



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº28 – Invierno 2024

### El proceso de despedida en Hospital de Día: un abordaje grupal para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad

Álvaro de Diego Gómez-Cornejo<sup>1</sup>

#### Resumen

Este trabajo es una reflexión sobre los procesos de despedida y duelo, en clave grupal. En Hospital de Día es importante abordar todos los aspectos relativos a la terminación de un tratamiento, que es una oportunidad de aprendizaje y de cambio. Por otro lado, la intervención grupal es especialmente importante en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad.

**Palabras clave:** Hospital de Día. Terapia de grupo. Grupoanálisis. Trastorno de Personalidad. Trastorno Límite. Duelo. Despedida.

#### Abstract

This work is a reflection of the group processes of farewell and grief. In Day Hospital it is important to address all aspects related to the termination of a treatment, which are an opportunity for learning and change. A group approach is especially important in patients with a diagnosis of Borderline Personality Disorder.

**Keywords:** Psychiatric Day Hospital. Group therapy. Group Analysis. Personality Disorder. Borderline Personality Disorder. Grief. Farewell.

<sup>1</sup> Álvaro de Diego Gómez-Cornejo es psiquiatra. Madrid

## **OBJETIVO**

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre los procesos de despedida en un Hospital de Día de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad.

## **INTRODUCCIÓN**

Los Trastornos de la Personalidad son una patología frecuente; los padece más de uno de cada diez adultos (Togersen, 2007). Dentro de estos, el trastorno límite de la personalidad (TLP) es el más frecuente ya que comprende entre el 30 y el 60% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad (Molina et al. 2004). En términos generales, se estima que la prevalencia del TLP oscila entre el 1.8 y el 2% de la población general y es aproximadamente del 15% en pacientes psiquiátricos hospitalizados (Widiger, 1991). La etiología es multifactorial y combina factores biológicos y ambientales; destacando experiencias tempranas traumáticas en el desarrollo (González Torres, Bea Miravent, 2017).

La organización límite (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015) de la personalidad se caracteriza por un uso masivo de mecanismos de defensa primitivos como la negación, proyección, identificación proyectiva y escisión; así como en una naturaleza fragmentada del self, en una deficitaria integración de los segmentos positivos (idealizados) y negativos (persecutorios) primitivos. Esta falta de integración de uno mismo y de otras figuras significativas se pone de manifiesto “a través de una vivencia irreflexiva, contradictoria o caótica de sí mismo y de los otros, y en la incapacidad de integrar o de tomar conciencia de las contradicciones” (p.45). Esta estructura psíquica a nivel conductual se manifiesta en labilidad emocional, rabia, impulsividad, conductas autodestructivas y caos en las relaciones interpersonales; que son parte de sus criterios diagnósticos (ibídem).

El curso clínico es irregular y el pronóstico es variable. El 70% de pacientes con TLP realizarán intentos de suicidio, con una media de 3.3 intentos a lo largo de la vida (Soloff, 2012). La tasa de suicidio consumado en estos pacientes de aproximadamente del 10% (Paris, 2001).

El tratamiento se estructura en diferentes niveles asistenciales (Gunderson, 2000), en función de las necesidades de cuidado del paciente. El tratamiento en Hospital de Día disminuye la clínica depresiva y ansiosa, los intentos de suicidio y autolesiones, el número y duración de ingresos hospitalarios y mejora el ajuste social (Bateman, Fonagy, 2001). Presenta además ventajas a nivel económico (Bateman A, Fonagy P, 2003).

## El Hospital de Día

El Hospital de Día (HD) de la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Dr. Rodríguez Lafora se crea en el año 2019 para la atención de pacientes con diagnóstico de TP grave, siendo el diagnóstico más frecuente el de TLP. Su objetivo es el acompañamiento del paciente en las transformaciones que le permitan avanzar, descubriendo la potencialidad que estaba oculta tras la sintomatología (López Atienza, 2011); para lo cual, en nuestra concepción teórica, es necesario la creación y el mantenimiento de un vínculo de confianza. Sin embargo, una de las principales dificultades en estos pacientes es precisamente la de poder establecer vínculos que sean significativos.

Al igual que otros dispositivos similares de la red de Salud Mental, el HD se inspira en las teorías de García Badaracco y su concepto de Comunidad Terapéutica (1992) para el abordaje de pacientes graves. El equipo terapéutico debería ser una familia sustitutiva o transicional para el paciente, que aporte estabilidad afectiva y un modelo de identificación (p.46). Lo entendemos como una “comunidad donde el tiempo de convivencia es usado para acompañar los cambios relacionales necesarios para la salud” (López Atienza, 2011). Se trata de un modelo en el que los pacientes puedan utilizar los recursos suministrados para tener una experiencia emocional correctora (Sunyer 2017).

Desde una perspectiva grupoanalítica el objetivo es trabajar sobre la comunicación entre todo el grupo, entendiendo los síntomas como modos de comunicación patogénica (Sunyer, 2020). Esta psicoterapia, según los principios de Foulkes (1948), es desarrollada por todo el grupo incluyendo al conductor. El objetivo es favorecer la comunicación y no bloquearla, con control de aspectos transferenciales. En el grupo se constituye un espacio mental (Sunyer, 2020) para que cada paciente pueda hablar tanto de aquello que le pasa como de lo que sucede en la interacción centrada en el aquí y ahora dentro del propio grupo con cada miembro. Autores como Nitsun (1996) hablan de la importancia de la capacidad de construcción y de cohesión de un grupo, para que éste pueda desarrollar todo su potencial terapéutico.

En la terapia grupal se facilita la expresión y toma de conciencia de un modo integrado de todo el proceso. El característico uso de los pacientes con diagnóstico de TLP de mecanismos de defensa primitivos (proyección, negación, escisión o identificación proyectiva) impide la representación simultánea de aspectos positivos o negativos del self o del otro (González Torres, Bea Miravent, 2017).

El formato grupal tiene ventajas para estos pacientes (Vinogradov, Yalom, 1989) porque el grupo ofrece un feedback que les confronta con la realidad y porque la oportunidad de

realizar transferencias masivas disminuye en comparación con la terapia individual (p.91). El grupo debe tomar en serio al paciente y su situación, devolviéndole su capacidad de asumir responsabilidades y por tanto de cambiar de comportamiento. En este contexto grupal en el que el paciente es visto como capaz de realizar cambios y de hacerse cargo de sus decisiones, es donde se podrán realizar confrontaciones o señalamientos, que en muchos casos pueden ser dolorosas y difíciles de escuchar (p.92).

En el cronograma del Hospital de Día cada jueves hay un grupo comunitario, de 75 minutos de duración, en el que se abordan aspectos organizativos, de la relación en el grupo y con el equipo. Es el principal espacio en el que están convocados todos los pacientes y equipo, llegando a reunir entre quince y veinte personas. Se tratan propuestas, sugerencias y quejas, siendo un espacio de reflexión conjunta del que han surgido muchos cambios y reestructuraciones del HD, con la idea de que sea un espacio co-construido y del que todos los integrantes se sientan parte. En este grupo se pone de manifiesto el funcionamiento general del HD sirviendo para tomar conciencia de posibles dificultades que estén surgiendo. Tanto las nuevas incorporaciones como las despedidas se realizan en este espacio, siendo grupos de gran potencial reparador por su carga emocional y de significado.

## **DISCUSIÓN**

La finalización del tratamiento es un tema complicado de abordar como recogen algunos autores (Sunyer, 2008): “Finalizar algo, interrumpir su desarrollo, o sencillamente reconocer que hemos llegado al final de un recorrido, es duro” (pp.395-396). A pesar de la importancia de esta etapa de tratamiento, la literatura sobre ella es escasa.

La RAE define despedir como soltar, desprender, difundir, apartar, prescindir, etc. Como verbo pronominal lo define como hacer o decir alguna expresión de afecto o cortesía para separarse de alguien o renunciar a la esperanza de poseer o alcanzar algo. La sexta entrada sobre el término es “acompañar durante algún rato por obsequio a quien sale de una casa o un pueblo, o emprende un viaje”. Esta última acepción describe bien lo que sucede en el grupo de despedida.

En el proceso terapéutico del paciente (López Atienza, 2011) se describen varias fases; una primera inicial en la que el paciente no accede a sus sentimientos; una segunda fase de simbiosis con el equipo en la que el paciente se nutre y capacita, y una tercera en la que la simbiosis se debe resolver. En la fase de resolución de la simbiosis el paciente se hace responsable de sus síntomas y actos, toma conciencia de los recursos con los que cuenta, así

como de la capacidad de plantearse otras alternativas más constructivas de resolver las dificultades.

El duelo descrito habitualmente asociado a fallecimiento nos ayuda a comprender la finalización del tratamiento. Varios autores han escrito sobre las reacciones de duelo, diferenciando las normales y las patológicas; si bien la línea de separación es confusa. La literatura que intenta diferenciar el duelo y la depresión es amplia. Freud en su artículo “Duelo y melancolía” (1917) describe cómo el duelo problemático (o melancolía) tendría algunas características típicas como el desplazamiento hacia uno mismo de la ira hacia la persona fallecida.

Worden (2008) describe el proceso de duelo, y cómo es necesario realizar una serie de tareas para adaptarse a la pérdida. Estas tareas, en contraposición a otros autores, describen que la persona debe ser activa en este proceso para poder desarrollarlo satisfactoriamente. Se deben explorar los aspectos del duelo ligados al fin de la terapia (Fernández Liria A, Rodríguez Vega B 2001), para diferenciar aquellos que por su gravedad tuviesen que ver, no con una reacción normal, sino con una recaída.

Para otros autores (Yeomans, Clarin, Kernberg 2015) es normal sentir tristeza y pérdida al terminar el tratamiento, pero también sentir bienestar y liberación. Esta tristeza debería resultar tolerable y no impedir el poder continuar sin el equipo (p.546). En pacientes con TLP, las separaciones pueden provocar intensa angustia y temor al abandono, por lo que se deberá trabajar sobre todas las reacciones de separación a lo largo del tratamiento (p.549). Estos autores describen cómo cualquier reacción de duelo es en sí misma una oportunidad de crecimiento y de poder reelaborar experiencias del pasado; como por ejemplo pudo ser la independencia del domicilio familiar (p.551). El modo en el que el paciente acepta el fin del tratamiento va a tener una correlación con el nivel de estructuración que se ha alcanzado. Se destaca la importancia de “tolerar y trabajar sobre el proceso de duelo, en lugar de evitarlo” (ibídem).

### **La despedida y el grupo**

Se trata de un proceso continuo que es trabajado durante los últimos meses de tratamiento y que se puede acompañar de una progresiva desvinculación con el grupo, por ejemplo, con un tratamiento parcial que pueda facilitar una transición a otra actividad ocupacional, laboral o de otra índole. Algunos autores (Yeomans, Clarin, Kernberg, 2015) plantean que no es adecuado una disminución gradual de la frecuencia de las sesiones, sino mantener la misma intensidad hasta el final (p.551).

Foulkes (1957) habla de la fase terminal del tratamiento y de la ansiedad que supone el final. El paciente debe conocer con antelación su fecha de despedida; pero es probable que, en palabras de Foulkes, “como la imagen de la muerte, se reprime” (p.162). Son frecuentes los olvidos o malentendidos en el grupo respecto a las despedidas, debiendo clarificar muchas veces estos aspectos. El equipo puede participar a veces de este caos y de la negación y evitación que traen los pacientes.

A nivel grupal Foulkes (1957) habla de que es posible que aparezcan viejos síntomas u otros nuevos que justificarían la prolongación del grupo (p.162). Estos síntomas pueden generar alarma y ser interpretados como una recaída.

Guillem y Loren (1995) unen la terminación de un grupo con el concepto de curación, término ambicioso que engloba la resolución de síntomas patológicos, reestructuración de una organización defensiva y adaptativa que permita mayor capacidad y goce en el trabajo, mayor creatividad y capacidad de juego, mayor capacidad de amar a los demás en su individualidad total etc. La terminación en un grupo conlleva hablar de la separación y el duelo; si bien, tal como plantean estos autores, en grupos abiertos como los de HD, hay un riesgo de que esta elaboración no sea completa, ya que el grupo se entiende como “inmortal”, dado que los pacientes que son dados de alta se sustituyen por las nuevas incorporaciones. El duelo por tanto se deberá abordar en los momentos puntuales en los que se produzca un alta o un abandono (ibídem).

López Atienza (2011) habla sobre la última fase de tratamiento en la que el terapeuta “debe llegar a aceptar que la curación por completo no existe, pero sí los cambios necesarios para el desarrollo de una vida propia en relación a otras vidas”.

Grotjahn (1979) plantea que debería cada paciente poder decidir el mejor momento de finalizar su tratamiento. Debemos saber que todo paciente obtiene siempre algún beneficio, pero que nadie obtiene una curación completa. Describe la terminación como una experiencia de crecimiento que ayudará a la madurez del paciente, siendo una necesidad terapéutica en sí misma. El dolor ante la marcha es experimentado tanto por el que se va como por el resto del grupo y el equipo.

De los once factores terapéuticos específicos de la terapia de grupo (Vinogradov, Yalom, 1989, pp.25-35) podríamos destacar:

-Infundir esperanza: compartir el espacio con alguien que ha mejorado y hablar de ello es motivador, especialmente para aquellos que están comenzando el tratamiento.

-Altruismo: la sensación de ser útil y de tener la capacidad de ayudar a otras personas del grupo; especialmente identificable en aquellas personas que llevan un recorrido más largo. Es una oportunidad de recibir y dar cariño en un ambiente de cierta ternura.

-Universalidad: frente al convencimiento de que el sufrimiento es único, el grupo da la oportunidad de compartir experiencias y disminuir la sensación de soledad; como por ejemplo el poder compartir la tristeza en el grupo de despedida.

-Transmisión de información: poder compartir una revisión sobre la trayectoria en el tratamiento. Por ejemplo, consejos basados en la propia experiencia individual al resto del grupo, que son importantes también para el que se marcha en su nueva etapa. Hablar de las dificultades que todavía persisten sirve para ajustar expectativas frente a la idealización inicial del dispositivo de aquellos que comienzan su tratamiento.

-Factores existenciales: como la soledad, al darse cuenta de que el apoyo de un grupo es limitado, y que en último término la responsabilidad de la autonomía del grupo y de decidir el modo en el que cada uno quiere vivir es una responsabilidad individual.

-Aprendizaje interpersonal: destacamos el concepto de experiencia emocional correctiva (Alexander 1946, citado en Vinogradov, Yalom, 1989), que describe cómo el paciente debe “sufrir una experiencia emocional correctiva adecuada a la reparación de la influencia traumática de experiencias previas”. Una despedida grupal por lo tanto tiene un potencial de reparación importante para pacientes con estas características.

Es habitual la amenaza de no asistir ese día, a veces en clave de humor, que representa la angustia ante un momento grupal que supone una mayor exposición descrita a veces como “ser el protagonista”. Cobra especial relevancia esta oportunidad de ser visto inevitablemente y el miedo que supone; de un modo diferente al serlo a través de síntomas como por ejemplo las autolesiones; es decir, ser protagonista por las capacidades reales que se tiene, dejar de ser personaje y alcanzar un yo más genuino.

Volkan (2013) estudia las diferentes manifestaciones del duelo en el grupo grande. Aquellas personas que han tenido pérdidas conflictivas que no han podido resolver; y que han tenido dificultades en el desarrollo durante la adolescencia tienen menos herramientas para poder realizar un duelo en la edad adulta (p.88). Estos pacientes tienen en su biografía un historial amplio de abandonos, eventos traumáticos y duelos no resueltos; por lo que un proceso de cierre grupal es en muchos casos una primera oportunidad de cambiar un modo de relacionarse muy rígido.

Pacientes en estados intermedios de tratamiento pueden no acudir a estos grupos, aludiendo múltiples causas (externas, de tinte somático) que pueden ser interpretadas a modo de resistencias. Es necesario una reflexión posterior conjunta sobre dicha ausencia, que en muchas ocasiones refleja una dificultad no pensada y actuada y que el equipo debe abordar de manera explícita.

### **La despedida y el equipo**

Sunyer distingue el concepto de duelo, vivido como una separación en relación a la muerte, de los conceptos de separación y finalización como “procesos de autonomía, de final de etapa y de reconsideración de interdependencias vinculantes para posibilitar evoluciones que seguirán dándose a partir de ese momento final” (2008, p.394). Para este autor la finalización es un proceso grupal que incumbe no sólo al que se marcha. En las despedidas o separaciones se activan muchos elementos de los que hay que tomar conciencia para que la marcha sea enriquecedora (2008, p.396).

Es un proceso grupal en el que todos participamos y no un proceso individual en el que solo es activo el que se marcha; todo el grupo puede aprender y enriquecerse de estas experiencias. El equipo debe ser activo en este proceso de elaboración. Badaracco (1992) explica cómo estas experiencias compartidas permanecerán no solo en la memoria individual, sino en la memoria grupal.

Sunyer escribe que “pensar con una o varias personas que ponen punto final a su proceso sobre las razones que le embargan (...) es un beneficio para el grupo y para quien se va”, por lo que es un objetivo en sí mismo poder elaborar estos procesos, que surgirán muchas veces a lo largo del tratamiento de un paciente (2008, p.396).

Los conflictos no elaborados dentro del equipo (López Atienza, 2011, p.16) pueden desplazarse y repercutir en los pacientes. Esto incluye los duelos no elaborados en el propio equipo, especialmente ante un elevado recambio de profesionales.

La movilidad del personal es un factor a tener en cuenta dado que la inestabilidad en los equipos puede generar un cúmulo de duelos sin resolver. En algunos casos, puede haber envidia no hablada hacia el que se marcha por elección propia a otro lugar identificado como mejor; favoreciendo un malestar que puede permanecer (Sunyer 2017). La marcha de personal puede generar en el equipo otros sentimientos como abandono, enfado, frustración o culpa.

## **El antigrupa en la despedida**

Podemos identificar aspectos antigrupales en las despedidas. El antigrupa es un concepto usado por Nitsun (1996) para “describir los aspectos destructivos de los grupos que amenazan la integridad del grupo y de su desarrollo terapéutico” (p.29).

Este autor analiza estos aspectos frente a la tendencia a idealizar los grupos de terapia, donde el foco de análisis suele ser los aspectos positivos y constructivos. Esta visión dual y polarizada se pone de manifiesto en el grupo, y como plantea Nitsun (1996), ofrece una ilusión de certeza y simplicidad que no es real; planteando que los polos opuestos son en realidad perspectivas complementarias y distintos aspectos de un mismo todo (p.12). Los aspectos destructivos aparecen también en los grupos de despedida, y debemos estar atentos a ellos; abordando “los aspectos oscuros y disruptivos de la conducta humana” (p.6). Este autor nos alerta del riesgo de idealización ante una actitud exageradamente optimista. Estos aspectos más difíciles de hablar deben ser abordados, dado que es fácil, y más aún en pacientes con este diagnóstico, caer en un discurso polarizado en el que describir un recorrido terapéutico “idílico” en un grupo “inmejorable.” Poder integrar aspectos negativos y positivos de uno mismo y del otro es una de las bases del tratamiento para pacientes con TLP.

La ambivalencia de la etapa final del grupo puede “producir el deslizamiento de elementos antigrupales con temores de separación y desintegración grupal” (Nitsun 1996, p.43). En el caso de los grupos de lenta apertura, como el del HD donde conviven personas en un diferente nivel de desarrollo, es más probable que se den estos fenómenos; por ser grupos más inestables y que deben soportar mayor carga de incertidumbre. Una marcha de un miembro apreciado, incluso programada, puede hacer sentir al grupo desvalido, sin recursos y por tanto favorecer reacciones antigrupales (ibídem). Pueden aparecer elementos antigrupales como chivo expiatorio (Nitsun 1996), fenómeno en que “un individuo debe soportar toda la corriente de críticas y exclusión” (p.44). Esto genera una gran angustia y presión, que puede hacer que la persona se descompense (ibídem). La envidia sería otro elemento de gran poder destructivo, pero también terapéutico si se trabaja sobre él (Nitsun 1996, p.90).

En el caso de los abandonos de tratamiento, Nitsun (1996) los enmarca en actuaciones de lo antigrupal y cómo estos generan en el grupo sentimientos de rechazo y abandono (cap.7); pero también de culpa y de responsabilidad. Este autor alerta del riesgo de negación de los sentimientos de pérdida y abandono en estos casos, que impiden la elaboración del duelo. Es importante la labor del equipo terapéutico, en su función conductora (para favorecer el que los integrantes del grupo se puedan desarrollar), verbalizadora (poner palabras y buscar sentido a aquello que está ocurriendo en el grupo) y conceptualizante (Sunyer 2020).

## CONCLUSIONES

Es importante una comprensión profunda de los diferentes aspectos relativos al proceso de despedida.

Las despedidas son costosas y la elaboración de las mismas requiere de un importante esfuerzo, porque es frecuente el querer evitarlas o pasar por ellas de un modo superficial. El cierre de un tratamiento en Hospital de Día es un proceso en el que todo el grupo incluyendo el equipo está implicado, y que por su alta carga emocional puede generar cambios en las dinámicas grupales que debemos intentar comprender. Abordar y trabajar en grupo sobre la despedida debe ser un objetivo en sí mismo por su gran potencial terapéutico.

Un cierre en grupo es una excelente oportunidad para pacientes con diagnóstico de TLP de tener una vivencia distinta a otras despedidas previas y en la que poder integrar diferentes aspectos de la experiencia que cada paciente tiene en su proceso en el HD.

---

## Bibliografía

- Bateman A, Fonagy P (2001). "Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up". *Am J Psychiatry*. 2001 Jan;158(1):36-42. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.36. PMID: 11136631.
- Bateman A, Fonagy P (2003). "Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care". *Am J Psychiatry*. 2003 Jan;160(1):169-71. doi: 10.1176/appi.ajp.160.1.169. PMID: 12505818).
- Fernández Liria A; Rodríguez Vega B (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Página 289. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Yeomans F, John F. Clarkin J, Kernberg O (2015). *Transference-focused psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Edición en castellano *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. (2016) Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao
- Foulkes SH (1948). *Introduction to Group Analytic Psychotherapy. Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Cegaop Press. Barcelona 2005
- Foulkes SH, Anthony EJ (1957). *Group Psychotherapy. The Psychoanalytical Approach*. Versión en castellano: *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Cegaop Press. Barcelona 2006
- Freud S (1917). *Duelo y melancolía* Obras Completas. Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires
- García Badaracco J (1992). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*.
- Guillem Náchter P; Lorén Camarero J.A (1995). *Del diván al círculo. Psicoterapia analítica de grupo*. Editorial Promolibro. Valencia
- González Torres MA; Bea Miravent M (2017) "La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia". En Mirapeix C, et al *Abordaje integrador del Trastorno Límite de Personalidad* p.121-134 ISBN: 978-84-617-5279-9. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y CIBERSAM
- Grotjahn M (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Cap.8. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Gunderson J (2000). "Levels of Care: indications, structure, staffing". En J. Gunderson (Ed.), *Borderline Personality Disorder: a Clinical Guide* (pp. 107- 129). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Lopez Atienza J (2011). "El proceso Terapéutico del Equipo". Trabajo presentado en las II Jornadas Nacionales de HD. Junio 2011. Sigüenza. Terminado de elaborar en abril 2012.

- Nitsun M (1996). *Destructive forces in the group and their creative potencial* Londres. Routledge. *El antigrupo*. Traducción al castellano Sunyer JM.
- Paris J, Zweig-Frank H (2001). "A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder". *Compr Psychiatry*, 42 (2001), pp. 482-487
- Soloff PH, Chiappetta L (2012). "Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up". *Am J Psychiatry*, 169 (2012), pp. 484-490
- Sunyer, JM (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. El proceso de co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Sunyer, JM (2017). *Del equipo de trabajo al trabajo en equipo*. Segunda revisión
- Sunyer, JM; Soler Sánchez, M; Granell Ninot, L; Solano Parés, M (2020). "¿Qué es el grupoanálisis?" *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 67-85. Epub 15 de febrero de 2021.
- Torgersen S. (2007) *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. 1a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. p. 131-143).
- Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco JL. (2004) "Trastorno límite de la personalidad". En: Roca M, editor. *Trastornos de la personalidad*. Barcelona. Ars Médica
- Vinogradov S, Yalom I (1989) *A concise Guide to Group Psychotherapy*. Edición en castellano. *Guía breve de psicoterapia de grupo* (1996) Paidós
- Volkan Vamik D. (2013). *Psicología de las sociedades en conflicto: diplomacia, relaciones internacionales y psicoanálisis* Cap.7, p. 88. "Iniciativas grupales". Barcelona
- Widiger T, Weissman MM (1991). "Epidemiology of borderline personality disorder". *Hosp Community Psychiatry*. 1991 Oct;42(10):1015-21. doi: 10.1176/ps.42.10.1015. PMID: 1959892
- Worden W (2008). *Grief Counselling and Grief Therapy*. Cuarta edición en castellano *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós 2016.