



[http://www.fundacioorienta.com/cast\\_revista.html](http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html)

---

**PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD: UNA PROPUESTA DE ABORDAJE**

Alejandra Pinto-Meza, Grushenca Comas, Christian Cuñat,  
Tamas Ferenc y Enric Vicens

*Psicopatol. salud ment. 2011, M3, 45-48*

---

**Suscripción Revista:** <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**Subscription Journal:** <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**EDITA FUNDACIÓ ORIENTA**

[www.fundacioorienta.com/revista.html](http://www.fundacioorienta.com/revista.html)

# Programa de atención a personas con trastorno límite de la personalidad: una propuesta de abordaje

ALEJANDRA PINTO-MEZA<sup>A1</sup>, GRUSHENKA COMAS<sup>B1</sup>, CHRISTIAN CUÑAT<sup>C1</sup>,  
TAMAS FERENC<sup>D1</sup> Y ENRIC VICENS<sup>E1</sup>

De acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2009), se define el trastorno límite de la personalidad (TLP) como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos.

En la literatura podemos encontrar que en la población general se han descrito prevalencias de TLP entre el 1% y el 2,8%. En la atención primaria de EEUU un 6,4% de los pacientes que se visitan tendrían un TLP. Además, cerca del 80% de las personas en tratamiento por un TLP son mujeres. No obstante, las diferencias de género son mucho menores en muestras de población general. Existe una gran escasez de estudios sobre el TLP en adultos mayores; la mayoría de los existentes contemplan muestras de entre 40 y 50 años. También se ha observado que el TLP aparece asociado a las clases sociales bajas y menores niveles de educación (Hunt, 2007; Paris, 2005a; 2005b).

Los estudios señalan que con la edad disminuye la impulsividad, no obstante, la inestabilidad afectiva o en las relaciones interpersonales parecen mantenerse estables. Además, conforme pasan los años, muchos pacientes dejan de cumplir los criterios DSM-IV-TR para TLP, lo que plantea la cuestión de la mejoría o el cambio sintomatológico (Hunt, 2007).

A nivel diagnóstico, el amplio rango sintomatológico del TLP hace que muchas veces sea un trastorno que se solape o confunda con otros. La comorbilidad con trastornos del Eje I es frecuente, en especial con el episodio depresivo mayor, el trastorno bipolar o la es-

quizofrenia. Además, es frecuente la comorbilidad con trastornos por uso de sustancias (Paris 2005b, Zanarini et al, 2004). También es frecuente la comorbilidad del TLP con otros trastornos del Eje II como trastornos de personalidad paranoide, evitativo y dependiente. No obstante, la comorbilidad del TLP con otros trastornos del Eje II va disminuyendo con el tiempo, en especial si el TLP remite (Zanarini et al, 1998 y 2004).

El programa de atención a personas con TLP del *Parc Sanitari Sant Joan de Déu* comenzó a funcionar en enero del año 2007. Desde entonces, viene acogiendo las demandas de evaluación y tratamiento de las personas que sufren este trastorno.

La derivación de un paciente se realiza desde los centros de salud mental. Tanto psiquiatras como psicólogos solicitan una primera evaluación para un paciente que se sospecha pudiera padecer un TLP. Dentro de los quince días que siguen a la derivación un psicólogo del equipo (formado actualmente por tres psicólogos y un psiquiatra) se pone en contacto con el paciente y le da una primera visita.

## El proceso de evaluación

El proceso de evaluación tiene por objetivo principal establecer un diagnóstico del eje II y evaluar el cumplimiento de los criterios de inclusión/exclusión. Son criterios de inclusión tener el diagnóstico de TLP como diagnóstico principal y tener las habilidades mínimas como para poder beneficiarse de un proceso de psicoterapia. Son criterios de exclusión los rasgos

*A. Doctora en psicología. Psicóloga del programa TLP. Investigadora Unitat de Recerca i Desenvolupament del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. B. Psicóloga clínica especialista, psicoterapeuta y psicóloga del programa TLP. C. Psicólogo clínico especialista, psicoterapeuta y psicólogo del programa TLP. D. Especialista en psiquiatría y psiquiatra del programa TLP. E. Doctor en medicina y cirugía psiquiatra. Coordinador del programa TLP. 1 Parc Sanitari Sant Joan de Déu.  
Correspondencia: [alepinto@psjd.org](mailto:alepinto@psjd.org)*

antisociales de personalidad y la presencia de rasgos y síntomas psicóticos que impidan el trabajo terapéutico. Una vez finalizado el proceso de evaluación el paciente puede ingresar al programa o ser devuelto a profesional que realizó la derivación con un informe de resultados e indicación terapéutica.

El proceso de evaluación puede durar entre cinco y ocho sesiones (entre mes y medio y dos meses). Durante este periodo se realizan entrevistas clínicas al paciente y, si es necesario, a familiares, se administran instrumentos psicométricos y se realiza una entrevista de devolución. En esta entrevista se explican al paciente los resultados. Si entra al programa se le explica su funcionamiento y se pacta un contrato terapéutico.

Los instrumentos de evaluación que se utilizan son:

- Versión en español 5.0 de la entrevista MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview* para evaluar trastornos del Eje I (Ferrando et al, 1999).
- Entrevista SCID-II: *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV* (First, 1999).
- Versión española de la DIB-R: *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised* (Barrachina et al, 2004).
- Versión española de la Escala de Impulsividad de Plutchik (Rubio et al, 1998a).
- Versión española de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Rubio et al, 1998b).
- Versión española de la SASS: *Escala Autoaplicada de Adaptación Social* (Bobes et al, 1999).

### El tratamiento

El tratamiento de las personas con TLP contempla sesiones de psicoterapia individual, sesiones de grupo de entrenamiento en habilidades, sesiones de grupo para los familiares de los pacientes y farmacoterapia. Los pacientes no realizan todos estos tratamientos necesariamente. La psicoterapia individual es el pilar fundamental del tratamiento y puede ser la única modalidad aplicada, aunque la mayoría de los pacientes recibe farmacoterapia y participa en al menos un grupo de entrenamiento en habilidades. Los familiares de los pacientes son invitados a participar de las sesiones grupales de apoyo.

La psicoterapia individual se enmarca en un modelo teórico mixto que combina elementos de la terapia dialéctico-conductual de Marsha Linehan (1993a) y elementos de la psicoterapia de orientación psicodinámica.

La terapia suele tener una frecuencia de una a dos sesiones semanales y es un proceso supervisado quincenalmente por un supervisor experto. Los objetivos de la psicoterapia individual son: reducir las conductas que comprometen la integridad física; reducir las conductas que interfieren con la terapia; reducir las conductas disruptivas fuera de la sesión y reducir las conductas que interfieren con la calidad de vida.

Habitualmente antes de iniciar la psicoterapia individual se realiza una fase de pre-tratamiento que tiene por objetivo sensibilizar al paciente, favorecer la creación de un vínculo, lograr compromiso y acuerdo terapéutico. Durante el tratamiento el terapeuta busca favorecer el desarrollo de habilidades para que el paciente pueda pensar acerca de lo que le ocurre (observar y describir sus pensamientos), abordar su vulnerabilidad emocional y bloquear las conductas impulsivas a través de crear límites, enseñar a pedir ayuda y a comunicar los estados emocionales. No obstante es importante tener en cuenta que los pacientes con TLP son pacientes que presentan dificultades para aprender de la experiencia.

Las sesiones de grupo de entrenamiento en habilidades se basan en el modelo dialéctico-conductual de Linehan (1993b). Son sesiones una vez por semana que duran una hora y media. Se trata de grupos cerrados de 6 a 8 participantes con 2 terapeutas. Durante las sesiones se desarrollan cuatro módulos de habilidades: conciencia (*mindfulness*), tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal. En total, las sesiones duran unos 4 o 5 meses. Al inicio cada paciente se compromete a cumplir con un contrato terapéutico que refleja las normas de funcionamiento. En cada sesión se revisan los deberes asignados la semana anterior (autorregistros), se realiza una breve pausa, se enseña material nuevo y se discuten nuevas habilidades.

Los objetivos de las sesiones de grupo de entrenamiento en habilidades son: reducir el caos en las relaciones interpersonales, las fluctuaciones de ánimo, la impulsividad y la confusión acerca de sí mismo (distorsiones cognitivas) y aumentar las habilidades para desarrollar una mayor conciencia de sí mismo, las habilidades para tolerar el malestar, las habilidades para la regulación de las emociones y las habilidades para la efectividad interpersonal.

Las sesiones de grupo para familiares de personas con TLP buscan dar apoyo y contención a los familiares de

estos pacientes. Se trata de un grupo abierto sin límite de participantes (salvo el aforo de la sala), con sesiones no dirigidas y sin la presencia de los pacientes. Son realizadas por dos terapeutas con una frecuencia de una sesión al mes, de una hora y media de duración. La participación de los familiares es pactada previamente con el paciente puesto que primero está el vínculo con él. Algunos familiares requieren de un abordaje previo (algunas sesiones de sensibilización y vinculación). Las sesiones de grupo para familiares son supervisadas mensualmente por un supervisor experto.

Los objetivos de estas sesiones son: brindar apoyo en la convivencia con las personas afectadas por TLP, brindar contención (afrontar el malestar de modo de poder convivir mejor con el sufrimiento), dar la posibilidad de generar una imagen más humana del paciente y su sufrimiento (menos tóxica y negativa), ayudar a los familiares a entender lo que no entienden y universalizar el sufrimiento.

La farmacoterapia de los pacientes con TLP es compleja y variable. No obstante, en el programa se siguen ciertos principios fundamentales. Se intenta mantener la monoterapia de antidepresivos y antipsicóticos. Se intenta prescribir la dosis mínima necesaria (pues se ha observado mala tolerancia a dosis elevadas de antipsicóticos). Se intenta minimizar el uso de benzodiazepinas. En la elección de antidepresivos se prefieren los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (sertralina, paroxetina). Los antipsicóticos más utilizados son el aripiprazol, olanzapina y quetiapina. Los estabilizadores más utilizados son el topiramato y lamotrigina.

### Limitaciones, dificultades y retos de futuro

Tras cuatro años de funcionamiento, el equipo del programa se ha enfrentado a la dificultad que representa dar cobertura sólo a personas con TLP. Tras las evaluaciones hemos observado un gran número de personas con otros trastornos de la personalidad para los que, de momento, no existe una intervención específica desde nuestra institución.

Por otro lado, la duración del tratamiento es un aspecto problemático pues hemos observado que mientras algunos pacientes se benefician de un tratamiento de uno o dos años, otros parecen requerir un apoyo más prolongado en el tiempo.

Otra dificultad es cómo podemos medir el cambio

de estos pacientes y la calidad del programa: ¿cuáles son los mejores indicadores? Si bien, a la fecha, el programa cuenta con psicólogos y psiquiatra, hemos observado la necesidad de incorporar nuevos profesionales como por ejemplo un asistente social. Finalmente, una dificultad importante que requiere de trabajo es la desvinculación del paciente del programa para su reinserción en los dispositivos habituales (centros de salud mental y otros).

### Bibliografía

APA (2009). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.

BARRACHINA J, SOLER J, CAMPINS MJ, TEJERO A, PASQUAL JC, ALVAREZ E, ZANARINI MC, PÉREZ SOLA V (2004). Validación de la versión en español de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) *Actas Esp Psiquiatr* 32:293-298.

BOBES J, GONZÁLEZ MP, BASCARÁN MT, COROMINAS A, ADAN A, SÁNCHEZ J, DUCH P. (1999) Validación en español de la Escala de Adaptación Social (SASS). *Actas Esp Psiquiatr* 27, 71-80.

FERRANDO L, BOBES J, GUBERT J (1999). MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0. (<http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/MINI%20Entrevista%20Neuropsiquiatrica%20Internacional.pdf>).

FIRST MB, GIBBON M, SPITZER RL, WILLIAMS JBW, SMITH L (1999). *Entrevista estructurada para la evaluación de los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV SCID II*. Barcelona, Masson.

HUNT, M (2007). Borderline personality disorder across the lifespan. *J Women Aging*, 19, 173-191.

LINEHAN MM (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of borderline personality disorder*. New York, The Guilford Press.

LINEHAN MM (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, The Guilford Press.

PARIS, J. (2005a) Borderline personality disorder. *CMAJ*, 172, 1579-1583.

PARIS, J. (2005b) The diagnosis of borderline personality disorder: problematic but better than the alternatives. *Ann Clin Psychiatry*, 17, 1-6.

RUBIO G, MONTERO I, JÁUREGUI J, MARTÍNEZ ML, ÁLVAREZ S, MARÍN JJ Y COLS (1998a). Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población

## Programa de atención a personas con trastorno límite de la personalidad: una propuesta de abordaje

española. *Arch Neurobiol* 61, 223-232.

RUBIO G, MONTERO I, JÁUREGUI J, VILLANUEVA R, CASADO MA, MARÍN JJ, SANTO-DOMINGO J (1998b). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 61, 143-152.

ZANARINI, MC ET AL (2004). Axis I comorbidity in

patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*, 161, 2108-2114.

ZANARINI, MC ET AL (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 39, 296-302.