

# LA RECUPERACIÓN EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA SU DESARROLLO

RECOVERY IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: BARRIERS AND OPPORTUNITIES FOR DEVELOPMENT.

Autor:  
Enrique García-Núñez  
Psiquiatra coordinador Hospital de Día de Adultos. IAS Red de Salud Mental de Girona.  
Girona (España)Correspondencia: [enrique.garcia.ias@gencat.cat](mailto:enrique.garcia.ias@gencat.cat)



## RESUMEN

La recuperación en el trastorno límite de la personalidad es un proceso complejo. Las psicoterapias específicas han demostrado conseguir importantes mejoras respecto al alivio y remisión sintomática de las personas con TLP, pero no parecen mejorar significativamente su funcionamiento psicosocial en los seguimientos a largo plazo. A raíz de esta discrepancia se incide sobre los posibles factores que interfieren en la recuperación en estos pacientes: las dificultades de acceso a los tratamientos, el estigma y las diferencias en los objetivos de recuperación de usuarios y profesionales. Se exploran las áreas de cambio en el proceso de recuperación desde experiencia subjetiva de las personas con TLP y se valoran las intervenciones que desde el modelo de recuperación en salud mental podrían favorecer este proceso.

**Palabras clave:** Trastorno límite de la personalidad. Recuperación. Salud Mental. Investigación cualitativa. Atención centrada en el paciente.

## ABSTRACT

Borderline personality disorder recovery is a complex process. Specific psychotherapies have been shown to achieve significant improvements in symptomatic relief and remission in people with BPD, but they do not seem to significantly improve their psychosocial functioning at long-term follow-ups. As a result of this discrepancy, the possible factors that interfere with the recovery of these patients are stressed: difficulties in accessing treatments, stigma and differences in the recovery objectives of users and professionals. The areas of change in the recovery process from the subjective experience of people with BPD are explored and the interventions that could favor this process from the recovery model in mental health are assessed.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder. Mental Health. Recovery. Qualitative research. Patient-centered care.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón de marcada impulsividad que con frecuencia se manifiesta a través de comportamientos autodestructivos, inestabilidad en los afectos, autoimagen e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales<sup>1</sup>. Algunos autores proponen utilizar el término «Necesidades emocionales complejas» para referirse a las personas que reciben el diagnóstico de TLP (Trevillion et al., 2022) por el estigma y el nihilismo terapéutico asociado con frecuencia a su diagnóstico (Campbell et al., 2020).

Se le estima una prevalencia aproximada entre el 1 al 2% de la población general<sup>2</sup>, siendo uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes. Se ha identificado en aproximadamente un 10 % de los pacientes ambulatorios y en un 20% de los ingresados en unidades de hospitalización de salud mental<sup>3</sup>.

Las personas con TLP tienen ideas esquemáticas, rígidas y en ocasiones extremas sobre los estados mentales propios y ajenos que les provocan problemas en sus relaciones interpersonales y en su regulación emocional. Son vulnerables a experimentar crisis emocionales en las que presentan comportamientos impulsivos, sentimientos de vacío y de rechazo. Las autolesiones y el comportamiento suicida evidencian la severidad del trastorno y son los motivos principales que precipitan la indicación de ingreso. Un 79% han tenido al menos una tentativa de suicidio a lo largo de su evolución<sup>4</sup>.

Su trayectoria está ligada a factores genéticos y ambientales incluyendo la vulnerabilidad emocional, el abuso infantil<sup>5</sup> y el apego inseguro. Las experiencias de abuso en la infancia que han sufrido algunas personas con TLP, impactan en la capacidad de establecer relaciones de confianza y a desarrollar la resiliencia necesaria para enfrentarse a las presiones de la vida cotidiana.

La psicoterapia es el tratamiento de primera línea para las personas con TLP<sup>6</sup>. Varios modelos especializados han sido validados como tratamientos eficaces para el tratamiento del TLP<sup>7,8</sup>: la psicoterapia focalizada en la transferencia (Kernberg OF, 1989; Clarkin JF, 2006), la terapia dialéctico-conductual (Linehan MM, 1993), la terapia basada en la mentalización (Bateman A & Fonagy P, 2004) y la terapia de esquemas (Young JE, 2003). Los puntos esenciales que comparten es que todos están bien estructurados y claramente focalizados, enfatizan el cumplimiento, son de larga duración, promueven un fuerte vínculo entre paciente y terapeuta. Han demostrado reducir los intentos de suicidio, las autolesiones y la frecuentación de los servicios de urgencia<sup>9</sup> y obtienen un efecto superior en el alivio de síntomas y una menor tasa de abandonos respecto al tratamiento habitual. Comparadas con los tratamientos utilizados para otros trastornos mentales u otros trastornos de la personalidad, las psicoterapias basadas en la evidencia para el TLP obtienen resultados más esperanzadores

en términos de estabilización y remisión sintomática<sup>10</sup>. Existe también consenso en que estas psicoterapias altamente estructuradas, intensivas y focalizadas son el tratamiento más adecuado para los pacientes con TLP más graves<sup>11</sup>.

Estas psicoterapias específicas para que resulten beneficiosas deben estar adecuadamente seleccionadas, bien integradas en los servicios de salud comunitarios y disponibles para el paciente<sup>12</sup> para poderse aplicar en condiciones óptimas<sup>13</sup>. Por otro lado, requieren de unos criterios de selección que excluyen a personas con barreras significativas para su participación, como poca disposición al tratamiento o significativa inestabilidad en su entorno social, por lo que su alcance en la población puede resultar limitada. De hecho, una alta proporción de pacientes con diagnósticos de TLP no se benefician de su tratamiento.

Los profesionales que habitualmente atienden a las personas con TLP, pueden sentirse desbordados ante la aparente falta de respuesta ante otro tipo de intervenciones no específicas, sobre todo en situaciones de crisis. Los déficits interpersonales que caracterizan a las personas con TLP, las llevan en estas circunstancias a una escalada de conductas de búsqueda de ayuda en forma de frecuentación de servicios de emergencia, lo que puede provocar ambivalencias en las personas que los atienden y suponer un desafío terapéutico<sup>14</sup> siendo considerados en los servicios sanitarios como tendentes a la cronicidad y poco respondedores a las intervenciones terapéuticas.

Este concepto de «intratabilidad» en muchos contextos sanitarios contrasta con el optimismo generado en estudios a largo plazo respecto a la remisión sintomática<sup>15,16,17</sup> que informan de tasas de remisión de hasta el 85%<sup>18,19</sup>. Sin embargo, los seguimientos a 10 años mostraron que estos resultados positivos respecto a la remisión sintomática no se acompañaban de una mejora de la función social y vocacional<sup>20,21</sup> incluyendo áreas fundamentales como el trabajo, las relaciones interpersonales y el autocuidado. Estos resultados reflejan la inestabilidad de los efectos del tratamiento en su seguimiento a largo plazo<sup>8,21</sup>.

## BARRERAS PARA RECUPERACIÓN DE LAS PERSONAS CON TLP

El proceso de recuperación en el TLP es complejo e implica el reconocimiento de la necesidad de cambio, desarrollo de autoaceptación y de un fuerte sentido de agencia personal<sup>16</sup>. Los predictores más consistentes de la recuperación estarían relacionados con la autocompetencia y el buen funcionamiento vocacional<sup>6</sup>. A la falta de efectividad de las psicoterapias específicas para alcanzar un buen funcionamiento psicosocial a largo plazo, podemos añadir otros aspectos que podrían convertirse en barreras que dificulten este proceso.

### Dificultades de acceso al tratamiento

Se puede afirmar que el acceso a la ayuda profesional en general está limitado para las personas con TLP<sup>22</sup>. Las personas con TLP identificaron desafíos a la hora de buscar apoyo y tratamiento.

Hay una amplia evidencia de la efectividad de psicoterapias especializadas a largo plazo para el abordaje del TLP<sup>23</sup>, pero estas terapias requieren una elevada necesidad de recursos en relación a su larga duración e intensidad de atención, así como disponibilidad en los servicios sanitarios de profesionales formados y entrenados en este tipo de tratamientos especializados<sup>24</sup>. La capacidad de los servicios comunitarios de salud mental para ofrecer esos tratamientos basados en la evidencia puede estar limitada. Estudios que exploraron las experiencias de cuidadores y usuarios identificaron barreras para acceder a las psicoterapias especializadas como las largas listas de espera, alto coste económico de las sesiones de psicoterapia y falta de acceso a los servicios especializados en zonas rurales o regiones remotas<sup>25</sup>.

Por otro lado, aspectos inherentes a las propias características de las personas con TLP como la volatilidad de sus comportamientos, la inestabilidad emocional, las dificultades con las relaciones de apego y la afectación de la confianza, dificultan el establecimiento y mantenimiento de alianzas terapéuticas sólidas. Los problemas contratransferenciales y la tendencia a la escisión de los terapeutas entre la idealización y la devaluación-persecución dificultan también su vinculación a este tipo de psicoterapias. Se estima que entre un 46% a un 67% de los pacientes ambulatorios se desvinculan de esos programas específicos<sup>26</sup>. Los procesos de terminación prematuros también podrían contribuir a esta desconfianza respecto al profesional.

La guía NICE 2009 realizó varias recomendaciones con el objetivo de mejorar el acceso de las personas con TLP al tratamiento. Estas se resumían en que ninguna persona con TLP debiera ser excluida de la asistencia sanitaria o de la atención social por motivo de su diagnóstico o de las conductas autodestructivas; se debían explorar las opciones terapéuticas con esperanza y optimismo confiando en que es posible la recuperación y empleando un uso racional de los psicofármacos y se recomendaba un trabajo de forma multidisciplinaria con otros especialistas o servicios de apoyo al TLP en la comunidad.

Esto plantea la necesidad de ofrecer intervenciones más accesibles, enfocadas a activar y mantener el vínculo, menos intensivas y costosas para una amplia proporción de personas con TLP que no pueden acceder a estos servicios especializados<sup>27</sup>, pero también la necesidad de incorporar otro tipo de intervenciones que proporcionen atención que favorezca el proceso de recuperación ahí donde éstas no llegan, orientadas a prevenir las recaídas y favorecer la adaptación al medio y mejorar la calidad de vida<sup>16</sup>. Podrían beneficiarse de programas enfocados específicamente a actividades de la vida diaria y a las relaciones interpersonales<sup>28</sup>. Una alianza terapéutica estable, la validación emocional y el entrenamiento en mindfulness pueden ayudar en el

tratamiento de estos pacientes que no pueden acceder a las psicoterapias especializadas<sup>29</sup>.

Una potencial alternativa sería la implementación del modelo de tratamiento escalonado (Stepped Care Model), un itinerario de cuidados que ofrece intervenciones de diferente intensidad adaptados a la severidad y necesidades de las personas con TLP<sup>30,31</sup>.

### Estigma

Otro de los posibles motivos que dificultan el acceso al tratamiento podría ser las vivencias negativas relacionadas con el estigma asociado al diagnóstico de TLP<sup>17</sup>. Existe una amplia información sobre las experiencias de discriminación y estigma estructural en las personas con TLP en ámbitos sanitarios<sup>32</sup>. La opinión pública en general y gran parte de los profesionales sanitarios, tienden a percibir al trastorno límite de la personalidad como un trastorno incurable y permanente. La severidad y naturaleza del TLP, particularmente a la hora del manejo de las crisis, puede inducir respuestas contratransferenciales negativas por parte de los profesionales sanitarios que las atienden debido a prejuicios o estigma asociados al TLP (p.e. que la motivación de los síntomas sea conseguir un beneficio secundario como la búsqueda de atención de los otros o beneficios económicos o que los comportamientos impulsivos están bajo su propio control). Este tipo de respuesta condicionada por el estigma asociado al trastorno puede causar yatrogenia en forma de ingresos hospitalarios prolongados o uso innecesario de psicofármacos<sup>33</sup>.

El estigma estructural se produce cuando las políticas de organización sanitaria, las normas culturales y prácticas hacia los pacientes con TLP en los entornos sanitarios asimilan las creencias estigmatizantes persistentes<sup>34</sup> dificultando el acceso a los servicios de salud a esas personas<sup>35</sup>. Este estigma estructural lleva también a mayor desigualdad y peores resultados en esta población<sup>36</sup>.

Existe una creciente investigación cualitativa que explora las vivencias respecto al estigma en pacientes con TLP y en sus familias. Entre sus respuestas más frecuentes destacan las vivencias de no ser creídos, percibir que se desdeña la severidad de los síntomas que presentan, o sentirse frustrados porque sus emociones y conductas de riesgo tienden a ser minimizadas o malinterpretadas<sup>25</sup>.

Las guías clínicas recomiendan a los profesionales que trabajan con pacientes con TLP escuchar sus experiencias personales y tomar en serio sus sentimientos, ser respetuosos y ofrecer un cuidado consistente, compasivo y no prejuicioso, especialmente en situaciones de ingreso y presentación en servicios de urgencias donde los profesionales que los atienden pueden verse sobrepasados por los comportamientos de riesgo y sus complejas formas de apego<sup>37</sup>.

Son escasos los estudios que han valorado la utilidad de medidas educativas frente al estigma y no han demostrado evidencia en cambiar actitudes e intervenciones yatrogénicas en los profesionales sanitarios<sup>38,39</sup>.

Las guías clínicas recomiendan que a las personas con TLP se les debería revelar su diagnóstico en relación a sus propias experiencias e informando de que existen tratamientos efectivos disponibles<sup>40</sup>. El miedo al estigma asociado al diagnóstico o a que la sobreidentificación con éste pueda provocar un estancamiento en su proceso de recuperación, provoca que en muchas ocasiones se retrase o se evite la revelación del diagnóstico a las personas con TLP. Sin embargo, a pesar de la controversia sobre sus potenciales efectos estigmatizantes (Ring & Lawn, 2019; Włodarczyk et al., 2018), sobre todo en los adolescentes; investigaciones recientes han demostrado que la transparencia en la comunicación del diagnóstico ayuda a las personas con TLP a entender sus experiencias y a recibir un tratamiento efectivo<sup>41</sup>. Varios estudios comprobaron que la revelación del diagnóstico acompañada de psicoeducación sobre éste comportaba una menor impulsividad a corto plazo y menor grado de malestar interpersonal en estas personas<sup>31</sup>.

### Falta de consideración de las experiencias subjetivas en el proceso de recuperación

En la evaluación de los procesos de recuperación es imprescindible considerar perspectivas que incluyan las experiencias subjetivas de vida o las diferentes trayectorias seguidas por las personas con TLP<sup>20,42</sup>. Aunque la literatura en torno a este asunto es todavía escasa, algunos estudios cualitativos han explorado el significado que tiene la recuperación para los usuarios de los servicios de salud mental con diagnóstico de TLP<sup>43</sup>. Las experiencias de recuperación en primera persona parecen alejarse de posiciones centradas en la patología, la enfermedad y los síntomas para acercarse a posiciones que ponen el énfasis en capacidades y en horizontes de desarrollo y crecimiento personal (Chovil I et al., 2005). Estas experiencias se apoyan en elementos internos como la esperanza de cambio, la validación de su experiencia personal y la de sus respuestas afectivas, el incremento de la sensación de control de sus propias vidas y el deseo de normalizar su vida plenamente.

A través de una revisión de estudios cualitativos, se han descrito varios dominios personales como áreas de cambio en el TLP<sup>16,17,29,44,45,46,47</sup>:

1. Autoaceptación y autoconfianza
2. Control de emociones y pensamientos difíciles
3. Práctica de nuevas formas de relación con los demás
4. Implementación de cambios prácticos y desarrollo de esperanza

5. Ciertas características del tratamiento como respeto mutuo, igualdad en el trato y creación de una atmósfera de confianza y seguridad.
6. Integración en la comunidad e incorporación al empleo.
7. Desarrollo de objetivos, identidad, un sentido de pertenencia y roles.
8. Disminución tanto las conductas suicidas como las autolesiones.
9. Mejora de los problemas alimentarios y en el uso de sustancias.

### EL PROCESO DE RECUPERACIÓN EN EL TLP

En los últimos años, ha crecido el interés por investigar la recuperación en el TLP. Sin embargo, la mayoría de estudios se han centrado en la remisión sintomática, un objetivo que no se corresponde con el sentido personal de recuperación desde la experiencia subjetiva de las personas con TLP<sup>20,47</sup>.

A diferencia de la recuperación clínica, evaluada a través de la remisión sintomática y/o por el retorno a los niveles previos de funcionamiento<sup>22,20</sup>, la recuperación personal se enfoca hacia la mejora del funcionamiento psicosocial, calidad de vida y potencial humano<sup>48</sup>. Se describe como un proceso único y personal para cambiar actitudes, valores, sentimientos, objetivos, capacidades y/o roles con el objetivo de conseguir una satisfactoria, esperanzadora y productiva forma de vida mientras se integran las limitaciones causadas por el trastorno mental<sup>49</sup>. No se ignora el trastorno, sino que se considera un obstáculo potencial, pero se educa y apoya a las personas para que asuman un papel activo en el manejo de su trastorno. Este concepto de recuperación se ha intentado trasladar recientemente a los servicios que atienden a personas con trastornos de la personalidad.

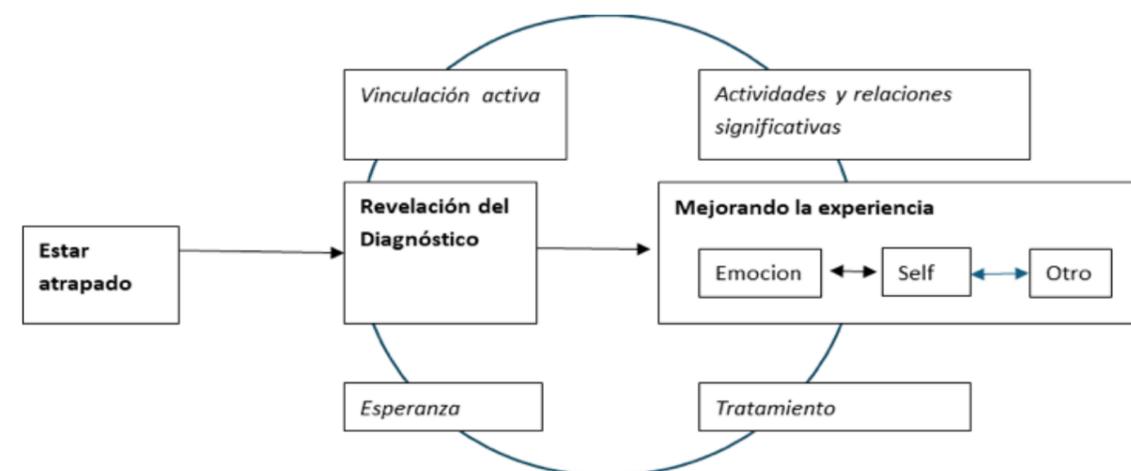
La recuperación en el TLP no es tanto un resultado, sino un proceso continuo que incluye elementos de supervivencia, resiliencia y autogestión. En este proceso, el diagnóstico es un momento crucial que permite conceptualizar sus experiencias subjetivas, otorgando un sentido de validación y alivio si junto a su revelación se acompaña de psicoeducación sobre sus características y opciones terapéuticas. El retraso en su revelación retrasa también el acceso a la vinculación a dispositivos terapéuticos.

La toma de conciencia de las propias emociones y pensamientos, el fortalecimiento del sentido de identidad y la comprensión de la perspectiva de los otros, se han descrito como etapas claves en el proceso de recuperación en el TLP<sup>50</sup>.

A través de la información recibida en las narrativas individuales se han identificado 4 procesos de recuperación en las personas con TLP<sup>50</sup>:

1. Su implicación activa en el tratamiento
2. Una visión esperanzadora de su propio proceso de recuperación
3. El acceso al tratamiento
4. El establecimiento de actividades y relaciones significativas

TABLA 1. Etapas y procesos de cambio en el TLP. De Ng FYY et al., 2019.



Estas narrativas han contribuido a una mayor comprensión de la complejidad del proceso de recuperación en el TLP<sup>17,44</sup>, destacando la necesidad de un foco terapéutico que potencie el sentido de agencia, el funcionamiento vocacional y ocupacional, que mejore de las relaciones y fortalezca el sentido de identidad<sup>50</sup>.

### Prácticas orientadas a la recuperación en el trastorno límite de la personalidad

La práctica orientada a la recuperación es un abordaje de atención a la salud que, a diferencia del modelo clínico centrado en la remisión de síntomas y la restauración del funcionamiento previo<sup>20</sup>, facilita un proceso de cambio a través del cual las personas son apoyadas para construir y conseguir vidas plenas y significativas, con o sin la presencia de problemas de salud mental<sup>51</sup>.

El modelo de recuperación enfatiza la importancia de centrar el tratamiento y el apoyo en las necesidades y deseos del individuo. Esto es especialmente relevante para personas con TLP, quienes pueden tener diferentes experiencias y necesidades en su camino hacia la recuperación que pueden no ser tenidos en cuenta por el sistema sanitario. Desafortunadamente, no se dispone de suficiente evidencia de la eficacia de las intervenciones orientadas a recuperación en el TLP<sup>52</sup>.

Algunas de las prácticas orientadas a la recuperación podrían incidir sobre estas áreas de cambio:

#### 1. Apoyo entre iguales (Peer support)

El apoyo entre iguales es reconocido internacionalmente como parte de los servicios orientados a la recuperación<sup>53</sup>. Puede ser un complemento muy valioso de los servicios tradicionales, ya que promueven la esperanza en la recuperación, incrementan la autoestima y autoeficacia y aumentan la red social de apoyo. Consisten en proporcionar apoyo a personas con experiencia de sufrimiento psíquico por parte de personas que han tenido experiencias similares. Las intervenciones realizadas a través de la ayuda entre iguales serían la creación y moderación de grupos autogestionados, así como la formación e incorporación al sistema sanitario de los agentes de ayuda mutua. Su rol debe ser claro y ceñirse a lo expuesto en las guías disponibles (Reeper J, 2013). Se han demostrado los beneficios de los agentes de ayuda mutua en servicios que atienden a personas con trastornos psicóticos, pero no para personas con TLP. El acceso a grupos entre iguales específicos para personas diagnosticadas de TLP no se ha generalizado<sup>16</sup>.

Los resultados de las escasas experiencias realizadas fueron:

- Un sentimiento de mayor conexión con los otros, esperanza en el futuro, autoconocimiento y apreciaban la facilitación por los iguales<sup>54</sup>.
- Reducción del estigma<sup>55</sup>.
- Destacaban la importancia de la contribución de los facilitadores para su efectividad<sup>56</sup>.

#### 2. Programas de apoyo al empleo

Las personas con diagnóstico de TLP presentan altas tasas de desempleo. El empleo es un factor determinante para mejorar los resultados de salud de las personas siendo un factor predictor de buen funcionamiento psicosocial para las personas con TLP<sup>21</sup>. Se ha asociado a buenos resultados en relación a la salud física, la autoestima y el sentido de propósito vital<sup>57</sup>. Los síntomas relacionados con el TLP como comportamiento autoagresivo y de autosabotaje, la inestabilidad afectiva y los problemas con la identidad, provocan un impacto en la capacidad, participación y mantenimiento ocupacional, suponiendo barreras significativas para conseguir y sostener actividad vocacional<sup>32</sup>. El estigma también afecta el empleo<sup>58</sup>.

Las intervenciones que promueven la inserción laboral pueden resultar de ayuda a la recuperación funcional a largo plazo<sup>2,15</sup>. Sin embargo, no disponemos de evidencia en relación a la manera de potenciar los resultados de empleabilidad en estas personas<sup>58</sup>.

Existe poca evidencia respecto a los programas de apoyo al empleo en TLP. El programa más desarrollado y validado es el IPS (Individual Placement and Support)<sup>59</sup>. Aunque las personas con trastorno mental han encontrado efectivo el programa IPS y disponemos de investigaciones que demuestran la mejora de sus resultados con complementación de otros programas como estrategias cognitivas, la información respecto a su efectividad en personas con TLP es limitada<sup>59</sup>.

La combinación de programas de apoyo o rehabilitación vocacionales con componentes psicoterapéuticos es un elemento clave en los estudios, destacando la importancia de un abordaje combinado. En esta línea se han desarrollado programas como el DBT-ACES (DBT-accepting the challenges of employment and self-sufficiency) que se asoció a aumento de la productividad, empleo y calidad de vida con una disminución de los ingresos psiquiátricos de los participantes<sup>60</sup>.

#### 3. Planificación anticipada de decisiones en salud mental (PAD-SM)

La PAD-SM es una herramienta para proteger los derechos de los usuarios de los servicios de Salud Mental, mejorar la relación clínica y adaptar la asistencia a sus preferencias y necesidades. Su objetivo es facilitar los procesos de toma de decisiones en momentos en los que la persona no se encuentre en disposición de ha-

cerlo y puede constituir una herramienta de autoconocimiento en el proceso de recuperación.

Las personas que padecen un TLP son vulnerables a experimentar crisis emocionales. En estas situaciones, la PAD-SM puede resultar una herramienta terapéutica que permita dar apoyo en estas situaciones a través del establecimiento de un «Plan consensuado de Crisis» desarrollado en colaboración con el equipo terapéutico y el paciente. El objetivo es aumentar el nivel de compromiso del usuario en su propio tratamiento. Respecto al TLP, un ensayo clínico aleatorizado<sup>61,41</sup> no encontró diferencias significativas en la reducción de conductas autolesivas entre los pacientes que habían consensuado planes conjuntos de crisis con respecto al grupo control.

#### 4. Medidas de autogestión de la enfermedad

Las medidas de autogestión son percibidas por los usuarios como más útiles que las intervenciones de los profesionales para conseguir un buen funcionamiento psicosocial. La efectividad de las estrategias de autogestión se basa en la capacidad de reflexionar sobre las propias experiencias y evaluarlas posteriormente. Requieren una fuerte motivación interna y un esfuerzo disciplinado y sostenido para ponerlas en práctica.

El WRAP (Wellness recovery action planning) es la intervención de autogestión de la enfermedad más ampliamente utilizada<sup>62</sup>. Se ofrece en grupos pequeños de 8 a 12 sesiones semanales en las que los participantes desarrollan una serie de planes de acción diseñados para restablecer, mantener y mejorar su bienestar. Los ensayos que valoraron su eficacia para mejorar la recuperación, autoapoyo y esperanza, encontraron una modesta magnitud de la intervención en el cambio y su efecto no se mantuvo a lo largo del tiempo<sup>63</sup>. No se dispone de resultados de este plan en personas con TLP.

El REFOCUS es una intervención manualizada para entrenar en prácticas orientadas en la recuperación en los equipos de salud mental. Comprende el entrenamiento de las habilidades de capacitación para el personal, proyectos de asociación con personas que utilizan el servicio y prácticas de trabajo sobre las preferencias de tratamiento, la evaluación de las fortalezas y el apoyo. Los estudios que evaluaron la intervención sugirieron resultados positivos, aunque la magnitud del efecto fuera pequeña<sup>64</sup>. Tampoco se han encontrado resultados para personas con TLP.

#### DISCUSIÓN

La recuperación personal es un fenómeno complejo que no se puede acabar de entender sin la perspectiva de la experiencia subjetiva de las personas con diagnóstico de TLP. Aunque las psicoterapias específicas han demostrado evidencia de su eficacia respecto a la remisión clínica en estudios prospectivos, el empleo y las relaciones interpersonales significativas, indicadores claves de la recuperación en el TLP, muestran un persistente deterioro.

El estigma de los profesionales sanitarios y de la población general, sobre todo en el contexto de atención a las crisis en los servicios de urgencia, así como la dificultad de acceso a los tratamientos pueden dificultar los procesos de recuperación en estos pacientes. El modelo escalonado de atención podría integrar este tipo de intervenciones y guiar su implementación en servicios de atención.

El diagnóstico juega un papel importante en el proceso de recuperación modificando su trayectoria hacia la búsqueda de tratamiento, reformulando el significado de su experiencia subjetiva y promoviendo esperanza.

Los resultados de estudios cuantitativos no parecen reflejar la perspectiva de las personas diagnosticadas de TLP y los resultados esperados sobre su propio proceso de recuperación<sup>29</sup> por lo que los informes de narrativas de los pacientes podrían resultar relevantes para la práctica clínica. Éstas se alejan de los objetivos planteados en entornos clínicos y se centran en aspectos como el fortalecimiento de su propia identidad e implicación relaciones y actividades significativas.

Las prácticas orientadas a la recuperación podrían favorecer el resultado de este proceso para los usuarios con TLP (NICE, 2009; NHMRC, 2012). Sin embargo, no se dispone de evidencia de intervenciones específicas ni de su eficacia en el TLP. En este contexto, sería importante determinar qué servicios deberían involucrarse en este proceso y qué tipo de intervenciones serían las más adecuadas en cada uno de estos.

No disponemos de estudios específicos que exploren los modelos de atención del apoyo entre iguales para las personas con TLP y sus familiares. Aunque, debido al estigma asociado y las vivencias subjetivas de rechazo y minusvaloración, el apoyo mutuo podría ayudar a los usuarios a sentirse entendidos y validados.

No se dispone de evidencias que confirmen la efectividad de los planes consensuados de crisis para los TLP, aunque este tipo de intervención podría ayudar a potenciar el sentido de agencia e incluir la perspectiva del usuario en las decisiones respecto su proceso de recuperación. por lo sería necesario desarrollarlas y evaluar su eficacia.

Los módulos de tratamiento dirigidos al funcionamiento vocacional necesitan ser desarrollados e investigados para demostrar su eficacia. Las escasas intervenciones evaluadas sugieren que la combinación de estas prácticas con tratamientos psicoterapéuticos (no necesariamente psicoterapias basadas en la evidencia para TLP) podría resultar útil en el proceso de recuperación.

Las prácticas orientadas a la recuperación en salud mental incorporan la participación activa del usuario en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, promueven el acceso a redes de cuidado comunitarios e infunden esperanza en su proceso de recuperación, aspectos que no parecen estar cubiertos por los tratamientos especializados. Se necesitan por lo tanto más estudios que valoren su eficacia en este tipo de pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol.* 2018 Jun;21:127-131. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.12.006. Epub 2018 Jan 5. PMID: 29547739.
- Winsper C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Curr Opin Psychol.* 2021 Feb;37:94-97. doi: 10.1016/j.copsyc.2020.09.010. Epub 2020 Sep 22. PMID: 33091693.
- Comtois KA, Carmel A. Borderline Personality Disorder and High Utilization of Inpatient Psychiatric Hospitalization: Concordance Between Research and Clinical Diagnosis. *J Behav Health Serv Res.* 2016 Apr;43(2):272-80. doi: 10.1007/s11414-014-9416-9. PMID: 24875431.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Mar;117(3):177-84. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01155.x. Epub 2008 Feb 1. PMID: 18241308; PMCID: PMC3884820.
- Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry.* 2017 Jun 15;17(1):221. doi: 10.1186/s12888-017-1383-2. PMID: 28619017; PMCID: PMC5472954.
- Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol.* 2018 Jun;21:127-131. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.12.006. Epub 2018 Jan 5. PMID: 29547739.
- Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2021 Oct 23;398(10310):1528-1540. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00476-1. PMID: 34688371.
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E, Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K, Simonsen E. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 4;5(5):CD012955. doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2. PMID: 32368793; PMCID: PMC7199382.
- Setkowski K, Palantza C, van Ballegooijen W, Gilissen R, Oud M, Cristea IA, Noma H, Furukawa TA, Arntz A, van Balkom AJLM, Cuijpers P. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med.* 2023 Jun;53(8):3261-3280. doi: 10.1017/S0033291723000685. Epub 2023 May 19. PMID: 37203447; PMCID: PMC10277776.
- Paris J, Chenard-Poirier MP, Biskin R. Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Compr Psychiatry.* 2013 May;54(4):321-5. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.10.006. Epub 2012 Nov 28. PMID: 23200574.
- Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg O, F., Leweke F., Luyten P., Salzer S., Spitzer C., & Steinert C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. In *World Psychiatry* (Vol. 23).
- Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry.* 2008 May;165(5):631-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636. Epub 2008 Mar 17. PMID: 18347003.
- Bales DL, Verheul R, Hutsebaut J. Barriers and facilitators to the implementation of mentalization-based treatment (MBT) for borderline personality disorder. *Personal Ment Health.* 2017 May;11(2):118-131. doi: 10.1002/pmh.1368. PMID: 28488379.
- Meuldijk D, McCarthy A, Bourke ME, Grenyer BF. The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS One.* 2017 Mar 1;12(3):e0171592. doi: 10.1371/journal.pone.0171592. PMID: 28249032; PMCID: PMC5332029.
- Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, Stout RL, Morey LC, Sanislow CA, Grilo CM, Zanarini MC, McGlashan TH. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med.* 2005 Mar;35(3):443-51. doi: 10.1017/s003329170400354x. PMID: 15841879; PMCID: PMC3272760.
- Katsakou C, Marougka S, Barnicot K, Savill M, White H, Lockwood K, Priebe S. Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One.* 2012;7(5):e36517. doi: 10.1371/journal.pone.0036517. Epub 2012 May 17. PMID: 22615776; PMCID: PMC3355153.
- Gillard S, Turner K, Neffgen M. Understanding recovery in the context of lived experience of personality disorders: a collaborative, qualitative research study. *BMC Psychiatry.* 2015;15(183):1-13. doi: 10.1186/s12888-015-0572-0.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, . . . Skodol AE. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry, 68(8), 827-837.* doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37.
- Choi-Kain LW, Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Reich DB. A longitudinal study of the 10-year course of interpersonal features in borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2010 Jun;24(3):365-76. doi: 10.1521/pe.2010.24.3.365. PMID: 20545500; PMCID: PMC3222950.
- Ng FYY, Bourke ME, Grenyer BFS. Recovery from borderline personality disorder: a systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and Carers. *PLoS One.* 2016;11(8):e0160515. doi: 10.1371/journal.pone.0160515.
- Soloff PH, Chiappetta L. 10-Year Outcome of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2019 Feb;33(1):82-100. doi: 10.1521/pe.2018.32.332. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29469667; PMCID: PMC9237746.
- Choi-Kain L. W., & Unruh, B. T. (2016). Mentalization-Based Treatment: A Common-Sense App Published on Psychiatric Times Mentalization-Based Treatment: A Common-Sense Approach to Borderline Personality Disorder. <http://www.psychiatrictimes.com>.
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2017 Apr 1;74(4):319-328. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287. PMID: 28249086.
- Wall K, Kerr S, Sharp C. Barriers to care for adolescents with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol.* 2021 Feb;37:54-60. doi: 10.1016/j.copsyc.2020.07.028. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32853877.
- Lawn S, McMahon J. Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(7):510-521. doi: 10.1111/jpm.12226.
- Martino F, Menchetti M, Pozzi E, Berardi D. Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012 Apr;66(3):180-6. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02329.x. PMID: 22443241.
- McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2012 Jun;169(6):650-61. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11091416. PMID: 22581157.
- Hashworth T, Reis S, Townsend M, O'Garr J, Grenyer BFS. Personal agency and borderline personality disorder: a longitudinal study of outcomes. *BMC Psychiatry.* 2022 Aug 22;22(1):566. doi: 10.1186/s12888-022-04214-5. PMID: 35996102; PMCID: PMC9396765.
- Balaratnasingam S, Janca A. Recovery in borderline personality disorder: time for optimism and focussed treatment strategies. *Curr*

- Opin Psychiatry. 2020 Jan;33(1):57-61. doi: 10.1097/YCO.0000000000000564. PMID: 31652136.
30. Paris J. Stepped care: an alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*. 2013 Oct;64(10):1035-7. doi: 10.1176/appi.ps.201200451. PMID: 23945913.
  31. Grenyer BFS, Bailey RC, Lewis KL, Matthias M, Garretty T, Bickerton A. A Randomized Controlled Trial of Group Psychoeducation for Carers of Persons With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2019 Apr;33(2):214-228. doi: 10.1521/pedi.2018.32.340. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29505385
  32. Juurlink TT, Vukadin M, Stringer B, Westerman MJ, Lamers F, Anema JR, Beekman ATF, van Marle HJF. Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS One*. 2019 Jul 23;14(7):e0220233. doi: 10.1371/journal.pone.0220233. PMID: 31335909; PMCID: PMC6650068.
  33. Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R, Guelfi JD, Perez-Diaz F, Pham-Scottet A, Corcos M, Speranza M. Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *J Pers Disord*. 2013 Apr;27(2):252-9. doi: 10.1521/pedi.2013.27.2.252. PMID: 23514188.
  34. Zimmerman M. Borderline personality disorder: a disorder in search of advocacy. *J Nerv Ment Dis*. 2015 Jan;203(1):8-12. doi: 10.1097/NMD.0000000000000226. PMID: 25536098.
  35. Scior K, Rüsck N, White C, Corrigan PW. Supporting mental health disclosure decisions: the Honest, Open, Proud programme. *Br J Psychiatry*. 2020 May;216(5):243-245. doi: 10.1192/bjp.2019.256. PMID: 31787128.
  36. Hatzenbuehler ML. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *Am Psychol*. 2016 Nov;71(8):742-751. doi: 10.1037/amp0000068. PMID: 27977256; PMCID: PMC5172391.
  37. Hong V. Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Harv Rev Psychiatry*. 2016 Sep-Oct;24(5):357-66. doi: 10.1097/HRP.0000000000000112. PMID: 27603743.
  38. Dickens GL, Hallett N, Lamont E. Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016;56:114-127. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019.
  39. Pigot M, Miller CE, Brockman R, Grenyer BFS. Barriers and facilitators to the implementation of a stepped care intervention for personality disorder in mental health services. *Pers Ment Health*. 2019;13(4):230-238. doi: 10.1002/pmh.1467.
  40. Proctor JM, Lawn S, McMahon J. Consumer perspective from people with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) on BPD management-How are the Australian NHMRC BPD guidelines faring in practice? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021 Aug;28(4):670-681. doi: 10.1111/jpm.12714. Epub 2020 Nov 30. PMID: 33202081; PMCID: PMC8359473.
  41. Courtney DB, Makinen J. Impact of Diagnosis Disclosure on Adolescents with Borderline Personality Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Fall;25(3):177-184. Epub 2016 Nov 1. PMID: 27924148; PMCID: PMC5130091.
  42. Turton P, Demetriou A, Boland W, Gillard S, Kavuma M, et al. One size fits all: or horses for course? Recovery-based care in specialist mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:127-136. doi: 10.1007/s00127-009-0174-6
  43. Slade M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:81-83. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01047.
  44. Larivière N, Couture É, Blackburn C, Carboneau M, Lacombe C, Schinck SA, David P, St-Cyr-Tribble D. Recovery, as Experienced by Women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Q*. 2015 Dec;86(4):555-68. doi: 10.1007/s11126-015-9350-x. PMID: 25736797
  45. Castillo H, Ramon S, Morant N. A recovery journey for people with personality disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(3):264-273. doi: 10.1177/0020764013481891.
  46. Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F, Crawford P, Farkas M, Hui A, Manley D, McGranahan R, Pollock K, Ramsay A, Sælør KT, Wright N, Slade M. Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLoS One*. 2019 Mar
  47. Katsakou C, Pistrang N, Barnicot K, White H, Priebe S. Processes of recovery through routine or specialist treatment for borderline personality disorder (BPD): a qualitative study. *J Ment Health*. 2019 Dec;28(6):604-612. doi: 10.1080/09638237.2017.1340631. Epub 2017 Jul 4. PMID: 28675714.
  48. Bejerholm U, Roe D. Personal recovery within positive psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2018 Aug;72(6):420-430. doi: 10.1080/08039488.2018.1492015. Epub 2018 Nov 1. PMID: 30383472.
  49. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6):445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733. PMID: 22130746.
  50. Ng FYY, Townsend ML, Miller CE, Jewell M, Grenyer BFS. The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2019 May 22;6:10. doi: 10.1186/s40479-019-0107-2. PMID: 31143449; PMCID: PMC6532193.
  51. Shepherd A, Sanders C, Shaw J. Seeking to understand lived experiences of personal recovery in personality disorder in community and forensic settings - a qualitative methods investigation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(282):1-10. doi: 10.1186/s12888-017-1442-8.
  52. Newton-Howes G, Gordon S. The recovery paradigm and distress conceptualized as personality disorder: lack of evidence does not equate to a lack of importance. *Personal Ment Health*. 2016;11(1):33-6. doi: 10.1002/pmh.1364.
  53. Strand M, Gammon D, Ruland CM. Transitions from biomedical to recovery-oriented practices in mental health: a scoping review to explore the role of Internet-based interventions. *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 7;17(1):257. doi: 10.1186/s12913-017-2176-5. PMID: 28388907; PMCID: PMC5385090.
  54. Jewell M, Bailey RC, Curran RL, Grenyer BFS. Evaluation of a skills-based peer-led art therapy online-group for people with emotion dysregulation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2022 Nov 30;9(1):33. doi: 10.1186/s40479-022-00203-y. PMID: 36447216; PMCID: PMC9708140.
  55. Barr KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Using peer workers with lived experience to support the treatment of borderline personality disorder: a qualitative study of consumer, carer and clinician perspectives. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2020 Sep 2;7:20. doi: 10.1186/s40479-020-00135-5. PMID: 32884819; PMCID: PMC7465429.
  56. Bond B, Wright J, Bacon A. What helps in self-help? A qualitative exploration of interactions within a borderline personality disorder self-help group. *J Ment Health*. 2019 Dec;28(6):640-646. doi: 10.1080/09638237.2017.1370634. Epub 2017 Aug 31. PMID: 28857639.
  57. Grenyer BFS, Townsend ML, Lewis K, Day N. To love and work: A longitudinal study of everyday life factors in recovery from borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2022 May;16(2):138-154. doi: 10.1002/pmh.1547. Epub 2022 May 10. PMID: 35538561; PMCID: PMC9287094.
  58. Kernot J, Baker A, Oster C, Petrakis M, Dawson S. Employment interventions to assist people who experience borderline personality disorder: A scoping review. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 Dec;69(8):1845-1855. doi: 10.1177/00207640231189424. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37497932; PMCID: PMC10685697.
  59. Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Bond GR, Mihalopoulos C, Jackson HJ, Thompson KN, Jovev M, Yuen HP, Chinnery G, Ring J, Allott K, McCutcheon L, Salmon AP, Killackey E. Individual Vocational and Educational Support Trial (INVEST) for young people with borderline personality disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020 Jun 26;21(1):583. doi: 10.1186/s13063-020-04471-3. PMID: 32591007; PMCID: PMC7320570.
  60. Comtois KA, Kerbrat AH, Atkins DC, Harned MS, Elwood L. Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. *Psychiatr Serv*. 2010 Nov;61(11):1106-11. doi: 10.1176/ps.2010.61.11.1106. PMID: 21041349.
  61. Borschmann, R., Barrett, B., HELLIER, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., ... Moran, P. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 202(5), 357-364. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.117762>
  62. Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, Carter TM, Hudson WB, Grey DD, Boyd S. A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatr Serv*. 2012 Jun;63(6):541-7. doi: 10.1176/appi.ps.201100125. PMID: 22508435.
  63. Canacott L, Moghaddam N, Tickle A. Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Rehabil J*. 2019 Dec;42(4):372-381. doi: 10.1037/prj0000368. Epub 2019 May 27. PMID: 31135173.
  64. Enticott JC, Shawyer F, Brophy LM, Russell G, Mazza D, Wilson-Evered E, Weller PJ, Slade M, Edan V, Meadows GN. REFOCUS-PULSAR Recovery-Oriented Practice Training in Adult Primary Mental Health Care: Exploratory Findings Including From a Pretest-Posttest Evaluation. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 11;12:625408. doi: 10.3389/fpsy.2021.625408. PMID: 33790816; PMCID: PMC8006334.