



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^{1,2}, Olga Córdoba²

¹Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, España.

²Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Gregorio Marañón. Madrid, España.

Álvaro Esguevillas.

Avenida Montevideo 18, 48013, Bilbao.

aesguevillas1@gmail.com

recuperación está cobrando una relevancia cada vez mayor. En una reciente revisión al respecto⁸, 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 mutua⁸. 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 Gunderson⁹, repasa estos conceptos¹⁰. 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 frecuente¹⁰. 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 funcional¹¹. En línea con estos supuestos, podríamos afirmar que existen beneficios claros derivados de conectar al paciente límite con recursos comunitarios no clínicos¹⁰. Un ejemplo de esto último podrían ser los Espacios de Igualdad ofertados por el Ayuntamiento de Madrid¹². 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 Sistémica¹³ 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 York¹⁴, 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 exploratoria¹⁵. De mucho interés también, actualmente se está trabajando en una adaptación del modelo a un formato grupal¹⁶.

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 dialéctico conductual (en adelante, DBT) de Marsha Linehan, que entonces empezaba a postularse como el gold standard de eficacia para el tratamiento de las pacientes límite¹⁷. 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 Kernberg¹⁵. 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

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 clínicas¹. 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 tratamiento². 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^{3,4}. Sin embargo, la escasez de estudios y sus limitaciones metodológicas no nos permiten extraer conclusiones definitivas al respecto². 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 funcional¹. Un reciente metaanálisis de estudios a largo plazo (mayor o igual a 5 años) encuentra tasas de remisión entorno al 60%⁵. En un estudio a 20 años, la tasa de recuperación “excelente” solo la alcanzan el 39% de los pacientes⁶. 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 identidad⁷. Con todo esto, como comentábamos, el concepto de

a la visión que tiene del otro de esa relación, mediado por un afecto dominante – amor, rabia, odio, tristeza, ira, miedo, etc¹⁵. 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/fpsyt.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.copsyc.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-distritos>
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, Radcliffe 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.