



TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

¿CÓMO LO COMUNICO?

PS. ROSARIO
ESCUDERO, MG.

PS CANDICE
FISCHER, PH.D

MANUAL DE RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES DE SALUD



Este manual fue elaborado en el marco de un trabajo de grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como parte de los requisitos para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica.

Tiene como objetivo proporcionar recomendaciones para psicólogas/os y psiquiatras en el proceso de comunicación diagnóstica del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). También se espera que este material sirva de orientación para personas con este diagnóstico.

Para su desarrollo, se integraron recomendaciones provenientes de publicaciones científicas, recopiladas mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva, junto con antecedentes sobre la experiencia vivida de personas con TLP. Además, se contó con la retroalimentación de 20 profesionales de salud mental que trabajan en el sistema público chileno.

Las imágenes del presente manual se realizaron con Inteligencia Artificial.

El manual debe ser utilizado por profesionales de la salud mental capacitados para la comunicación de diagnósticos, en el marco de sus competencias profesionales y normativas vigentes.



¿Por qué hacer un manual sobre la entrega diagnóstica de Trastorno Límite de Personalidad?

El Trastorno Límite de Personalidad corresponde a uno de los diagnósticos más afectados por el estigma y la desinformación.⁽¹⁾ Esto ha generado que profesionales de salud mental opten por no comunicar el diagnóstico o, cuando lo hacen, lo transmitan de manera poco clara, y, en algunas ocasiones, con escasa información y actitudes percibidas como críticas por parte de las personas que lo reciben.⁽²⁾

En respuesta a esta problemática y considerando la actual escasez de materiales que orienten a los profesionales, decidimos elaborar un manual que entregue recomendaciones sobre la comunicación diagnóstica del TLP basada en literatura científica y, de esta manera, poder contribuir a una entrega del diagnóstico que sea más respetuosa, esperanzadora y libre de estigmas.

ÍNDICE

01



¿Qué es el Trastorno de Personalidad? (p.6).

02



Comorbilidades frecuentes entre el Trastorno Límite de la Personalidad y otros trastornos mentales (p.9).

03



¿Qué puede implicar recibir un diagnóstico de TLP? (p.11).

3A. Mitos frecuentes asociados al diagnóstico

3B. Estigma hacia personas con TLP

3C. ¿Dar o no el diagnóstico?

04



¿Cómo comunicar el diagnóstico de TLP? (p.20).

4A. El lenguaje si importa.

4B. Actitud del profesional.

4C. Recomendaciones para entregar el diagnóstico.

05



Recursos y apoyos para acompañar la entrega diagnóstica (p.41).



01

¿Qué es el Trastorno de Personalidad?

DEFINICIÓN

Según el **Modelo Alternativo del DSM-V***, el Trastorno de la Personalidad se caracteriza por dificultades en el **funcionamiento de la personalidad** y por **rasgos de personalidad patológicos**.⁽³⁾

*Para mayor información sobre este modelo y los rasgos patológicos revisar lámina 42 y 44 respectivamente.

Elementos del funcionamiento de la personalidad según Modelo Alternativo DSM-V

FUNCIONAMIENTO DEL SÍ MISMO

IDENTIDAD



La experiencia de uno mismo como **único**, con **límites claros** entre el yo y los demás.

AUTODIRECCIÓN



Habilidad para perseguir **metas/objetivos** coherentes y significativos.

FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL

EMPATÍA



Capacidad de **comprender** al otro, tolerar **puntos de vista diferentes** y consciencia de los **efectos** de la **propia conducta** en los demás.

INTIMIDAD



Habilidad para construir relaciones **profundas** y **duraderas** con otros. También tiene que ver con el **deseo** y la **capacidad de cercanía**.

Trastorno Límite de Personalidad



Dentro del Trastorno de Personalidad se encuentra el Trastorno Límite de Personalidad. En base al Modelo Alternativo sus **dificultades características** se presentan en las siguientes dimensiones del **funcionamiento de la personalidad**:



01

IDENTIDAD

Autoimagen marcadamente **pobre e inestable**, sentimientos crónicos de **vacío** y estados **disociativos** bajo estrés.



03

EMPATÍA

Capacidad disminuida para reconocer los **sentimientos** y **necesidades** de los demás, asociada a la **hipersensibilidad interpersonal**; tendencia a ver rasgos negativos en otros.



02

AUTODIRECCIÓN

Inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.



04

INTIMIDAD

Relaciones **cercanas intensas, inestables y conflictivas** marcadas por un **miedo al abandono** real o imaginario.



02

Comorbilidades frecuentes entre el Trastorno Límite de la Personalidad y otros trastornos mentales

El TLP tiende a presentarse de manera frecuente con otros diagnósticos, por ejemplo, con la bipolaridad o el trauma complejo. En caso de que esto ocurra, es clave explicar a los pacientes que la **comorbilidad** (coexistencia de 2 o más diagnósticos de salud mental en la misma persona) es **posible** y **común**.^{(4) (5)}

Cuando el TLP coexiste con otro diagnóstico, puede ocurrir algo así:





03

¿Qué puede implicar recibir un diagnóstico de TLP?

3A. Mitos frecuentes asociados al diagnóstico

¿TE RESULTAN FAMILIARES?





¿Qué dice la investigación?

Diagnóstico en la adolescencia

01

Estudios longitudinales han demostrado que el TLP se **inicia en la adolescencia** e incluso la sintomatología puede ser más grave e intensa que en la adultez.⁽⁶⁾

El diagnóstico es posible

02

Siempre y cuando los profesionales estén familiarizados con los **criterios diagnósticos actuales** (DSM-V alternativo) e implementen **instrumentos de tamizaje**, diagnosticar TLP no debería ser más difícil que diagnosticar otros trastornos mentales comunes.⁽⁷⁾

La recuperación es posible

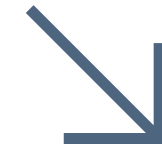
03

Un porcentaje importante de las personas con TPL **logra recuperarse** y una vez logrado ello, las **probabilidades de recaída** - volver a experimentar sintomatología como desregulación emocional, autolesión, etc - son **bajas**.^{(8) (9)}

Tratamientos eficaces y accesibles

04

Hay opciones de **tratamiento más acotados y de fácil entrenamiento** para profesionales.^{(7) (10)}



3B. Estigma hacia personas con TLP.

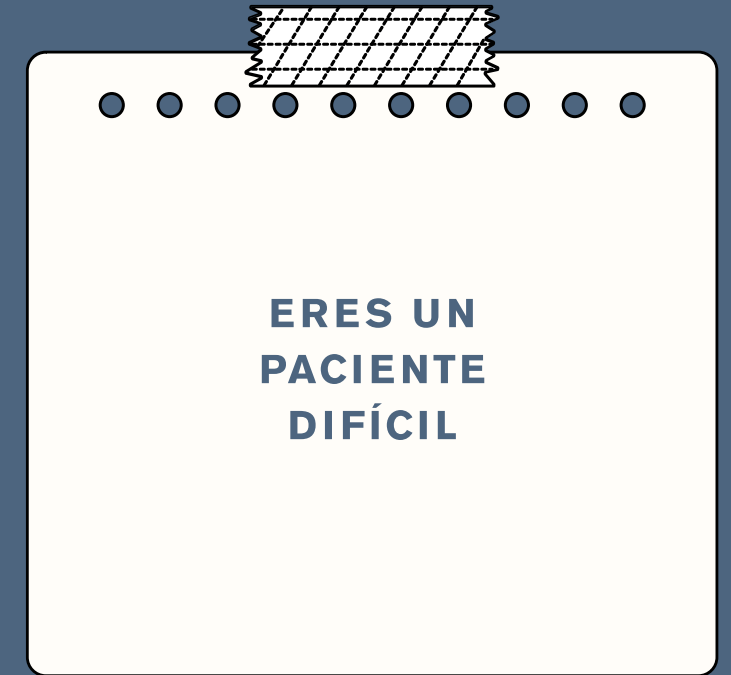
Personas con TLP enfrentan significativamente más estigma que aquellas con otros diagnósticos.

Este estigma muchas veces se manifiesta a través de **“etiquetas negativas”** que se les adhieren y que provienen tanto de profesionales de la salud como de la población general.⁽¹¹⁾

¿QUÉ PUEDE IMPLICAR RECIBIR UN DIAGNÓSTICO DE TLP?



El estigma asociado al TLP ha contribuido a que diversos profesionales opten por **no comunicar** este diagnóstico.⁽¹⁾





3C. ¿Dar o no el diagnóstico?

Reflexiona si alguna vez en sesión te has encontrado en una situación similar...



¿Qué podría pasar si el/la profesional decide **NO comunicarlo**?



Aumenta el estigma

Profesionales tienden a no comunicar el diagnóstico por miedo a “angustiar” o “estigmatizar”, lo que, paradójicamente, puede **aumentar el estigma** y el **malestar**. Al no entregarlo, se fomenta la sensación en la persona de que se esconde el diagnóstico porque hay algo “malo” asociado a este.⁽¹²⁾



Aumenta la confusión

Si bien en redes sociales existen espacios con información útil sobre salud mental, también circula contenido que **refuerza estigmas** asociados a ciertos diagnósticos. Por ello, no comunicar el diagnóstico ni entregar información o material confiable al respecto puede aumentar la **confusión** y el **malestar** que este tipo de contenido genera.⁽¹³⁾



¿Qué podría pasar si e/la profesional decide **NO comunicarlo**?

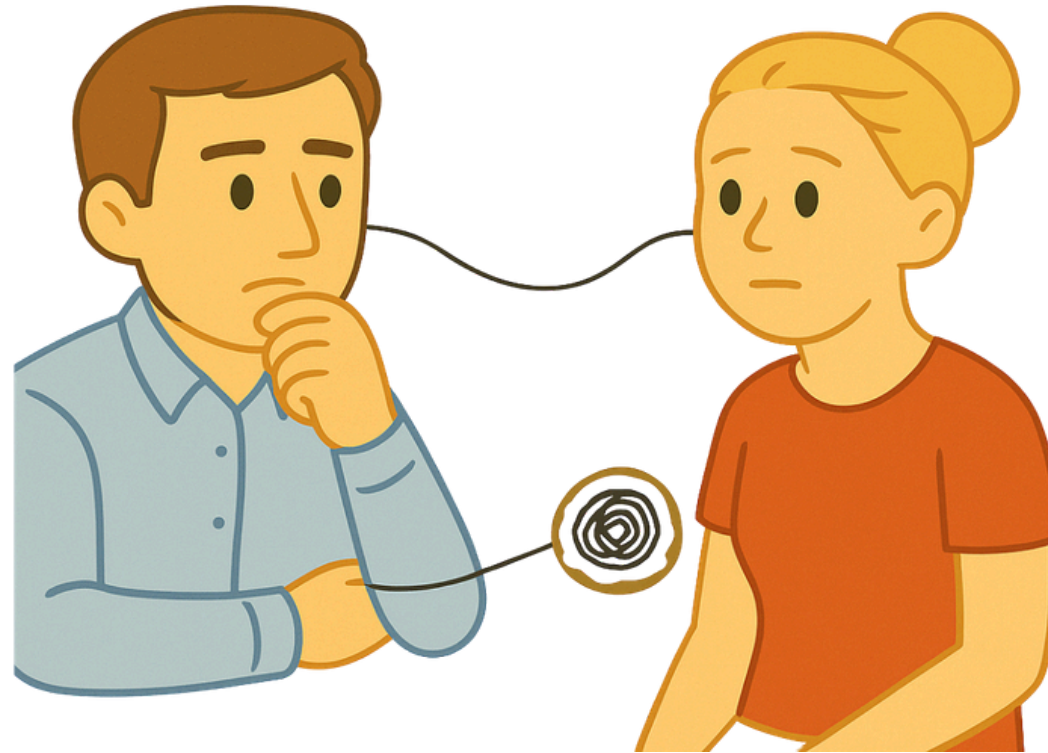


Aumenta la incertidumbre y tiempo de consulta en salud mental

Tanto la persona como su red de apoyo permanecen con dudas sobre lo que ocurre y esta incertidumbre puede sostenerse por años. Esto ha generado que algunas personas con el diagnóstico acumulen **largas trayectorias en salud mental** antes de contar con un diagnóstico claro.⁽¹⁴⁾



¿Y qué podría pasar si e/la profesional **SÍ** decide comunicarlo?



Mayor comprensión

Obtener una mayor información sobre el diagnóstico puede ayudar a las personas a **entender mejor sus propias experiencias y emociones**. También, puede contribuir a **aliviar** posibles sentimientos de autculpa por conductas pasadas, al entender que no todo lo vivido era responsabilidad propia. ^{(15) (16)}



Mayor claridad y acceso

Facilita el acceso a **tratamiento más apropiados y/o especializados**, y le brinda al profesional una mayor claridad para guiar sus **intervenciones**. ⁽¹⁷⁾



Expectativas de recuperación

Cuando se **comunica** y **explica** que aquello que una persona experimenta tiene una explicación y que existen tratamientos posibles, puede favorecerse una mayor **expectativa de recuperación**, tanto en quien recibe el diagnóstico como en sus cuidadores o familiares. ^{(2) (8)}



04

¿Cómo comunicar el diagnóstico de TLP?



4A. El lenguaje sí importa





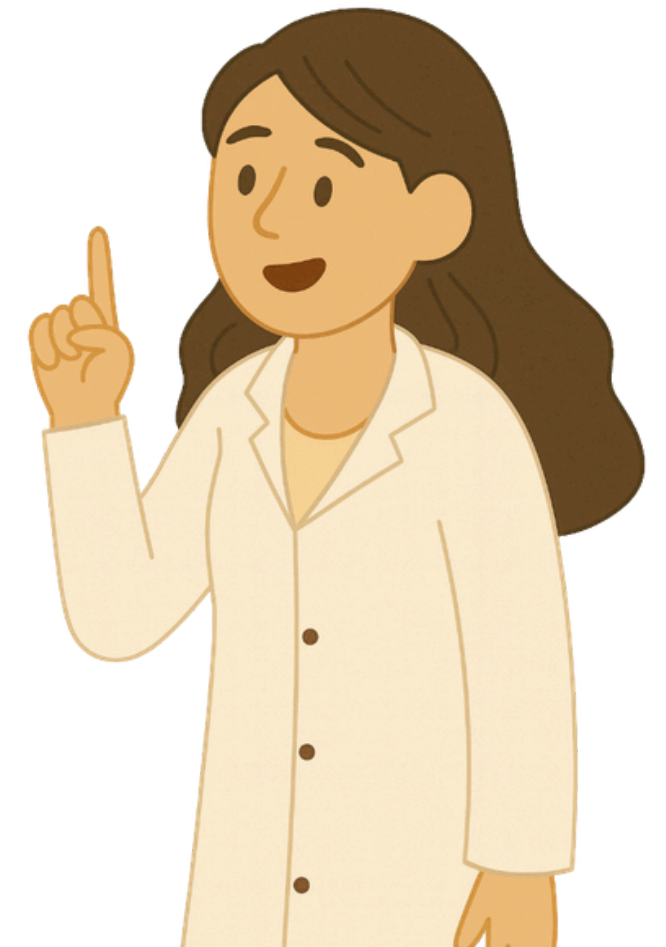
¿Por qué importa como hablamos?

01


El lenguaje **construye realidades**: el decir “**ese paciente ES TLP**”, reduce a la persona a un diagnóstico.

02


El diagnóstico **no debería definir la identidad de la persona**: las personas pueden tener un diagnóstico, pero a la vez también tienen otras características que los definen (por ejemplo: sus valores, profesión, intereses, roles, entre otras).




Un ejemplo de la importancia del lenguaje en salud mental




A veces siento que todo lo que hago mal es porque soy TLP.



Entiendo que te sientas así. Puede ser que, cuando estás muy estresado, reacciones de manera más impulsiva o "límite", pero eso no significa que responderás de esa manera en todos los contextos.




¿O sea que no siempre voy a reaccionar así?



Exacto. En otros momentos, con menos presión o usando las habilidades de regulación emocional que hemos trabajado juntos, puedes –y ya lo has hecho– responder de mejor manera.



Me gusta pensarlo así.



Es importante que trabajemos en cómo te hablas a ti mismo. Es distinto que te digas que tienes TLP a decirte 'soy TLP'. Eres más que un diagnóstico.



¿Cómo hablar con cuidado?

- 01** Evita **tecnicismos** o jerga médica sin explicar al hablar con pacientes o en fichas/informes clínicos.
- 02** Utiliza un **lenguaje claro, comprensible y respetuoso**, adaptado al **contexto sociocultural** de cada persona.
- 03** Comunica desde la **empatía** y **no desde etiquetas**.

Un ejemplo de cómo hablar con cuidado

En vez de: “Tus conflictos en las relaciones dan cuenta de **patrones de apego desorganizados**”

Lenguaje tecnicista

Lenguaje respetuoso y sin asumir

Optar por: “**Me da la impresión** de que las relaciones importantes en tu vida pueden ser muy intensas o confusas, **como si pasaran de lo mejor a lo peor rápidamente,** **¿te he entendido bien?**”

Lenguaje claro y sencillo

Lenguaje empático



4B. Actitud del profesional

Se ha observado que personas con TLP tienden a interpretar de forma negativa los rostros neutros⁽¹⁸⁾. Por ello, al comunicar el diagnóstico, es muy importante, en la medida de lo posible, hacerlo de manera **explícita, manteniendo la calma**, con una actitud **empática, esperanzadora y libre de estigmas**.

Además, las personas con este diagnóstico frecuentemente se ven expuestas a **actitudes discriminatorias** por parte de otros (profesionales, familiares, etc), seguidas de respuestas de **indiferencia** y **culpabilización** por su sufrimiento.^{(11) (15) (19) (20)}





4C. Recomendaciones para entregar el diagnóstico

PREVIO a la comunicación del diagnóstico es importante:

01

Indagar sobre la experiencia en salud mental y entregas diagnósticas

Esto permite obtener una mayor claridad respecto a la trayectoria de la persona en salud mental o a la ausencia de esta. Un cuestionario que ayuda a recolectar información sobre la experiencia e historia previa del paciente es **CAHP** (Cuestionario de Historia de Vida Adulto) disponible en la plataforma “Psiconecta”. **[Acceda aquí al cuestionario.](#)**



* Otra pregunta podría ser: ¿te hacen **sentido** estos diagnósticos?



4C. Recomendaciones para entregar el diagnóstico

PREVIO a la comunicación del diagnóstico es importante:



02

Explorar sobre las ideas preconcebidas que se tiene sobre el Trastorno Límite de Personalidad ⁽¹⁴⁾

Esto permite explorar posibles mitos, prejuicios o creencias que se tengan en torno al diagnóstico, favoreciendo un diálogo abierto y una entrega de información personalizada.



01

Validar el sufrimiento

- ✘ **En vez de:** “Sí, es difícil, **pero** intenta calmarte.”
- ✔ **Optar por:** “Me imagino que ha sido muy doloroso **porque** esa relación significaba mucho para ti”.



Durante la entrega del diagnóstico se recomienda:

- Validar es ofrecer un **PORQUE**, no un pero. El uso del pero tiende a invalidar una emoción, ya que puede anular o minimizar lo expresado previamente. En personas con TLP, esta minimización — frecuente tanto en la clínica como en el entorno— puede contribuir a **exacerbar y mantener la sintomatología**. Por ello, la validación cumple un rol fundamental en el **bienestar emocional**.⁽¹¹⁾

02



Tomar en cuenta a la persona, sus vivencias y su contexto ⁽¹⁴⁾

- ✘ **En vez de:** “Tienes TLP porque no puedes mantener una relación estable”.
- ✔ **Optar por:** “Esto de que vuelvas y termines una y otra vez con tu pareja, también es algo que les suele pasar a personas con este diagnóstico”.



Durante la entrega del diagnóstico se recomienda:

- Se sugiere ir más allá del diagnóstico y considerar el **contexto vital** de la persona al momento de comunicarlo. Abordar la entrega diagnóstica tomando en cuenta su **historia, experiencias y circunstancias** puede proporcionar un **mayor sentido a su sufrimiento**, además de favorecer que la persona se sienta **escuchada** y **validada** al recibir una comunicación más **personalizada**.

03

EXPLICAR qué es el Trastorno Límite de Personalidad y proporcionar recursos/materiales sobre este



La Guía para personas diagnosticadas o con sospecha de TLP disponible en Psiconecta corresponde a una herramienta útil que promueve un diálogo conversacional entre terapeuta y paciente. **[Accede aquí a la guía](#)**



Durante la entrega del diagnóstico se recomienda:



El Manual para familiares/cuidadores de personas con Trastorno de Personalidad disponible en Psiconecta ofrece orientación clara y concreta para acompañar el proceso y comprender mejor esta condición. **[Accede aquí al Manual](#)**



¿Por qué es importante explicar el diagnóstico?

01

La falta de información adecuada al comunicar el diagnóstico puede generar **reticencia** por parte de la persona hacia este, lo que **dificulta el proceso de recuperación.** ⁽²⁾



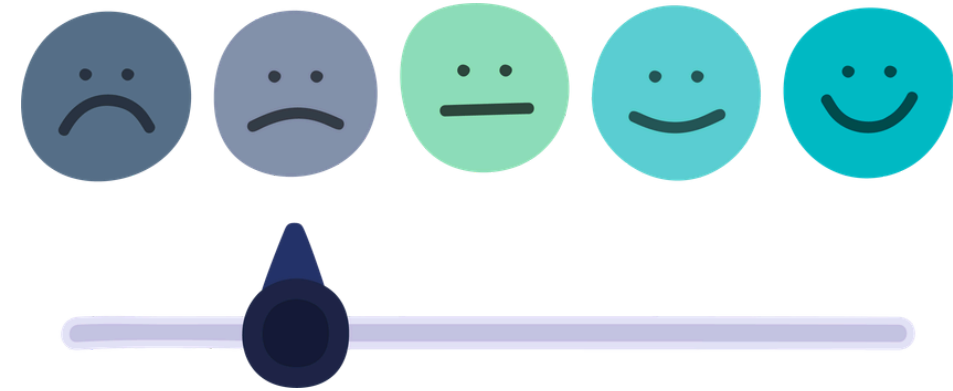
02

Comprender qué implica, significa o de qué manera se desarrolla el TLP puede ofrecer **alivio** frente a la incertidumbre que a menudo generan los propios síntomas. ⁽²⁾⁽²¹⁾

03

Además, esta transparencia fomenta un **rol más activo en la recuperación**, pues contribuye al **reconocimiento de síntomas** a medida que aparecen. ⁽²⁾

Una manera de explicar el diagnóstico, es comunicándole al paciente que hay **diferentes formas de comprender** el TLP, siendo una de ellas la **combinación** entre:



↓
01 DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Las emociones se viven de manera **extremadamente intensa y dolorosa**, con grandes dificultades para recuperar el estado de calma.⁽²²⁾



↓
02 HIPERSENSIBILIDAD AL RECHAZO Y/O MIEDO AL ABANDONO

Generalmente **suele provocar la respuesta emocional intensa**, especialmente cuando hay **situaciones de estrés** en las relaciones con otros.⁽²³⁾

04



Informar que el Trastorno Límite de Personalidad tiene **TRATAMIENTO**

El TLP SÍ es tratable y las personas pueden mejorar. Por ello, es recomendable que los profesionales transmitan **esperanza** respecto a la posibilidad de recuperación, ya que la evidencia indica que esta actitud favorece la **adherencia** al tratamiento.^{(2) (7)}

Distintos tipos de tratamiento han demostrado ser efectivos para ayudar a personas con TLP. Sin embargo, la **PSICOEDUCACIÓN** es una herramienta **transversalmente aplicable** a cualquier tipo de tratamiento. Se ha observado que intervenciones psicoeducativas pueden contribuir a optimizar los procesos de recuperación en personas con este diagnóstico.⁽²⁴⁾

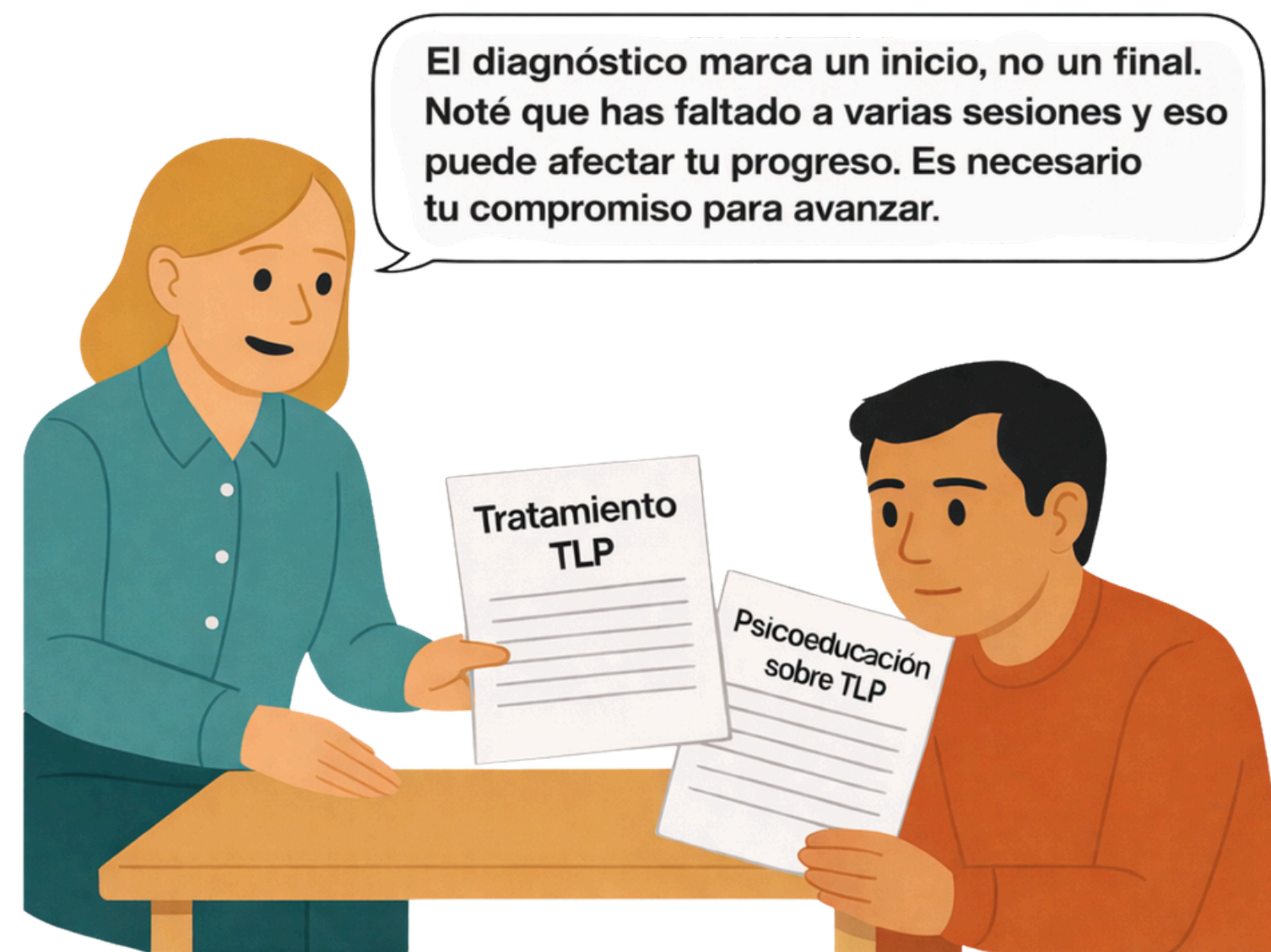


Durante la entrega del diagnóstico se recomienda:

Estudios longitudinales evidencian una remisión sintomática sostenida por 2 a 4 años en el 80-90% de los casos.^{(25) (26) (27)}

Para un tratamiento eficaz, se requiere un **compromiso mutuo** entre profesional y paciente. Por ello, al momento de comunicar el diagnóstico, se sugiere acompañar este mensaje con la idea de que la mejora se ve favorecida cuando hay un **involucramiento activo** por parte de la persona en su proceso terapéutico.

Este **rol activo** en personas con TLP implica, por ejemplo, asistir regularmente a los controles, participar en la planificación del tratamiento y, **ante frustraciones o rupturas en la alianza terapéutica**, que el profesional favorezca un espacio para **hablar sobre lo ocurrido y restablecer la confianza**. Se ha demostrado que lo anterior contribuye a **disminuir las tasas de abandono** terapéutico.⁽²⁸⁾



05



Mostrarse y estar DISPONIBLE ante cualquier duda o inquietud que surja en el proceso

Es común que las personas queden con **dudas** tras recibir un diagnóstico y mostrar alternancia entre momentos de esperanza o resignación. Por lo mismo, mostrar disponibilidad para escuchar y aclarar es esencial tanto en el momento que este se entrega como a lo largo del proceso. No se trata de tener todas las respuestas, sino de **abrir espacio al diálogo y hacer un seguimiento de cómo se siente la persona tras recibirlo.**



Durante la entrega del diagnóstico se recomienda:

Una manera de comprobar cómo la persona está recibiendo y entendiendo el diagnóstico es **preguntarle directamente**.

Algunos ejemplos de cómo preguntar:



Ir chequeando constantemente **cómo se siente** la persona respecto a la información que se le entrega y el **significado** que le atribuye a su diagnóstico es fundamental durante el proceso de comunicación diagnóstica.



¡Recuerda!

Cada persona con TLP es diferente, por lo que las maneras en que se comunica el diagnóstico también pueden variar.

Ejemplos que podrían ocurrir



En este tipo de situaciones, se sugiere **psicoeducar** las características del diagnóstico **antes de comunicar el nombre**, para que la persona le entregue un sentido desde un marco de comprensión y no desde la etiqueta diagnóstica.



En este caso, tras explorar posibles hipótesis diagnósticas -incluida la percepción del paciente- y una vez confirmado el diagnóstico, corresponde **comunicarlo de manera clara y centrada en la persona**.

Las **recomendaciones anteriores** deben tomarse como una **orientación general** y es necesario que en la práctica **se adapten caso a caso**, según las **necesidades** del paciente.

Otros ejemplos que podrían ocurrir



En este caso, al tratarse de un paciente con diagnósticos previos, se sugiere **explorar en detalle su trayectoria en salud mental** y sentimientos asociados, **validando su recorrido** y **retomando el diagnóstico anterior** como parte del diálogo.



En este tipo de situaciones, considerando que se trata de una persona que está teniendo su **primer acercamiento** a la atención psicológica/psiquiátrica, se sugiere realizar **psicoeducación inicial** sobre qué es la psicoterapia y el **significado** de sus principales **términos** y **conceptos**.



¡Recuerda!

- El diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad permite orientar el tratamiento, pero **no debiera definir ni abarcar la identidad de la persona.**
- Un diagnóstico preciso de TLP **reduce el riesgo de daño** y evita la aplicación de intervenciones potencialmente **iatrogénicas** (ej: uso prolongado de psicofármacos como sustituto del abordaje psicoterapéutico).
- **EL PROBLEMA NO ES EL DIAGNÓSTICO EN SÍ, SINO CÓMO SE COMUNICA, SE EXPLICA Y SE TRABAJA.**⁽²⁾





05

Recursos y apoyos para acompañar la entrega diagnóstica

Estos recursos no reemplazan el diálogo con quien consulta,
pero pueden ser un buen complemento



El **Modelo Alternativo del DSM-V** se encuentra en la **sección 3** del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Este modelo ofrece un enfoque **dimensional*** y clínicamente útil para diagnosticar el Trastorno de Personalidad.

Ofrece una evaluación a dos niveles:

- Dificultades en el **funcionamiento** de la personalidad.
- **Rasgos desadaptativos** de la personalidad.

*Refiere a que la evaluación se realiza en un continuo de gravedad (nivel 0: no hay disfunción, a nivel 4: extrema), a diferencia del modelo categorial, que se basa en categorías discretas, es decir, la persona tiene o no tiene un TDP.



Sección III

Medidas y modelos emergentes

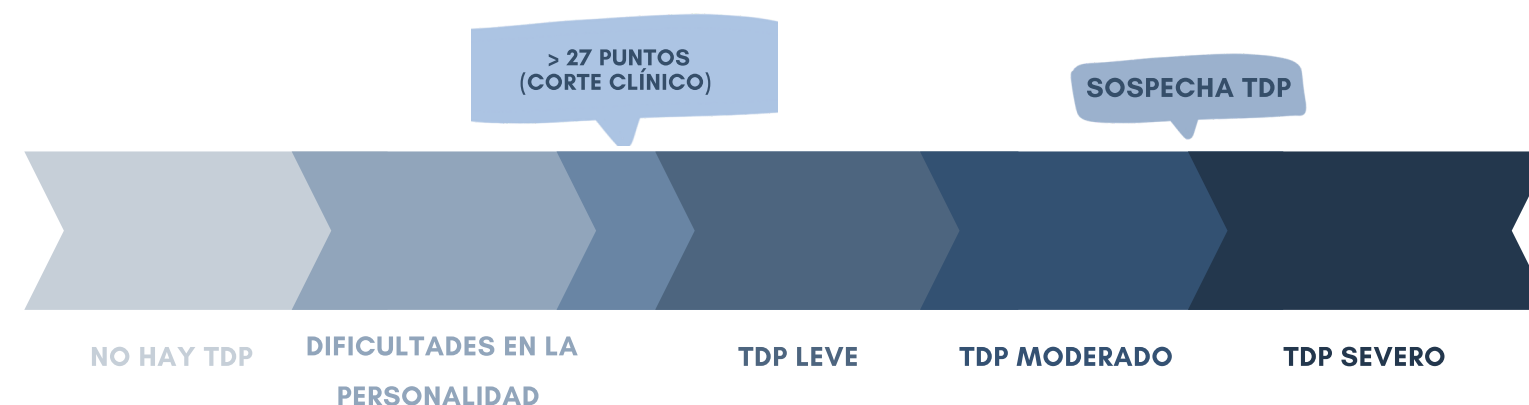
Medidas de evaluación	733
Formulación cultural	749
Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad ...	761
Afecciones que necesitan más estudio	783





Para reducir la incertidumbre diagnóstica, conviene utilizar **INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE**. Uno de ellos es la **Escala de Niveles de Funcionamiento de la Personalidad**, la que permite evaluar dimensiones clave del funcionamiento del sí mismo y del ámbito interpersonal.

Puedes acceder al cuestionario [aquí](#).



Escala de Niveles de Funcionamiento de la Personalidad (LPFS) - BF 2.0

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: Masculino__ Femenino__ Fecha: _____

Instrucciones: Indica para cada una de las siguientes afirmaciones hasta qué punto aplican para ti en este momento		Muy falso o a menudo falso	A veces falso o algo falso	A veces verdadero o algo verdadero	Muy verdadero o a menudo verdadero
1.	A menudo no sé quién soy realmente.	1	2	3	4
2.	A menudo pienso muy negativamente sobre mí mismo/a.	1	2	3	4
3.	Mis emociones cambian sin que yo tenga control sobre ellas.	1	2	3	4
4.	No tengo idea de a donde quiero ir en mi vida.	1	2	3	4
5.	A menudo no entiendo mis propios pensamientos y sentimientos.	1	2	3	4
6.	A menudo me pongo exigencias poco realistas a mi mismo/a.	1	2	3	4
7.	A menudo tengo dificultades para entender los pensamientos y sentimientos de otros.	1	2	3	4
8.	A menudo me es difícil tolerar cuando otros tienen una opinión diferente.	1	2	3	4
9.	A menudo no entiendo del todo por qué mi conducta tiene un cierto efecto sobre otros.	1	2	3	4
10.	Mis relaciones y amistades nunca duran mucho.	1	2	3	4
11.	A menudo me siento muy vulnerable cuando las relaciones se vuelven más personales.	1	2	3	4
12.	A menudo no logro cooperar con otros de una manera mutuamente satisfactoria.	1	2	3	4



Otro instrumento es el **Inventario de Personalidad**, el cual se puede complementar con el instrumento anterior. Cuenta con 36 preguntas y permite identificar los **rasgos dimensionales desadaptativos*** de la personalidad: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición, anancastia y psicoticismo.

Puedes acceder al cuestionario [aquí](#).

*Patrones de pensamiento, emoción y comportamiento persistentes que se expresan en un continuo (de menor a mayor intensidad), y que pueden variar entre personas sin implicar necesariamente un trastorno.

Inventario de Personalidad para el DSM-5

Esta es una lista de diferentes cosas que las personas podrían decir sobre sí mismas. Estamos interesados/as en cómo se describiría a sí mismo/a. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", así que puede describirse a sí mismo/a de la forma más honesta posible. Nosotros/as mantendremos sus respuestas confidenciales.

Nos gustaría que se tomara el tiempo y leyera cada afirmación cuidadosamente, seleccionando las respuestas que mejor le describen.

	Muy falso o a menudo falso	A veces falso o algo falso	A veces verdadero o algo verdadero	Muy verdadero o a menudo verdadero
1. Tengo reacciones emocionales mucho más fuertes que casi todos/as los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Soy bueno/a engañando a las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A menudo soy bastante descuidado/a con mis cosas y las de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mantengo mi distancia de las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A menudo veo conexiones inusuales entre las cosas que la mayoría de la gente pasa por alto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A pesar de que vuelvo locas a otras personas, insisto en la absoluta perfección en todo lo que hago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Siempre estoy preocupándome por algo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Algunas veces se necesita exagerar para ponerse en ventaja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Siento que actúo de manera totalmente impulsiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nada parece interesarme demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Las personas me han dicho que pienso en las cosas de manera muy extraña.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Es importante para mí que las cosas se hagan de determinada manera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me preocupa mucho estar solo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



¡Atención!

Al utilizar estos instrumentos, es importante explicar al paciente su **PROPÓSITO**, preguntarle si tiene alguna **duda** al respecto y, posteriormente, entregar una **devolución** de los resultados obtenidos, comparándolos con su propia **experiencia**. **01**

Los instrumentos de tamizaje **complementan** el proceso de evaluación diagnóstica, pero **NO SUSTITUYEN** el diagnóstico clínico estándar. **02**

Son instrumentos **BREVES**, por lo que pueden producir **falsos positivos** (indicar incorrectamente la presencia de algo que en realidad no está ahí). **03**

La combinación de **EVALUACIÓN CLÍNICA + TEST DE TAMIZAJES** constituyen un buen estándar de trabajo clínico. **04**



TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

¿CÓMO LO COMUNICO?

PS. ROSARIO ESCUDERO,
MG.

PS CANDICE FISCHER,
PH.D

REFERENCIAS

- (1)** Sisti D, Segal A. G, Siegel A. M, Johnson R, & Gunderson J. Diagnosing, disclosing, and documenting borderline personality disorder: A survey of psychiatrists' practices. *Journal of Personality Disorders*. 2015; 29 (2), 228–237. DOI: 10.1521/pedi_2015_29_228.
- (2)** Lester R, Prescott L, McCormack M, Sampson M, & North West Boroughs Healthcare, NHS Foundation Trust. Service users experiences of receiving a diagnosis of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health*. 2020; 14(3), 263-283. <https://doi.org/10.1002/pmh.1478>.
- (3)** American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision (DSM-5-TR)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
- (4)** Valdivieso G. Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno Límite De La Personalidad Y Su Comorbilidad. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. 2020; 58(1), 2-14. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000100002>.
- (5)** Ford J & Courtois C. Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2020; 2-21. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>.
- (6)** Zanarini MC. En la plenitud de los tiempos: recuperación del trastorno límite de la personalidad. Madrid: Alianza Editorial; 2018. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780195370607.001.0001>.
- (7)** Behn,A. & Fischer C. Mitos y realidades sobre el Trastorno de Personalidad Límite. 2021. <https://www.ciperchile.cl/2021/01/15/mitos-y-realidades-sobre-el-trastorno-de-personalidad-limite/>.
- (8)** Campbell K, Clarke A.K, Massey D. & Lakeman R. Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020; 29(5), 972-981. DOI: 10.1111/inm.12737.
- (9)** Temes CM & Zanarini MC. The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2018;41(4):685-694. doi:10.1016/j.psc.2018.07.002.
- (10)** Spong, A. J, Clare I. C. H, Galante J, Crawford, M. J & Jones P. B. Brief psychological interventions for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*. 2020; 83, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101937>.
- (11)** Van Schie C. C, Lewis K, Barr K. R, Jewell M, Malcolmson N, Townsend M. L & Grenyer B. F. S. Borderline personality disorder and stigma: Lived experience perspectives on helpful and hurtful language. *Personality and Mental Health*. 2024; 18(3), 216–226. <https://doi.org/10.1002/pmh.1609>.
- (12)** Doctorados UC. Nicolás Labbe [Testimonio]. 2022. <https://doctorados.uc.cl/testimony/nicolas-labbe/>.
- (13)** García-Pérez M, Rodríguez-Fernández S & Galán-Casado D. Empoderamiento y estigma virtual en redes sociales de las personas con discapacidad y trastorno mental: propuesta socioeducativa [Internet]. *European Public & Social Innovation Review*. 2024;9:1–20. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1394>
- (14)** Fuentes V. Ser diagnosticado/a con Trastorno Límite de la Personalidad: La experiencia de 20 personas en torno a la entrega del diagnóstico y su trayectoria previa en el sistema de salud mental. [Tesis de Magíster en Psicología Clínica]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2024.
- (15)** Lamont E & Dickens G. Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. *Journal of Mental Health*. 2021; 30 (5), 619-633. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608923>.
- (16)** Sterna A & Moskalewicz M. As If There Are Two of Us”: The Battle of Borderline Personality Disorder Diagnosis in Lived Time. *Psychopathology*. 2023;56(4):239-250. doi:10.1159/000527028.
- (17)** Sheridan R.L, Echave A, Rees J, Scott H.R, Lever T.B & Broeckelmann E. Service user experiences of community services for complex emotional needs: A qualitative thematic synthesis. *PLoS ONE*. 2021; 16(4), 1-30. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248316>.
- (18)** Fenske S, Lis S, Liebke L, Niedtfeld I, Kirsch P, Mier D. Emotion recognition in borderline personality disorder: effects of emotional information on negative bias. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2015;2:10. doi:10.1186/s40479-015-0031-z.
- (19)** Klein, P., Fairweather, A. K., & Lawn, S. (2022a). Structural stigma and its impact on healthcare for borderline personality disorder: A scoping review. *International Journal of Mental Health Systems*, 16, 1-41. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00558-3>
- (20)** Velásquez T. Estigma hacia el Trastorno Límite de la Personalidad [Tesis de Magíster en Psicología Clínica]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2023.
- (21)** Tedesco V, Stephen N.J, Lucas S & Grenyer B. (2023). Diagnosing borderline personality disorder: Reports and recommendations from people with lived experience. *Personal Mental Health*, 107-121. doi: 10.1002/pmh.1599.
- (22)** Linehan MM. *DBT skills training manual*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2015.
- (23)** Gunderson G. *Applications of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. American Psychiatric Publishing; 2019.
- (24)** Labbé N, Vaccarezza S, Nuñez C, Zimmermann R, Behn A. Psychoeducational interventions for borderline personality disorder: a scoping review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2025; Online ahead of print. doi:10.1037/per0000729.
- (25)** 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; 56:75–83. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.10.010.
- (26)** Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among borderline patients and Axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):476-483. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11101550.
- (27)** Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and its stability: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6):663-667. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09081130.
- (28)** Kratzer L, Moultrie J & Schiepek, G. Working Alliance Instability in the Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2024; 335–342. <https://doi.org/10.1007/s10879-024-09630-0>.