

# ■ Revisión de revisiones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para adolescentes con trastorno de la personalidad límite

María V. Navarro Haro<sup>1</sup>, Patricia Mozota Chaudrón<sup>1</sup>, & Azucena García Palacios<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza, España

<sup>2</sup>Universidad Jaume I de Castellón, España

## Resumen

La literatura científica señala que es importante llevar a cabo una intervención psicológica temprana en el trastorno de la personalidad límite (TPL) debido a que en la adolescencia es cuando se observa un mayor auge de los síntomas graves. Sin embargo, existe poca literatura científica sobre qué tratamientos psicológicos son más eficaces para esta población. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de revisiones sobre los datos de eficacia de los tratamientos psicológicos para adolescentes con rasgos o diagnóstico de TPL o desregulación emocional. Se seleccionaron revisiones que evaluaran la eficacia de tratamientos psicológicos en adolescentes (entre 12 y 19 años) con esta problemática. Se realizó una búsqueda de literatura científica en diversas bases de datos (Web of Science, PsycInfo, Pubmed, Dialnet) y se incluyeron un total de 5 revisiones. Resultados: La Terapia Dialéctica Comportamental para adolescentes (DBT-A) y la Terapia Basada en la Mentalización para adolescentes (MBT-A) han demostrado su eficacia para reducir la ideación suicida, los síntomas de TPL, los niveles de ansiedad y depresión, así como mejorar la adaptación social y la calidad de vida después de la intervención. Sin embargo, algunas revisiones sugieren que la MBT-A podría no ser tan efectiva debido a las altas tasas de abandonos. Las intervenciones psicológicas con más evidencia consiguen reducir los síntomas más graves y mejorar la calidad de vida de los adolescentes con este problema. Es fundamental intervenir lo antes posible, lo que ayudará a prevenir el desarrollo y cronicidad de un trastorno grave y difícil de tratar.

*Palabras clave:* Trastorno de la personalidad límite, desregulación emocional, adolescentes, tratamientos psicológicos, evidencia científica.

## Abstract

*Review of reviews on the efficacy of psychological treatments for adolescents with borderline personality disorder.* The scientific literature indicates that it is important to carry out early psychological intervention in borderline personality disorder (BPD) due to the fact that adolescence is when a greater upsurge of the most severe symptoms is observed. However, there is little scientific literature on which psychological treatments are most effective for this population. The aim of this paper is to conduct a review of reviews on the efficacy data of psychological treatments for adolescents with traits or diagnosis of BPD or emotional dysregulation. We selected reviews that evaluated the efficacy of psychological treatments in adolescents (between 12 and 19 years old) with this problem. A search of scientific literature was carried out in various databases (Web of Science, PsycInfo, Pubmed, Dialnet) and a total of 5 reviews were included. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents (DBT-A) and Mentalization-Based Therapy for Adolescents (MBT-A) have demonstrated efficacy in reducing suicidal ideation, BPD symptoms, anxiety and depression levels, as well as improving social adjustment and quality of life after the intervention. However, some reviews suggest that MBT-A may not be as effective due to high dropout rates. Psychological interventions with more evidence achieve to reduce the most severe symptoms and improve the quality of life of adolescents with this problem. It is essential to intervene as early as possible, which will help prevent the development and chronicity of a severe and difficult-to-treat disorder.

*Keywords:* Borderline personality disorder, emotional dysregulation, adolescents, psychological treatments, scientific evidence.

El trastorno de la personalidad límite (TPL) se caracteriza por inestabilidad emocional, alteraciones en las relaciones interpersonales y de la autoimagen. También presenta con-

ductas impulsivas, e ira desmesurada y desproporcionada a la situación (APA, 2013). Se trata del trastorno de personalidad más frecuente con una prevalencia del 1% de la población.

## Correspondencia:

María Vicenta Navarro Haro  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas (Campus Teruel)  
C/ Atarazanas 4, 44003, Teruel  
E.mail: mvnavarro@unizar.es

Dentro de la población clínica se observa una prevalencia de entre el 10 y el 12% (Ellison, 2018).

De acuerdo con la teoría biosocial de Linehan (1993), la etiología del TPL está relacionada con una interacción, desde la infancia y a lo largo del tiempo, entre la vulnerabilidad emocional biológica de la persona que lo padece y un ambiente invalidante. Como resultado, se produce la *desregulación emocional persistente*, que es el problema nuclear del TPL. Este problema tiene 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 TPL tendrían un temor acusado a experimentar emociones, lo que conlleva 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 (García-Palacios y Navarro-Haro, 2020). Esta desregulación emocional persistente tiene como consecuencia la realización de patrones disfuncionales en diversas áreas; emocional, cognitiva, relaciones interpersonales, comportamentales y también una alteración de la identidad, que corresponden con los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013).

Aunque tradicionalmente ha sido un diagnóstico del adulto, el TPL suele identificarse 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 académico, incapacidad para mantener relaciones interpersonales a largo plazo, gran número de discusiones con el entorno social y actos impulsivos y agresivos (Bohus, 2021). Es importante destacar que la adolescencia es la etapa del desarrollo donde se observan más conductas suicidas y autolesivas. La prevalencia de estas conductas en la población adolescente general es del 17%, mientras que en las muestras de adolescentes con un diagnóstico de TPL es del 95% (Reichl y Kaess, 2021). Además, es muy frecuente que adolescentes con rasgos de TPL presenten conductas de riesgo como el consumo de sustancias o conductas sexuales de riesgo, mientras que en los adultos es más frecuente encontrar relaciones interpersonales deterioradas y miedo al abandono (Kaess y Chanen, 2020). El TPL en adolescentes se suele presentar de manera comórbida con trastornos emocionales, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar o los trastornos 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 TPL 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 pueden ser características normativas de la adolescencia (Ellison, 2018). No obstante, los últimos estudios han demostrado que, como otros trastornos de la personalidad, el TPL 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 un trastorno de personalidad

y de un TPL. Una de las recomendaciones en este sentido es que se cumplan los criterios diagnósticos en los adolescentes al menos durante un año (García-Palacios & Navarro-Haro, 2020). La diferencia principal de los adolescentes con TPL y los adolescentes sanos es que, en este último grupo, los problemas de identidad, la impulsividad y la mala regulación emocional van a ir disminuyendo con el tiempo, mientras que en los adolescentes con TPL los síntomas van a ir ganando intensidad (García-Palacios & Navarro-Haro, 2020). No obstante, es importante 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).

Los factores de riesgo que se encuentran asociados con el TPL 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. Además, como sugiere la teoría biosocial, 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 & Barkauskiene, 2021). Por último, los trastornos de la conducta externalizantes e internalizantes que se dan en la infancia y la adolescencia, se han demostrado en algunos casos como predictores del TPL (García-Palacios & Navarro-Haro, 2020).

Respecto a los tratamientos psicológicos para el TPL en la adolescencia, se han llevado a cabo diversas revisiones sistemáticas para evaluar su eficacia. En estas revisiones se ha podido observar que existen diferentes 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 basada en la mentalización, la terapia dialéctica comportamental y la terapia cognitivo analítica. Cabe destacar que estos tratamientos deben ser adaptados a los adolescentes, ya que se ha demostrado que, si no se hacen adaptaciones y se administran de la misma manera que con los adultos, pierden su eficacia (Kothgassner et al., 2021). Las dos terapias con más eficacia son tratamientos integradores: la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia Dialéctica Comportamental. La Terapia Basada en la Mentalización para adolescentes (Mentalization Based Therapy for Adolescents, MBT-A; Jorgensen et al., 2021; Vogt & Norman, 2019; Kothgassner et al. 2020) pone el énfasis en el término *mentalización* (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 & Fonagy, 2004), ya que se ha encontrado que las personas con TPL tienen esta capacidad deteriorada. Esta terapia se lleva a cabo mediante sesiones individuales y grupales, con una duración de 12 meses, también se enfatiza la colaboración de la familia y el entorno social (Taubner et al., 2017). La Terapia Dialéctica Comportamental adaptada a los adolescentes (Dialectical Behavior Therapy for Adolescents; DBT-A; Miller, Rathus y Linehan, 2017; Rathus & Miller, 2014) consiste en terapia individual semanal, un grupo de entrenamiento en habilidades multifamiliares, entrenamiento en habilidades entre sesiones para los adolescentes y sus familias, terapia familiar cuando sea necesario y un grupo de con-

sulta para los terapeutas. El objetivo de la DBT-A es entrenar a los adolescentes y a sus padres/cuidadores en las habilidades necesarias para reducir o detener las autolesiones y suicidas, gestionar eficazmente sus emociones y mejorar sus relaciones. La duración del programa es entre 6-12 meses (dependiendo de la gravedad). La diferencia entre la DBT para adultos y la DBT-A es que en la adaptación con adolescentes se incorpora a la familia en el tratamiento para ayudarlos a entrenar al adolescente en el uso de habilidades y a mejorar sus propias habilidades cuando interactúan con ellos, reduciendo así la influencia del ambiente invalidante; se disminuye el número de habilidades que se deben aprender, y los materiales se adaptan a los adolescentes (Clos, 2015).

Aún queda mucho por descubrir sobre los tratamientos psicológicos para adolescentes con rasgos de TPL, pese a que es en la adolescencia cuando existe una mayor intensidad de los síntomas y un mayor riesgo para la salud. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de revisiones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos disponibles para el TPL en la adolescencia. Se han seleccionado revisiones que estudian tanto a personas con rasgos o diagnóstico de TPL, como a aquellos con desregulación emocional persistente, debido a que es un factor clave en el desarrollo del trastorno. Con todo esto, se quiere responder a la pregunta: ¿Cuáles son los tratamientos psicológicos más eficaces para tratar a los adolescentes que presentan TPL o desregulación emocional?

## Método

### 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 seleccionó la base de datos Dialnet.

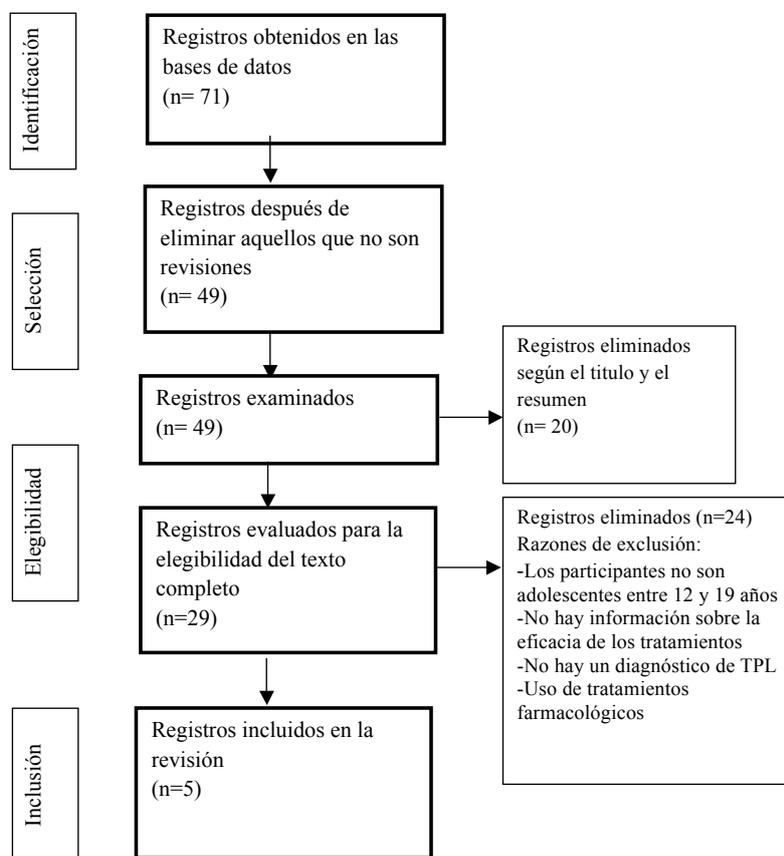
Los criterios de inclusión para la selección de artículos son los siguientes:

- Revisiones sistemáticas publicadas en los últimos 5 años, entre 2018 y mayo de 2022.
- Revisiones escritas en inglés y castellano.
- Revisiones que evalúen la eficacia de intervenciones psicológicas en participantes adolescentes (edades comprendidas entre 12 y 19 años) con rasgos, diagnóstico de TLP o desregulación emocional.

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.

Figura 1. Diagrama PRISMA sobre la selección de revisiones



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 dialéctica conductual”, “Terapia de mentalización” y “terapia cognitiva”. Estas palabras clave deben encontrarse en el título o en el resumen de la revisión.

### Selección de la literatura

Como se muestra en la figura 1, al realizar la búsqueda en las diversas bases de datos se obtuvieron un total de 71 resultados. Se llevó a cabo una primera evaluación que consistió en eliminar todos aquellos resultados que no fueran revisiones, quedando un total de 49 revisiones. Tras realizar el primer cribado se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes de los resultados restantes. Después de esta lectura, se procedió a seleccionar solo aquellas revisiones sistemáticas que trataran sobre los tratamientos psicológicos para el TPL o la desregulación emocional en adolescentes (teniendo en cuenta los criterios de inclusión). Tras esta criba, quedaron 5 revisiones.

### 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  $d$  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. Cabe resaltar que algunos estudios incluyen información sobre el seguimiento de los participantes después del tratamiento.

### 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.

### Resultados

Los resultados de las revisiones que han estudiado la eficacia de tratamientos psicológicos para el TPL en la adolescencia se muestran 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. A continuación, se resumen los resultados más importantes encontrados en las revisiones sistemáticas. Nos centraremos en las tres terapias que más se han estudiado.

### Terapia dialéctica comportamental 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 medianos. 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, la ideación suicida y la gravedad de los síntomas del TPL en comparación con el grupo control o con el tratamiento habitual (*Treatment as Usual*, TAU).

Wong et al. (2020) también encontraron en su revisión que en los adolescentes que habían recibido DBT-A, en comparación con aquellos que recibieron TAU o que se encontraban en lista de espera para recibir tratamiento, se observó una reducción de las conductas autolesivas, de los intentos de suicidio, de las visitas a urgencias y los síntomas depresivos. Por otro lado, se encontró 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 TPL después del tratamiento, pero no se observa un cambio significativo en los meses de seguimiento, por ejemplo, a los 6 meses de finalizar el tratamiento (Jorgensen et al., 2021).

### 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 mejorías en diferentes niveles de la sintomatología del TPL. Los pacientes obtuvieron una mejoría a nivel del funcionamiento global, tanto al momento de terminar como en los meses de seguimiento, también mostraron una mejoría sintomática, mejor ajuste social, reducción de los niveles de ansiedad y depresión como trastornos comórbidos. Sin embargo, 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 mediano 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 estudios controlados aleatorizados (ECAs) donde compara los resultados obtenidos con MBT-A vs. TAU. En este ensayo se advierte que no se observaron diferencias significativas para reducir los actos impulsivos y las conductas autolesivas entre los participantes que recibieron MBT-A y los que recibieron TAU.

### Terapia cognitivo-analítica (CAT)

La terapia cognitivo analítica (CAT) no ha obtenido efectos significativos para reducir la conducta impulsiva, medida

Tabla 1. Resultados de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para adolescentes con TPL y/o desregulación emocional

Autores	Objetivos	Edad y sexo	Número de artículos	Características Participantes	Dispositivo	Intervención	Características intervención	Medidas de resultados	Resultados de Eficacia
Jorgensen et al. (2021) Kothgassner et al. (2020)	Revisar la efectividad de las terapias psicológicas para adolescentes con TPL  Conocer los efectos que tienen diversas intervenciones psicológicas en la ideación suicida y en las conductas suicidas.	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 TPL	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 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 IBAFT y el otro grupo recibe counselling	Cuestionarios: -SCID- II (Mide rasgos de trastornos de la personalidad) -BSL (Mide la presencia de síntomas de TPL)	a) CAT (DM = -0,75 p=0,37) b) ERT y TAU (DM = -2,24 p=0,17) c) DBT-A (DM = -2,33 p=0,02) No hay diferencias estadísticamente significativas en la gravedad de síntomas TPL entre el grupo control y aleatorio en las terapias MBT y ERT, pero sí en la mejoría de la gravedad de lo síntomas y la impulsividad en la DBT-A vs. TAU.
Kothgassner et al. (2021)	Conocer los efectos que tienen diversas intervenciones psicológicas en la ideación suicida 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 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 de resultados	Resultados de Eficacia
Kothgassner 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	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 y síntomas TPL)	Se extraen resultados de ECA y ECC a) DBT-A: -autolesiones (g=0,98), -ideación suicida (g=1,16) -síntomas del TPL (g=0,97)
Vogt y Norman (2019)	Evaluar la eficacia de MBT para disminuir los síntomas del TPL y sus comorbilidades	Evaluación de adultos y adolescentes: entre 13 y 18 77% Mujeres	14 (3 de ellos es en adolescentes)	n=885 Diagnóstico de TPL	Ingresados y ambulatorios	MBT-A	La duración varía entre 4 semanas y 18 meses. El grupo experimental recibe MBT-A y el grupo control recibe TAU.	Cuestionarios: -BDI (Evalúa la presencia de síntomas depresivos) -MFQ (Evalúa el estado de ánimo) -BSL (Mide los síntomas de TPL) - RTSHI (Mide la impulsividad)	Reducción de la gravedad de los síntomas de TPL; MBT-A (la d varía entre 0,7 y 1,42) Reducción de problemas en las relaciones interpersonales (d varía ente 0,81 y 1,26) Reducción síntomas depresivos (d= 1,21) Disminución de los rasgos de ansiedad (d=1,23)

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 dialéctica conductual, DBT-A: Terapia dialéctica 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 TPL 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, TPL: trastorno de la personalidad

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, en 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 significativas entre ambos grupos, aunque la mejoría es más rápida en el grupo que había recibido CAT.

## Discusión

El objetivo de esta revisión es aumentar el conocimiento sobre qué tratamientos son más eficaces para tratar el TPL en pacientes adolescentes. Esto es importante ya que, aunque sí existe información y tratamientos estandarizados para adultos, estos no son igual de eficaces para los adolescentes. A esta falta

de conocimiento hay que sumar la importancia que tiene el realizar una intervención temprana en el TPL, 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 conducta suicida, y que se multiplica de manera exponencial en población clínica. Pero además de las altas tasas de conducta suicida, los adolescentes con TPL suelen presentar otros trastornos comórbidos como la ansiedad o la depresión, es también frecuente el abuso de sustancias y la muerte prematura. Además, se ha encontrado que el hecho de padecer TPL antes de los 19 años es predictivo de un déficit en el funcionamiento psicosocial en la adultez (Winsper et al., 2015). Por todo lo descrito anteriormente, es importante llevar a cabo una intervención temprana, ya que se podría mejorar la calidad de vida de estas personas, dotándolos de mejores habilidades de regulación emocional y habilidades sociales, así como mejorar

su funcionamiento global.

Los resultados de cinco revisiones muestran cómo diversos tratamientos (DBT-A, MBT-A) obtienen mejoras significativas en comparación con el tratamiento habitual. 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 ideación suicida y la conducta autolesiva, la gravedad de los síntomas de TPL, los síntomas de depresión, la impulsividad y en el funcionamiento global. Estos datos apoyan las recomendaciones de la última guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2022) sobre el uso de DBT-A para el manejo del autodaño (intencional o no intencional) en adolescentes, reconociendo su eficacia en la disminución de las conductas autolesivas después de recibir la intervención, sobre todo en adolescentes mayores de 12 años. Esta guía recomienda replicar los resultados en los seguimientos después del tratamiento.

Por otro lado, la aplicación de la MBT-A se relaciona con una mejoría de los niveles de ansiedad y depresión, ideación suicida y con una mejor adaptación social. Sin embargo, no se observan mejorías significativas en conductas autolesivas y en algunos estudios se presentan altas tasas de abandonos. Por último, la CAT no presenta mejorías significativas cuando se compara con la condición control.

A pesar de su gran utilidad, 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. Es importante también replicar los resultados en los estudios de seguimiento. 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 adolescentes con TPL. En algunas revisiones, se menciona la existencia de otros tratamientos, pero no hay información suficiente sobre qué resultados obtienen, centrándose solo en los principales tratamientos que hemos comentado.

Para finalizar, es importante hacer hincapié en como las personas con TPL presentan una alta intensidad sintomatológica y una gran interferencia en la vida diaria. Para intentar mejorar este problema es de vital importancia llevar a cabo una intervención temprana. Las revisiones sugieren que hasta el momento la DBT-A ha sido la intervención que ha demostrado mayor eficacia en la mejoría de la ideación suicida, la conducta autolesiva, los síntomas de TPL, los síntomas depresivos y la impulsividad, habiendo pocos datos sobre la mejoría en las relaciones interpersonales y ningún dato sobre 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 otras áreas afectadas en adolescentes con TPL, replicar los resultados en adolescentes del género masculino, comparar los tratamientos con otras intervenciones equiparables y realizar estudios de seguimiento después del tratamiento.

## Financiación

Este trabajo ha sido financiado por la Fundación Ibercaja

y la Universidad de Zaragoza a cargo del proyecto: “JIUZ-2021-SOC-11: Predictores de adopción de la Terapia Dialéctica Comportamental en profesionales de salud mental que tratan pacientes con conductas suicidas y/o disregulación emocional.”

## Conflicto de intereses

Las autoras de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Bateman, A. W., & 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>
- García-Palacios, A., & Navarro Haro, M.V. (2020). Trastorno de la Personalidad Límite. En Belloch, A., Ramos, F., y Sandín, B. (2020). *Manual de psicopatología, volumen II, tercera edición* (pp. 443-461). McGraw-Hill.
- Bo, S., Vilmar, J. W., Jensen, S. L., Jørgensen, M. S., Kongerslev, M., Lind, M., & 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., & 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 dialéctica 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*. Routledge Academic.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & 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., & Miller, S. (2020). Borderline personality disorder: Part 1 – assessment and diagnosis. *BJ Psych Advances, 26*(3), 159–172. doi:10.1192/bja.2019.76
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & 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>
- Jørgensen, M. S., Storebo, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Faltinsen, E., Todorov, A., & 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., & 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., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & 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., & 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., & 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*. Guilford Publications.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. (2017). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- National Institute for Health and Care Excellence (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- Peckham, A. D., Jones, P., Snorrason, I., Wessman, I., Beard, C., & Björgvinsón, 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>
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2014). *DBT skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
- Reichl, C., & 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., & 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., & 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., & 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>
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S. T., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychological Medicine*, 45, 11, 2237–51. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000318>
- Wong, J., Bahji, A., & 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>