



## PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA

Adrián Triviño Solà<sup>1</sup>, Francisco Acoidan Rodriguez Batista<sup>2</sup>, Javier Sanchez Gonzalez<sup>1</sup> Jonay Francisco Herrera Rodriguez<sup>1</sup>, Mateo Gallego Restrepo<sup>2</sup>, Ylenia Del Carmen León Carrillo<sup>2</sup>

[adrian.barcelona@hotmail.com](mailto:adrian.barcelona@hotmail.com)

TLP, Trastorno Límite de la personalidad, borderline.

TLP, borderline personality disorder, borderline.

## RESUMEN

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico grave, con una elevada prevalencia en la población general y de notable complejidad diagnóstica. Entre los aspectos clínicos más característicos, destaca la alta mortalidad por suicidio, el gran número de trastornos comórbidos y las notables carencias funcionales que pueden presentar los pacientes. Uno de los aspectos que refleja la gravedad es el hecho de que a pesar del importante uso de recursos sanitarios y no sanitarios que realizan los pacientes TLP, no se ha observado una clara mejoría en el pronóstico del trastorno. Esta situación no ha cambiado de manera destacada en los últimos años, considerando a los pacientes TLP como “difíciles de tratar”, a pesar de ser uno de los Trastornos de Personalidad con más estudiados.

---

<sup>1</sup> Residente de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

<sup>2</sup> Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrin

## **PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA**

A continuación, presentamos un caso de una mujer de 26 años que procedente de Venezuela que inició el primer contacto con el Servicio de Salud mental al acudir al Servicio de Urgencias en reiteradas ocasiones por tentativas autolíticas en forma de ingestas medicamentosas a lo largo del año 2021, requiriendo ingreso en Unidad de estancia Breve de 17 días con diagnóstico al alta de TLP y consumo de Cannabis, actualmente permanece en seguimiento en la Unidad de Salud Mental por el equipo conformado por un Psiquiatra y una Psicóloga.

### **ABSTRACT**

Borderline Personality Disorder (BPD) is a serious psychiatric disorder, with a high prevalence in the general population and notable diagnostic complexity. Among the most characteristic clinical aspects, the high mortality due to suicide, the large number of comorbid disorders and the notable functional deficiencies that patients may present stand out. One of the aspects that reflects the severity is the fact that despite the important use of health and non-health resources by BPD patients, no clear improvement in the prognosis of the disorder has been observed. This situation has not changed significantly in recent years, considering BPD patients as "difficult to treat", despite being one of the most studied Personality Disorders.

Below, we present a case of a 26-year-old woman from Venezuela who initiated the first contact with the Mental Health Service by going to the Emergency Service on repeated occasions due to suicide attempts in the form of drug intake throughout the year 2021. , requiring admission to the Short Stay Unit for 17 days with a diagnosis of BPD and Cannabis use at discharge, he is currently being monitored in the Mental Health Unit by the team made up of a Psychiatrist and a Psychologist

## PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA

### MOTIVO DE CONSULTA

Intoxicación medicamentosa

- Antecedentes sociobiográficos: Natural de Venezuela, vive en GC desde 2013. Inicialmente pasaba periodos en Maspalomas con su padre e intermitentemente volvía por temporadas a Venezuela hasta que finalmente se instaló en la isla hace 4 años. Casada hace 4 años, sin hijos. Inactiva laboralmente, había sido cuidadora de niños. Toda su familia biológica esta en Venezuela.
- Antecedentes personales médicos: Alergia a Amoxicilina. Escoliosis y polialgias, refiere haber estado en Rehabilitación por este motivo.
- Antecedentes personales Psiquiátricos: En seguimiento por Psicología privada por un cuadro mixto ansioso-depresivo desde abril 2021 tras no cumplirse expectativas laborales. Explica haberse tratado con diferentes estrategias farmacológicas prescritas por su médico de atención primaria, con dudas respecto a la duración y adherencia a las mismas. Cuenta gestos suicidas previos en Venezuela y varios en menos de un mes en la isla, el último permaneció en el SHU urgencias 48 horas en Observación.
- Antecedentes tóxicos: Consumidora de Cannabinoides 3u/día. Niega el uso de otras sustancias.
- Antecedentes familiares: Refiere antecesor con demencia precoz y alteraciones de conducta.

Tratamiento domiciliario: Duloxetina 60mg 1-0-0. Zolpidem 10mg 0-0-1, Huberplex 1-0-0 (Clordiazepóxido hidrocloreuro), Triptanes.

## PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA

### HISTORIA ACTUAL

En urgencias: Paciente de 27 años que es traída al SHU tras realizar sobreingesta de medicación psiquiátrica con finalidad suicida. Se habló con su mujer quien comentó la reincidencia del acto (3 intentos de autolisis en menos de 1 mes). Se percibe gesto con alta providencia de rescate, aunque método de riesgo (manipulación de cuerda con amenaza de ahorcarse) y nota de despedida. Se detecta que ha habido cambios recientes en el tratamiento pautado por su médico de atención primaria y como consecuencia ha permanecido 3 semanas sin tratamiento ansiolítico y 13 días aquejándose de dificultades para dormir.

Al acudir a valorar a la paciente, ésta se encuentra en una camilla, enrollada en un ovillo de sábanas; facies triste, evita el contacto ocular; al comienzo algo frívola con lo sucedido, a medida que transcurre la entrevista ofrece ideas de muerte crónicas, fantasías de suicidio que han adquirido peso a medida que se acercaba su cumpleaños. Aqueja síntomas depresivos que asocia a dolores secundarios a la escoliosis que presenta. Ambivalente con la idea de futuro; planes de tener un hijo por inseminación con su esposa, por otra parte, dejar de vivir. No realiza crítica clara del planteamiento suicida. En la entrevista se desmorona emocionalmente, con ansiedad reactiva, llanto, especialmente en los momentos que verbaliza recordar episodios domésticos que impresionan de traumáticos. Hiporexia, insomnio.

En el momento de la valoración la paciente no realiza crítica, pero permite la posibilidad de intervenir farmacológicamente y familiarmente, por lo que permanece en observación a cargo del equipo de Psiquiatría.

## **PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA**

### **EVOLUCIÓN EN URGENCIAS**

Durante la revaloración al día siguiente, la paciente acude a consulta con tendencia al mareo. Nos deja patente que hoy es su cumpleaños y demanda el alta al haber pasado la fecha señalada para suicidarse (argumenta desde la ira, que suicidarse el día que nació repercutiría en la memoria de sus allegados...). Posteriormente, la ambivalencia de ayer termina por resolverse hacia el deseo expreso de suicidarse; profecía autocumplidora expuesta por parte de su esposa, desde el temor a no poder supervisarla 24h y carecer de otros apoyos. Diversas crisis suicidas en las últimas semanas, y Mariana en la entrevista ofreciendo una resistencia atroz a cualquier tentativa de ayuda o progreso en planes constructivos, resultando en una actitud querulante, posicionándose como víctima del sistema, desprovista de la atención médica y psicológica necesaria, con conatos de finalización de la entrevista por decisión unilateral al creer que sus intereses y/o sus derechos no se contemplan. Son manifiestas las dificultades para manejar este caso de manera ambulatoria, y hasta su pareja cree que debe ingresar para poder estabilizar la situación por lo que tras el deseo expreso de la paciente a volver a domicilio, nos vemos obligados a cursar el ingreso involuntario.

### **EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS**

En la primera entrevista conjunta en planta con Psicología, residente y adjunta de Psiquiatría. La paciente oferta historia traumática en relación abusos sexuales propiciados por parte de figuras de referencia y familiares, añade haber sido víctima de episodios de violencia y humillaciones hacia su persona en edades prematuras. Explica que desde hace años su deseo de suicidarse se intensifica a medida que la fecha de su aniversario se acerca, motivo por el cual las crisis suicidas aumentaban de frecuencia. Explica que en Venezuela con 7, 12 y 18 años realizó algún gesto con manipulación de armas e intoxicación medicamentosa. Expresa que durante su estancia en el servicio de urgencias un paciente que ahora esta en planta, le forzó a besarle.

## PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA

A la exploración la paciente ha requerido ser acompañada hasta la consulta por inestabilidad. En la entrevista, el discurso esta impregnado de desesperanza, en ocasiones se torna querulante, irónica, retadora propiciando rupturas de carcajadas inapropiadas. El afecto se percibe hermetizado e infranqueable ofertada resistencia a los planes de ayuda que se le ofrece. Remarca la ideación suicida que es imposible de reconducir mostrándose cada vez más irritable y con importantes sentimientos de indefensión. Tras la liberación del componente anímico afloran rasgos de la personalidad que se caracteriza por la psicorrigidez, el autosabotaje y la limitación de recursos de afrontamiento y la alta autopercepción de vulnerabilidad vislumbrándose unos marcados rasgos desadaptativos Cluster B.

Nos comunicamos con la mujer, que nos clarifica un desencadenante que pudiera ser el precipitante que intensificó las ideas de muerte situando en torno al mes de abril en relación a una denegación de un contrato laboral fijo por el cual la paciente expresaba expectativas. Además, se añade un traslado reciente de unas amistades a la península por lo que la paciente se ha mostrado entristecida. La frustrante búsqueda de un hijo a través de inseminación artificial y aporta información respecto los cambios de tratamiento en los últimos meses realizados por su médico de atención primaria: En abril se pauta Lormetazepam, Amitriptilina y Bromazepam que abandona por secundaríamos, en Julio se añade Sertralina y triptanes. En agosto realiza una tentativa y se cambia Sertralina a Duloxetina añadiendo Zolpidem y Huberplex por parte del equipo de Psiquiatría de Urgencias.

A lo largo del ingreso la paciente muestra una alta sensibilidad a los fármacos y muchas dificultades para manejar el insomnio. Percibe el ingreso como otra experiencia negativa más, argumentando que no le estamos ofreciendo la ayuda necesaria, planteando ideas autodestructivas y autolesionarse en honor a sus planteamientos de muerte que utiliza como moneda de cambio; llevo aquí una semana y sigo buscando la manera de hacerme daño” (sic) a pesar de eso se muestra preocupada por los resultados de las pruebas complementarias, los pronósticos en relación a cuestiones médicas y motivación para pasar el próximo aniversario de boda con su mujer.

## **PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA**

Relata momentos de angustia en los cuales se siente desamparada por el personal y se autoinflige lesiones en forma de cortes ansiolíticos en brazos y abdomen que muestra con total naturalidad. Presenta dificultades en las relaciones con los compañeros en los cuales se percibe una especial sensibilidad donde se siente involucrada con facilidad en malos entendidos y sentirse intimidada por el resto de compañeros al sentirse incapaz de mantener los límites. Se muestra ambigua en relación a las visitas a pesar de ponerle facilidades para conciliar el horario laboral de su mujer por los posibles estados fluctuantes en su disposición para recibir dichas visitas.

Se detectan niveles de Prolactina levemente aumentados y se realiza Interconsulta con el servicio de Endocrinología. Además, alega sintomatología de infección urinaria que tras realizar sistemático de orina es anodino. Debido a la alta demanda y atención requerida de la paciente en planta con los profesionales, se le aporta una silla delante del control de enfermería.

A medida que pasan los días de ingreso y tras observación estrecha se descarta un trastorno mental afectivo. Poniéndose al alza los rasgos caracteriales disfuncionales de difícil manejo, requiriendo durante su ingreso un trabajo fundamentalmente a nivel psicoterapéutico. En el tiempo de ingreso, la paciente manifiesta su malestar psicológico a través de un deseo de morir y diferentes formas de somatización hacia una mejoría que empieza por identificar causas de su malestar que sitúa en la infancia, a sus propias estrategias que ha ido usando para gestionar su vida, patrones de respuesta que repite y en concreto acontecimientos de los últimos meses, pérdida de trabajo, la marcha de unos amigos de la isla, desacuerdos con la madre le han derivado a un autosabotaje y no encontrar salida.

Nuestra paciente identifica y entiende su dolor psicológico como la responsabilidad que tiene en la resolución de sus situaciones de vida. El manejo de la ansiedad ante cambios y el manejo de la incertidumbre como objetivos a tratar en el seguimiento por parte de Psicología en Centro de Salud.

## **PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA**

Se siente mejor y se permite ver opciones, elabora un plan de vida donde tiene en cuenta su vulnerabilidad y el esfuerzo personal en virtud de su cuidado y formas adaptadas de solicitar ayuda. Se muestra receptiva a la ayuda ofrecida, logra identificar aspectos de su forma de gestionar y reaccionar ante los eventos vitales cambiantes. Tras el distanciamiento de la ideación tantica y su compromiso a continuar el seguimiento en la unidad de salud mental con un abordaje multidisciplinar se da de alta a domicilio con la conformidad de la paciente y su pareja, de la que se percibe un adecuado apoyo.

El tratamiento al alta consiste en: Fluoxetina 20mg 1-0-0, Flurazepam 30mg antes de dormir, Rivotril 2mg 1-1-1'5, Olanzapina 2,5mg antes de dormir.

### **DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

**F60. 31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite**

### **SEGUIMIENTO AL ALTA EN UNIDAD DE SALUD MENTAL**

De la primera visita en la unidad de Salud Mental de zona tras el alta, han pasado un mes y 10 días en los cuales se han presentado 2 autolesiones en forma de cortes por los que ha requerido acudir al centro de salud. En la primera consulta con Psiquiatría, la paciente acude acompañada de su pareja y se realiza un profundo anamnesis para conocer a la paciente, ésta demanda disminuir la medicación por somnolencia acusada, por lo que se realiza un ajuste de tratamiento con una disminución gradual de Benzodiazepinas. Además, se nos refiere que la paciente ha sido dada de alta por su Psicóloga privada porque según comenta la terapia no avanza y la propia profesional le ha animado a abandonar el seguimiento. Tras dicho ajuste, planteamos 4 posibles módulos a trabajar de cara a un futuro una vez que el tratamiento adquiera cierta estabilidad y la paciente se encuentre en disposición de aceptar iniciar el proceso terapéutico que proponemos; habilidades básicas de consciencia (mindfulness skills), habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar.



## PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA

### TRATAMIENTO Y RESULTADOS DURANTE EL SEGUIMIENTO

La paciente se incorpora y acepta el abordaje multidisciplinar junto a enfermería de salud mental, Psicología y Psiquiatría, acudiendo a la unidad de salud mental casa dos semanas. El tratamiento incluye las siguientes terapias: Terapia basada en la mentalización según el modelo de Bateman y Fonagy (2006), entrenamiento en habilidades basado en la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993), terapia ocupacional de tipo orientación vocacional, grupo de hábitos de vida saludable y cuidados de enfermería. Recibe además psicoterapia individual y tratamiento farmacológico. Los objetivos terapéuticos fueron:

1. Reducir las conductas potencialmente perjudiciales para la salud, especialmente las relacionadas con el consumo ocasional de THC y el alcohol utilizado como desinhibidor en momentos de crisis.
2. Reducir el tiempo dedicado a conductas autolesivas.
3. Mejorar la mentalización e introspección para disminuir la impulsividad y facilitar la capacidad de autoregulación.
4. Adquirir habilidades de identificación y manejo de emociones y tolerancia al malestar. Manejo de la ira.
5. Desarrollo de habilidades de comunicación y relación interpersonal, especialmente con pareja y familia.
6. Establecimiento de un plan de vida y futuro.

Al final de este periodo la impulsividad se reduce notablemente, manteniéndose la paciente abstinentes total a sustancias durante los dos últimos meses de tratamiento. El deseo expreso de suicidarse por su aniversario se reduce en intensidad, siendo los episodios e ideaciones autodestructivas menos frecuentes y duraderas y causando menor interferencia.

## PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA

Muestra mayor autoconciencia y autoconocimiento y es capaz de poner en marcha estrategias útiles de autocontrol (por ejemplo, hacer una lista de pros y contras antes de tomar una decisión impulsiva, llamar a alguien de confianza en momentos de crisis).

Las manifestaciones de hostilidad e ira siguen siendo frecuentes, pero se reduce el grado de violencia y van seguidas de comportamientos de reparación apropiados (por ejemplo, pedir disculpas). Se muestra, en ocasiones, capaz de parar la escalada de ira con estrategias autogeneradas (por ejemplo, abandonado la estancia, escribiendo, escuchando podcast). La paciente muestra un estilo de comunicación más asertivo, especialmente con sus iguales y madre. Durante el tratamiento pretende iniciar sus estudios de cine y mantiene una búsqueda activa de trabajo. El seguimiento consiste en psicoterapia individual semanal de un año de duración, junto con tratamiento farmacológico, centrada en reforzar lo aprendido y mejorar el control de la ira por medio del uso de la empatía. Se trabajan además las estrategias conductuales que interfieren en momentos de crisis mediante estímulos algicos como apretar un hielo, baño de agua fría e incluso esnifar pimienta distorsionando en gran parte, las conductas de autolesión.

## PRIMER PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD EN CONSULTA

### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR :Text Revision. (2000). Washington, DC, EE.UU.: Autor.
2. 2. Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). Mentalizationbased Treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide. Oxford: Oxford University Press
3. 3. Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). Inventario de Depresión de Beck BDI-II (2.ª Ed.) (BDI-II Beck Depression Inventory). Barcelona, España: Paidós Iberica.
4. First, M. B. (1999). SCID II: Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. Cuestionario de personalidad (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis II, Personality Disorders, SCID-II). Barcelona, España: Masson.
5. 5. First, M. B., Gibbon, M. y Spitzer, R. L. (1999). SCID-I, versión clínica, entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version). Barcelona, España: Masson.
6. 6. Gunderson, J. G. y Links, P. S. (2009). Trastorno límite de la personalidad: guía clínica (Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide). Barcelona, España: Aula Médica.
7. 7. Linehan, M. (1993). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.
8. 8. Millon, T. (2004). MCMI-II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II)). Barcelona, España: TEA.