

Estrategias para el abordaje del paciente con trastorno límite de la personalidad en cuidados paliativos

Strategies for managing patients with borderline personality disorder in palliative care

Mercedes Cerra¹

RESUMEN

El acompañamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) en el ámbito de cuidados paliativos representa desafíos específicos para el equipo de salud. Estos se asocian a que se trata de pacientes que manifiestan desregulación afectiva, inestabilidad emocional y modalidades de afrontamiento rígidas que, en contexto de sufrimiento vinculado a una enfermedad amenazante para la vida, pueden dificultar el vínculo terapéutico, el alivio sintomático, la comunicación y la toma de decisiones compartidas. Dado que el alivio del sufrimiento y la adherencia al tratamiento dependen del vínculo de confianza entre paciente y equipo, resulta fundamental disponer de estrategias para sostener el acompañamiento. Además, se reconoce que estos pacientes pueden producir malestar en los profesionales tratantes, lo que vuelve imprescindible ofrecer recursos que favorezcan también el cuidado del equipo. El presente escrito tiene por objetivo, a partir de una revisión narrativa de la literatura y experiencias en equipos interdisciplinarios, identificar herramientas conceptuales y prácticas que contribuyan a la atención integral de pacientes con TLP en el ámbito de los cuidados paliativos. Se analizarán estrategias que contemplen tanto las necesidades del paciente y su familia como el bienestar del equipo, promoviendo intervenciones que favorezcan la relación terapéutica y prevengan el agotamiento profesional.

Palabras clave: cuidados paliativos, trastorno límite de personalidad, atención integral de salud, relación terapéutica.

ABSTRACT

The care of patients with Borderline Personality Disorder (BPD) in palliative care settings presents specific challenges for healthcare teams. These difficulties are associated with affective dysregulation, emotional instability, and rigid coping styles which, in the context of suffering related to a life-threatening illness, may hinder the therapeutic relationship, symptom management, communication, and shared decision-making. Since relief of suffering and treatment adherence largely depend on the establishment of a trusting relationship between the patient and the healthcare team, it is essential to develop strategies that support the continuity of care. Additionally, it is recognized that these cases can generate distress and emotional exhaustion among professionals,

¹ Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú <https://ror.org/047rk3g12>, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Licenciada en Psicología. Ex residente de Cuidados Paliativos Interdisciplinarios, Correo electrónico: mechicerra@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0703-0200>
DOI: <https://doi.org/10.15517/m85hh711>
Recepción: 21/10/2025 Aceptación: 4/05/2026

making it crucial to provide resources that also support the well-being of the team. This article aims to identify conceptual and practical tools that contribute to the comprehensive care of patients with BPD in palliative care settings, based on a narrative review of the literature and experience within interdisciplinary teams. Strategies addressing the needs of both patients and their families, as well as those promoting healthcare team well-being, will be analyzed, with the purpose of strengthening the therapeutic relationship and preventing professional burnout.

Keywords: palliative care, borderline personality disorder, comprehensive healthcare, therapeutic relationship.

Introducción

Los cuidados paliativos constituyen una modalidad de asistencia activa, integral y holística dirigida a personas con sufrimiento severo relacionado con enfermedades amenazantes para la vida. Su objetivo es propiciar la mejor calidad de vida posible a través del tratamiento, prevención y alivio del sufrimiento, abordando las dimensiones físicas, sociales, emocionales y espirituales (Radbruch et al. [2020](#)). Esta modalidad de asistencia integral se enfoca en la unidad de tratamiento, concibiendo a ésta como el paciente y su familia, entendiendo que cuando una persona se enferma esto no solo afecta al individuo, sino que modifica todo el sistema familiar. La dinámica y la estructura familiar se transforman, generando nuevas necesidades y requiriendo estrategias para responder a las mismas. La familia se convierte en la primera línea de contención asumiendo roles que, en muchos casos, son desconocidos, y requiriendo apoyo del equipo de cuidados paliativos para poder brindar un acompañamiento adecuado a su ser querido.

Transitar una enfermedad amenazante implica, para la mayoría de los pacientes, una ruptura con la cotidianeidad que se tenía hasta entonces. De esta forma, las personas se enfrentan a múltiples desafíos, entre los que puede situarse la interrupción del proyecto de vida, afectaciones en la funcionalidad e independencia y cambios en la imagen corporal, lo que muchas veces produce incertidumbre, angustia, temor y frustración. El paciente se encuentra entonces en un proceso psicológico que demanda el uso de recursos de afrontamiento a fin de reducir el impacto emocional y lograr alivio del sufrimiento.

Bajo estas coordenadas, en el caso de personas con trastorno límite de personalidad (TLP) preexistente, el impacto anímico puede intensificar la desregulación emocional y ocasionar que el proceso psicológico resulte más complejo y angustiante para el paciente. Estas características pueden llevar a que la asistencia presente desafíos específicos que los equipos

de cuidados paliativos deben reconocer y abordar. Por este motivo, resulta necesario contar con intervenciones orientadas a favorecer un buen vínculo terapéutico que facilite la atención de personas con TLP en el ámbito de los cuidados paliativos.

Por último, es preciso señalar que aquellas personas con TLP que han podido transitar un espacio psicoterapéutico es más probable que cuenten con herramientas efectivas para la regulación emocional. Sin embargo, en el ámbito de los cuidados paliativos frecuentemente se asiste a pacientes que no han accedido a la atención necesaria para lograr una estabilización del cuadro. El presente escrito se centrará especialmente en estas situaciones, donde el desafío clínico es mayor para el equipo de salud.

Metodología

Para el desarrollo del siguiente escrito se consultaron las bases de Google Scholar, SciELO y PubMed. Dichas bases fueron seleccionadas por su amplia utilización dentro del ámbito de las Ciencias de la salud y la Psicología, así como por su accesibilidad para la búsqueda de literatura relevante. Los descriptores utilizados fueron: “cuidados paliativos y trastorno límite”, “trastorno límite y cáncer”, “cuidados paliativos y patología mental”, “intervenciones familiares en trastorno límite” y “trastorno límite y burnout”. Además, se realizaron búsquedas en idioma inglés utilizando los términos: “borderline personality disorder and palliative care” y “palliative care and mental disorders”.

Si bien a través de Google Scholar se identificaron trabajos vinculados con la temática, las búsquedas en SciELO y PubMed no arrojaron resultados específicos que incluyeron simultáneamente los constructos de “trastorno límite y cuidados paliativos”. Si bien se encontraron algunos antecedentes en idioma inglés, la bibliografía disponible en español sobre esta temática continúa siendo limitada, especialmente en relación con estrategias de intervención en cuidados paliativos. Esto da cuenta de la escasa literatura científica disponible en la actualidad sobre este entrecruce clínico.

Adicionalmente, se incluyeron fuentes bibliográficas de referencia reconocidas como las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar (OMS [2022](#)). Finalmente, el desarrollo del artículo incluye también la experiencia clínica en equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, lo que permitió articular los aportes teóricos con situaciones frecuentemente observadas en la práctica asistencial.

Algunas consideraciones acerca del Trastorno Límite de Personalidad

El TLP constituye un desorden generalizado de la regulación emocional, a partir de un patrón persistente de experiencia interna o conductual rígido que produce un malestar significativo tanto para el paciente como para su entorno afectivo. Según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), se caracteriza por la inestabilidad en la imagen de sí mismo, las metas personales, las relaciones interpersonales y los afectos. Esto se acompaña de una tendencia a la impulsividad, al comportamiento de riesgo y/o manifestaciones hostiles (American Psychiatric Association [2013](#), 766).

El TLP se expresa principalmente en las áreas: cognitiva –vinculada a la manera en la que la persona se interpreta sí mismo, a los demás, y a los eventos de la realidad– afectiva– caracterizada por la intensidad y labilidad de la respuesta emocional– conductual –asociada a la dificultad en la regulación de las acciones– y en el funcionamiento interpersonal, dado que las relaciones tienden a ser conflictivas.

Una de las manifestaciones clínicas principales es la desregulación afectiva, que combina una elevada vulnerabilidad emocional y dificultad para regular las emociones. La vulnerabilidad emocional se vincula a una sensibilidad alta a estímulos tanto internos (por ejemplo, pensamientos) como externos (eventos de la realidad), esto se acompaña de reacciones impulsivas y un regreso tardío a un estado de calma. Por otro lado, la dificultad para regular las emociones se asocia con inhabilidad para identificar la emoción que se experimenta e incapacidad para reducir el estímulo que la genera (Gagliesi et al. [2015](#), 8). Este es el mecanismo que produce la desregulación emocional, que constituye una de las manifestaciones del TLP que más interfiere en los vínculos interpersonales y en el bienestar psíquico de la persona.

Es preciso tener en cuenta que los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida atraviesan continuamente estímulos altamente estresantes que implican cambios dinámicos. Para atravesar estas situaciones, las personas ponen en marcha los mecanismos de afrontamiento que han construido a lo largo de su vida. En este contexto, los pacientes con TLP que cursan enfermedades amenazantes, pueden manifestar mayores dificultades para encontrar estrategias de afrontamiento que sean eficaces en la reducción del sufrimiento.

Ramón Bayés, retomando los aportes de Chapman y Gravin, refiere que la experiencia del sufrimiento está configurada por la valoración de un síntoma como amenazante para la integridad, junto con la percepción de no disponer de los recursos necesarios para hacerle frente, lo que produce sensaciones de impotencia. Asimismo, Bayés sostiene que el sufrimiento

está también condicionado por el estado anímico del paciente, de modo que si este es depresivo, hostil o ansioso, lo potenciará (Bayés [1998](#),11). Según el autor, para lograr un adecuado alivio del sufrimiento es preciso identificar aquellos síntomas que son significados por el paciente como amenazantes y, posteriormente, trabajar para atenuarlos, potenciando también los recursos del paciente con el objetivo de disminuir la sensación de impotencia. Además, menciona la necesidad de tratamiento psicológico y farmacológico en caso de que su estado anímico lo requiera, así como promover estímulos satisfactorios que favorezcan el bienestar.

Entonces, en el caso de personas con TLP, el sufrimiento puede ser exacerbado por el cuadro de base y por percibirse a sí mismos como faltos de herramientas para hacer frente a las situaciones adversas a las que se confrontan en el transcurso de la enfermedad. La información sobre los mecanismos que conforman el TLP resulta fundamental para los equipos de cuidados paliativos, dado que permite comprender el sufrimiento del paciente, su expresión emocional y conductual, así como anticipar dificultades que podrían surgir en el vínculo terapéutico y, en función de ello, adaptar las intervenciones necesarias.

A continuación, se abordarán las implicancias del TLP en la dinámica familiar dentro del contexto de cuidados paliativos, para poder orientar las estrategias de intervención del equipo.

Cuidado del cuidador: acompañamiento familiar

La red afectiva de una persona que atraviesa una enfermedad grave frecuentemente asume tareas de cuidado que pueden ir desde la administración de medicación y la asistencia en la higiene, hasta el manejo de la alimentación, los traslados y el acompañamiento a turnos médicos. A menudo estas tareas requieren una dedicación casi exclusiva, lo cual suele interferir en el proyecto de vida del cuidador, en su rutina, su trabajo y su autocuidado. Todas estas dimensiones -el desgaste emocional, las exigencias físicas, las demandas de cuidado, las presiones económicas- pueden llevar a las familias, y particularmente al cuidador principal, a un estado de sobrecarga entendido como claudicación familiar. Esta última se describe como un agotamiento severo que imposibilita que el cuidador pueda continuar ofreciendo cuidados a la persona enferma (Barbero Gutiérrez et al. [2016](#), 331-332). Bailey y Grenyer ([2015](#)) plantean que el nivel de sobrecarga de familiares cuidadores de personas con TLP es mayor al experimentado por cuidadores de personas con otras patologías mentales. Si además se tiene en cuenta que una de las manifestaciones clínicas de esta condición es que las relaciones interpersonales están marcadas por los conflictos, se observa que en muchos casos la red de

cuidados del paciente es pequeña. En un contexto de enfermedad amenazante para la vida, en donde la necesidad de cuidados es alta, esto dificulta la posibilidad de distribuir las tareas de cuidado, aumentando así el riesgo de sobrecarga del cuidador.

Los patrones conductuales de personas con TLP -como alta demanda- muchas veces se vinculan a que los familiares sientan que los cuidados brindados no son suficientes, lo que puede llevar a sensaciones de frustración, insuficiencia y enojo. En este contexto, es preciso que los equipos de cuidados paliativos implementen estrategias de intervención para dar lugar a las necesidades tanto del paciente como del cuidador. Aunque se conocen diferentes intervenciones que han demostrado ser efectivas en la disminución del malestar de la familia², algunas de ellas deben ser llevadas a cabo por profesionales adecuadamente capacitados en la temática. Si bien es preciso remarcar que dicho acompañamiento especializado excede al rol de los psicólogos de equipos de cuidados paliativos- ya que intervenciones como la terapia dialéctico-conductual (DBT, por sus siglas en inglés³) requieren formación específica y un encuadre psicoterapéutico determinado- sí es posible implementar estrategias que adapten el acompañamiento a las necesidades específicas de la unidad de tratamiento, optimizando el soporte brindado sin exceder el ámbito de actuación del equipo. Una de las intervenciones que se describe como eficaz en la disminución de la sobrecarga familiar es la psicoeducación, entendida como una aproximación terapéutica en la cual se brinda al paciente y sus familiares información sobre la enfermedad mental, el tratamiento y pronóstico (Godoya et al. [2020](#), 170). La misma permite proporcionar información sobre las manifestaciones del TLP, de modo que la familia comprenda lo que le ocurre a su ser querido, lo que mejora el vínculo, posibilita establecer límites necesarios, permite optimizar la comunicación y evitar el aislamiento familiar al fortalecer la red de apoyo (Rodríguez y Peláez [2013](#), 75). Mediante esta estrategia se posibilita que la familia pueda desarrollar respuestas más adaptativas ante situaciones de desregulación del TLP. De esta manera, la psicoeducación se constituye en una herramienta valiosa a implementar para los equipos de cuidados paliativos, en tanto la misma posibilita una mejor calidad de vida para el paciente así como para su entorno.

Es preciso tener en cuenta que la familia de un paciente con enfermedad amenazante para la vida frecuentemente se encuentra con altos niveles de estrés que se vinculan no sólo a la demanda de las tareas de cuidado, sino que se asocian a la angustia e incertidumbre sobre la

² Alan E. Fruzzetti y Perry D. Hoffman, *Family Connections: A Program for Relatives of Persons with Borderline Personality Disorder* (National Education Alliance for Borderline Personality Disorder, 2007).

³ Marsha M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (New York: Guilford Press, 1993).

evolución de la enfermedad de su ser querido. De acuerdo con la Guía de recursos para el cuidador desarrollada por American Cancer Society (2023), frecuentemente los cuidadores dejan de lado su propia salud, por lo que se recomienda reforzar la importancia de la alimentación saludable, el ejercicio, el descanso y momentos de esparcimiento. Por otra parte, es recomendable ofrecer espacios de encuentro en los que se explore el estado anímico del cuidador, se favorezca la expresión emocional, se indaguen cuáles son sus inquietudes y a partir de ello, se diseñen conjuntamente estrategias para favorecer su bienestar. En este sentido, la atención del equipo a las necesidades singulares de los cuidadores puede tener efectos en el alivio de la ansiedad, reducir el aislamiento y permitir el armado de estrategias que propicien también el cuidado del cuidador.

Desafíos y recursos para acompañamiento de pacientes con TLP en los equipos de cuidados paliativos

Desafíos en la atención

Los equipos de cuidados paliativos brindan una asistencia holística e integral, teniendo en cuenta tanto al paciente como a su familia. Por este motivo incluyen en el abordaje las creencias, valores, preocupaciones y preferencias de la unidad de tratamiento, con el objetivo de promover la mejor calidad de vida posible y el alivio sintomático. En este sentido, es preciso que los equipos cuenten con herramientas que les permitan comprender la vivencia y expresiones del paciente con TLP para pensar estrategias que incluyan el abordaje del padecimiento psíquico.

En la práctica clínica, las manifestaciones propias del TLP pueden dificultar el proceso de comunicación, ya que los pacientes manifiestan un estilo comunicativo desafiante y dramático. Esto representa una complejidad en general para los equipos de salud, pero en el ámbito de los cuidados paliativos este puede tornarse un desafío aún mayor dado que la comunicación constituye un pilar esencial de la asistencia. Por otra parte, los desencuentros en el proceso de comunicación pueden redundar en una complejización del proceso de toma de decisiones compartidas.

Otro aspecto a tener en cuenta en la atención de pacientes con TLP en el ámbito de los cuidados paliativos, es que los pacientes pueden manifestar baja percepción de alivio sintomático en las diferentes dimensiones (física, emocional, social y espiritual), acompañada de una alta demanda hacia los profesionales. Dichas manifestaciones pueden producir en el

equipo sensaciones de impotencia al sentir que sus intervenciones no son eficaces. El hecho de que los equipos no dispongan de estrategias adecuadas para el acompañamiento de estos pacientes puede incrementar el riesgo de burnout. El burnout es entendido como el agotamiento emocional, la despersonalización, sentimientos de ineficacia y baja realización en respuesta a estresores laborales prolongados (Maslach, cit. en Fidalgo [2003](#), 2). Además, diversos autores describen que la atención en cuidados paliativos puede implicar un alto impacto emocional en el equipo de salud debido a la exposición al sufrimiento y muerte de personas con enfermedades avanzadas.

Antes de desarrollar las estrategias que pueden ser de utilidad para los equipos de cuidados paliativos en la atención de pacientes con TLP, resulta pertinente señalar que algunos estudios -como el realizado por Markham y Trower ([2003](#))- demuestran que el personal sanitario expresa mayor rechazo a pacientes que tienen este cuadro que frente a pacientes con otras patologías mentales. Esto podría vincularse a que, si bien los pacientes con TLP manifiestan dificultades en la adaptación y regulación emocional, generalmente sostienen aceptables niveles de funcionamiento psicosocial, por lo que sus dificultades pueden ser menos visibles y difíciles de comprender en términos de patología mental para personal no especializado.

Por lo tanto, la combinación de la alta demanda del paciente acompañada por la baja percepción de alivio sintomático, puede impactar negativamente en el equipo, incrementando el riesgo de burnout. Se vuelve entonces necesario implementar intervenciones que no sólo aborden adecuadamente las necesidades de la unidad de tratamiento, sino que también contemplen el cuidado de los profesionales del equipo.

Recursos del equipo de cuidados paliativos en la atención de pacientes con TLP

Como se mencionó con anterioridad, los equipos frecuentemente trabajan con pacientes que nunca han accedido un espacio de psicoterapia que les permitiera desarrollar herramientas para la regulación emocional. A ello se suma que los pacientes que se atienden en cuidados paliativos no acuden allí con el objetivo de tratar su cuadro de salud mental. En este sentido es válido resaltar que, si bien el paciente no acude al equipo con la expectativa de tratar el TLP, para favorecer una mejor calidad de vida se vuelve necesario promover la estabilización del cuadro de base, lo que en muchos casos requiere la derivación y articulación con profesionales especialistas en salud mental. Esta intervención permite la evaluación de necesidad de

tratamiento farmacológico sintomático, como por ejemplo estabilizadores del ánimo, antipsicóticos, antidepresivos, y benzodiacepinas. Por otra parte, la psicoterapia basada en DBT favorece que el paciente desarrolle estrategias de regulación emocional, habilidades interpersonales, tolerancia al malestar y mindfulness. Asimismo, se recomienda el uso de algunas técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva, dado que las mismas son de ayuda para disminuir la ansiedad y la impulsividad (Albarrán et al. [2021](#), 7-8). Estas herramientas no sólo posibilitan la estabilización del TLP, sino que además representan habilidades que favorecen un afrontamiento más adaptativo en el proceso de enfermedad.

Así como el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico es necesario para favorecer la estabilización del cuadro, es importante que la familia del paciente y su equipo dispongan de información sobre el TLP. Por ello, los equipos de cuidados paliativos pueden servirse de la psicoeducación como herramienta fundamental tanto a implementar con el paciente y su familia, como al interior del equipo. Contar con información sobre las manifestaciones clínicas del TLP ayuda a profesionales no pertenecientes al campo de la salud mental a acercarse a la vivencia subjetiva del paciente para comprender la lógica relacional y emocional que subyace a sus expresiones. De esta manera, contar con un marco conceptual compartido entre miembros del equipo de cuidados paliativos posibilita que los profesionales tengan entendimiento sobre el TLP, lo que es imprescindible al momento de pensar las necesidades del paciente y de desarrollar estrategias de intervención integrales y empáticas. Esto posibilita que los profesionales anticipen dificultades que puedan manifestarse en el acompañamiento y, en este contexto, delimitar de forma clara el encuadre de intervención y los alcances en la asistencia. Bajo estas coordenadas, la escucha empática constituye una herramienta central. Algunos autores destacan que la misma se basa en un proceso de comunicación efectivo que incluye la validación emocional del paciente y permite explorar sus miedos, preocupaciones, deseos y voluntades, lo que facilita la construcción de un vínculo de confianza (Miovic y Block [2007](#)).

A su vez, para lograr un abordaje integral es preciso considerar el riesgo de sobrecarga del cuidador principal que, como se mencionó, es más alto en familiares de pacientes con TLP. Ello demanda que el equipo esté atento a signos que puedan dar cuenta de claudicación para detectar las necesidades de la familia e implementar las estrategias necesarias. En esta línea, D'Urbano (2020) ha enfatizado la importancia de realizar una evaluación socio familiar como parte del abordaje clínico. La autora propone este dispositivo como una intervención orientada a identificar de manera temprana tanto factores de riesgo de claudicación como recursos del entorno familiar. Dicha evaluación posibilita detectar miembros vulnerables, signos de

sobrecarga, recursos disponibles, estilos de afrontamiento, dinámicas vinculares y redes de apoyo. Contar con esta información se constituye en un valioso recurso al momento de articular intervenciones orientadas a promover el cuidado del cuidador. En este sentido, la evaluación socio familiar posibilita elaborar estrategias acordes a la necesidad particular de la unidad de tratamiento como, por ejemplo, la ampliación de la red de apoyo para facilitar la distribución en las tareas de cuidado, la evaluación de la necesidad de internaciones de respiro y la promoción de prácticas de autocuidado.

Con relación al cuidado de los integrantes del equipo de cuidados paliativos, algunas estrategias que pueden recomendarse son realizar las entrevistas de forma conjunta, rotar los profesionales que brindan asistencia, propiciar espacios grupales -como reuniones de equipo y supervisiones clínicas- en donde se puedan abordar los desafíos en la asistencia, así como favorecer la expresión de las emociones que genera la atención de pacientes con TLP y la validación de las mismas. Estos espacios grupales posibilitan además, revisar las estrategias implementadas y establecer de forma conjunta los objetivos terapéuticos. En esta línea, es recomendable también que el equipo mismo implemente estrategias de autocuidado. La Organización Mundial de la Salud (OMS [2022](#)) define al autocuidado como la capacidad de las personas y comunidades para promover y mantener la salud, prevenir y hacer frente a las enfermedades y discapacidades. En el contexto de los cuidados paliativos, el autocuidado puede disminuir el desgaste profesional, propiciar la autorregulación emocional, y facilitar una mejor relación terapéutica. Además, estudios recientes dan cuenta de que prácticas como el autocuidado y la atención plena se asocian a menores niveles de burnout (Restrepo Siegert et al. [2023](#)). Es preciso resaltar que el autocuidado en el personal sanitario no puede ser concebido en términos de preferencia personal, sino que se trata de una responsabilidad del equipo y de la institución sanitaria, dado que no solo redonda de forma positiva en los profesionales, sino que también tienen un impacto positivo en la calidad asistencial.

Por último, la atención a personas con TLP en el ámbito de los cuidados paliativos demanda que los equipos desarrollen herramientas que les permitan brindar una asistencia integral. En este sentido, a partir de los elementos desarrollados previamente, es posible sintetizar algunas estrategias de intervención que pueden resultar útiles en la práctica clínica.

Estrategias de intervención para el acompañamiento de pacientes con TLP en cuidados paliativos

A partir del análisis de la literatura disponible y de la experiencia clínica de equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, pueden señalarse algunas estrategias de utilidad para el acompañamiento de los pacientes con TLP en este campo, así como para el cuidado del entorno familiar y del propio equipo de salud:

- Implementar instancias de psicoeducación dirigidas al paciente, su familia y al equipo sanitario
- Delimitar de forma clara el encuadre de intervención y los alcances en la asistencia
- Propiciar una comunicación basada en la escucha empática y en la validación emocional
- Implementar técnicas que favorezcan la regulación emocional del paciente, tales como técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva
- Determinar la necesidad de derivación a equipos de salud mental especializados para tratamiento psicoterapéutico (como DBT) y/o farmacológico
- Evaluar sobrecarga del cuidador principal y favorecer estrategias orientadas a ampliar la red de apoyo
- Promover dinámicas de trabajo interdisciplinario (entrevistas conjuntas, rotación de profesionales tratantes, supervisión clínica, reuniones de equipo)
- Implementar estrategias de autocuidado de los profesionales con el objetivo de prevenir el burnout

Discusión

Actualmente la evidencia científica que aborda la problemática de la atención de pacientes con TLP en el ámbito de los cuidados paliativos es escasa, lo que dificulta que los equipos dispongan de herramientas que les permitan sostener los acompañamientos de forma efectiva sin comprometer el bienestar de los profesionales.

A partir de la revisión narrativa realizada, es válido afirmar que la atención de pacientes con TLP representa un alto grado de complejidad en el abordaje del sufrimiento asociado a enfermedades amenazantes para la vida. Estudios como el realizado por Markham y Trower ([2003](#)), sugieren que el personal sanitario suele considerar que las personas con TLP tienen

mayor control sobre sus conductas en comparación a otras patologías mentales, lo que se vincula a menores niveles de empatía hacia ellos. Además, las manifestaciones clínicas, como la alta sensibilidad a estímulos emocionales, la desregulación afectiva y la impulsividad, impactan negativamente en procesos claves dentro de la asistencia en cuidados paliativos tales como el proceso de comunicación, la toma de decisiones compartidas y el alivio del sufrimiento. Ante esta complejidad, la articulación con dispositivos especializados en salud mental se vuelve fundamental para posibilitar la estabilización del cuadro de base.

Por otra parte, para lograr una atención integral es necesario incluir el abordaje familiar, ya que en el caso de pacientes con TLP, sus allegados presentan mayor riesgo de sobrecarga. La atención temprana a signos de claudicación y la implementación de reuniones familiares que posibilitan la articulación de estrategias de cuidado, constituyen prácticas claves para disminuir y acompañar el padecimiento del entorno afectivo.

Del mismo modo, el uso de estrategias que fomenten el cuidado del propio equipo resultan prioritarias. Estrategias como la psicoeducación, el autocuidado, la rotación en los roles y la supervisión clínica, representan herramientas que pueden preservar el bienestar en los profesionales y prevenir el desgaste, lo que también impacta positivamente en la calidad de la asistencia brindada.

Es preciso remarcar que los aportes de la presente revisión se apoyan principalmente en literatura narrativa y en experiencias clínicas. En este sentido, si bien se identificaron algunos antecedentes en idioma inglés, la producción científica específica sobre esta temática continúa siendo limitada, particularmente en relación con estudios cuantitativos y estrategias de intervención en cuidados paliativos con pacientes con TLP. Por este motivo, se resalta la importancia de promover investigaciones sistemáticas que permitan evaluar con mayor precisión el impacto de las intervenciones y que a su vez contribuyan al armado de guías de intervención en el abordaje de pacientes con TLP en el contexto de los cuidados paliativos.

Conclusión

El entrecruce entre cuidados paliativos y una problemática de salud mental como el trastorno límite de personalidad representa un desafío clínico y relacional para los equipos de salud. Esto se debe a la complejidad que implica la coexistencia de una enfermedad amenazante para la vida y un trastorno que se caracteriza por la desregulación emocional, la impulsividad y las dificultades interpersonales.

El proceso de una enfermedad avanzada conlleva cambios dinámicos que pueden tener un alto impacto emocional tanto para el paciente como para su familia. Dicho impacto puede surgir del sufrimiento existencial⁴, de la pérdida de autonomía, de la interrupción de proyectos de vida, de los cambios en la imagen corporal o del malestar físico que acompaña el proceso. Este entramado puede actuar exacerbando las manifestaciones clínicas propias del TLP, tales como la desregulación emocional y la impulsividad, incrementando el sufrimiento del paciente. En este sentido, si no se interviene adecuadamente, estas expresiones pueden comprometer el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento.

Por ello los equipos de cuidados paliativos necesitan desarrollar herramientas que les permitan acompañar a los pacientes teniendo en cuenta el sufrimiento psíquico. Integrar el abordaje de la salud mental como parte constitutiva del alivio del sufrimiento se vuelve esencial. En este sentido, comprender los mecanismos propios del TLP posibilita anticipar dificultades e implementar las intervenciones oportunas para garantizar la asistencia.

Una de las motivaciones para desarrollar este escrito tiene que ver con la escasa literatura de la que se dispone sobre el acompañamiento de pacientes con TLP en el ámbito de los Cuidados Paliativos. Esta falta de desarrollo teórico se contrapone a la práctica de los equipos, que con frecuencia encuentran que los pacientes con TLP presentan un alto grado de complejidad al momento de desarrollar estrategias de intervención. Frente a esta realidad, se vuelve necesario fortalecer el desarrollo teórico que permita orientar la práctica clínica en el abordaje de pacientes con TLP en Cuidados Paliativos. Contar con estos lineamientos no solo sería favorable para lograr intervenciones que promuevan el alivio del sufrimiento de la unidad de tratamiento, sino que también contribuye al cuidado del propio equipo.

Bibliografía

- Albarrán, Steven, Piero Alva, Milagros Correa, Elian De la Cruz, y Tania Ramírez. “El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad.” *Journal of Neuroscience and Public Health* 1, no. 1 (2021): 5–11.
- American Cancer Society. *Guía de recursos para el cuidador*. 2023. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/es/booklets-flyers/caregivers-resource-guide.pdf>

⁴ Silvina Dulitzky, *Vivir con finitud* (Buenos Aires: Letra viva, 2023), 141. La autora define al sufrimiento existencial como aquel que se deriva del encuentro del sujeto con la percepción certera de muerte inminente.

- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5.^a ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
<https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Bailey, Rachel C, y Brin F S Grenyer. “The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder.” *Personality and Mental Health* 9, no. 1 .(2015): 21–32.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1273>
- Barbero Gutiérrez, Javier, Xavier Gómez-Batiste, Jorge Maté Méndez, y Dolors Mateo Ortega, eds. 2016. *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: Intervención psicológica y espiritual*. Barcelona: Obra Social "la Caixa".
<https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/MANUAL-ATENCION-PSICOSOCIAL-2016.pdf>
- Bayés, Ramón. “Psicología del sufrimiento y de la muerte.” *Anuario de Psicología* 29, no. 4 (1998): 5–17. Barcelona: Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona.
- Domínguez, Alicia. “Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastorno de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la personalidad.” *Revista Nure Investigación*, no. 53 (2011).
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/543>
- Dulitzky, Silvina. *Vivir con finitud. Sufrimiento existencial y cuidados paliativos*. Buenos Aires: Letra Viva, 2023.
- D’Urbano, Elena. “Abordaje para la prevención de la claudicación familiar”. 2020.
<https://www.pallium.com.ar/wp-content/uploads/2021/07/Abordaje-familiar-para-prevenir-claudicacio-familiar-copia.pdf>
- Fidalgo Vega, Manuel. “Síndrome de estar quemado por el trabajo: definición y proceso de generación” Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003.
<https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/20-serie-ntp-numeros-681-a-715-ano-2005/ntp-704-sindrome-de-estar-quemado-por-el-trabajo-o-burnout-i-definicion-y-proceso-de-generacion>
- Gagliesi, Pablo, Guillermo Lencioni, Pechon Carola, Sergio Apfelbaum, Juan Pablo Boggiano, Laura Herman, Corrine Stoewsand, Claudia Stoewsand, y Marcelo Mombelli.

- Programa psicoeducativo dirigido a personas con desorden límite de la personalidad, sus familiares y allegados.* Alamoc: Fundación FORO.
<https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo44.pdf>
- Godoya, Daniel, Andrea Eberhard, Francisca Abarca, Bárbara Acuña, y Rocío Muñoz. “Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares.” *Revista Médica Clínica: Las Condes* 31, no. 2 (2020): 169–173. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864020300195>
- Markham, Dominic, y Peter Trower. “The effects of the psychiatric label ‘borderline personality disorder’ on nursing staff’s perceptions and causal attributions for challenging behaviours.” *British Journal of Clinical Psychology* 42 (2003): 243–256.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14565891/>
- Mendoza Belmares, Citlaly Guadalupe, Mónica Reyna Martínez y José González Tovar. "Intervención cognitivo-conductual y dialéctico-conductual en el trastorno límite de personalidad: estudio de caso." *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México* 13, no. 36 (2024).
<https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/23109/17255>.
- Miovic, Michael, y Susan Block. “Psychiatric Disorders in Advanced Cancer.” *Cancer* 110, no. 8 (2007): 1665–1676.
<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.22980>
- Organización Mundial de la Salud. *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2022. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf
- Quintero, Soledad. “Intervenciones con familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad basadas en la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT)”. Alamoc, ED n.º 002, 2019.
https://pavlov.psyciencia.com/2020/08/Intervencion_DBT_Familiares.pdf
- Radbruch, Lukas, Liliana De Lima, Felicia Knaul, y colaboradores. “Redefining Palliative Care: A New Consensus- Based Definition.” *Journal of Pain and Symptom Management* 60 (2020): 754-764.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8096724/?utm_source=chatgpt.com
- Restrepo Siegert, Ana María, Mónica María Restrepo Soto, Carolina Palacio, y colaboradores. “Calidad de vida profesional de quienes laboran en cuidados paliativos y su relación

con el autocuidado, la atención plena y el sentido de la vida.” *Psicooncología* (2023): 357-372. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/88671/4564456567166>

Rodríguez-Moya, Laura, y José Carlos Peláez. “Terapia familiar en los trastornos de personalidad.” *Acción Psicológica* 10, no. 1 (2013): 75–84. <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico8.pdf>

Sedó Porcel, Anna. “Cuidados paliativos en pacientes con trastorno mental severo”. Trabajo de Fin de Grado, Escola Universitària d’Infermeria Gimbernat, 2015. <https://eugdSPACE.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/256/Cuidados%20Paliativos%20en%20Pacientes%20con%20Trastorno%20Mental%20Severo.pdf>



Esta obra está disponible bajo una licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>