Bateman & Fonagy 2016) un proceso evaluador de la interacción entre personas compuesto por tres etapas. En primer lugar, la experiencia de ser reconocido como agente independiente y mentalizado por el otro (por ej el terapeuta) reduce la “vigilancia epistémica” del sujeto (por ej el paciente). En segundo lugar, este primer paso puede despertar un interés creciente del paciente en la mente del terapeuta y en la comunicación social en general. Finalmente, ser mentalizado por el terapeuta ayuda al paciente a aprender de las relaciones fuera de la situación terapéutica. Desde mi punto de vista este planteamiento no tiene en cuenta que el primer paso en cualquier encuentro es la observación atenta del otro. Estudiar con atención la conducta y la actitud del otro e imaginar paralelamente su contenido mental posee un gran valor de supervivencia. Esto sucede en los humanos desde el primer encuentro objetual con la madre. El bebé humano necesita desesperadamente atraer al cuidador y mantenerlo disponible para sobrevivir y desarrollarse. La atención al propio self y al hecho de ser reconocido y mentalizado es de algún modo un lujo que el sujeto puede permitirse cuando su supervivencia, física y psicológica, se halla asegurada. Diría que solo en la psicoterapia esa atención al propio self es no solo aprobada sino estimulada. Fuera de ese escenario son las prácticas meditativas (con o sin componentes religiosos) las que favorecen la introspección y con ella la atención a si somos o no reconocidos como agente autónomo por el otro. El aforismo griego “conócete a ti mismo”, de autor incierto, viene guiando a los humanos desde hace siglos precisamente porque se trata de una tarea difícil y escasamente practicada

La opción de la TFP (Yeomans, Clarkin & Kernberg 2016), basada en los postulados de Otto Kernberg y su grupo, de fijar sus objetivos en la realidad exterior al consultorio, supone una actitud diferente respecto a otras modalidades terapéuticas que también tienen su origen en el Psicoanálisis. Algunos terapeutas parecen mostrar una actitud de olímpica indiferencia respecto al “ahí y afuera” considerando que solo lo que ocurre dentro de la sesión posee trascendencia e incluso que solo lo que ocurre entre las paredes del consultorio constituye el material con el que se ha de trabajar en terapia. La TFP no comparte en absoluto esta posición. Por un lado, lo que ocurre fuera del consultorio es un material de enorme valor al reflejarse allí –también– todos los conflictos que el paciente presenta. Por otro la TFP toma la decisión, valiente en mi opinión, de considerar el cambio de la realidad exterior, del “lieben und arbeiten”, como el verdadero objetivo de la terapia.

De este modo, la TFP reconoce abiertamente que todo el proceso terapéutico constituye un medio y no un fin en sí mismo. Nuestro objetivo en terapia no es lograr un cambio relevante dentro de la sesión, ni siquiera un vínculo maduro entre paciente y terapeuta. El objetivo es que el paciente sea capaz de construir relaciones afectivas significativas y además desarrollar una actividad que dé sentido a su presencia en el mundo.

La TFP hace una interpretación particular del famoso imperativo categórico kantiano. Donde el maestro de Königsberg hablaba de que el hombre nunca puede ser un medio sino solo un fin, el modelo TFP establece que el proceso terapéutico no puede ser nunca un fin, sino solo un medio para alcanzar objetivos que se hallan “ahí fuera”. Para la TFP no hay éxito terapéutico si la vida “real” del paciente no cambia significativamente. Con este planteamiento el modelo sitúa el listón a una altura relevante y a la vez propone un nivel de autoexigencia infrecuente en el mundo psicoanalítico en el que demasiado a menudo se considera el proceso terapéutico como una experiencia intelectual fascinante sin objetivos externos.

### Realidad y Confianza Interpersonal

El concepto de Interpersonal trust (Confianza Interpersonal o CI) ha recibido mucha atención en la comunidad dedicada al estudio de los Trastornos de Personalidad. Fonagy (2024) señala que este concepto implica la capacidad para mostrar confianza en otros y una disposición a mostrarse vulnerable ante otros, basada en la expectativa de que ellos poseen intenciones positivas. Podríamos definirlo también como la capacidad de desarrollar una atribución de rasgos positivos

al objeto y una actitud benévola por su parte hacia el self. Obviamente esta CI posee estrecha relación con la mentalización y la función reflexiva y exige una evaluación correcta de la realidad externa (incluyendo la realidad vincular) e interna (mundo interno del sujeto). Es bien conocido que los pacientes con organización borderline de personalidad tienen dificultades para desarrollar una CI, tendiendo a percibir intenciones negativas en el objeto. Esa CI tiene mayor complejidad de la aparente. Cuando el objeto muestra actitudes positivas o cuando menos neutrales hacia el self sería saludable que el sujeto pudiera desarrollar una CI pero, además deberíamos distinguir entre la actitud o intención que se atribuye al objeto y el carácter beneficioso o perjudicial de aquello que el objeto nos propone. Fonagy (2024) utiliza en este sentido dos conceptos para cubrir ambos terrenos. Uno, la idea de Confianza Interpersonal que acabamos de describir y otro la de “Confianza Epistémica”, que podría equivaler a la capacidad de atribuir valor positivo no al otro en sí sino a sus propuestas. Sin embargo, en mi opinión se tiende a fusionar demasiado estos dos conceptos sin reconocer el diferente nivel madurativo de la personalidad del sujeto que implica el desarrollo saludable de ambos aspectos de la confianza en el contexto interpersonal. Es interesante también recoger aquí el señalamiento que Fonagy hace (2024) de la “credulidad” o extensión excesiva de la confianza y el de “apatía hacia la realidad” que se da cuando la persona renuncia al esfuerzo de distinguir lo verdadero de lo falso. Es tentador aplicar esta última idea a muchas actitudes sociales en nuestros días cuando autoridades diversas difunden el mensaje de que existen “verdades alternativas” y “pos-verdades”.

Una persona con suficiente madurez es capaz de distinguir entre la intención y la propuesta concreta. Esquemáticamente, podríamos señalar un primer nivel: la posibilidad de desarrollar CI ante un objeto que se muestra positivo hacia nosotros. En un segundo nivel el sujeto debería ser capaz de considerar positivamente una propuesta realizada por un objeto ante quien desarrollamos CI. En ese momento la persona es ya capaz de diferenciar entre intenciones y propuestas del objeto. En el tercer nivel, que requiere un mayor grado de madurez, la persona sería capaz de considerar positivamente una propuesta lanzada por un objeto ante quien no hemos desarrollado CI. Por ello, no se trata simplemente de mostrar confianza interpersonal ante un objeto radicalmente bueno, cuidador y disponible, sino de avanzar hasta distinguir intenciones y propuestas y llegar a un punto en el que nuestra capacidad evaluadora es tal que podemos incluso admitir que alguna de las propuestas desde objetos que no nos despiertan confianza pueden ser idóneas para nosotros. Todo este proceso requiere una enorme finura para distinguir la realidad de la ilusión, tanto a nivel externo como interno

Podríamos aplicar aquí la famosa frase de San Anselmo de Canterbury “Credo ut intelligam” o “creo a fin de entender” que fuera del contexto religioso implicaría otorgar la confianza epistémica a quienquiera que despertara nuestra confianza interpersonal. Parecería una manera más bien infantil (o limitrofe) de afrontar las complejidades del encuentro interpersonal. El desarrollo implicaría renunciar a escuchas críticas de otro en quien podemos confiar pero que puede estar equivocado y proponernos algo que nos perjudica. A un nivel colectivo, este desarrollo supone renunciar a un pastor que nos dirija y abrazar la incertidumbre, el riesgo y el temor como elementos consustanciales a la existencia humana. Pero no olvidemos que la fe compartida aporta una dosis importante de cálida fraternidad y una identidad poderosa. Creo, luego pertenezco.

En el fondo las psicoterapias dirigidas a las personas con patología limitrofe y especialmente la TFP propician el movimiento del individuo hacia la ampliación del marco de libertad en el que vive, aceptando las certezas que antes señalábamos y también las inevitables incertidumbres. Y ello, consustancial a una vida plena, implica riesgo. Riesgo de equivocarnos en la atribución de positividad a la disposición del otro y riesgo paralelo de errar en la valoración de las propuestas, dañinas o benéficas, de nuestros interlocutores. La evitación del riesgo implica el aislamiento temeroso o el refugio, consciente total o parcialmente, en visiones unilaterales, extremas y esquemáticas del otro y del sí-mismo, eludiendo la compleja realidad.

### Realidad e identidad

Desde el modelo TFP se considera la difusión de identidad (Kernberg 2006) como el núcleo central de la patología de personalidad severa. Podemos definir este concepto como la capacidad para sostener en el mundo interno representaciones del objeto (el otro en la jerga psicoanalítica) y del self integradas, es decir que contienen de forma armónica aspectos negativos y positivos. Un niño, o un adulto con una organización patológica de personalidad percibe a los demás y a sí mismo a partir de idealizaciones absolutas o de devaluaciones completas. Un adulto sano es capaz de percibir en el otro una amalgama de virtudes y defectos que configuran a las personas reales, y también en sí mismo. Basta para examinar este aspecto pedir al entrevistado que se describa con la mayor naturalidad a sí mismo, o a una persona vinculada afectivamente a él, y en seguida veremos desplegada esta capacidad hasta donde le es posible al sujeto. Merece la pena señalar que esta capacidad es completamente ajena al nivel educativo y cultural. La cultura aporta adjetivos, pero no salud.

La construcción de la identidad podemos examinarla a varios niveles. En el más profundo podemos ver las diádas objetales fundamentales que determinan la posición en la que el individuo sitúa a su interlocutor y a sí mismo en cada encuentro. Esta configuración es inconsciente, pero puede ser captada examinando los vínculos que la persona vive. A un nivel más superficial y accesible a la exploración podemos distinguir dos grupos de factores muy diferentes. En primer lugar, aquellos aspectos que conforman nuestra herencia, nuestro patrimonio, lo que se nos entrega en el nacimiento y los muy primeros años, un conjunto de características que definen a la persona y que son ajenos a su voluntad y sus acciones. Son elementos somáticos como el cuerpo y su genética y elementos psicosociales como la lengua, la religión, o la tradición cultural, sobre los que el sujeto no tiene poder de decisión alguno. En segundo lugar, podemos señalar lo realizado, la “performance”, todo lo relativo a las decisiones de la persona, sus acciones, todo aquello que es fruto de su voluntad. Ahí se engloban tanto las relaciones que se construyen y las actividades que se llevan a cabo y se expresan por ejemplo en la profesión o las tareas que el individuo desempeña. La identidad global se apoya en ambos pilares, lo recibido y lo realizado. En situaciones de crisis personal y sobre todo social, la vivencia de poseer una identidad suficientemente valiosa se va deslizando cada vez más hacia lo recibido, hacia aquello que nadie nos puede arrebatar. De ahí que en períodos como el actual florezcan mensajes políticos y sociales radicales que ponen el acento en los aspectos originarios: raza, sexo, religión,

lengua, etnia, tradición cultural...Si lo realizado se torna pobre o insuficiente, nos vemos obligados a sostener nuestra estima y sensación de propio valor en lo indiscutible y a la vez ajeno a nuestra voluntad. Es interesante que la élite cultural, económica y social puede apoyarse durante más tiempo en sus acciones, que siguen siendo valiosas por un tiempo. Ello crea una distancia creciente entre los desfavorecidos y la élite, hasta que llega un momento (la Alemania Nazi sería un ejemplo) en el que toda la identidad colectiva se sostiene fundamentalmente en base a lo recibido (para una amplia reflexión sobre el tema, Gonzalez-Torres 2025).

Al poner una atención preferente en los cambios que ocurren fuera de la sesión en el ámbito de las relaciones afectivas y las tareas, nos adentramos de lleno en la esfera de lo realizado, aquello que depende de la voluntad del individuo y sujeto, en buena parte, a sus decisiones. Estamos además propiciando el deslizamiento del valor identitario desde lo que no puede ser cambiado (raza, lengua, tradición...) hacia todo lo que depende de opciones que el individuo toma. En otras palabras, el acento en lo real, entendido como lo vinculado a "lieben und arbeiten" fuera de la sesión favorece la construcción de una identidad más madura ligándola también a los cambios en las relaciones afectivamente significativas y a las actividades. En todo este proceso, la responsabilidad del sujeto en su propia suerte cobra una presencia creciente. De percibirse como un juguete del destino pasa a examinar su papel en lo ocurrido y su responsabilidad en lo que ha de venir. Parafraseando la famosa frase de Freud de "donde estaba el ello, el yo ha de advenir" pasamos a "donde estaba mi herencia, mi voluntad ha de advenir". Una voluntad que se ejerce desde el nuevo conocimiento de los conflictos internos del sujeto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anselmo de Canterbury. (1078 [2009]). *Proslogion*. Con las réplicas de Gaunilón y Anselmo. Madrid: Tecnos
2. Allen, J. G. (2023). Becoming trustworthy in treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 37(5), 604-619.
3. Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización*. Bilbao: Desclee de Brower
4. Ferrater Mora, J. (1991) *Real, Realidad*. En *Diccionario de Filosofía*. Tomo 4, Pp 2790-93. Barcelona.
5. Fink, B. (1995). *The Lacanian subject: Between Language and Jouissance*. Princeton, NJ. Princeton University Press
6. Fonagy, P. (2018). Peter Fonagy on "Playing with reality: I Theory of Mind and the normal development of Psychic reality". *PEP/UCL Top Authors Proj.*, (1)(1):27.
7. Fonagy, P., Campbell, C., Allison, E., Luyten, P. (2024). Commentary: Special issue on Interpersonal trust. *Journal of Personality Disorders*, 38(1), 10-18.
8. Gabriel, M. (2023). *El ser humano como animal. Por qué no encajamos del todo en la Naturaleza*. Barcelona: Pasado y Presente.
9. Gabriel, M. (2015). *Por qué el mundo no existe*. Barcelona: Pasado y Presente.
10. Gonzalez-Torres MA. (2025) *Who am I? Exploring identity through sexuality, politics and art*. London. Karnac Books.
11. Gonzalez-Torres, M. A. (2023) *Politics, Psychoanalysis, and Large Group Identity*. *International Forum of Psychoanalysis* 32:227-232
12. Kernberg, O. F. (2006) *Identity: Recent Findings and Clinical Implications*. *Psychoanalytic Quarterly* 75:969-1003
13. OMS. (2021). *Que es la rehabilitación*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>. Ultimo acceso 14/12/2024.
14. Sorensen, M.L.S., Rebay-Salisbury, K. (2023). *Death and the Body in Bronze Age Europe: From Inhumation to Cremation*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
15. Unamuno, M. (1913 [2011]). *Del sentimiento trágico de la vida*. Barcelona: Austral.
16. Yeomans, F., Clarkin, J., Kernberg, OF. (2016). *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia*. Bilbao: Desclee de Brower.



# LA NECESIDAD DE INCORPORAR LA PALABRA RECUPERACIÓN AL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. EL MODELO DE PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO DE GRAN CANARIA

THE NEED TO INCORPORATE THE WORD RECOVERY INTO THE TREATMENT OF  
PERSONALITY DISORDERS. THE INTENSIVE OUTPATIENT PROGRAM MODEL OF GRAN  
CANARIA

Autores:

Fernando Rodríguez Otero<sup>1</sup> Tamara del Pino Medina Dorta<sup>2</sup>, Jaime Fernández Fernández<sup>3</sup>, Juan Antonio Díaz Garrido<sup>3</sup>, Jose Luis Hernández Fletas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

<sup>2</sup>Enfermera especialista Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

<sup>3</sup>Psicólogo clínico Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

## RESUMEN

En los últimos años se ha conseguido un gran avance en el estudio y tratamiento de los Trastornos de personalidad y es el momento de incorporar la perspectiva de la rehabilitación y recuperación en el abordaje de nuestros pacientes. Hace tres años comenzó en Gran Canaria un Programa Ambulatorio intensivo basado en un modelo integrador que incorpora psicoterapias basadas en la evidencia y todo ello en un modelo secuenciado de tratamiento, pero ningún tratamiento sería exitoso sin incorporar la perspectiva de la recuperación y en primera persona de los usuarios, para ello hemos entendido la necesidad de visualizar los pacientes en su contexto socioeconómico, fortalecer la ayuda y empoderamiento de individuos y familias, tener en cuenta una perspectiva del curso de vida, la necesidad de crear redes a distintos niveles, el compromiso con la justicia social, la coordinación con los distintos dispositivos y todo ello desde un equipo multidisciplinar.

**Palabras clave:** trastorno de personalidad, recuperación, estigma.

## ABSTRACT

In recent years, there has been great progress in the study and treatment of personality disorders and it is time to incorporate the perspective of rehabilitation and recovery in the approach to our patients. Three years ago, an intensive outpatient program based on an integrative model that incorporates evidence-based psychotherapies and all of this in a sequenced treatment model began in Gran Canaria, but no treatment would be successful without incorporating the perspective of recovery and the first person of the users. To do this, we have understood the need to view patients in their socioeconomic context, strengthen the help and empowerment of individuals and families, take into account a life course perspective, the need to create networks at different levels, the commitment to social justice, the coordination with the different devices and all of this from a multidisciplinary team.

**Keywords:** personality disorder, recovery, stigma

## La necesidad de incorporar la palabra recuperación al tratamiento de los Trastornos de personalidad.

Nos encontramos ante una mayoría de edad en el estudio y tratamiento de los Trastornos de Personalidad<sup>1</sup>, después de muchas décadas de estudio nuestra comprensión y tratamiento de estos trastornos es amplia encontrándonos actualmente con hasta siete tratamientos basados en la evidencia<sup>2</sup>. A la vez que avanza el abordaje otros aspectos ha pasado más desapercibido o al menos constan de menos estudios, entre estos aspectos me gustará destacar los siguientes:

1. La necesidad de incorporar una perspectiva de género, dada la enorme diferencia en entornos clínicos entre la presencia de hombres y mujeres<sup>3</sup>
2. La necesidad de adecuar los enfoques terapéuticos según la edad con especial hincapié en los pacientes de edades por encima de los 50 años que cada vez más son derivados a recursos específicos de tratamiento y que precisan de un encuadre y abordaje terapéutico distinto<sup>4</sup>.
3. La incorporación de los programas de empleo protegido para un determinado perfil de pacientes
4. La incorporación a programas de alojamiento alternativo para pacientes con Trastornos de personalidad
5. La necesidad de una perspectiva en primera persona aportada por los usuarios y una mayor participación en sus programas de tratamiento<sup>5</sup>.

Creo que cualquiera de mis colegas que participan en esta revista estarán de acuerdo en cada uno de los aspectos que aquí nombro y me gustaría detenerme específicamente en el último apartado y la perspectiva de la recuperación y su incorporación a los programas de tratamiento.

Recuperación y perspectiva en primera persona de las personas con Trastornos de personalidad. La influencia del estigma.

Si bien el abordaje basado en la recuperación y su filosofía tiene un largo recorrido en el campo de la psicosis<sup>6</sup>, no es así en el campo de los Trastornos de personalidad, me atrevería a relatar varios factores que han contribuido a ello, por un lado la estigmatización social por parte de las administraciones tal como queda reflejado en la escasez de programas específicos en nuestro país, en la Comunidad Canaria no es hasta hace tres años donde tras la elaboración del Plan de Salud Mental de Canarias se aborda la necesidad de creación de Hospital de día específico para esta población, y esto choca con una realidad epidemiológica y de gasto sanitario aplastante tal como queda reflejado en un reciente artículo de la revista mundial de psiquiatría<sup>7</sup> que sitúa el gasto en Trastornos de personalidad mayor que el de la Enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple y diabetes entre otras. Esta cruda realidad choca con una actitud estigmatizante<sup>8</sup> por parte de los pro-

fesionales, aunque ha mejorado en los últimos años según estudios recientes<sup>9</sup>. No obstante es frecuente encontrarnos con los siguientes elementos:

1. Resistencia por parte de los clínicos y retención de información
2. Sensación de exclusión
3. Impacto negativo en la autoestima y sensación de ser una carga

Todos estos implican la necesidad de incorporar una perspectiva donde la narrativa en primera persona ayude a las personas a dar sentido y significado a sus experiencias pasadas y actuales

## La necesidad de modelos de apoyo y comunitarios en Trastornos de Personalidad. La Perspectiva de nuestro Programa.

Hace tres años comenzó en Gran Canaria un programa ambulatorio intensivo formado por un psiquiatra, tres psicólogos clínicos y dos enfermeras especialistas en Salud Mental que nace desde una perspectiva integradora con capacidad para atender a un total de 50 pacientes que acuden a terapia individual y grupal, el lector podrá encontrar más detallado el programa en el último capítulo del manual de tratamiento psicológico en los Trastornos de personalidad volumen dos de reciente publicación<sup>10</sup>, para no extenderme mucho nuestro programa está fundamentado en el concepto de endofenotipos de Gunderson<sup>11</sup> con una secuenciación que sigue el siguiente recorrido:

1. Concepción del problema/área disfuncional del paciente.
2. Concepción de cómo el paciente puede llegar a un nivel más efectivo de ajuste.
3. Concepción de cómo el paciente puede mejorar secuencialmente a lo largo del tiempo.
4. Utilización de técnicas terapéuticas ajustadas en el tiempo a los problemas más destacados y a la disposición del paciente al cambio.
5. Concepción cambiante de la percepción del terapeuta por el paciente y de la creciente concepción de sí mismo del paciente.

Y con tres aspectos fundamentales que guían nuestras intervenciones:

1. La desregulación emocional un elemento clave y transdiagnóstico<sup>12</sup>.
2. La Mentalización como un elemento común de todo el programa<sup>13</sup>.
3. El análisis de la Transferencia y Contratransferencia constante por parte de todos integrantes<sup>14</sup>.

A lo largo de estos años nos hemos encontrados con la necesidad de incorporar una perspectiva comunitaria, la importancia de trabajar en los contextos y de incluir a las familias en el programa, para ello debemos tener en cuenta las siguientes variables;

- Visualizar a los pacientes en su contexto socioeconómico.
- Trabajar en equipos multidisciplinarios.
- Fortalecer la autoayuda y empoderamiento de los individuos y familias en el servicio.
- Perspectiva a largo longitudinal y del curso de la vida.
- Crear redes con diversos actores a distintos niveles.
- Compromiso con la justicia social.
- Coordinación con los distintos dispositivos.

A continuación, detallaré cada uno de estos aspectos.

### 1. Visualizar a los pacientes en su contexto socioeconómico

Dentro de los pacientes derivados al programa nos vamos a encontrar con distintos niveles,

Un grupo de pacientes con un bajo nivel de funcionamiento en relación con sus posibilidades

En este grupo de pacientes creemos necesario la necesidad de la importancia del contrato terapéutico diseñado en el modelo de psicoterapia centrada en la transferencia<sup>15</sup> y que hace especial hincapié en incorporarse a los estudios o trabajo; me gustaría aquí destacar la presencia de rasgos narcisistas y la diada característica de un Self Grandioso Patológico y un otro devaluado que mantiene al paciente inmovilizado y en el peor de los casos un empleo no acorde a su formación especialmente en aquellos que cumplen características de narcisistas y masoquistas<sup>16</sup>.

Un grupo de paciente con un bajo nivel de funcionamiento fomentado por la ganancia secundaria

La ganancia secundaria supone un obstáculo a veces insalvable para muchos pacientes, y compromete mucho su evolución en el programa, es preciso aquí analizar los rasgos disociales especialmente aquellos derivados del parasitismo social y diferenciarlo de otros variables de la personalidad que pueden ser abordadas a través de una serie de estrategias y técnicas psicoterapéuticas. Para muchos de nuestros pacientes el conflicto dialéctico entre ser capaz e incapaz forma parte de su identidad. La ganancia secundaria se convierte en un obstáculo terapéutico, así, por ejemplo, existen estudios que

demuestran que la ganancia secundaria es un obstáculo psicoterapéutico en la psicoterapia<sup>17</sup>

Un grupo de pacientes con bajo funcionamiento debido a sus capacidades

A lo largo de estos años, cada vez más nos encontramos con un subgrupo de pacientes cuyas capacidades se ven limitadas por varios aspectos:

1. Deterioro importante en capacidades cognitivas.
2. Pacientes con un perfil de organización borderline límite bajo con tendencia a presentar episodios y síntomas psicóticos concomitantes
3. Pacientes con Trauma complejo con capacidad funcional muy limitada.

Es en este subgrupo donde las intervenciones en el contexto y la derivación a programas de empleo con apoyo son imprescindibles, desde el comienzo de nuestro programa son varios ya los pacientes han sido derivados a programas de empleo con apoyo.

## 2. Trabajar en equipos multidisciplinares

La presencia de equipos multidisciplinares cumple distintos principios que destaco a continuación:

1. Favorecer una visión holística del paciente
2. Fomentar la visión desde los distintos profesionales permite una mayor capacidad de mentalizar al paciente y su entorno
3. Los equipos multidisciplinares permiten una discusión más abierta del caso permitiendo a su vez un mejor abordaje dialéctico entre lo que el paciente quiere del tratamiento y lo que el equipo espera.

En nuestro programa todos participan de manera activa en el formato de Terapia dialéctica conductual; el equipo de enfermería trabaja de manera activa en los contextos el uso de habilidades siendo necesario en muchos casos una visita al entorno donde vive el paciente.

## 3. Fortaleciendo la autoayuda y empoderamiento de los individuos y familias en el servicio. El programa Profam-GC

El abordaje de las familias y la intervención sobre los sistemas parece algo obvio en el abordaje de los Trastornos mentales graves pero de especial importancia en los Trastornos de personalidad donde el área relacional forma parte de uno de los elementos imprescindibles para su comprensión<sup>18</sup>, así que no es sólo tratar a las familias sino que desde nuestro programa consideramos a la familia y/o las relaciones significativas como el contexto de referencia más importante para el desarrollo del individuo donde se pone en juego la confianza epistémica y un lugar idóneo para el uso de habilidades. Para algunos autores la patología forma parte de una dinámica relacional donde aparecen dos dimensiones claras por un lado la conyugalidad y por otro lado la parentalidad<sup>19</sup>, estas dos dimensiones se relacionan entre sí y requieren una comprensión clara por parte del equipo terapéutico, esta concepción guarda estrecha relación con otros conceptos como el de juego relacional<sup>20</sup>. Atendiendo a estos conceptos surge en nuestro programa un programa específico para el abordaje de los Trastornos de personalidad que hemos llamado programa PROFAM –GC y que ya cuenta con los primeros resultados prometedores después de más de dos años de su comienzo, dicho programa consta de los siguientes elementos:

1. Psicoeducación
2. Habilidades de la Terapia Dialéctica conductual
3. Fundamentos de la terapia de aceptación y compromiso (principalmente la desesperanza creativa, defusión, metáforas y ejercicios experienciales)
4. Modelos centrados en el apego

Este formato se hace de dos formas: por un lado, un grupo multifamiliar formado por un máximo de 10 familias, y de carácter semanal con un máximo de 6 meses. Y un grupo multifamiliar que incorpora las familias que quieren, cuyos hijos o parejas estén dentro del programa y que cumplan criterios de alta emoción expresada, con un tiempo de 12 meses de tratamiento, se dividen en dos partes en un total de dos horas de duración. La primera parte de contención emocional y una segunda parte que incorpora de manera resumida elementos del primer programa. Actualmente hemos realizado un estudio focal cualitativo pendiente de resultados sobre el primer grupo.

Todas estas intervenciones van unidas a intervenciones familiares individuales donde se trabaja desde una comprensión relacional de la psicopatología y donde se atiende distintos procesos:

1. Por un lado el plano diacrónico referente a la historia del paciente y familia
2. El plano sincrónico referente a las observaciones en el aquí y en el ahora de las interacciones entre familia y el profesional.
3. El ciclo vital en el que se encuentran los miembros de la familia
4. El proceso de individuación que engloba una visión trigeracional

## 4. Perspectiva a largo longitudinal y del curso de la vida

Una de las variables que determina las intervenciones en nuestro programa tiene que ver con el factor de la edad, considerar la edad como un determinante para el tipo de intervención tiene que ver también con factores biológicos y nos hace también entender otras variables que influyen en nuestra intervención, como es entender el ciclo vital en el cuál se encuentra nuestro paciente. Los estudios referentes a datos de recuperación son claros, si bien dos de los grandes estudios<sup>20</sup> de seguimiento hablaban de una importante remisión de síntomas no así en referencia a datos de recuperación funcional, y además sabemos que en esta recuperación funcional aparece muy ligada de manera estrecha a la asociación de comorbilidades especialmente a su asociación en el Trastorno Límite de personalidad a la presencia de Trastorno depresivo mayor y Trastorno de Estrés postraumático<sup>21</sup>. Es por ello por lo que siguiendo un abordaje secuencial tal como se plantea en nuestra Unidad para aquellos pacientes con edades superiores a los 45 años estamos elaborando un programa de intervención grupal de 6 meses de duración que combine estrategias de intervención de la terapia dialéctica conductual especialmente habilidades de efectividad interpersonal, mindfulness unido al uso de fármacos para pacientes resistentes a sintomatología depresiva<sup>22</sup>.

## 5. Crear redes con diversos actores a distintos niveles

Una de las principales quejas realizadas por la reciente asociación de familiares de Trastornos de personalidad en Gran Canaria es que se siente solos o con un seguimiento muy escaso cuando salen del programa, esto tiene mucho sentido más si pensamos que un tratamiento coherente de los Trastornos de personalidad implica<sup>23</sup>:

1. La enseñanza y aprendizaje del contenido
2. El resurgimiento de la mentalización robusta.
3. La reemergencia del aprendizaje social más allá de la terapia es decir aplicar en la vida real lo que se ha aprendido en la terapia

Quería detenerme en este último aspecto, ya que el verdadero beneficio de una psicoterapia sería que el paciente pudiese retomar las situaciones sociales y responder a ellas de una manera más constructiva, mentalizándose a sí mismo y a quienes les rodea, la realidad es que muchos pacientes vuelven a entornos donde mentalizar no sería beneficioso ya que se trata de entornos donde es preferible funcionar de manera automática, basarse en lo externo y que favorecen el uso de modos prementalizadores.

Desde nuestro programa y trabajando en conjunto con la asociación de familiares se está intentando crear espacios comunes para los pacientes que salen del programa, la idea sería poder usar algún tipo de local que sirva de espacio de reunión y que cuente con uno o dos integradores sociales y que cumplan con algunas de las características de un sistema mentalizador exitoso<sup>24</sup>:

1. Relajado y flexible
2. Que sea lúdico
3. Capaz de resolver problemas a través de la negociación
4. Un lugar donde cada uno describe su propia experiencia
5. Se promueve la responsabilidad
6. Muestra curiosidad por la perspectiva de otras personas

Este espacio no pretende ser un espacio terapéutico sino un espacio que fortalezca lo aprendido en el programa y que además permita empoderar al paciente en una perspectiva en primera persona tan necesaria en un grupo de pacientes donde ha predominado la invalidación en primer plano.

## 6. Compromiso con la justicia social

El compromiso con la justicia social implica poder acceder a las mismas oportunidades, en nuestro programa desde sus comienzos se realizó un trabajo conjunto con el Programa de acceso al empleo para personas con Trastorno mental grave, aunque inicialmente estos programas se diseñaron para pacientes con Esquizofrenia desde nuestro programa y en colaboración con el programa de acceso al empleo para Trastornos Mentales Graves se ha podido incluir algunos pacientes cuyos han sido los siguientes:

1. Conseguir una actividad productiva que pueda servir como estímulo cognitivo; este tipo de variables es extensamente evaluada en nuestro programa siendo muy afectada especialmente en aquellos con trastorno de estrés postraumático<sup>25</sup>.
2. Permite ser una actividad retribuida que permite mayor independencia económica
3. Fomenta un rol social distinto al de enfermedad permitiendo al paciente sentirse más capaz, curiosamente esto concordaría con dos argumentos de distintos modelos terapéuticos, por un lado desde la terapia dialéctica conductual el conflicto entre ser capaz o incapaz y por otro lado desde el formato de psicoterapia centrada en la transferencia formaría parte del contrato terapéutico e iría unido al ya clásico concepto freudiano de que una persona sana, es aquella que es capaz de amar y trabajar<sup>26</sup>.

Desde nuestra unidad se ha priorizado aquellos pacientes con predominio de rasgos del Clúster A por ser un perfil de pacientes con características similares a la Esquizofrenia (Estos programas han sido pensados para este perfil de pacientes)

y para otro perfil de pacientes con rasgos del clúster B y C cuyas dificultades a nivel cognitivo requieran de intervenciones de apoyo; especialmente pensando en este perfil se realizó una formación basada en habilidades de Terapia dialéctica conductual centrado en las habilidades de Tolerancia al malestar para los monitores del programa.

Queda todavía la necesidad de poder incorporar a pacientes en el Programa de Alojamiento alternativo en nuestra Comunidad, ya contando con experiencias en otras comunidades, la dificultad encontrada en este caso ha partido de la concepción de los Trastornos Mentales Graves en nuestra Comunidad sin obviar el estigma institucional asociado.

## 7. Coordinación con los distintos servicios.

En un programa como el nuestro nos encontramos con usuarios con situaciones complejas donde intervienen múltiples actores, como son el sistema de protección del menor en aquellos casos de madres y padres con Trastornos de personalidad; los servicios sociales, la Unidad de Salud Mental, la Unidad de internamiento breve, el programa de acceso al empleo y nosotros, sabemos además que los problemas sociales e interpersonales indican procesos de apego disfuncional y que nuestros pacientes presentan una hipersensibilidad a la experiencia negativa y una hipervigilancia y necesidad de reafirmación. En la mayoría de los casos nos encontramos con un nivel importante de desintegración del usuario y los servicios y esto a su vez puede explicarse en estos tres términos;

1. En definir una explicación del problema
2. En definir el tipo de intervención
3. En definir el tipo de responsabilidades.

Para este tipo de casos tan común en nuestra Unidad creemos imprescindible la formación de los equipos y el uso de método Ambit<sup>27</sup>, que puede describirse como un tratamiento integrativo basado en la mentalización adaptativa y que ayuda a los equipos a crear sistemas efectivos de asistencia, dentro de este modelo hemos ido incorporando en el equipo en nuestras reuniones diarias y especialmente en aquellos casos que algún profesional lo solicite la práctica del pensar juntos sacada del propio método Ambit y que promueve que todos los integrantes del equipo hagamos un esfuerzo por mentalizar no sólo al paciente sino al compañero y su necesidad en ese momento.

## Conclusiones

Desde su comienzo hemos podido ya atender una cifra superior a 250 pacientes, en estos años este abordaje integrador basado en modelos de psicoterapia basada en la evidencia y en una secuenciación del tratamiento ha conseguido unos resultados más que óptimos pero con el paso del tiempo más allá de las técnicas, tácticas y estrategias psicoterapéuticas nos hemos interesado por la perspectiva en primera persona, más allá de los síntomas cada paciente trae una historia única que merece ser escuchada con el máximo respeto por cada uno de los integrantes del equipo, eso requiere que cada uno de nosotros use una postura dialéctica y mentalizadora sobre el paciente y sobre cada uno de nosotros, atendiendo frecuentemente a los aspectos transferenciales y contratransferenciales que surgen cada día, comprendiendo cada historia vital de los usuarios del programa. Los trastornos de personalidad por sus características suponen un reto para cualquier clínico pero hemos avanzado mucho en los últimos 30 años y disponemos de modelos que pueden ser aprendidos y usados por cualquier profesional de la Salud Mental con ganas de formarse, las cifras en relación al suicidio y al gasto económico dejan claro que estamos ante un problema grave de salud mental que requiere la escucha activa de los agentes políticos y gestores implicados en el campo de la Sanidad, falta escuchar la visión de los usuarios, darles la palabra y aprender de ellos para poder incorporar sus experiencias a nuestras herramientas de trabajo.

En estos años varias cosas hemos ido aprendiendo y seguimos en ello, pero me gustaría destacar:

1. Transmitir un relato de esperanza, decirles a los pacientes que otra vida puede ser vivida
2. Poner el foco no sólo en la persona sino en una mirada a su entorno y su contexto, las familias se encuentran pérdidas y necesitan ayudas, muchas de ellas llegan después de muchos tratamientos, pero sin sentirse escuchadas.
3. La importancia de las intervenciones grupales y lo que el grupo aporta a cada uno de ellos con especial importancia a los factores comunes, la universalidad, la información participada, el altruismo, la cohesión del grupo y el aprendizaje interpersonal entre otros.
4. El sostén en grupo del equipo terapéutico con una supervisión constante y diaria de cada uno del equipo de los aspectos transferenciales y contratransferenciales, analizando la puesta en marcha en alguno de nosotros de modos prementalizadores que requieren ser analizados y no terminar actuando de más.
5. La presencia de supervisores externos como manera de poder tener una visión distinta en aquellos casos donde el equipo se encuentra estancado

Y por último entender que la recuperación es un proceso continuo y activo que inicia una persona que busca una ayuda y donde nosotros sólo desde el respeto y la máxima profesionalidad nos ponemos a su disposición para poder tener una vida que merezca ser vivida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yeomans F. Prólogo. En: Tratamientos psicológicos en los Trastornos de la personalidad I. Fundamentos, características y personas. Madrid: Ediciones Pirámide; 2024. p. 13-15.
2. Díaz Garrido JA, Al Halabi S, Cangas Díaz Adolfo J, Rodríguez Otero F. Capítulo 1. En: Tratamientos psicológicos en los Trastornos de la personalidad I. Fundamentos, características y personas. Madrid: Ediciones Pirámide; 2024. p. 19-78.
3. Qian X, Townsend ML, Tan WJ, Grenyer BFS. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. PLoS One. 2022 Dec 30;17(12):e0279015. doi: 10.1371/journal.pone.0279015.
4. D'Agostino A, Pepi R, Starcevic V. Borderline personality disorder and ageing: myths and realities. Curr Opin Psychiatry. 2022 Jan 1;35(1):68-72. doi: 10.1097/YCO.0000000000000764.
5. Balaratnasingam S, Janca A. Recovery in borderline personality disorder: time for optimism and focussed treatment strategies. Curr Opin Psychiatry. 2020 Jan;33(1):57-61. doi: 10.1097/YCO.0000000000000593.
6. George P, Jones N, Goldman H, Rosenblatt A. Cycles of reform in the history of psychosis treatment in the United States. SSM Ment Health. 2023 Dec;3:100205. doi: 10.1016/j.ssmmh.2023.100205.
7. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. World Psychiatry. 2024 Feb;23(1):4-25. doi: 10.1002/wps.21156.
8. Lamont E, Dickens GL. Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. J Ment Health. 2021 Oct;30(5):619-633. doi: 10.1080/09638237.2019.1608923.
9. Day NJS, Hunt A, Cortis-Jones L, Grenyer BFS. Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. Personal Ment Health. 2018 Nov;12(4):309-320. doi: 10.1002/pmh.1429.
10. Rodríguez Otero F, Díaz Garrido JA, Laffite Carera H, Medina Dorta T, Hernández Fleta JL. Capítulo 23 Una propuesta de intervención en una unidad específica de trastornos de personalidad. En: Tratamientos psicológicos en los Trastornos de la personalidad II. Aproximación a modelos terapéuticos. Madrid: Ediciones Pirámide; 2024. p. 433-443.
11. Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG, Livesley WJ, Kendler KS. The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. Biol Psychiatry. 2002 Jun 15;51(12):964-8. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01326-4.
12. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2017 Nov;57:141-163. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.002.
13. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2020 May 7;16:297-325. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355.
14. Bholá P, Mehrotra K. Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. Trends Psychiatry Psychother. 2021 Apr-Jun;43(2):116-125. doi: 10.47626/2237-6089-2020-0025.
15. Yeomans FE, Delaney JC, Levy KN. Behavioral activation in TFP: The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. Psychotherapy (Chic). 2017 Sep;54(3):260-266. doi: 10.1037/pst0000118.
16. Cooper AM. Narcissism and masochism. The narcissistic-masochistic character. Psychiatr Clin North Am. 1989 Sep;12(3):541-2.
17. Van Egmond J, Kummeling I. A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. Eur Psychiatry. 2002 Mar;17(1):46-54. doi: 10.1016/s0924-9338(02)00622-3.
18. D'Ascenzo I, Vilaregut A, Zurdo V, Torras S, Cartujo IB. The family alliance as a facilitator of therapeutic change in systemic relational psychotherapy for borderline personality disorder: A case study. Fam Process. 2024 Dec;63(4):2176-2194. doi: 10.1111/famp.13052.
19. Linares JL. La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Clínica y Salud. 2007;18:381-389.
20. Codecá L, Russon J, Selvini M. The systemic-family-individual approach: The heritage and continuation of Mara Selvini Palazzoli's work in integrative psychotherapy. J Marital Fam Ther. 2024 Jul;50(3):706-725. doi: 10.1111/jmft.12707.
21. Temes CM, Zanarini MC. The Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder. Psychiatr Clin North Am. 2018 Dec;41(4):685-694. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.002.
22. Liester M, Wilkenson R, Patterson B, Liang B. Very Low-Dose Sublingual Ketamine for Borderline Personality Disorder and Treatment-Resistant Depression. Cureus. 2024 Apr 5;16(4):e57654. doi: 10.7759/cureus.57654.
23. Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. J Psychol Psychother. 2014;4..
24. Luyten P, Malcorps S, Bateman A, Fonagy P. Mentalizing individuals, families and systems: Towards a translational socioecological approach. Psychol Psychother. 2024 Nov;97 Suppl 1:105-113. doi: 10.1111/papt.12544.
25. Vasterling JJ, Arditte Hall KA. Neurocognitive and Information Processing Biases in Posttraumatic Stress Disorder. Curr Psychiatry Rep. 2018 Sep 17;20(11):99.
26. Ansbacher HL. "To love and to work". Adlerian thoughts on an anecdote about Freud. Bull Menninger Clin. 1981 Sep;45(5):439-41.
27. Cracknell L, Fuggle P, Bevington D. Recognizing Social Injustice and Epistemic Mistrust in Helping Adolescents with Multiple Needs: The AMBIT (Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment) Approach. Psychodyn Psychiatry. 2024 Dec;52(4):584-605.



# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
[www.fearp.org](http://www.fearp.org)