



Trabajo de Fin de Grado

Revisión de revisiones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos
para adolescentes con Trastorno límite de la personalidad

Review of reviews on the effectiveness of psychological treatments for
adolescents with Borderline Personality Disorder

Autores:

Patricia Mozota

Director/es:

Dra. María Vicenta Navarro Haro

Facultad de Psicología / Universidad de Zaragoza 2022

Índice

1. Introducción	3
2. Método	6
2.1. Búsqueda de la literatura.....	6
2.2. Selección de la literatura	7
2.3. Proceso de selección y extracción de datos	8
2.4. Variables del estudio y de priorización	8
3. Resultados	8
3.1. Resultados de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia de las terapias psicológicas	8
3.2. Terapia dialectico conductual para adolescentes	15
3.3. Terapia de mentalización para adolescentes	15
3.4. Terapia cognitivo-analítica	16
4. Discusión	16
5. Referencias	18

Resumen

Introducción: En el trastorno límite de la personalidad es importante realizar una intervención temprana, debido a que en la adolescencia es cuando se observa un mayor auge de los síntomas, habiendo una gran interferencia en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo, ideación suicida, desregulación emocional, y presencia de diversos trastornos comórbidos como depresión o ansiedad. Pero existe muy poca literatura científica sobre qué tratamientos son más eficaces para tratar este trastorno en adolescentes, por ello se realiza esta revisión sistemática. **Método:** Se ha realizado una revisión de revisiones sistemáticas donde se ha estudiado la eficacia de diferentes tratamientos psicológicos en adolescentes (entre 12 y 19 años) con diagnóstico de TLP y/o desregulación emocional. Se ha realizado la búsqueda de literatura científica en diversas bases de datos (Web of Science, PsycInfo, Pubmed, Dialnet) y se han incluido en esta revisión un total de 5 revisiones.

Resultados: La terapia dialéctico conductual adaptada a adolescentes (DBT-A) y la terapia de mentalización para adolescentes (MBT-A) han demostrado su eficacia para tratar el TLP en adolescentes, reduciendo los niveles de ansiedad, la ideación suicida, los niveles de impulsividad y las conductas de riesgo, y mejorando la adaptación social y la calidad de vida.

Discusión: Es importante realizar una intervención temprana en adolescentes con TLP, ya que permite reducir la gravedad de los síntomas del TLP, la presencia de trastornos comórbidos, y mejorar la calidad de vida de los individuos con rasgos de TLP. La DBT-A y la MBT-A han reducido la ideación suicida. Pero mientras la DBT-A consigue una mayor reducción de la gravedad de los síntomas, la MBT-A consigue un mayor ajuste social y una disminución de los niveles de ansiedad.

Palabras clave: *Trastorno límite de la personalidad, desregulación emocional, adolescentes, tratamientos psicológicos, psicoterapia*

Abstract

Introduction: In borderline personality disorder it is important to carry out an early intervention, because in adolescence it is when a greater rise in symptoms is observed, there is a great interference in interpersonal relationships, in the image of oneself, ideation suicidal, emotional dysregulation, and the presence of various comorbid disorders such as depression or anxiety. But there is very little scientific literature on which treatments are most effective in treating this disorder in adolescents, which is why this systematic review is carried out.

Method: A review of systematic reviews has been carried out where the efficacy of different psychological treatments in adolescents (between 12 and 19 years old) diagnosed with BPD and/or emotional dysregulation has been studied. A search of the scientific literature has been carried out in various databases (Web of Science, PsycInfo, Pubmed, Dialnet) and a total of 5 reviews have been included in this review. **Results:** Dialectical behavioral therapy adapted to adolescents (DBT-A) and mentalizing therapy for adolescents (MBT-A) have demonstrated their effectiveness in treating BPD in adolescents, reducing levels of anxiety, suicidal ideation, levels of impulsiveness and risk behaviors, and improving social adaptation and quality of life. **Discussion:** It is important to carry out an early intervention in adolescents with BPD, since it allows reducing the severity of BPD symptoms, the presence of comorbid disorders, and improving the quality of life of individuals with BPD traits. DBT-A and MBT-A have reduced suicidal ideation. But while DBT-A achieves a greater reduction in the severity of symptoms, MBT-A achieves a greater social adjustment and a decrease in anxiety levels.

Keywords: *Borderline personality disorder, emotional dysregulation, adolescents, psychological treatments, psychotherapy*

1. Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se encuentra dentro de los denominados trastornos de la personalidad que se caracteriza por inestabilidad emocional, alteraciones en las relaciones interpersonales y de la autoimagen. También se presenta con una conducta impulsiva y con una ira desmesurada y desproporcionada a la situación (APA, 2013).

El TLP, se trata del trastorno de personalidad más frecuente con una prevalencia del 1% de la población mundial y dentro de la población clínica se observa una prevalencia de entre el 10 y el 12%. Aunque se han observado diferencias según el tipo de instrumento de evaluación usado por el profesional, ya que se diagnostican a más personas con TLP cuando se usa una entrevista estructurada que cuando el profesional usa su propio criterio (Ellison, 2018).

De acuerdo con la teoría biosocial de Linehan (1993), la etiología del TLP está relacionada con una transacción a lo largo del tiempo entre una vulnerabilidad emocional biológica y un ambiente invalidante. Como resultado, se produce la desregulación emocional, que es el síntoma nuclear del Trastorno Límite de la Personalidad. En este sentido, las dificultades en regular las emociones podrían ocurrir por la combinación de dos factores: una inherente vulnerabilidad emocional y una dificultad en modular las emociones. Como consecuencia, según Linehan (1993), la persona con TLP podría presentar tres características principales: 1) alta sensibilidad ante los estímulos emocionales; 2) una tendencia a experimentar emociones muy intensas; 3) dificultades para volver a su línea de base emocional. Por ello, a lo largo del desarrollo del problema, las personas con TLP tendrían un temor acusado a experimentar emociones, lo que conlleva a la utilización de estrategias de evitación desadaptativas. Por ejemplo, la autolesión se podría convertir en una conducta de evitación y el alivio momentáneo producido por la autolesión actuaría como un refuerzo negativo, lo que provocaría que la conducta disfuncional se repitiera a lo largo del tiempo (Belloch et al., 2020). Esta desregulación emocional tiene como consecuencia la realización de patrones disfuncionales en diversas áreas; emocional, cognitiva, relaciones interpersonales, comportamentales y también una alteración de la identidad.

Aunque tradicionalmente, ha sido un diagnóstico de adulto, el TLP suele diagnosticarse en la adolescencia, a partir de los 12 años, y supone un gran cambio en la vida de los pacientes y de sus familias. Este trastorno se relaciona con un bajo nivel de logro tanto en el colegio como en el trabajo, incapacidad para mantener relaciones interpersonales a largo plazo, gran número de discusiones con el entorno social y actos que son impulsivos e incluso agresivos (Bohus, 2021).

Respecto al TLP en la adolescencia es importante destacar que en la adolescencia es la etapa del desarrollo donde se observan más conductas suicidas y autolesivas. Cabe destacar que la prevalencia de estas conductas en la población adolescente general es del 17%, mientras que en las muestras de adolescentes con un diagnóstico de TLP es del 95% (Reichl y Kaess, 2021). Además, es muy frecuente que adolescentes con rasgos límites o con síntomas de desregulación emocional presenten conductas de riesgo como el consumo de sustancias o conductas sexuales de riesgo, mientras que en los adultos es más frecuente encontrar unas relaciones interpersonales deterioradas y miedo al abandono (Kaess y Chanen, 2020).

Es bastante frecuente que el Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes se presente de manera comórbida con trastornos afectivos, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar o con trastorno de ansiedad. También se puede encontrar de forma conjunta con un Trastorno de Estrés Postraumático, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, esquizofrenia y trastornos disociativos (Garland y Miller, 2020).

A pesar de que los síntomas del TLP aparecen en la adolescencia, situando la edad de inicio en 12 años, muchos profesionales han evitado en el pasado diagnosticar a menores de 18 años con este trastorno ya que la identidad y las relaciones interpersonales inestables son características normativas de la adolescencia (Ellison, 2018). No obstante, los últimos estudios han demostrado que, como otros trastornos de la personalidad, el TLP tiene su origen en la infancia y adolescencia (Hastrup et al., 2022). Para realizar un diagnóstico en edades tempranas es necesario tener evidencia de que se cumplen todas las características de trastorno de personalidad y de trastorno de personalidad límite. Una de las recomendaciones en este sentido es que se cumplan los criterios diagnósticos en los adolescentes al menos durante un año (Belloch et al., 2020).

Por lo dicho anteriormente es importante destacar la diferencia entre adolescentes sanos y adolescentes con TLP. Se pueden diferenciar ambos grupos porque en los adolescentes sanos los problemas de identidad, la impulsividad y la mala regulación emocional van a ir disminuyendo, mientras que en los adolescentes con TLP estos síntomas van a ir ganando intensidad (Belloch et al., 2020).

Los síntomas del TLP son más intensos en jóvenes y van perdiendo intensidad con la edad, siendo a la edad de 40 años cuando se empieza a reducir la prevalencia de este trastorno en la población (Peckham et al., 2020). Además, hay que resaltar que, aunque en la adolescencia los síntomas sean más intensos, también son más flexibles por lo que es importante intervenir en esta etapa del desarrollo (Skabeikyte y Barkauskiene, 2021). A pesar de esta reducción de la intensidad de los síntomas, cabe destacar que un 40% de los pacientes

no presenta una recuperación, lo que les hace más propensos a enfermedades médicas, tenencia de hábitos poco saludables o incluso una muerte prematura (Belloch et al., 2020).

Los factores que se han identificado que se encuentran asociados con el TLP en la infancia son una baja sociabilidad y altos niveles de emocionalidad, falta de atención, impulsividad y conducta de oposición. En la adolescencia se ha demostrado que ser víctima de una relación marcada por la agresividad entre pares también se encuentra asociado con este trastorno. También se ha encontrado una relación con el estilo de crianza al que se ven expuestos los niños, sobre todo cuando la relación entre padres e hijos se encuentra marcada por la negligencia, invalidación emocional o la agresividad (Skabeikyte y Barkauskiene, 2021). Además, los trastornos de la conducta externalizante e internalizantes que se dan en la infancia y la adolescencia, en algunos casos, se han demostrado como predictores del TLP, sin embargo, la presencia de un TLP no suele ir seguida de este tipo de trastornos. Además, cabe destacar que los niños que presentan trastornos externalizantes presentan una mejor recuperación sintomática que los que presentan trastornos internalizantes (Belloch et al., 2020).

Respecto a los tratamientos psicológicos para el TLP en la adolescencia, se han llevado a cabo diversas revisiones sistemáticas para evaluar la eficacia de los tratamientos. En estas revisiones se ha podido observar que existen una gran variedad de tratamientos que han demostrado su eficacia y que varían desde el área de disfunción desde la que trabajan.

Los más utilizados son la terapia cognitivo conductual, la terapia de mentalización, la terapia dialéctico conductual y la terapia cognitiva analítica. Cabe destacar la importancia de que los tratamientos usados se encuentren adaptados a los adolescentes, ya que se ha demostrado que, si se realizan de la misma manera que con los adultos, pierden su eficacia (Kothgassner et al., 2021). Las dos terapias con más eficacia en adolescentes con TLP son la terapia basada en la mentalización y la terapia dialéctica conductual. La terapia basada en la mentalización para adolescentes (Jorgensen et al., 2021; Vogt y Norman, 2019; Kothgassner et al. 2020) hace énfasis en la capacidad de mentalización, que es la capacidad que tienen las personas para comprender las motivaciones, pensamientos y sentimientos de otras personas y, que ayuda a la comunicación y a la propia regulación emocional (Bateman y Fonagy, 2004) y, que estos pacientes tienen deteriorada. Esta terapia se lleva a cabo mediante sesiones individuales y grupales, con una duración de 12 meses (Taubner et al., 2017). La terapia dialéctica conductual adaptada a los adolescentes (Dialectical Behavior Therapy for Adolescents; DBT-A; Miller, Rathus y Linehan, 2017) tiene como objetivo ayudar a los pacientes a adquirir nuevas habilidades, aprender a resolver problemas, a usar las nuevas

habilidades adquiridas en diversos contextos de la vida. La diferencia entre la DBT para adultos y la DBT-A es que en la adaptación con adolescentes se incorpora a la familia al tratamiento, se disminuye el número de habilidades que se deben aprender y el aprendizaje se adapta a la edad de los pacientes (Clols, 2015). Existen otras adaptaciones para adolescentes de otras terapias que se comentarán también en esta revisión.

Aún queda mucho por descubrir sobre los tratamientos psicológicos enfocados a adolescentes con rasgos de TLP, pese a que es en la adolescencia cuando hay una mayor intensidad de los síntomas, un mayor riesgo para la salud y una mayor sensación de malestar.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de revisiones sistemáticas sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para el Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia, tanto en pacientes con TLP como aquellos con desregulación emocional acusada. Con todo esto, se quiere responder a la pregunta ¿Cuáles son los tratamientos psicológicos más eficaces para tratar a los adolescentes que presentan TLP?

2. Método

2.1 Búsqueda de la literatura

La búsqueda de revisiones sistemáticas se ha realizado en el mes de mayo de 2022 utilizando diversas bases de datos. Para la búsqueda de artículos en inglés se han usado Web of Science, Pubmed y Psycinfo y para la búsqueda en castellano se ha usado la base de datos Dialnet.

Los criterios de inclusión para la selección de artículos son los siguientes:

- Revisiones sistemáticas publicadas en los últimos 5 años, entre 2018 y mayo de 2022.
- Revisiones escritas en inglés y castellano.
- Revisiones que incluyan participantes adolescentes (edades comprendidas entre 12 y 19 años) con diagnóstico de TLP o desregulación emocional.
- Publicaciones con acceso gratuito.

Por otro lado, los criterios de exclusión han sido:

- Artículos, conferencias, tesis y toda publicación que no sea una revisión sistemática.
- Revisiones sistemáticas escritas en un idioma diferente al español y al inglés.
- Revisiones que se sitúen fuera del rango temporal que se ha usado como criterio de inclusión.
- Revisiones con participantes de otros rangos de edad.

Las palabras claves usadas en la búsqueda han sido: “borderline personality disorder or emotional dysregulation”, “psychological treatment or therapies”, “adolescent or teenagers”, “self-harm”, “DBT-A”, “MBT”, “Suicidal ideation” y “review” y para la

búsqueda de artículos en español se han usado las palabras “Trastorno límite de la personalidad o desregulación emocional”, “tratamientos psicológicos” “terapias”, “adolescentes”, “ideación suicida”, “revisión”, “terapia dialéctico conductual”, “Terapia de mentalización” y “terapia cognitiva” . Estas palabras clave deben encontrarse en el título o en el resumen de la revisión.

2.2 Selección de la literatura

Al realizar la búsqueda en las diversas bases de datos se obtuvieron un total de 71 resultados. Se ha llevado a cabo un primer screening que ha consistido en eliminar todos aquellos resultados que no sean revisiones, quedando un total de 49 revisiones. Tras realizar el primer cribado se ha procedido a la lectura de los títulos y resúmenes de los resultados restantes. Después de esta lectura se ha procedido a seleccionar solo aquellas revisiones sistemáticas que tratan sobre los tratamientos psicológicos para el trastorno límite de personalidad o la desregulación emocional en adolescentes (teniendo en cuenta los criterios de inclusión). Tras esta criba han quedado 5 revisiones.

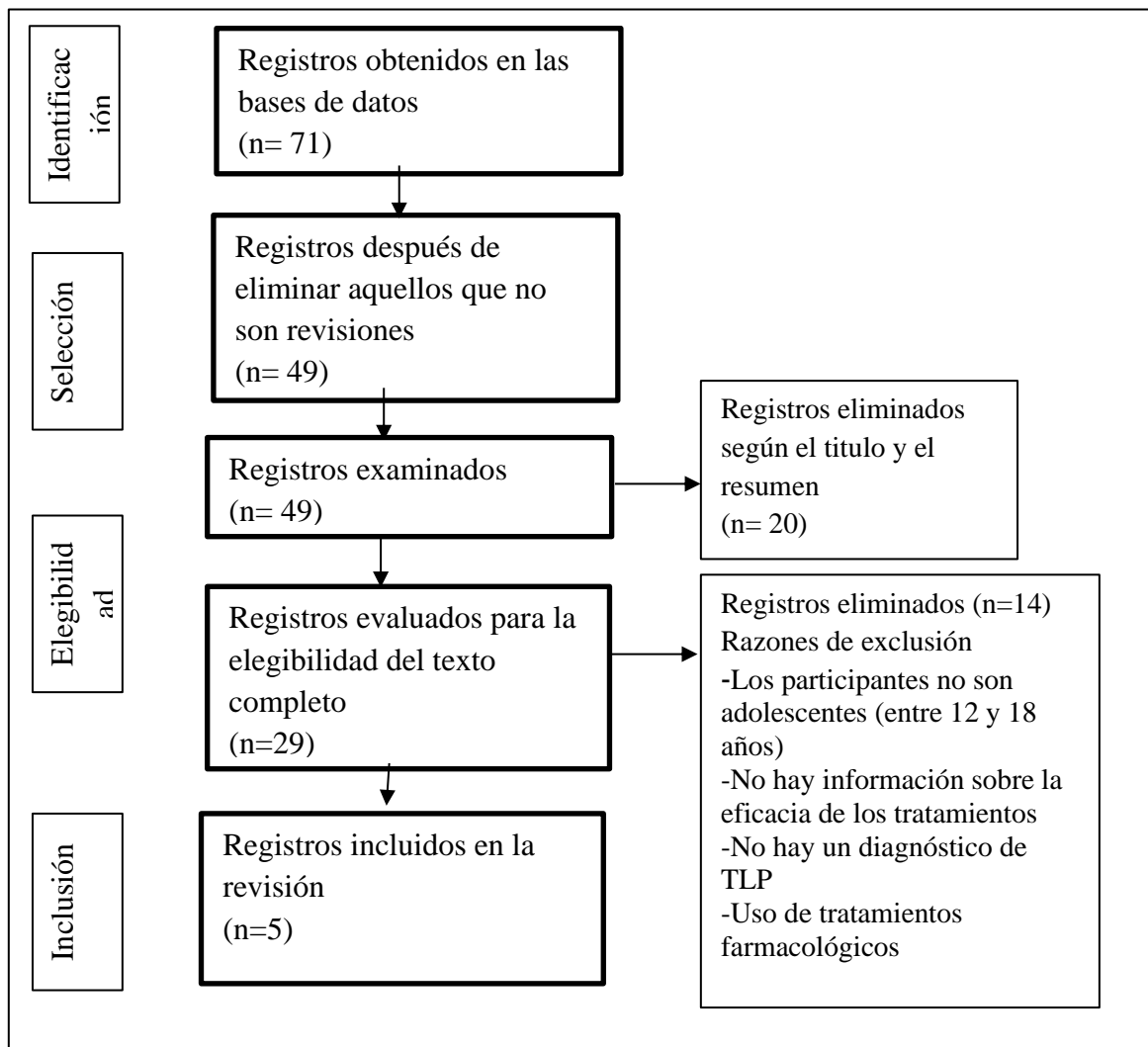


Figura 1: Diagrama PRISMA

2.3 Proceso de selección y de extracción de datos

Para analizar la validez de los tratamientos estudiados las revisiones calculan la diferencia de medias estandarizadas con un intervalo de confianza del 95% y se usa el parámetro *d* de Cohen para conocer el tamaño de efecto (se ha considerado que hay un tamaño del efecto aceptable cuando la *d* de Cohen es superior a 0,50; Cohen, 1988) o la *g* de Hedges (que se considera que tiene un tamaño de efecto grande cuando *G* es superior a 0,80), usando como variables la media de los síntomas presentes antes del tratamiento y los síntomas presentes al terminarlo, evaluados mediante el uso de test estandarizados, y en algunos estudios se comparan los resultados de un grupo control y un grupo experimental. Cabe resaltar que algunos estudios incluyen información sobre el seguimiento de los participantes después del tratamiento.

2.4 Variables del estudio y priorización

Se han priorizado aquellas revisiones que traten a la adolescencia como la edad comprendida entre 12 y 19 años, aunque también se ha seleccionado alguna revisión que, aunque no sea exclusiva de adolescentes (por ejemplo, se incluyen también estudios de adultos), sí que incluye algunos estudios con adolescentes.

3. Resultados

3.1 Resultados de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia de las terapias psicológicas

Las características de los estudios se muestran a continuación en la tabla 1. Se han encontrado 5 revisiones sistemáticas que engloban un total de 102 artículos y 5571 adolescentes. Las revisiones seleccionadas fueron publicadas entre septiembre de 2019 y mayo de 2021.

Tabla 1

Resultados de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para adolescentes con TLP y/o desregulación emocional

Autores	Objetivos	Edad y sexo	Número de artículos	Características Participantes	Dispositivo	Intervención	Características intervención	Medidas resultados	Resultados de Eficacia
Jorgensen et al., (2021)	Revisar la efectividad de las terapias psicológicas para adolescentes con TLP	12-19 años (M=15,97) No hay información sobre la proporción por sexo	10	n= 775 Los participantes en los estudios presentan un diagnóstico o rasgos de TLP	Pacientes ambulatorios	a) CAT (n=1) b) ERT y TAU (n=2) c) CAT y SFET (n=1) d) MBT-A (n=1) e) DBT-A (n=2) f) MBT-G (n=1) g) IBAFT (n=1)	a) 24 semanas, se compara un grupo que recibe CAT con otro que recibe unos cuidados clínicos estandarizados b) 17 semanas + 2 sesiones de seguimiento Se compara un grupo que recibe ERT con TAU con otro grupo que recibe solo TAU c) CAT 16 semanas y SFET 6 meses, un grupo recibe	Cuestionarios: -SCID- II (Mide rasgos de trastornos de la personalidad) -BSL (Mide la presencia de síntomas de TLP)	a) CAT (DM = -0,75 p=0,37) b) ERT y TAU (DM = -2,24 p=0,17) e) DBT-A (DM = -2,33 p=0,02) No hay diferencias estadísticamente significativas en la gravedad de síntomas TLP entre el grupo control y aleatorio en las terapias MBT y ERT, pero sí en la mejoría de la

Autores	Objetivos	Edad y sexo	Número de artículos	Características Participantes	Dispositivo	Intervención	Características intervención	Medidas resultados	Resultados de Eficacia
							CAT y SFET y el otro grupo recibe solo SFET. d) MBTA 12 meses, un grupo recibe MBTA mientras que el otro recibe TAU e) DBT-A 19 semanas. Un grupo recibe DBT-A mientras que el otro recibe los cuidados habituales f) MBT-G 12 meses. Un grupo recibe MBT-G y el otro recibe TAU g) IBAFT 7 meses. Un grupo recibe		gravedad de los síntomas y la impulsividad en la DBT-A vs. TAU.

Autores	Objetivos	Edad y sexo	Número de artículos	Características Participantes	Dispositivo	Intervención	Características intervención	Medidas resultados	Resultados de Eficacia
							IBAFT y el otro grupo recibe counselling		
Kothgasser et al., (2020)	Conocer los efectos que tienen diversas intervenciones psicológicas en la ideación y en las conductas suicidas.	12 y 19 años. 78% Mujeres	25	n= 2962 Los participantes presentan ideación o comportamientos suicidas	No hay información	a) Terapia centrada en la familia (n=5) b) TCC (n=4) c) TAU (n=13) d) DBT-A (n=3) e) MBT-A (n=1) f) CAT (n=1)	a) Duración de 3 a 6 meses b) duración entre 1 y 6 meses c) TAU se usa en el grupo control del resto de intervenciones d) Duración entre 4 y 6 meses e) Duración de 12 meses f) Duración de 9 meses	Cuestionarios: -BDI-II (Evalúa síntomas depresivos) -BSI-SI: (Evalúa la ideación suicida) -BSS (Mide la ideación suicida)	a) Terapia centrada en la familia (Disminución de la ideación suicida; d=0,58) c) TAU - Ideación suicida (d=0,87) - Comportamiento suicida (d=0,60) d) DBT-A -Ideación suicida (d=0,48) - Reducción de la autolesión (d=0,51)

Autores	Objetivos	Edad y sexo	Número de artículos	Características Participantes	Dispositivo	Intervención	Características intervención	Medidas resultados	Resultados de Eficacia
Kothgasser et al., (2021)	Conocer la eficacia de los tratamientos para la reducción de autolesiones y la ideación suicida.	12 a 19 años (M=15,4) 82% mujeres	22	n= 1673 Adolescentes con patología mental previa.	Ingresados, ambulatorios, servicios comunitarios y colegios	a) DBT-A b) TAU	La duración del tratamiento varía entre 3 y 12 meses. Se comparan los resultados obtenidos por el grupo sometido a DBT-A y el grupo que recibe TAU	Cuestionarios -SCID-II (Mide rasgos de trastornos de la personalidad) -SIQ (Mide la ideación suicida) -LIFE (Mide la conducta autolesiva)	Se extraen resultados de ECA y ECC Resultados DBT-A: -reducción autolesiones (g = -0,98), -la ideación suicida (g = -1,16) -los síntomas del TLP (g = -0,97)
Vogt y Norman, (2019)	Evaluar la eficacia de MBT para disminuir los síntomas del TLP y sus comorbilidades.	Evaluación de adultos y adolescentes: Adolescentes entre 13 y 18	14 (3 de ellos es en adolescentes, el resto es en adultos)	n=885 Los participantes muestran un diagnóstico de TLP	Ingresados y ambulatorios	MBT-A	La duración varía entre 4 semanas y 18 meses. El grupo experimental recibe MBT-A y el grupo	Cuestionarios: -BDI (Evalúa la presencia de síntomas) depresivos -MFQ	Reducción de la gravedad de los síntomas de TLP; MBT-A (la d varía entre 0,7 y 1,42)

Autores	Objetivos	Edad y sexo	Número de artículos	Características Participantes	Dispositivo	Intervención	Características intervención	Medidas resultados	Resultados de Eficacia
		77% Mujeres					control recibe TAU. MBT-A adaptada a las necesidades; combina MBT-A familiar, individual y grupal	(Evalúa el estado de ánimo) -BSL (Mide los rasgos TLP) - RTSHI (Mide la impulsividad)	Reducción de problemas en las relaciones interpersonales (d varía entre 0,81 y 1,26) Reducción síntomas depresivos (d igual a 1,21) Disminución de los rasgos de ansiedad (d=1,23)
Wong et al., (2020)	Realizar un metaanálisis de ECA para evaluar la eficacia de las psicoterapias en adolescentes con TLP	Edad entre 12 y 18 años. Entre 85 y 96% mujeres	7	n= 643 Los participantes presentan al menos 2 rasgos de TLP		a) DBT-A (n=3) b) ERT (n=2) c) MBT (n=1) d) CAT (n=1)	La duración varía entre 5 y 24 meses. El número de sesiones varía entre 12 y 28 Grupos de control reciben	Cuestionarios: -Youth Self-Report Questionnaire (Evalúa el funcionamiento conductual y emocional	Reducción de síntomas - MBT-A (g=-0,71) - DBT-A (g=-2,41) No hay una diferencia significativa en la

Autores	Objetivos	Edad y sexo	Número de artículos	Características Participantes	Dispositivo	Intervención	Características intervención	Medidas resultados	Resultados de Eficacia
							TAU, apoyo o en lista de espera.	, -Escala del funcionamiento global	recuperación del funcionamiento al recibir psicoterapia (g= -0,04) vs. no recibirla

Nota: BAI: Inventario de Ansiedad de Beck, BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II, BPFS-C: Escala de características de personalidad límite para niños, BSI-SI: Breve Inventario síntomas de elementos de ideación suicida, BSL: Lista de síntomas del trastorno límite de la personalidad, BSS: Escala de Beck de ideación suicida, CAT: Terapia cognitiva analítica, DBT: Terapia dialéctico conductual, DBT-A: Terapia dialéctico conductual para adolescentes, DM: diferencia de medias, ECA: ensayos controlados aleatorizados, EEC: ensayos clínicos controlados, ERT: entrenamiento en regulación de emociones, IBAFT: Terapia integrativa para TLP orientada a familia, IC: Intervalos de confianza, LIFE: Escala de Evaluación de Seguimiento de Intervalo Longitudinal de Conducta Autolesiva/Suicida, MBT: Terapia basada en la mentalización, MBT-A: Terapia basada en la mentalización para adolescentes, MFQ: Cuestionario de estado de ánimo y sentimientos, P: Significación, RTSHI: Inventario toma de riesgos y autolesiones, SFET: tratamiento para psicosis tras primer episodio, SIQ: Cuestionario de Ideación Suicida, STAI: El Inventario Estado-Rasgo de Spielberg, TAU: Terapia usada habitualmente, TCC: Terapia cognitivo conductual, TLP: trastorno límite de la Personalidad,

A continuación, se resumen los resultados más importantes encontrados en las revisiones sistemáticas.

3.2 Terapia dialéctico conductual para adolescentes (DBT-A)

En la revisión llevada a cabo por Kothgassner et al., 2020 se mostró que la DBT-A obtuvo los mejores resultados para la reducción de conductas autolesivas y de la ideación suicida con tamaños del efecto de medios a altos. Los mismos autores (Kothgassner et al., 2021) llevaron a cabo otra revisión un año más tarde donde se volvieron a estudiar los efectos de la DBT-A en conductas autolesivas y suicidas en ensayos controlados aleatorizados. Los resultados de este estudio demuestran un tamaño de efecto grande en lo referente a la conducta autolesiva, en la ideación suicida y en la gravedad de los síntomas del TLP en comparación con el grupo control con el que se mide la eficacia o bien con medidas pre y post test o comparando con TAU.

Wong et al (2020) también encontraron en su revisión que en los adolescentes que habían recibido DBT-A, en comparación con aquellos que reciben TAU o que se encuentran en lista de espera para recibir tratamiento, se observa una reducción de las conductas autolesivas, de los intentos de suicidio, de las visitas a urgencias y los síntomas depresivos, por otro lado, se observa un aumento del funcionamiento a nivel interpersonal, consiguiendo así un tamaño de efecto grande respecto a la reducción de los síntomas.

Además de la reducción de conductas autolesivas y conductas suicidas, otros autores han encontrado en diversos ensayos sobre la DBT-A, en comparación con el grupo control TAU, resultados de eficacia para disminuir la impulsividad, la gravedad de los síntomas del trastorno límite de la personalidad después del tratamiento, pero no se observa un cambio significativo en los meses de seguimiento, tras los 6 meses de finalizar el tratamiento. (Jorgensen et al., 2021).

3.3 Terapia de mentalización en Adolescentes (MBT-A)

Según la revisión de Vogt y Norman (2019) este tipo de intervención en comparación con el grupo que recibe TAU provoca mejoras en diferentes niveles en la sintomatología del TLP. Estos pacientes muestran una mejoría a nivel del funcionamiento global, tanto al momento de terminar como en los meses de seguimiento, también muestran una mejoría sintomática, mejor ajuste social, reducción de los niveles de ansiedad y depresión como trastornos comórbidos. Aunque un problema que se presenta es una alta tasa de abandonos del tratamiento. Además, estos autores realizan el estudio combinando sesiones individuales y grupales, ya que otros estudios han demostrado que el tratamiento por sí solo resulta

insuficiente cuando solo se realiza en formato grupal. También destacan la importancia de la presencia de los familiares y amigos del adolescente con TLP.

Pero no todos los autores han encontrado eficaz la MBT-A. Por un lado, Kothgassner et al. (2020) sí que muestra un tamaño de efecto que varía entre medio o grande para la reducción de sintomatología suicida, pero también muestra un gran número de abandonos, por lo que no la recomiendan como principal intervención de referencia. Por otro lado, Jorgensen et al. (2021) lleva a cabo un metaanálisis de diversos ECAs donde compara los resultados obtenidos con MBT-A con un grupo control que recibe el tratamiento habitual (TAU). En este ensayo se advierte que no se observan cambios significativos para reducir los actos impulsivos y las conductas autolesivas entre los participantes que reciben MBT-A y los que reciben TAU.*3.4 Terapia cognitivo-analítica (CAT)*

La terapia cognitivo-analítica (CAT) no ha obtenido efectos significativos para reducir la conducta impulsiva, que ha sido medida mediante los actos autoagresivos y las conductas suicidas. Tampoco se han encontrado cambios en los meses posteriores de seguimiento, a los 6 y 18 meses (Jorgensen et al., 2021).

Por otro lado, un metaanálisis llevado a cabo por (Wong et al., 2020) donde el grupo experimental recibe CAT y el grupo control recibe buenos cuidados clínicos no se observan diferencias entre ambos grupos, ya que ambos mejoran, pero esta mejoría es más rápida en el grupo que ha recibido CAT.

4. Discusión

El objetivo de esta revisión es aumentar el conocimiento sobre qué tratamientos son más eficaces para tratar el TLP en pacientes adolescentes. Esto es importante debido al desconocimiento que existe en la actualidad sobre este tema, ya que, aunque sí que hay información y tratamientos estandarizados para adultos, estos no son igual de eficaces para los niños y adolescentes. A esta falta de conocimiento hay que sumar la importancia que tiene el realizar una intervención temprana en el TLP, sobre todo en una etapa tan sensible como es la adolescencia, donde ya de por sí en población sana se observa una alta tasa de prevalencia de ideación suicida, y que se multiplica de manera exponencial en población clínica. Pero además de las altas tasas de ideación suicida, los adolescentes con trastorno límite de la personalidad suelen presentar otros trastornos comórbidos como la ansiedad o la depresión, además de que es frecuente el abuso de sustancias y la muerte prematura, que muchas veces no es consecuencia de un acto suicida.

Por todo lo descrito anteriormente es importante el realizar una intervención temprana, ya que se podría mejorar la calidad de vida de estas personas, dotándolos de mejor habilidades de regulación emocional y habilidades sociales, así como mejorar su funcionamiento global.

Los resultados muestran cómo diversos tratamientos (DBT-A, MBT-A) obtienen mejoras significativas en comparación con el tratamiento que se usa habitualmente. El tratamiento que se relaciona con una mayor recuperación en diversas áreas de la vida del individuo es la DBT-A, donde se observan mejoras en la impulsividad, en el funcionamiento global, en la gravedad de los síntomas y en conductas autolesivas. La MBT-A se relaciona sin embargo con una mejoría de los niveles de ansiedad y con una mejor adaptación social.

Una de las limitaciones de estas revisiones es que las muestras de participantes se encontraban desproporcionadas, ya que en su mayoría estaban formadas por mujeres. Además, no todos los estudios utilizan las mismas medidas de evaluación para evaluar la eficacia del tratamiento, ni los resultados se presentan con los mismos tipos de análisis estadísticos. Otra limitación que se ha encontrado al realizar este trabajo es que debido a la poca literatura científica que hay sobre este tema no se puede llegar a conocer el verdadero alcance de estas terapias en diversos ámbitos en pacientes adolescentes con TLP, así como se menciona la existencia de otros tratamientos pero no hay información sobre qué resultados obtienen, centrándose solo en los principales tratamientos.

Para finalizar, hacer hincapié en como las personas con TLP presentan una interferencia en su vida laboral, social y personal. Para intentar disminuir esta interferencia es de vital importancia llevar a cabo una intervención temprana en la adolescencia, dónde la MBT-A y la DBT-A han demostrado su eficacia en la mejoría de la ideación suicida, de la conducta autolesiva, de la presencia de trastornos comórbidos, como la presencia de síntomas depresivos o de ansiedad o de la impulsividad, habiendo menos datos de la mejora de las relaciones interpersonales y ningún dato de si ha habido algún cambio sobre la percepción de la propia identidad o de las distorsiones cognitivas que presentan. Para futuras investigaciones, serían necesarios más estudios para saber cómo afectan los diversos tratamientos a estas áreas afectadas en adolescentes con TLP.

5. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Belloch, A., Ramos, F., y Sandín, B. (2020). *Manual de psicopatología (3a ed.)*. McGraw-Hill.
- Bo, S., Vilmar, J. W., Jensen, S. L., Jørgensen, M. S., Kongerslev, M., Lind, M., y Fonagy, P. (2021). What works for adolescents with borderline personality disorder: towards a developmentally informed understanding and structured treatment model. *Current Opinion in Psychology, 37*, 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.008>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., y Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet, 398*(10310), 1528–1540. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00476-1)
- Clois, M. G. (2015). Aplicación de la terapia dialéctico conductual en el tratamiento del trastorno límite de personalidad y de la patología dual. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 26*, 81–88.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, NY: Routledge Academic.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., y Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America, 41*(4), 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Garland, J., y Miller, S. (2020). Borderline personality disorder: Part 1 – assessment and diagnosis. *BJPsych Advances, 26*(3), 159-172. doi:10.1192/bja.2019.76
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., y Simonsen, E. (2022). Welfare consequences of early-onset Borderline Personality Disorder: a nationwide register-based case-control study. *European Child y Adolescent Psychiatry, 31*(2), 253–260. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01683-5>

- Jorgensen, M. S., Storebo, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Faltinsen, E., Todorovac, A., y Simonsen, E. (2021). Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features-A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PloS One*, *16*(1), e0245331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245331>
- Kaess, M., y Chanen, A. M. (2020). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *RET: revista de toxicomanías*, *(84)*, 15-26.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscava, M. M., Schmahl, C., y Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kothgassner, O. D., Robinson, K., Goreis, A., Ougrin, D., y Plener, P. L. (2020). Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *7*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9>
- Lenz, A. S., y Del Conte, G. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents in a partial hospitalization program. *Journal of Counseling and Development: JCD*, *96*(1), 15–26. <https://doi.org/10.1002/jcad.12174>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Publications.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., y Linehan, M. (2017). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Peckham, A. D., Jones, P., Snorrason, I., Wessman, I., Beard, C., y Björgvinsson, T. (2020). Age-related differences in borderline personality disorder symptom networks in a transdiagnostic sample. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 508–514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.111>
- Reichl, C., y Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, *37*, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007>

- Skabeikyte, G., y Barkauskiene, R. (2021). A systematic review of the factors associated with the course of borderline personality disorder symptoms in adolescence. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 12.
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00151-z>
- Taubner, S., Volkert, J., Gablonski, T.-C., y Rossouw, T. (2017). Mentalisierungsbasierte Therapie bei Adoleszenten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung – Konzept und Wirksamkeit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(6), 423–434.
<https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.6.423>
- Vogt, K. S., y Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy*, 92(4), 441–464. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
- Wong, J., Bahji, A., y Khalid-Khan, S. (2020). Psychotherapies for adolescents with subclinical and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 65(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/0706743719878975>