

Trastorno límite de personalidad, un desafío terapéutico en atención primaria: A propósito de un caso

Borderline Personality Disorder: A Therapeutic Challenge in Primary Care. A Case Study

Luis Hinojosa Díaz^{1*}. <https://orcid.org/0009-0003-8101-2299>
Mayra Cabello Díaz². <https://orcid.org/0009-0000-8381-3549>

¹Médico Cirujano EDF Cesfam José Díaz Correa, Nancagua, Región de O'Higgins, Chile.

²Estudiante 4to año carrera de Psicología, Universidad de Las Américas, Sede Concepción, Región del Biobío, Chile.

Declaración de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

*Correspondencia: Luis Hinojosa Díaz / dr.luishinojosadiaz@gmail.com
Calle El Amanecer #408, San Fernando, Región de O'Higgins, Chile.
Código postal: 3070000

Recibido: 30/03/2026.

Aceptado: 20/07/2026.

RESUMEN

El Trastorno límite de la personalidad es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, las emociones e impulsividad, de difícil manejo, con una alta carga asistencial y resultados poco satisfactorios para el paciente por la mala adherencia a farmacoterapia y el difícil acceso a psicoterapia especializada. Se presenta el caso de una paciente de atención primaria con este trastorno, evidenciando las dificultades que reviste el tratamiento médico y psicoterapéutico a lo largo de su seguimiento.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Terapia Dialéctica Conductual; Trastorno límite de la personalidad.

ABSTRACT

Borderline personality disorder is a mental health condition characterized by instability in interpersonal relationships, self-image, emotions and impulsivity. It is difficult to handle, placing a heavy burden on healthcare providers, and often results in unsatisfactory outcomes for patients due to poor adherence to pharmacotherapy and limited access to specialized psychotherapy. This article presents the case of a primary care patient with this disorder, highlighting the challenges of medical and psychotherapeutic treatment throughout her follow-up.

Keywords: Borderline personality disorder; Dialectical Behavior Therapy; Primary Care.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno que pertenece al Cluster B de los Trastornos de personalidad y consiste en un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales por hipersensibilidad, de la identidad y la afectividad, desregulación emocional y conductual e impulsividad en diversas áreas, iniciándose generalmente en la edad adulta temprana^{1,2}.

El paciente con TLP, además de ser uno de los que menos se desea atender, también es el que menos grado de satisfacción obtiene de las consultas³. Además, resulta en una carga importante para la familia con pobre funcionamiento global y es propenso a estilos de vida inadecuados, abuso de fármacos y visitas frecuentes a los servicios de salud⁴.

En cuanto a la epidemiología, la prevalencia de TLP en Atención Primaria de Salud (APS) llega a un 6%. En pacientes psiquiátricos ambulatorios y hospitalizados, en tanto, se habla de un 11-12% y 22%, respectivamente^{5,6}.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 58 años de edad, quien ingresa a nuestro centro en agosto de 2022 por cuadro de larga data caracterizado por síntomas ansiosos, impulsividad, inestabilidad emocional y dificultad para mantener relaciones interpersonales. A la fecha, se mantiene en controles con médico y psicólogo, siendo el nuestro su tercer dispositivo de atenciones de salud en los últimos años debido a su insatisfacción con el trato y las atenciones de los profesionales de la salud, quienes “no la han ayudado lo suficiente con lo que necesita”. Presenta diagnóstico de larga data de TLP realizado por médico psiquiatra del sistema público de salud, asociado a varias comorbilidades médicas: Fibromialgia, cefalea crónica y poliartalgias.

Respecto al inicio de sus síntomas de salud mental, refiere una infancia compleja, marcada por el fallecimiento de su padre a temprana edad y negligencia parental de su madre. Abandonó sus estudios básicos a los 10 años para trabajar en predio de su padrastro, siendo víctima de violencia intrafamiliar (VIF) física y psicológica recurrente por parte de él, sintiendo desprotección de su madre. De adulta, ha mantenido múltiples relaciones de pareja,

contrayendo matrimonio con su primera pareja. Sus relaciones sentimentales han sido poco duraderas y conflictivas, repitiéndose el patrón de VIF en varias de ellas. Tiene tres hijos, uno de los cuales vive con ella y presenta consumo problemático de alcohol, lo cual gatilla múltiples conflictos en su hogar. Actualmente se encuentra en pareja, recibiendo apoyo económico y emocional de parte de él. Sin historia de autolesiones, sin embargo, relata múltiples episodios de ideación suicida en circunstancias de desborde emocional, con un intento suicida por ingesta medicamentosa en 2017.

La usuaria presenta historial de mala adherencia a tratamiento farmacológico con múltiples esquemas (Tabla 1) suspendidos por reacciones adversas a medicamentos (RAMs), asociado a policonsulta tanto en atención ambulatoria en APS como en servicios de urgencia y en extrasistema por quejas físicas y emocionales, lo que ha contribuido a variaciones en la prescripción de psicofármacos. Sin perjuicio de lo anterior, presenta buena adherencia a psicoterapia general en APS, completando 41 sesiones desde su ingreso en agosto de 2022 a la fecha, con frecuencia mensual dada la alta demanda de horas de atención psicológica en CESFAM. Hace tres meses y en concordancia con comorbilidades asociadas, se reinició Duloxetina 30 mg/día asociado a Zopiclona 7,5 mg por noche, con lo cual logra control de cefalea crónica y conciliar y mantener el sueño.

DISCUSIÓN

De acuerdo al manual DSM-5, en el TLP los pacientes se caracterizan por mostrar patrones dominantes de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y las emociones⁷.

En el caso clínico expuesto, se observa una historia de vida marcada por relaciones interpersonales inestables y conflictivas, partiendo desde la temprana infancia con una madre con cuidados negligentes sin antecedente de patología psiquiátrica diagnosticada. En este sentido, un estudio reciente encontró que existe una asociación entre el rechazo parental y el TLP, con una correlación positiva con el rechazo materno en comparación con el paterno. Asimismo, se observó una fuerte relación entre la hostilidad materna y la gravedad del TLP⁸. De ahí que la APS, a través de sus controles de ciclo vital, podría tener un papel fundamental en la prevención de esta patología,

Tabla 1. Historial de esquemas farmacológicos. Incluyen prescripciones de sistema y extrasistema. Elaboración propia.

Esquema farmacológico	Fecha de prescripción	Fecha de suspensión	Causa suspensión/ajuste esquema
Paroxetina 20 mg/día Clonazepam 2 mg/noche	2017	Abril, 2021	RAMs
Amitriptilina/Clordiazepóxido 15,5 mg/5 mg 1,5 comprimido/día Zopiclona 7,5 mg/noche	Abril, 2021	Mayo, 2021	RAMs
Paroxetina 20 mg/día Clonazepam 1 mg/noche	Mayo, 2021	Agosto, 2022	Ajuste de dosis
Paroxetina 20 mg/día Clonazepam 0,5 mg/noche Melatonina 3 mg/noche	Agosto, 2022	Enero, 2023	Ajuste de dosis y tratamiento
Paroxetina 30 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Melatonina 3 mg/noche	Enero, 2023	Septiembre, 2023	RAMs, consulta en extrasistema
Duloxetina 30 mg/día Pregabalina 75 mg/noche Amitriptilina 12,5 mg/noche	Septiembre, 2023	Octubre, 2023	RAMs
Paroxetina 30 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Melatonina 3 mg/noche	Octubre, 2023	Septiembre, 2024	Ajuste de tratamiento, consulta en extrasistema
Paroxetina 20 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Ciclobenzaprina 5 mg/noche Pregabalina 75 mg/noche Naratriptán 2,5 mg SOS	Septiembre, 2024	Febrero, 2025	Ajuste de dosis
Paroxetina 30 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Ciclobenzaprina 5 mg/noche Pregabalina 75 mg/noche Naratriptán 2,5 mg SOS	Febrero, 2025	Junio, 2025	Ajuste de tratamiento
Paroxetina 30 mg/día Escitalopram 10 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Pregabalina 75 mg/noche	Junio, 2025	Agosto, 2025	RAMs, consulta en extrasistema
Escitalopram 10 mg/día Zolpidem 10 mg/noche	Agosto, 2025	Noviembre, 2025	RAMs, consulta en extrasistema
Venlafaxina 37,5 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Clotiazepam 5 mg SOS	Noviembre, 2025	Diciembre, 2025	RAMs, consulta en extrasistema
Passiflora incarnata 0,6 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Clotiazepam 5 mg SOS	Diciembre, 2025	Febrero, 2026	Ajuste de tratamiento
Escitalopram 10 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Clotiazepam 5 mg SOS	Febrero, 2026	Marzo, 2026	RAMs, consulta en extrasistema

... continuación tabla 1.

Mirtazapina 30 mg/día	Marzo, 2026	Marzo, 2026	RAMs, ajuste de tratamiento
Duloxetina 30 mg/día	Marzo, 2026	-	-
Zopiclona 7,5 mg/noche			

monitoreando y corrigiendo tempranamente los estilos de crianza que contribuyen al desarrollo de TLP en la adultez. Respecto a la heredabilidad del cuadro, si bien en este caso no contamos con diagnósticos psiquiátricos parentales, un estudio sueco reportó hasta un 46% de agregación familiar⁹.

Paralelamente, las relaciones interpersonales conflictivas incluso con el personal de salud en los pacientes con TLP, se ve respaldado por estudios que reportan un patrón complejo de alteraciones en la cognición social, evidenciándose un sesgo atencional hacia estímulos negativos, marcada sensibilidad al rechazo, desequilibrios en la mentalización, es decir, la capacidad de comprenderse a sí mismo y a los demás en términos de estados mentales intencionales^{10,11}.

Respecto del tratamiento, un aspecto fundamental en los resultados obtenidos por la usuaria, dice relación con su mala adherencia a farmacoterapia, en contraste con su buena adherencia a la psicoterapia disponible en APS, aunque con una frecuencia menor a la deseada por alta demanda. Lo anterior, se condice con un estudio que muestra que la actitud de los pacientes con TLP hacia la psicoterapia es más favorable (44,7%) que hacia la farmacoterapia (31,9%), lo que podría deberse a que los fármacos se prescriben principalmente para afecciones comórbidas y no tienen efectos sustanciales sobre los síntomas del TLP, resultando en una baja adherencia. Además, se encontró que la razón más común para suspender el tratamiento fueron las RAMs (53,1%)¹², tal como ocurre con la paciente foco del caso. Asimismo, la policonsulta tanto en sistema como en extrasistema, ha contribuido significativamente a su mala adherencia a psicofármacos prescritos. Según un estudio, los pacientes con sintomatología de TLP acuden a un mayor número de médicos de APS y especialistas que los pacientes sin estos síntomas, contribuyendo además a un patrón de sobreutilización de los servicios sanitarios¹³.

En el contexto del diagnóstico principal de nuestra

paciente, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), creada por Marsha Linehan a fines de los años 70, es una intervención psicoterapéutica con una base de evidencia cada vez mayor en el tratamiento de personas con TLP¹⁴, que incluye el trabajo prioritario en el manejo de la ideación y conductas suicidas donde se entregan herramientas para la auto detección del nivel emocional (habilidades de *Mindfulness*) y para la estructura de un plan de acción (habilidades de solución de problemas) en momentos de crisis emocional¹⁵. A pesar de la gran carga de enfermedad que este grupo de pacientes significa para el sistema de salud, los estudios chilenos sobre la efectividad de la respuesta terapéutica a TDC en pacientes con TLP son escasos. En un estudio chileno de un hospital público de la Región Metropolitana, se observó que la TDC es efectiva en disminuir el número de hospitalizaciones psiquiátricas, intentos suicidas y en mejorar los puntajes del cuestionario OQ-45.2 -que mide el impacto clínico en pacientes con TLP- en aquellos pacientes que hayan realizado al menos un ciclo terapéutico¹⁵.

CONCLUSIÓN

El TLP es una enfermedad de difícil manejo, con una alta carga asistencial para el sistema público y privado de salud y con resultados poco satisfactorios debido a la falta de adherencia a farmacoterapia y escaso acceso a psicoterapia especializada. Considerando la correlación entre el rechazo y hostilidad parental en la infancia y el desarrollo de esta patología, la APS podría tener un papel preventivo fundamental a través de la monitorización y corrección precoz de los estilos de crianza que contribuyen al desarrollo de TLP. Asimismo, ante la falta de acceso a la TDC en el sistema público de salud, se requiere de políticas públicas que fomenten la capacitación del personal de salud mental de APS y atención secundaria, con la finalidad de mejorar el alcance de los pacientes a este tratamiento de probada eficacia a nivel mundial.

REFERENCIAS

1. Amador Jiménez DE. Abordaje psicoterapéutico basado en evidencia del Trastorno Límite de Personalidad: La terapia centrada en la transferencia. *Rev Torreón Univ.* 2024; 13(36): 109-115. Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/387/3874817019/>
2. Trull TJ, Hepp J. Borderline personality disorder: contemporary approaches to conceptualization and etiology. In: Krueger RF, Blaney PH, editors. *Oxford textbook of psychopathology*. Oxford: Oxford University Press. 2023; 650-677.
3. Hueston WJ, Mainous AG 3rd, Schilling R. Patients with personality disorders: Functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract.* 1996; 42(1): 54-60.
4. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res.* 2013; 47(10): 1499-1506.
5. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018; 41(4): 561-573.
6. Zimmerman M, Becker L. The hidden borderline patient: patients with borderline personality disorder who do not engage in recurrent suicidal or self-injurious behavior. *Psychol Med.* 2023; 53(11): 5177-5184.
7. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5a ed. Arlington, VA: Asociación Estadounidense de Psiquiatría; 2013.
8. Shahid SFB, Rahman MM, Deebea F. Influence of Parental Rejection on Borderline Personality Disorder. *Fortune J Health Sci.* 2025; 8(1): 675-681.
9. Skoglund C, Tiger A, Rück C, Petrovic P, Asherson P, Hellner C, et al. Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: A register study of the Swedish population. *Mol Psychiatry.* 2021; 26(3): 999-1008.
10. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry.* 2024; 23(1): 4-25.
11. Hanegraaf L, van Baal S, Hohwy J, Verdejo-Garcia A. A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in borderline personality and substance use disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Aug; 127: 572-592.
12. Mirhaj Mohammadabadi MS, Mohammadzadeghi H, Eftekhar Adrebili M, Partovi Kolour Z, Kashaninasab F, Rashedi V, et al. Factors associated with pharmacological and psychotherapy treatments adherence in patients with borderline personality disorder. *Front Psychiatry.* 2022; 13: 1056050.
13. Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011; 33(4): 343-346.
14. Gillespie C, Murphy M, Kells M, Flynn D. Individuals who report having benefitted from dialectical behaviour therapy (DBT): a qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2022; 9(1): 8.
15. Ponce de León CA, Brahm CM, Bustamante FV, Sabat SV, Labra JF, Florenzano RU. Efectividad de la terapia conductual dialéctica en pacientes con trastorno de personalidad límite en Santiago de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2017; 55(4): 231-238.