

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN H.A. BARCELÓ
MAESTRÍA EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA

**TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN
PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD**

Revisión actualizada de la literatura médica

Alumna: Gisela Mannoia.

Directora de Tesina: Dra. Maria Cecilia Garcia.

e-mail: gisela_mann@hotmail.es

Buenos Aires, febrero de 2024

Índice

Introducción	3
Pregunta- problema de investigación.....	6
Justificación	7
Hipótesis.....	9
Objetivos.....	9
Marco teórico.....	10
1. La persona.....	10
2. Los trastornos de Personalidad (TP).....	13
3. El Trastorno límite de personalidad.....	16
4. Sintomatología de los individuos con TLP.....	20
4. Factores predisponentes.....	23
5. Diagnóstico.....	35
6. Tratamientos terapéuticos.....	38
6.1 Tratamientos no farmacológicos.....	43
MATERIAL Y MÉTODO	47
Tipo de diseño	47
Universo y muestra.....	47
Términos Mesh.....	48
Análisis de los datos	49
RESULTADOS	49
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES	63
Bibliografía.....	65

Índice de tablas

Tabla 1. Conducta anormal y modelo multiaxial DSM-5.....	20
Tabla 2. Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos en el TLP.....	22
Tabla 3. Medicamentos comúnmente usados para el TLP.....	41
Tabla 4. Ruta de búsqueda en PubMed- términos Mesh	48
Tabla 5. Características de los estudios incluidos en la revisión	49
Tabla 6. Procedimientos y principales resultados de los estudios	51

Índice de gráficos

Gráfico 1. Años de publicación de los estudios incluidos	56
Gráfico 2. Tipo de estudios incluidos	57
Gráfico 3. Estudios según los sexos incluidos en sus análisis	57
Gráfico 4. Fármacos estudiados en los ensayos incluidos	58

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una psicopatología frecuente en la práctica clínica. Tizón (2017) refiere que este es un trastorno mental grave, cuya prevalencia se estima entre el 1% y el 6% de la población mundial. La prevalencia de esta patología mental aumenta en los servicios de urgencias generales y en las urgencias psiquiátricas. Son más propensas a padecerlo las personas sometidas a procesos judiciales o legales. Además, es un trastorno que posee numerosas manifestaciones psiquiátricas en comorbilidad, como trastornos de ansiedad, trastornos adictivos o trastorno por uso de sustancias (TUS), trastornos del humor y otros trastornos de personalidad.

Las personas que padecen TLP suelen presentar un patrón de comportamiento con características específicas, siendo la más evidente el hecho de vivir todas las situaciones y experiencias con un alto nivel de intensidad. Al mismo tiempo, transitan de manera rápida, en minutos incluso, por emociones dicotómicas. (Caballo V E, Gracia A, López-Gollonet C. & Bautista R., 2004)

El TLP posee el apelativo de fronterizo o se conoce también bajo el término anglosajón "borderline". Desde su génesis, el TLP se ha manifestado como un trastorno indefinido, marcado por unos patrones característicos de impulsividad, inestabilidad de las relaciones personales, conflictos para relacionarse con los otros, inestabilidad de autoimagen y cambios repentinos en ideas, valores y aspiraciones (Novella E. , 2015).

Otra característica frecuente que señala el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5* (DSM-5) es que las personas con este trastorno suelen presentar un estado de ánimo reactivo, es decir, tienen episodios de euforia intensa, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas. El estado de ánimo disfórico se ve interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación, que rara vez se alivian con momentos de bienestar

o satisfacción. Asimismo, el Manual DSM-5 y la literatura en general indica que las personas con TLP suelen presentar esta patología en comorbilidad, como trastorno bipolar o el trastorno por uso sustancias (TUS), ya que son sujetos autolesivos y ansiosos. Asimismo, (DSM-5) señala que, si bien en pocas ocasiones se consuma el acto suicida, los actos de automutilación y las amenazas de suicidio son bastante frecuentes en estos sujetos.

Mosquera y González (2013) reportan que el TLP se diagnóstica de una forma más frecuente en mujeres en un 75% de los casos, que en hombres. También es común su incidencia significativa en adolescentes(Chanen A M, Nicol K, Betts K J, Thompson K. N., 2020).

En cuanto a su abordaje terapéutico, el abordaje con psicoterapia, terapia cognitiva conductual o terapia dialéctica conductual son opciones de tratamiento con resultados favorables en cuanto a la reducción de los síntomas graves, como suicidio, autolesión y mejora en el funcionamiento psicosocial(Storebø O J, Stoffers-Winterling J M, Völlm V A, Kongerslev M. et al., 2020).

Respecto al efecto de los fármacos psicoactivos para tratar el trastorno, no hay datos concluyentes en los estudios ni tampoco un criterio único sobre la farmacología a emplear.El metaanálisis de Gartlehner, Crotty, Kennedy, Edlund et al. (2021), elaborado con 21 ensayos controlados aleatorizados (ECA) reportó que para los síntomas moderados o graves de este trastorno se utilizan mayormente antipsicóticos, anticonvulsivos y antidepresivos de segunda generación. Los menos recomendables son las benzodiazepinas, la melatonina, los agonistas o antagonistas de opiáceos ni fármacos hipnótico-sedantes. En el caso de los antipsicóticos atípicos, la quetiapina en dosis variables (entre 300 a 50 mg/día), olanzapina(2,5 a 25 mg/día), lamotrigina (200 mg/día), divalproato de sodio (250 mg/día) se encuentran entre los fármacos más empleados.

La investigación actual de Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C. et al. (2023) refiere que, ante la presencia del TLP en comorbilidad con otro trastorno, como el trastorno depresivo mayor, se suelen prescribir los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como el escitalopram, la sertralina o fluoxetina. En el caso de las crisis aguda, que incluyen el comportamiento y la ideación suicida, la ansiedad extrema, episodios psicóticos u otra conducta extrema que pueda poner en riesgo al paciente, se suele manejar con antipsicóticos de baja potencia, como la quetiapina, o los antihistamínicos sedantes, como la prometazina.

De ese modo, como no hay un tratamiento estándar ni tampoco consistencia en las investigaciones actuales respecto de los tratamientos farmacológicos más acordes para tratar el TLP, y frente a la dificultad que conlleva su intervención, se propone profundizar, a partir de ensayos controlados aleatorizados (ECA) actuales en las terapias más comunes empleadas en estos casos, así como hacer un abordaje de los tratamientos no farmacológicos que más se están empleando frente a un trastorno de salud mental que sigue constituyendo un desafío para la práctica clínica.

Pregunta- problema de investigación

- ¿Cuáles son los tratamientos psicofarmacológicos y no farmacológicos más empleados en los pacientes con trastorno límite de personalidad, según estudios científicos actuales?

Otras preguntas secundarias son:

- ¿Cuáles fueron los síntomas o características conductuales más frecuentes en los casos que tuvieron prescripción farmacológica, según la evidencia disponible?
- ¿Qué tratamientos farmacológicos se prescribieron en los casos de pacientes con TLP en comorbilidad con otros trastornos de salud mental?

- ¿Cuáles son los tratamientos no farmacológicos más frecuentemente empleados en estos casos, según los últimos datos de la literatura médica?

Justificación

Debe decirse que el TLP mantiene un curso continuado a lo largo del tiempo, que va deteriorando la vida de las personas que lo padecen. Se ha determinado que sus manifestaciones sintomáticas no son fijas, sino que van cambiando. El estudio de Conway, Hipwell y Stepp (2017) quiso determinar la durabilidad de la conducta límite de estas personas o la propensión inalterable de ciertos aspectos típicos de la personalidad “borderline” para verificar hasta qué punto se mantienen estables o cambian con el tiempo. Para ello, se realizó una investigación longitudinal en la cual se aplicó el modelo de medición TSO (rasgo, estado y ocasión) a una muestra de 2.540 mujeres de alto riesgo en edades comprendidas entre los 14 y los 20 años. Se entrevistaron los hogares de estas mujeres y sus cuidadores. Se obtuvo como resultado que los síntomas del TLP variaban en el tiempo porque están sujetos a los cambios emocionales de la persona. Se determinó que este trastorno no es más estable que la depresión, sino que es un trastorno episódico.

López, Rondón, Alfano y Cellerino (2013), manifiestan que los pacientes con TLP no saben cómo llegaron a ser lo que son, cómo contribuyen a crear sus problemas ni tampoco saben cómo cambiar. En ese orden, responden a los siguientes criterios: siempre se han comportado de la misma manera; no acepta el régimen terapéutico; la terapia parece llegar a una interrupción súbita, sin razón alguna; no tienen conciencia del efecto que su conducta tiene sobre los demás; expresan voluntad de cambio, pero no siguen las indicaciones; ven los problemas como aspectos fundamentales de su “yo”, que le parecen aceptables y naturales (López P A, Rondón J.M., Alfano S.M y Cellerino, C. , 2013, pp. 3-4).

La orientación terapéutica del TLP muestra diversos enfoques. Mientras algunos autores como Tizón (2017) señalan que no se precisan fármacos para tratar a los sujetos con TLP, otros estudios sugieren medicación farmacológica. Pero, las investigaciones coinciden en que el tratamiento de primera línea para el TLP es la psicoterapia, mientras la farmacoterapia generalmente se usa como complemento de la primera para el tratamiento de síntomas específicos.

De acuerdo con un estudio de la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* o Agencia Canadiense de Drogas y Tecnologías en Salud, en el año 2017, se precisó que los medicamentos más utilizados para tratar el TLP son los antipsicóticos, los estabilizadores del estado de ánimo y los antidepresivos. No obstante, la farmacoterapia solo reduce parcialmente los síntomas, incluida la labilidad, la ira inapropiada, la disforia, la impulsividad, la agresión contra sí mismo y los demás, la disociación, la identidad alterada, la paranoia y los problemas interpersonales. Este estudio determinó que los fármacos más empleados son el Aripiprazol, con una dosis diaria media de 15 mg; el Ziprasidona, con una dosis diaria media 20 a 80 mg; la Olanzapina, con una dosis diaria media de 5 a 10 mg; el Haloperidol, con una dosis diaria media de 5 mg y la Quetiapina XR con una dosis diaria de 150 mg.(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2017)

Otro estudio de Aguglia A., Mineo L., Rodolico A. et al (2018) intentó probar con Asenapina para tratar paciente con TLP en comorbilidad con otra patología, a fin de probar si este fármaco contribuye a reducir la impulsividad y violencia de estos pacientes. Este fármaco está indicado clínicamente para estabilizar el estado de ánimo y además es utilizado como antipsicótico. En ese sentido, los autores hicieron un estudio clínico no controlado en 50 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 75 años, divididos en dos grupos; un subgrupo de pacientes con TLP comórbido y otro grupo de TLP sin comorbilidad. De acuerdo con la investigación, después de 12 semanas de administración, se demostró que la

Asenapina sería eficaz para reducir la impulsividad y los niveles de agresividad en ambos subgrupos de pacientes. El estudio no registró efectos adversos graves de esta medicación y no hubo interrupción del tratamiento. Se destacó que una mayor proporción de pacientes con TLP comórbido evidenciaron reducción de la agresividad física. En síntesis, la Asenapina habría mostrado un buen perfil de tolerabilidad y seguridad, sin que ningún paciente experimentara efectos adversos graves o aumento de peso.

De esta manera, la investigación que se propone resulta de interés para los profesionales del campo de la psiquiatría en tanto permite profundizar en el tratamiento farmacológico más adecuado frente a los síntomas del trastorno límite de personalidad (TLP), una patología mental que constituye un desafío porque es frecuente su presentación en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. El TLP aún no ha sido suficientemente sistematizado y tampoco hay datos completamente concluyentes respecto de sus abordaje farmacológico y no farmacológico.

Hipótesis

El enfoque psicofarmacológico del trastorno límite de personalidad depende de las características de cada caso, así como del nivel de gravedad de la sintomatología del paciente y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Objetivos

Objetivo general

Establecer los tratamientos psicofarmacológicos y no farmacológicos más empleados en los pacientes con trastorno límite de personalidad según estudios científicos actuales.

Objetivos específicos:

- Observar los síntomas o características conductuales más frecuentes en los casos que tuvieron prescripción farmacológica según los estudios actuales.
- Identificar los tratamientos farmacológicos que frecuentemente se prescribieron para el trastorno límite de personalidad, de acuerdo con la evidencia disponible en la literatura.
- Especificar los tratamientos no farmacológicos más frecuentemente empleados en estos casos, según datos de la literatura médica actualizada.

Marco teórico

1. La persona

La palabra “persona” se asociaba en la Grecia clásica con la idea de “máscara”, es decir con el hecho de enmascarar o cubrir el rostro. Esta etimología proviene de la representación teatral, pero bien puede acoplarse a la idea del “yo” como el ser consciente, que a su vez se constituye en tanto tal en interrelación con el medio social que le rodea, como la familia, la escuela, los vínculos sociales y afectivos diversos (Velasco S, C., 2003).

El individuo nace totalmente inconsciente y en las primeras etapas de su vida es semiconsciente. A medida que va creciendo, la conciencia o el “yo” se va desarrollando, lo cual indica que, la personalidad del individuo se va formando de manera gradual. En ese orden, el individuo se hace persona en la medida en que es consciente de sus actos.

A su vez, el yo está ligado a los demás estadios de la personalidad definidos por Sigmund Freud, el “ello” y el “superyó”. Mientras que el yo es la persona consciente, en el ello se aloja el inconsciente, es decir, los instintos básicos o primarios, o podría decirse, el animal que cada ser humano guarda dentro de sí y que es controlado o reprimido por medio de la cultura y el medio social que lo convierte en persona a través de unos valores y unas reglas de convivencia.

Para vivir en el medio social, el sujeto debe controlar sus impulsos y sus instintos primarios, reprimidos en el inconsciente o el ello. En este último también se ubican los deseos, las pulsiones como el hambre, el sexo, entre otros. Entender esto puede contribuir a comprender porqué se desencadenan trastornos o enfermedades mentales.

El superyó se compone de la moral, las normas, los valores y toda la estructura que sirve de inhibidor y que posibilita a la persona vivir en sociedad. Este proceso que da lugar a la formación de esta instancia se denomina introyección, que ocurre cuando el superyó está formado por dos partes, la conciencia y el yo ideal, es decir, lo que no se debe hacer y lo que se debe hacer y se debería llegar a ser. Asimismo, la conciencia se rige por el principio de moralidad, lo correcto y lo incorrecto socialmente de cada comportamiento. La ruptura de los códigos morales provoca la aparición de sentimientos de culpa; la satisfacción del ideal del yo produce sentimientos de orgullo y respeto hacia sí mismo en la persona (Velasco S, C., 2003).

De acuerdo con Freud, la personalidad del sujeto se forma a través de la intermediación del yo con las otras dos instancias de la conciencia, el ello y el superyó. Por una parte, el ello presiona desde lo más profundo, ansiado gratificación. Por la otra, las prohibiciones del superyó evitan que estos deseos se satisfagan directamente. Por ese motivo, a la perspectiva psicoanalítica se le atribuye un tono pesimista: los seres humanos viven en un estado de perpetuo conflicto entre las necesidades y las limitaciones de las distintas partes de la personalidad.

En este mismo orden, para que la personalidad se estructure debe pasar por algunas etapas o estadios: infancia, juventud, adultez y vejez. Cada una de estas etapas tiene características bien definidas y ampliamente analizadas desde diversas ciencias médicas. Desde el punto de vista de la psiquiatría y psicología hay unos rasgos que se presentan en

cada momento de la vida y que son claves para comprender porqué una persona desarrolla un trastorno mental.

Debe indicarse que las etapas de la infancia y la adolescencia representan dos fases significativas de la vida de un ser humano. En la primera se va descubriendo el mundo, primero desde lo sensorial y después a través del lenguaje. Por su parte, en la adolescencia se va descubriendo paulatinamente el “yo” y se suceden las primeras crisis vinculadas con temores, descubrimientos sexuales, ingreso en determinados círculos o intereses, separación progresiva de los padres, entre otros cambios. Cada una de estas etapas de la vida provocan crisis en la persona y el modo cómo se afronten cada una de estas puede determinar problemáticas en la estructuración de la personalidad(Guardini, R., 2010).

Los traumas vividos en esta etapa pueden dejar huella en la psique de la persona durante toda su vida, en especial si se trata de sujetos que en su infancia o adolescencia sufrieron maltrato físico y emocional, abuso sexual, vejámenes, entre otros procesos que pueden marcar el desenvolvimiento ulterior del sujeto en la edad adulta.

Los trastornos de personalidad se han explicado a lo largo de la historia de la psiquiatría desde diversos ángulos, desde las teorías que se enfocan en los aspectos de orden social o familiar, hasta los vinculados con problemas de índole fisiológica o biológica, como la genética, alteraciones hormonales o disfunciones en la constitución de la masa encefálica, entre otras perspectivas.

Freud no abordó directamente el concepto de identidad, sino que la mencionó de manera tangencial. Sin embargo, en el modelo estructural del aparato psíquico que diseñó, el autor abordó la identificación, la cual es entendida como un mecanismo fundamental en la constitución del Yo y del objeto(Freud, S. , 1923/1992).

El yo se diferencia conceptualmente de la identidad, aunque son términos relacionados. A efectos de este estudio conviene seguir a Kernberg (1984) en relación con

su concepto sobre “identidad integrada”. Este término se vincula con la calidad de las relaciones objetales. Tiene que ver con la estabilidad y profundidad de las relaciones de la persona con los otros significantes, como pueden ser calidez, dedicación, interés, tacto, empatía y la capacidad para mantener una relación cuando es invadida por el conflicto o la frustración(Kernberg, O., 1984/1992).

2. Los trastornos de Personalidad (TP)

Un persona que padece un trastorno de personalidad manifiesta un rasgo anormal respecto del comportamiento y las expectativas que son acordes con su cultura. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5) postula que este tipo de trastornos indican “variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad, que se mezclan imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos” (p. 646).

Siguiendo el referido Manual DSM-5, un patrón común y característico de estos trastornos es que se manifiesta en función de dos o más de los siguientes aspectos: 1). Cognición o formas de percibir o interpretarse a sí mismo, a otras personas o a las circunstancias; afectividad que opera en función de una labilidad e intensidad; un esquema de funcionamiento interpersonal por lo general inadecuado u oscilante; problemas de control de impulsos. De igual forma, el Manual ha hecho una clasificación y descripción de los trastornos de personalidad existentes, los cuales representan “los espectros de disfunción de la personalidad en un continuo con otros trastornos mentales” (APA, 2014, p. 646).

Los TP se presentan en un continuo, lo que indica que sea común que una persona presenta varios trastornos, por lo cual, para lograr un diagnóstico específico, se toman en cuenta hasta tres de los criterios establecidos en el DSM-5. De igual forma, a lo largo de la historia de la psiquiatría y la psicología han existido diversos modelos para explicar las enfermedades y trastornos mentales. En primer lugar, las explicaciones biológicas han hecho aportes al campo de la ciencia médica y de la psiquiatría para explicar una gran cantidad de

patologías. Son diversos los estudios que tratan de profundizar en el factor de heredabilidad como responsable de patologías psiquiátricas; de hecho, de acuerdo con Holguin y Palacios (2014), las primeras investigaciones vinculadas con genética y psiquiatría datan de más de 100 años e involucraron métodos de genética clínica y conductual, estudios con pares de gemelos, entre otros.

No obstante, ya es extendido que no solo los aspectos biológicos o genéticos influyen en las psicopatologías, sino que también están involucrados factores psicodinámicos y también ambientales vinculados con las relaciones sociales y familiares. Como se explicó previamente, fue Freud uno de los primeros teóricos en explicar el modelo estructural vinculado con la perspectiva psicodinámica a partir de su teoría de los tres estadios de la conciencia. El psicoanálisis freudiano explicó cómo se producen los conflictos intrapsíquicos que padece el sujeto y que pueden conllevar a la persona a padecer una alteración de la personalidad, trastorno o enfermedad mental.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV distingue el funcionamiento de la personalidad, tanto personal como interpersonal. En conjunto con esto, detalla un conjunto de rasgos de personalidad. Estos se organizan en cinco grandes ámbitos: el afecto negativo, el desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo. Cuando los rasgos de personalidad son inflexibles, desadaptativos y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo en la persona.

Al ser la personalidad un conjunto de características de la persona, relativamente estables y que se forman a partir de su historia de vida, los rasgos ejercen influencia en el desarrollo de trastornos de personalidad, ya que estos tienen impacto en la forma en que la persona se desenvuelve y también afectan sus decisiones personales. Los rasgos de personalidad determinan la respuesta que tienen la persona ante situaciones de estrés de forma estable y continuada en el tiempo.

Algunas personas desarrollan rasgos de neuroticismo que las define como inestables emocionales. Esto se relaciona con estados de preocupación, tensión, ansiedad o tendencia a la culpabilidad. Este tipo de personas suelen tener una autopercepción y percepción de las cosas altamente sesgada. También hay rasgos de personalidad que tienden a la escrupulosidad o que hace las tareas con sumo esmero y cuidado; tienden al perfeccionismo y están asociadas con los trastornos obsesivo-compulsivos. A su vez, hay personas con rasgos de extraversión o excesivamente abiertas, sociables; estas tienden al liderazgo y buscan sensaciones vinculadas con nuevas experiencias, lo cual puede relacionarse con trastorno histriónico de la personalidad o trastorno narcisista de la personalidad. La diferencia entre uno y otro está en algunos rasgos de personalidad que exhiben estos últimos, como la grandiosidad, la coquetería, la insensibilidad y la necesidad; estos desean que las otras personas los atiendan y los admiren. La contraparte sería la introversión, es decir, personas cerradas, poco sociables o aisladas, evitativas, con desconfianza hacia los demás.

El rasgo de personalidad límite es el tipo de personalidad difusa o no integrada. Se trata de personas que tienen un procesamiento autorreferencial alterado de sí mismo y de los otros. Suelen describirse a sí mismos de forma peyorativa y negativa. Estos perciben la vida de una forma polarizada, en polos extremos o viven en realidades dicotómicas que no logran integrar. Esto también los lleva a no tener ideas, creencias o valores fijos, puesto que cambian rápidamente de opiniones, de metas, de carrera, de ocupación laboral. Esa situación obstaculiza su desenvolvimiento profesional, laboral, interpersonal y perturba todos los órdenes de la existencia porque somete a los individuos a un conflicto interno del cual no pueden salir por sí mismos. Ello causa además la tendencia hacia el fracaso en todas las actividades o propósitos que se tracen, ya que no sostienen un criterio coherente de vida.

Los rasgos de personalidad que tienden a la agresividad, la impulsividad, el engaño y que pierden el control de sus impulsos inhibitorios suelen estar asociados con personas que tienen trastorno antisocial de la personalidad. Otros rasgos de estas personas son: manipulación, insensibilidad, hostilidad y suelen ser personas temerarias, que corren riesgos. La desinhibición los lleva a tener un comportamiento irresponsable, como desinterés e incumplimiento de sus obligaciones de todo tipo, como cumplimiento de acuerdos, promesas, compromisos económicos, entre otros.

3. El Trastorno límite de personalidad

El trastorno límite de personalidad (TLP) es una patología mental incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5), específicamente dentro de los trastornos del Eje II. Este trastorno todavía atraviesa por indefiniciones, pero se tiene conocimiento de que suele manifestarse al principio de la edad adulta. Suele ocurrir con frecuencia que se haga un diagnóstico erróneo debido a las características comunes que presenta con otros TP y es frecuente que se encuentre en comorbilidad con otra patología o trastorno. A partir de estas imprecisiones resulta también difícil su enfoque terapéutico.

El DSM-5 refiere que los sujetos con TLP están en una continua búsqueda de demostración afectiva, lo cual puede truncarse por situaciones que resultan insignificantes y pasan inadvertidas para los demás. Los sujetos con esta patología se muestran al acecho de cualquier mínima circunstancia que les corrobore que van a ser abandonados. Bajo esta idea, el Manual también refiere que la persona con TLP puede llegar a autolesionarse y tener ideas suicidas, aunque el suicidio solo se consume entre 8 y 10% de los casos (APA, 2014, p. 664).

Conway, Hipwell y Stepp (2017) refieren que existen rasgos característicos del TLP que suceden como reacciones sintomáticas agudas a factores de estrés, mientras que otras características evolucionan más lentamente. Los autores refieren que la adolescencia es un

periodo de aumento de los síntomas del trastorno y también es un periodo de cambios de la patología. En ese sentido, sus rasgos fijos son más estables en la adultez, de allí que recomiendan cautela en el diagnóstico durante la adolescencia.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una psicopatología frecuente en la práctica clínica. Tizón (2017) refiere que el TLP es un trastorno mental grave, cuya prevalencia se encuentra estimada entre el 1% y el 6% de la población mundial. El autor señala que su incidencia aumenta en los servicios de urgencias generales y en las urgencias psiquiátricas. Son más propensas a padecerlo las personas sometidas a procesos judiciales o legales. Además, es un trastorno que posee numerosas manifestaciones psiquiátricas en comorbilidad, como trastornos de ansiedad, trastornos adictivos o trastorno por uso de sustancias (TUS), trastornos del humor y otros TP.

Las personas que lo padecen suelen presentar un patrón de comportamiento con características específicas, siendo la más evidente el hecho de vivir todas las situaciones y experiencias con un alto nivel de intensidad. Las personas con esta patología transitan de manera rápida, en minutos incluso, por emociones dicotómicas. (Caballo, V.; Gracia, A.; López-Gollonet C. & Bautista R. , 2004)

El TLP posee el apelativo de fronterizo o se conoce también bajo el término anglosajón "borderline". Novella (2015) explica que estos términos se deben a que, durante la segunda mitad del siglo XIX, los autores indicaban el hecho de que existían un conjunto de personas que sin estar "locas" mostraban peculiaridades en su comportamiento, sus sentimientos o su carácter, que resultaban llamativas. Desde su génesis, el TLP se ha manifestado como un trastorno fronterizo, indefinido, marcado por unos patrones característicos de impulsividad, inestabilidad de las relaciones personales, conflictos para relacionarse con los otros, inestabilidad de autoimagen y cambios repentinos en ideas, valores y aspiraciones.

De igual forma, Caballo, Gracia, López-Gollonety Bautista (2014) señalan que las personas con TLP son proclives a que se les califique con expresiones como: “tan pronto están adorando a su pareja como al minuto la están odiando” (p. 137). De tal modo que, la vida para el sujeto con este trastorno es concebida como una constelación de emociones extremas o límite, es decir, las acciones que llevan a cabo las hacen con intensidad, con el propósito de llenar el vacío que los aflige.

Las dicotomías son una constante en todos los ámbitos de vida de las personas con TLP. Las relaciones emocionales que establecen fluctúan y suelen ser efímeras. Al iniciar una relación afectiva, sea amorosa o amistosa, se entregan por completo. No obstante, conforme avanza la interacción, el sujeto límite va acortando distancias con la otra persona, hasta el punto de asfixiarla. Este tipo de individuos llenan su mundo con el del otro y pretenden que las demás personas vean también desde su propia óptica. Si no es así, abandonan rápidamente los lazos afectivos (Caballo, Gracia, López-Gollonety Bautista, 2014).

Debe decirse que el TLP ha sido para los teóricos un trastorno que susceptible de indefiniciones, es decir, no hay una perspectiva clara sobre el mismo. Históricamente, se destacan seis concepciones históricas que han girado en torno a esta patología:

- Perspectiva biológica: indica que la patología tiene orígenes biológicos o genéticos. Esta visión está en sintonía con el DSM-5.
- Perspectiva asociada a la esquizofrenia: el TLP sería un continuo con la esquizofrenia.
- Perspectiva afectiva: refiere que el TLP es un trastorno afectivo porque conlleva cambios emocionales bruscos, hay irritabilidad y depresión.

- Trastorno de control de impulsos: es un trastorno que se manifiesta en la incapacidad para demorar la gratificación, por lo que está relacionado con el consumo de sustancias.
- Trastorno por estrés postraumático: hay datos en la literatura que lo asocian a este trastorno, en tanto que los sujetos con esta patología presentan historias de abusos sexuales.
- Perspectiva psicodinámica: Hay una vertiente teórica que sugiere que el TLP está en línea con un nivel de organización de la personalidad y está a medio camino entre la neurosis y la psicosis.

Kernberg (1984/1992), quien es uno de los autores centrales de la perspectiva psicodinámica, refiere que el diagnóstico TLP precisa de la conducta observable y de los síntomas. Este autor adoptó el término “organización de personalidad límite” y explicó los aspectos vinculados a la identidad en las personas que tienen este padecimiento al adoptar los conceptos de identidad integrada y difusión de la identidad.

Para Kernberg (1984/1992), en este trastorno no interfiere la herencia genética o biológica, como ocurre con la esquizofrenia, sino que se toman en cuenta las “características estructurales intrapsíquicas de los pacientes con una organización de personalidad límite junto con otros criterios originados en el diagnóstico descriptivo” (Kernberg, 1984/1992, p. 1).

Conociendo las características psíquicas que desarrolla el paciente con personalidad límite se puede precisar fielmente el diagnóstico, así como sus mecanismos de intervención. En ese sentido, en estos casos no se obtienen mayores aportes al estudiar las posibles asociaciones genéticas o hereditarias, sino que resulta más ventajoso contar con un enfoque estructural en el que se analice la estructura psíquica del sujeto y las relaciones de su entorno.

4. Sintomatología de los individuos con TLP

De acuerdo con el enfoque multiaxial del DSM-5, el trastorno límite se ubica en el eje II relativo a los trastornos de personalidad (Ver Tabla 1). El Manual refiere que los sujetos con TLP están en una continua búsqueda de demostración afectiva, lo cual puede truncarse por situaciones que resultan insignificantes y pasan inadvertidas para los demás. Los sujetos con esta patología se muestran al acecho de cualquier mínima circunstancia que les corrobore que van a ser abandonados. Bajo esta idea, el Manual también refiere que la persona con TLP puede llegar a autolesionarse y tener ideas suicidas, aunque el suicidio solo se consuma entre 8 y 10% de los casos (APA, 2014, p. 664).

Tabla 1. Conducta anormal y modelo multiaxial DSM-5

Eje I. Síndromes clínicos	Eje II. Trastornos de la personalidad	Eje III. Enfermedades médicas generales	Eje IV. Escala de evaluación de la actividad global	Eje V.
Ansiedad Obsesiones Compulsiones Fobias Trastornos afectivos Depresión Trastorno bipolar Esquizofrenia Abuso de sustancias Abuso de alcohol Abuso de otras sustancias. Trastornos de la alimentación Anorexia Bulimia Trastornos sexuales	Esquizoide. Por evitación. Depresivo. Por dependencia. Histriónico. Narcisista. Antisocial. Sádico. Obsesivo-compulsivo. Negativista. Masoquista. Límite. Esquizotípico. Paranoide.	Cualquier enfermedad médica que sea relevante para la comprensión de los trastornos del Eje I y II	Familia Educación Cuestiones laborales. Cuestiones domésticas. Cuestiones económicas Cuestiones legales.	Nivel general de actividad psicológica, social y laboral

Otros				
-------	--	--	--	--

Tabla 1. Conducta anormal y modelo multiaxial. Fuente: APA (2014).

Las personas con TLP tienen como principal problema la desregulación emocional. Esta característica frecuente que señala el DSM-5 los hace tener un estado de ánimo reactivo, es decir, tienen episodios de euforia intensa, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas. El estado de ánimo disfórico se ve interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación, que rara vez se alivian con momentos de bienestar o satisfacción. Asimismo, el Manual DSM-5 y la literatura en general indica que las personas con TLP suelen presentar esta patología en comorbilidad, como trastorno bipolar o el trastorno por uso sustancias (TUS), ya que son sujetos autolesivos y ansiosos.

Mosquera y González (2013) reportan que el TLP se diagnostica de una forma más frecuente en mujeres en un 75% de los casos, que en hombres. Asimismo, el DSM-5 señala que, si bien en pocas ocasiones se consuma el acto suicida, los actos de automutilación y las amenazas de suicidio son bastante frecuentes en estos sujetos.

Todo lo anteriormente expuesto indica que la persona con TLP se caracteriza por presentar problemas intensos y persistentes en las relaciones interpersonales. Dichos problemas suelen potenciar otras dificultades como los comportamientos impulsivos, las conductas autolesivas, el temor a la soledad, las alteraciones de identidad y la sensación de vacío. De igual forma, el consumo de sustancias tiene una recurrencia significativa en los sujetos con esta patología.

El Manual DSM-5 postula que el TLP tiene un “patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y que está presente en diversos

contextos. De acuerdo con dicho Manual, el trastorno se manifiesta por la combinación de situaciones, como las siguientes: esfuerzos desesperados por evitar el desamparo, real o imaginario; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; alteración de la identidad, que se manifiesta por una inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo; impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas, como consumo de drogas, adicción al sexo, compulsividad en comprar, gastar dinero de manera irresponsable, darse atracones alimentarios, entre otras.

Tabla 2. Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos en el TLP

Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas	Esquemas
“Finalmente me abandonarán”	Adivinación del futuro	Infravaloración
“Mi dolor (psíquico) es tan intenso que no puedo soportarlo”	Catastrofismo	Autocontrol insuficiente
“Mis sentimientos me abruma”	Razonamiento emocional	Autocontrol insuficiente
“El/ella es tan bueno/a que tengo mucha suerte (o al revés), él/ella es tan malo/a que no puedo soportarlo”.	Pensamiento dicotómico	Inestabilidad emocional
“Cuando me siento abrumado/a tengo que escapar (por la huida o el suicidio)”	Razonamiento emocional. Baja tolerancia a la frustración	Autocontrol insuficiente
“Siempre estaré solo/a”	Pensamiento dicotómico/ Adivinación del futuro	Infravaloración
“Soy malo, merezco el castigo”	Condena	Culpabilidad
“No soy capaz de controlarme”	Falacia de control	Autocontrol insuficiente/ Infravaloración
“Tengo que protegerme de la gente porque me harán daño”	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad al dolor

"Si me conocieran realmente no estarían conmigo"	Adivinación del pensamiento	Infravaloración
--	-----------------------------	-----------------

Tabla 1. Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos del individuo con TLP. Fuente: Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista (2004).

Debe decirse que el TLP mantiene un curso continuado a lo largo del tiempo, que va deteriorando la vida de las personas que lo padecen. Se ha determinado que sus manifestaciones sintomáticas no son fijas, sino que van cambiando. El estudio de Conway, Hipwell y Stepp (2017) quiso determinar la durabilidad de la conducta límite de estas personas o la propensión inalterable de ciertos aspectos típicos de la personalidad "borderline" para verificar hasta qué punto se mantienen estables o cambian con el tiempo. Para ello, se realizó una investigación longitudinal en la cual se aplicó el modelo de medición TSO (rasgo, estado y ocasión) a una muestra de 2.540 mujeres de alto riesgo en edades comprendidas entre los 14 y los 20 años. Se entrevistaron los hogares de estas mujeres y sus cuidadores. El estudio obtuvo como resultado que los síntomas del TLP variaban en el tiempo porque están sujetos a los cambios emocionales del sujeto. Se determinó que este trastorno no es más estable que la depresión, sino que es un trastorno episódico (Conway C C, Boudreaux M & Oltmanns T F., 2018).

4. Factores predisponentes

El trastorno límite tiene una etiología que obedece a múltiples factores. Hay una predisposición de factores genéticos, donde se destaca el rol que juega el temperamento del individuo. Por otro lado, existe una asociación del TLP con los factores ambientales, siendo el más importante la influencia familiar. De ese modo, la interacción de factores biológicos,

psicológicos y sociales o contextuales, especialmente familiares, escolares y grupales, favorecen la consolidación de un patrón de conductas anómalas relativas al TLP.

En cuanto a sus factores neurobiológicos, hay estudios que han demostrado que la desregulación del afecto y la falta de control de los impulsos estarían relacionadas con una alteración en la transmisión del sistema colinérgico, noradrenérgico y serotoninérgico. La reactividad emocional intensa frente a este trastorno está mediada por la actividad amigdalár y a una hiperactividad de esta región del sistema nervioso central (Goodman M., Carpenter D., Tang C. Y. et al, 2014).

En cuanto a los factores socioambientales, se puede mencionar un estudio realizado por Conway, Boudreaux y Oltmanns, en 2018, que se propuso como objetivo evaluar las influencias de los eventos vitales estresantes y la patología límite en pacientes adultos. Se tomó una muestra de 1.630 pacientes adultos (55% mujeres), tratados 3 veces durante 5 años. Se empleó dentro de los instrumentos la Entrevista Semiestructurada para la Evaluación de la Personalidad del DSM-IV, entre otros cuestionarios validados. Entre los resultados, el estudio obtuvo que una correlación estadísticamente significativa entre la exposición al estrés tanto dependiente como independiente con la presencia moderada a grave del TLP a lo largo del tiempo.

Sin embargo, los autores indicaron que factores estresantes de la vida, como fracaso académico o conflicto entre padres e hijos, no agravaba los síntomas del trastorno en adultos mayores. El estudio concluyó que el estrés de la vida no exacerba la patología del TLP en la edad adulta, quizás porque está se presenta de forma estable durante ese momento (Conway C C, Boudreaux M & Oltmanns T F., 2018).

Se recabaron en la teoría tres áreas de estudio principales: la relación entre conducta y genética, la expresividad emocional y la interacción con la dinámica familiar. En ese sentido, la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales o contextuales,

especialmente familiares, escolares y grupales, favorecen la consolidación de un patrón de conductas anómalas relativas al TLP.

Hay una línea de investigación que aborda los rasgos genéticos o la heredabilidad como factores predisponentes del TLP. Según(Guendelman, S.; Garay, L. & Miño, V. (2014) hay investigaciones que reportan ciertos genes y rasgos del trastorno que obedecen a factores hereditarios. La desregulación del afecto y la falta de control de los impulsos estarían relacionadas con una alteración en la transmisión del sistema colinérgico, noradrenérgico y serotoninérgico. Asimismo, según Goodman, Carpenter, Tang et al (2014) la reactividad emocional intensa en estos sujetos está mediada por la actividad amigdalal y a una hiperactividad de esta región del sistema nervioso central.

Sin embargo, estos autores determinan que la neurobiología no explica por sí sola la etiopatogenia del TLP, ya que las evidencias más fuertes se vinculan con aspectos psicosociales. El ambiente familiar y social que atraviese cada infante determinará el desarrollo de su personalidad individual. En tal sentido, existe una recurrencia del TLP con los factores ambientales en la infancia, especialmente en familias problemáticas en las cuales existen conflictos o separaciones, que se vinculan con el desarrollo de problemas de conducta y el consumo de sustancias.

En ese sentido, fue el psicoanálisis el que trasladó el interés por los aspectos del contexto familiar en el desarrollo de algunas patologías vinculadas con la psique. Se puede citar también en 1905 el “caso Dora”, cuyo desencadenante estriba en la constelación familiar. Freud indagó la vinculación de la patología de la paciente con secretos o lealtades familiares. Esto es el germen de los estudios y profundizaciones que se realizaron a lo largo de décadas para comprender la dimensión intersubjetiva y familiar del psiquismo. Fue así como las historias familiares cobraron vida en las consultas psiquiátricas y en psicología.

Otras disciplinas como la psicología y la psicología social han estudiado también el contexto familiar, es decir, la familia como portavoz de la experiencia del sujeto y donde se esconden secretos familiares que pueden generar síntomas problemáticos entre sus integrantes. Esto se relaciona con las alianzas, las lealtades, los vínculos alienantes, entre otros.

Son diversos los estudios previos que han relacionado el desarrollo del trastorno límite de personalidad (TLP) con el Eje IV y su asociación con los factores contextuales biopsicosociales o ambientales. Ibrahim, Cosgrave y Woolgar (2018), realizaron la investigación titulada “El maltrato infantil y su vínculo con las características del trastorno límite de la personalidad en los niños: un enfoque de revisión sistemática”. Los autores sistematizaron y analizaron estudios transversales y longitudinales ubicados en bases de datos médicas y en revistas físicas, que trataron la asociación entre el maltrato, tanto físico, emocional, sexual o negligencia, con características del TLP en niños diagnosticados con una edad igual o mayor a los 12 años. Los autores encontraron una asociación significativa entre las características del TLP y el maltrato familiar. Asimismo, localizaron una heterogeneidad de variables y formas de medir los antecedentes familiares de maltrato en los casos de infantes o adolescentes con TLP. Los autores indican que una buena proporción de estudios hicieron comparaciones entre niños diagnosticados con TLP y niños sin el trastorno. Encontraron que todos los infantes diagnosticados presentaron historias de abuso y maltrato (Ibrahim J., Cosgrave N. & Woolgar M., 2018).

Resulta pertinente la investigación de Kokoulina y Fernández (2016), la cual se propuso comparar un grupo de pacientes con este trastorno y sus experiencias adversas en la infancia-adolescencia, abarcando ocho clases de situaciones: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, presenciar violencia en el hogar y conductas de rechazo y negligencia en los cuidados por parte de cada una de las figuras parentales. Se emplearon

para la muestra 31 pacientes con TLP, de los cuales 22 tenían otro trastorno comórbido (18 con trastornos depresivos, tres trastornos de ansiedad, tres trastornos somatoformos, uno trastorno obsesivo compulsivo y uno padecía trastorno de estrés postraumático). Encontraron que los rasgos clínicos del grupo TLP más frecuentemente informados fueron los cambios bruscos de humor (96,8%), sentimientos frecuentes de vacío (90,3%), tratar de herirse o amenazar con hacerlo (90,3%), altibajos en las relaciones (87,1%) y sentirse frenético ante la idea de abandono (80,6%). En los pacientes con TLP, hubo picos de puntaje en cuanto a la negligencia antipatía paterna o de ambos progenitores. Asimismo, las personas que informaron maltrato y abuso (maltrato físico, emocional, abuso sexual en el hogar y presenciar violencia doméstica) fueron mayormente los pacientes con TLP. De igual forma, hasta el 76,5% del grupo de pacientes con TLP informó dos o más experiencias adversas en la infancia, en contraste con el 28,4% del grupo que no padecía este trastorno. Se obtuvo como conclusión que el TLP es una condición caracterizada por disfunciones en la regulación emocional, inseguridad e inestabilidad en las relaciones interpersonales y perturbaciones en el sentido de la identidad personal, que al mismo tiempo se vincula con experiencias familiares adversas en los años de desarrollo (Kokouline Ch E & Fernández M. R., 2016).

Hay una relación entre el TLP y los patrones de apego en la infancia temprana. Al respecto, se pueden mencionar las teorías de Bowlby (2012), psiquiatra infantil londinense, quien fue el pionero en proponer la teoría del apego como elemento clave en el sistema conductual. Este autor, a partir de observaciones y del estudio de casos clínicos, consolidó su teoría sobre la base de que muchas psicopatologías se originan en experiencias de la vida personal y particularmente provienen de alteraciones en las conductas de crianza. El TLP es una patología que se vincula con factores familiares predisponentes, abandono, negligencia, conductas invalidantes, abuso y maltrato de todo tipo. Bowlby (2012) desarrolló

su teoría sobre la base de los presupuestos freudianos, pero estableciendo diferencias. Las diferencias se basan en tres cuestiones esenciales:

En el modelo de Freud el apego es secundario con respecto a la gratificación oral y libidinal. En el modelo de Bowlby el apego es primario y tiene estatus propio.

En el modelo de Freud el niño se halla en un estado de narcicismo primario, cerrado con respecto a los estímulos del mundo externo como un pájaro en su huevo. En el modelo de Bowlby el individuo está activamente comprometido desde el principio en un contexto intersubjetivo que requiere de respuestas recíprocas.

En el modelo de Freud la conducta pulsional es activada por una carga de energía que, una vez incrementada hasta cierto nivel, necesita descargarse. En el modelo de Bowlby la conducta pulsional es activada tanto por condiciones internas como externas cuando la función que cumple es requerida (Marrone, 2009, p. 49).

Tomando como base lo anterior, la teoría de Bowlby (2012), aunque toma aspectos del psicoanálisis, se basa en el conductismo y por tal motivo deja de lado los aspectos pulsiones que para Freud basan los sistemas motivacionales de los seres humanos. En ese sentido, Bowlby y los psicólogos de la teoría del apego se dedicaron a orientar los sistemas motivacionales por otro camino. Según Marrone (2009), el enfoque se centra en los aspectos conductuales que promueven la satisfacción y regulación de las necesidades básicas. Es decir, el organismo organiza un sistema de conductas para satisfacer diversas necesidades.

De acuerdo con Marrone (2009), fue Mary Ainsworth la que clasificó los patrones de la relación madre-hijo en dos categorías: apego seguro y apego inseguro (o ansioso). Esta clasificación sigue siendo central en la teoría del apego. Estas categorías las estableció con base en sus investigaciones de observación de crianza de madre con hijos. En sus trabajos determinó que en los infantes ansiosos hay dos subgrupos, uno son los evitativos y sucede cuando “el niño no parece ansioso cuando la madre se aleja, pero la evita cuando ella

regresa” (Marrone, 2009, p. 75). En el otro subgrupo están los resistentes o ambivalentes y sucede cuando “el niño reacciona con ansiedad a los episodios de separación, protesta y busca la reunión, pero reacciona de manera altamente ambivalente cuando la madre regresa” (Ídem, p. 75).

Otra característica que determinó la investigación es Ainsworth es que los niños seguros eran capaces de hacer una exploración activa, mientras los niños seguros mostraban signos de exploración pasiva (Marrone, 2009). Esto evidencia patrones de conducta que fueron descritos por las autoras fundamentales de esta teoría. A su vez, la teoría del apego pudo determinar la propia experiencia infantil de las madres y progenitores.

Marrone (2009) sintetizó el apego seguro con la idea de que “los niños pequeños necesitan desarrollar un vínculo seguro (base segura) con sus padres para poder desarrollar conductas exploratorias óptimas y enfrentarse con eficacia a las situaciones desconocidas” (p. 76). En ese sentido, los patrones tempranos de interacción que se establezcan se representan internamente y determinarán las relaciones con otras personas en diferentes ámbitos (escuela, parejas, amistades, entre otros).

En ese sentido, en familias problemáticas suele ocurrir que el infante desarrolla patrones de apego inseguro con sus padres. En estos casos suelen existir comunicaciones patogénicas o relaciones comunicacionales carentes de sensibilidad o apoyo madre-hijo o bien padres-hijo. Dentro de las anomalías vinculadas con las comunicaciones patogénicas se encuentra la invalidación de la petición de apoyo y la incompreensión del infante o adolescente. En estos casos suele aparecer un problema de invalidación de experiencias subjetivas, especialmente cuando son sentimientos vinculados a realidades que los padres quieren negar.

En ese orden, la literatura abordada refiere que los factores de vulnerabilidad que predisponen al individuo al padecimiento de enfermedades mentales son la historia de apego

inseguro o traumático, el déficit de la capacidad reflexiva, baja autoestima, déficit de la capacidad de tolerancia a la frustración y decepciones, déficit de la capacidad de regulación afectiva, baja competencia social, entre otros. Todos estos factores son predisponentes del TLP.

Se pueden mencionar estudios observacionales y teóricos refieren que la existencia de maltrato, abuso o conductas alteradas provocan la no estructuración del sujeto e inciden en la falta de constitución de su narcisismo fundamental o de su individualidad con respecto a la madre; es decir, generan un Yo débil o no integrado. De tal forma, el TLP tiene su origen en el desarrollo insatisfactorio o traumático de los procesos afectivos y emocionales con los progenitores en la infancia temprana. A la postre, estos problemas se manifiestan como situaciones no resolutivas que determinan futuros conflictos en el sujeto.

Los problemas de apego inseguro son diversos. Recalcati (2011) ha basado sus investigaciones en la relación de los problemas relativos a las relaciones vinculares de la temprana infancia con los progenitores. El autor determinó, a través de sus estudios observacionales y teóricos, que la existencia de maltrato, abuso o conductas alteradas provocan la no estructuración del sujeto e inciden en la falta de constitución de su narcisismo fundamental o de su individualidad con respecto a la madre. El trastorno de la personalidad límite, los trastornos de anorexia-bulimia, la baja autoestima o pobre autoimagen, entre otros problemas, tienen su origen en el desarrollo insatisfactorio o traumático de los procesos afectivos y emocionales con los progenitores, particularmente con la madre, en la infancia temprana. A la postre, estos problemas se manifiestan como situaciones no resolutivas que determinan futuros conflictos del sujeto.

Carranza (2009) refiere que los niños que han sufrido maltrato tienden a enmascarar o falsificar las muestras de cariño hacia sus padres y protegerse de esa forma del peligro del vínculo. También sucede que los niños ofrecen un patrón de “cuidadores compulsivos” que

tiende a inhibir la demostración de afecto negativo y en su reemplazo muestran afecto positivo. También están los complacientes compulsivos, que se muestran abiertamente hostiles y finalmente los impredecibles, quienes no tienen una conducta de cuidado estable, son ambivalentes. Finalmente, están los coercitivos agresivos, que tienen conductas violentas como forma de llamar la atención de los padres. La autora precisa que también puede suceder que se combinen distintos tipos de conducta, como coercitivos agresivos junto con estrategias de defensivas.

De acuerdo con los patrones descriptos por Carranza (2009), la autora realizó una investigación que tuvo como objetivo primordial detectar y describir la presencia o no de esos patrones de apego o subclasificaciones en una muestra de familias en cuyo seno ocurren distintas formas de maltrato y violencia. El estudio de la autora se enfoca en cuidadores primarios y niños preescolares provenientes de familias multiproblemáticas. El trabajo estudia los patrones de apego que se establecen entre las cuidadoras con infantes que han sufrido maltratos, abuso sexual o abandono. La metodología se basa en la “la situación extraña” de Ainsworth y otros estudiosos del apego. En ese sentido, seleccionó filmaciones de una muestra de 25 díadas compuestas por niños y niñas entre tres y cinco años de edad con sus cuidadores primarios, es decir, madres y luego con cuidadores sustitutos. El análisis se hizo a partir de familias de clase media-baja o en estado de indigencia de Zona Norte de la Provincia de Buenos Aires.

La investigación determinó patrones comunes en las relaciones vinculares de las familias problemáticas. Se constató que trabajar con niños maltratados reviste complejidad por las múltiples variables de riesgo que atraviesan estas familias. El estudio concluyó también que la comorbilidad antes era una excepción, pero ahora es la regla en psicopatología. Así lo señala la autora:

Estas familias [multidisfuncionales] se caracterizan por comportamientos problemáticos estructurados a través de una historia transgeneracional de maltrato. No solo los padres poseen actitudes de negligencia y abandono hacia sus hijos, sino que estas conductas también eran realizadas por sus abuelos y hasta traspasan varias generaciones (Carranza, 2009, p. 50).

En ese sentido, en la familia está una parte fundamental del origen de los trastornos de personalidad. La etiología del trastorno límite estaría en correspondencia con aspectos ambientales, especialmente familiares, que predisponen al sujeto. Esto se debe a que, dentro de la familia se construye la subjetivación de la persona. Es el espacio primordial de la constitución y configuración individual y tienen un papel esencial como factor predictivo de las marcas de la personalidad que tendrá el sujeto durante su vida.

La familia es el lugar donde se manifiestan los síntomas de las situaciones que psíquicamente atraviesa el sujeto a lo largo de su vida. Los sujetos con trastorno límite atraviesan una historia común de disfuncionalidad familiar que los marca, como violencia física, emocional, abuso sexual y negligencia. A su vez, se trata de familias donde hay problemas de la parentalidad en cuya dinámica relacional se involucran los hijos.

El contexto familiar en los casos de TLP es clave. El sujeto es el portavoz de síntomas familiares, como secretos o relaciones problemáticas entre sus integrantes. Las anormalidades se relacionan con alianzas, lealtades, vínculos alienantes, drogadicciones, entre otros conflictos. A su vez, los problemas en la relación padre-madre que involucran situaciones de violencia y hostilidad constituyen factores predisponentes. En síntesis, en los factores familiares se incluyen aspectos como: interacción simbiótica en la relación madre-hijo; coalición intergeneracional (alianzas confabuladora madre-hijo vs padre); padre periférico. Todo esto convierte a la familia en el origen de los problemas vinculados con el trastorno límite de personalidad.

Dicho lo anterior, las investigaciones sobre trastorno límite se enfocan en las disfuncionalidades de la parentalidad, que provocan patrones de conducta alteradas durante la crianza y que constituyen el origen de diversos trastornos o patologías mentales como el TLP.

Conviene comentar el trabajo de Barea J, Benito A, Real M, Mateu C, Martín E, López N, et al. (2010), quienes se propusieron analizar la presencia de antecedentes psicopatológicos familiares y la edad de inicio del consumo de sustancias. Para esto, estudiaron 350 casos de pacientes drogodependientes por uso de opiáceos, cocaína y alcohol, en tratamiento en Valencia, España, durante el primer semestre de 2005. La metodología empleada consistió en realizar cuestionarios y entrevistas a los sujetos abordados. El estudio determinó que una mayoría de los pacientes (64,3%) tenía antecedentes familiares por uso de alcohol y otro grupo presentaba antecedentes de trastorno por uso de otras sustancias. El 9,9% afirmó no haber tenido relaciones cercanas y duraderas con su madre a lo largo de la vida, mientras que esta tendencia se incrementó en 22,2% respecto al padre. El 57,7% había tenido graves conflictos con la madre y el 57,7% tuvo la misma situación con el padre. Entre los conflictos emocionales se incluyó el haber sufrido abusos emocionales, físicos y sexuales. Este estudio también dedujo que los pacientes estudiados presentaron un 47,7% de incidencia de trastorno de personalidad, siendo el TLP el más frecuente. En síntesis, los autores determinaron que existe una asociación entre los antecedentes familiares de psicopatología y de abuso de sustancias como factor predictivo de este trastorno.

A esto se agrega el proceso social y cultural de transformación que explican Sáenz y Mario (2003), en el cual entraron en crisis los presupuestos de las décadas precedentes. Esto fue avanzando hasta que en la actualidad coexisten diversos tipos de familia: monoparentales, biparentales, homoparentales, entre otros. Estos diversos tipos de familia

están ligadas a cuestiones como formas de trabajo, sexualidad, procreación, número de integrantes, tipo de autoridad. Uno de los aspectos más resaltantes fue la ruptura con la noción esencialista y binaria del género femenino/masculino.

Ortiz-Tallo y Ferragut (2010) refieren que en la sociedad actual el impacto de la inmigración, la movilidad y las tecnologías han provocado una erosión de los valores y las costumbres tradicionales. Esto ha hecho que la práctica de valores o creencias coherentes sea difícil, siendo la norma actual el cambio repentino de valores y el cuestionamiento de las normas que hasta hace poco se consideraban aceptadas. Esto puede propiciar en los infantes y adolescentes la falta de una visión constante y estable de la vida que repercuta en la imposibilidad de encontrar estabilidad en sus relaciones y en la idea del mundo.

Asimismo, existe una línea de investigación que vincula el trastorno con los cambios sociales que experimenta el mundo, a partir de la postmodernidad o de lo que algunos autores como Bauman han denominado como “la modernidad líquida”. Esta última se manifiesta en vínculos afectivos frágiles y en general el poco compromiso de las personas para relacionarse afectivamente con sus semejantes; se trata de una era en la que existe un creciente individualismo.

En esta línea se ubica la investigación de Cortés y Aza (2015), quienes relacionan la incidencia del TLP con las manifestaciones culturales actuales vinculadas con el individualismo, el materialismo, las tecnologías 2.0 como las redes sociales (que disocian las realidades), la globalización, las tendencias de culto hacia el cuerpo. Para los autores, estas tendencias marcan la fragmentación del Yo y de allí parte la dificultad de integrar coherentemente a la persona.

Otra investigación abordó los riesgos psicosociales que suponen los contextos laborales en el desarrollo y curso de patologías mentales y sus formas de afrontamiento. Para ello, empleó una muestra de 1.165 usuarios de 22 Centros de Rehabilitación Laboral de

la comunidad de Madrid. El estudio recopiló los datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de instrucción, situación convivencial y nivel de discapacidad), además de datos clínicos, laborales, datos psicosociales y datos de estrategias de afrontamiento. Como resultado se obtuvo que hay un mayor número de hombres que de mujeres (70% vs 30%) y que más de la mitad se sitúan en edad laboral activa entre los 35-45 años (65,7%). Casi la mitad de la población tienen diagnóstico de esquizofrenia (45,7%) frente a otras psicopatologías (T. psicóticos: 13.7%, T. del estado de ánimo: 13.1%, T. de personalidad: 9,1% y otros: 8%). El 59,4% tenía una evolución de la enfermedad de más de 10 años. La mayoría de estas personas tenían empleos de baja cualificación (peones: 49,1%, auxiliares administrativos: 21,17% y ayudantes no titulados: 10,3%), con una antigüedad en el puesto de trabajo de unos 5 años en su mayoría. El estudio concluyó que es necesario establecer medidas e intervenciones en los contextos laborales para minimizar las condiciones de riesgo psicosocial, a fin de reducir el absentismo o bajas por enfermedad psiquiátrica (Delgado G V., 2019).

5. Diagnóstico

Las investigaciones revisadas indican que es común el diagnóstico erróneo del TLP debido a que éste tiene similitudes con la bipolaridad. Además, generalmente se asocia en comorbilidad con otros trastornos o patologías, como el TUS, la depresión, entre otros, lo cual hace más difícil detectarlo.

Se puede mencionar la investigación de Trull (2018), la cual valoró la evaluación ambulatoria como una forma efectiva de recopilar datos fisiológicos, biológicos y vinculados con el ambiente o la ecología de personas que padecen TLP. Entre sus hallazgos, encontró coincidencias en cuanto a la comorbilidad de este trastorno con trastorno por estrés postraumático y trastorno depresivo mayor. También constató la presencia de impulsividad en la vida diaria de estas personas, así como consumo problemático de sustancias,

generalmente causadas por problemas afectivos o laborales. Se encontraron en estas personas más conflictos interpersonales y sensibilidad al rechazo que en personas normales.

El estudio que se viene comentando indicó que las personas con TLP tienen menos contacto social que las personas sin este trastorno. De hecho, las interacciones interpersonales de estos pacientes suelen caracterizarse por situaciones de por conflicto, angustia, sentimientos de rechazo, rabia u hostilidad, aversión y tensión. Frente a estos pacientes, propone alternativas para hacer un seguimiento ambulatorio, a través del monitoreo por medio de las tecnologías de comunicación y teléfonos inteligentes, a fin de tener información en tiempo real y administrar tratamientos de forma oportuna. Concluyó que hacer un seguimiento de la vida diaria de estas personas puede ser una alternativa más efectiva para estudiar y controlar este trastorno, si bien hay limitaciones relacionadas con la conectividad y usabilidad de *smartphone* u otra tecnología (Trull T J, 2018).

El TLP también posee un nivel de comorbilidad elevada con la depresión. Por estos motivos, es necesario reconocer clínicamente cuándo se está ante personas con TLP, a los fines de elegir el tratamiento terapéutico más adecuado y preciso para estos casos. Esto posibilita evitar la prescripción excesiva de fármacos que tienen un efecto desventajoso en los pacientes y conllevan efectos secundarios.

El estudio de Hörz-Sagstetter S, Diamond D, Clarkin J F, Levy K N. et al. (2020) partió de la dificultad para el diagnóstico que suponen los casos de TLP que se presentan en comorbilidad con otros trastornos. Los objetivos de esta investigación consistieron en examinar a los pacientes con TLP y trastorno narcisista de la personalidad (TNP comórbido), versus aquellos pacientes que solo tienen la patología límite. Emplearon como muestra dos ensayos controlados aleatorizados (ECA) de 188 pacientes con TLP con edades comprendidas entre los 18 y 51 años, a quienes se les aplicó encuestas y escalas de medición como la Evaluación de la Personalidad del DSM-IV y otras escalas. Entre los

resultados, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de pacientes con TLP en comorbilidad con TNP en cuanto a edad, estado civil u ocupación laboral. Asimismo, las personas con TLP y TNP comórbido reportó menos días de hospitalizaciones respecto de los pacientes diagnosticados solo con TLP. Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a las autolesiones. Este resultado se interpreta a partir de que la patología narcisista, particularmente los altos niveles de grandiosidad, puede tener una función estabilizadora y aumenta la capacidad para tolerar o defenderse de la ansiedad en estas personas.

La evaluación del TLP presenta problemas especiales que pueden requerir el uso de informantes. Esto se debe a que es común que los individuos con este trastorno no sean conscientes de su conducta. Algunos criterios para diagnosticar se establecen a partir del Manual DSM-5. Asimismo, hay una serie de escalas y pruebas validadas por los estudios, como el PDE, Examen de Trastornos de la Personalidad; el IPDE, Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad; el SIDP, Entrevista Estructurada para la Personalidad; el HAMD, Hamilton Rating Scale for Depression; BPRS, Escala de Calificación Psiquiátrica Breve; SADS-L, Programa de trastornos afectivos y esquizofrenia, versión de por vida, entre otros. Se pueden también mencionar algunos criterios diagnósticos sencillos propuestos por López, Rondón, Alfano y Cellerino (2013):

Un típico enfoque dimensional consiste en cuantificar el grado en el que están presentes, o ausentes, los diferentes trastornos del Eje II. Existen distintos métodos de medida de este enfoque, como pueden ser: sumar el número de criterios que cumple un paciente evaluado con una entrevista estructurada; usar un autoinforme con ítems redactados para evaluar criterios DSM o ítems que evalúan trastornos específicos en múltiples ámbitos; o usar un informe que estudie un solo ámbito como el de las creencias disfuncionales (López, Rondón, Alfano y Cellerino, 2013, pp. 9-10).

Los autores anteriores también sugieren utilizar recursos como los autoinformes, que son cuestionarios para medir TP, como pueden ser el *Millón Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III) o el *PersonalityDiagnosticQuestionnaireRevised* (PDQ-R), entre otros. López, Rondón, Alfano y Cellerino (2013) también aconsejan el uso de entrevistas estructuradas, como las enumeradas previamente por Zimmerman y Morgan (2015) y el uso de informantes. Esta última es útil para evitar sesgos de parte del paciente y tomar en cuenta pautas conductuales que el sujeto no percibe. Estos informantes pueden partir de familiares y amigos que conozcan bien al paciente.

Finalmente, también es válido el uso de entrevistas clínicas no estructuradas, pero el éxito del diagnóstico depende de la experiencia del clínico. Aun cuando se aplique este tipo de esquema, conviene siempre tomar en cuenta los criterios diagnósticos del DSM.

6. Tratamientos terapéuticos

López, Rondón, Alfano y Cellerino (2013), manifiestan que los pacientes con un TP no saben cómo llegaron a ser lo que son, cómo contribuyen a crear sus problemas ni tampoco saben cómo cambiar. En ese orden, responden a los siguientes criterios: siempre se han comportado de la misma manera; no acepta el régimen terapéutico; la terapia parece llegar a una interrupción súbita, sin razón alguna; no tienen conciencia del efecto que su conducta tiene sobre los demás; expresan voluntad de cambio, pero no siguen las indicaciones; ve los problemas como aspectos fundamentales de su “yo”, que le parecen aceptables y naturales (López, Rondón, Alfano y Cellerino, 2013, pp. 3- 4).

La orientación terapéutica del TLP muestra diversos enfoques. Autores como Tizón (2017) y Gabbard (2002) señalan que no se precisan fármacos para tratar a los sujetos con TLP. De acuerdo con estos autores, la terapéutica para estos casos está centrada en la psicoterapia, en tanto no solo es exitosa en la mejoría de los pacientes, sino que es efectiva a nivel costo-beneficio. Según Gabbard (2002), un tratamiento psicoterapéutico estable de, al

menos, dos años continuos, ha evidenciado en pacientes con TLP mejoras a nivel del humor, menos hechos autolesivos o de autoagresión, un menor número de internaciones y una disminución de las intervenciones psiquiátricas. El resultado positivo es mayor en pacientes que tienen psicoterapia de forma intermitente e inestable.

No obstante, si bien todos los estudios consultados coincidieron en que el tratamiento de primera línea para el TLP es la psicoterapia, recomiendan emplear farmacoterapia como complemento para el tratamiento de síntomas específicos. Los fármacos más empleados para estos casos son antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y antidepresivos (Aguglia A., Mineo L., Rodolico A. et al, 2018; Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C. et al., 2023).

A su vez, el estudio de la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* o Agencia Canadiense de Drogas y Tecnologías en Salud, en el año 2017, también precisó que los medicamentos más utilizados para tratar el TLP son los antipsicóticos, los estabilizadores del estado de ánimo y los antidepresivos. No obstante, la farmacoterapia solo reduce parcialmente los síntomas, incluida la labilidad, la ira inapropiada, la disforia, la impulsividad, la agresión contra sí mismo y los demás, la disociación, la identidad alterada, la paranoia y los problemas interpersonales. Este estudio determinó que los fármacos más empleados son el Aripiprazol, con una dosis diaria media de 15 mg; el Ziprasidona, con una dosis diaria media 20 a 80 mg; la Olanzapina, con una dosis diaria media de 5 a 10 mg; el Haloperidol, con una dosis diaria media de 5 mg y la Quetiapina XR con una dosis diaria de 150 mg.

Otro estudio más reciente de Aguglia, Mineo, Rodolico et al (2018) intentó probar con Aasenapina para tratar paciente con TLP en comorbilidad con otra patología, a fin de probar si este fármaco contribuye a reducir la impulsividad y violencia de estos pacientes. Este fármaco está indicado clínicamente para estabilizar el estado de ánimo y además es utilizado

como antipsicótico. En ese sentido, los autores hicieron un estudio clínico no controlado en 50 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 75 años, divididos en dos grupos; un subgrupo de pacientes con TLP comórbido y otro grupo de TLP sin comorbilidad. De acuerdo con la investigación, después de 12 semanas de administración, se demostró que la Asenapina sería eficaz para reducir la impulsividad y los niveles de agresividad en ambos subgrupos de pacientes. El estudio no registró efectos adversos graves de esta medicación y no hubo interrupción del tratamiento. Se destacó que una mayor proporción de pacientes con TLP comórbido evidenciaron reducción de la agresividad física. En síntesis, la Asenapina habría mostrado un buen perfil de tolerabilidad y seguridad, sin que ningún paciente experimentara efectos adversos graves o aumento de peso.

La literatura no reporta cuáles son los tratamientos más eficaces para los pacientes con TLP porque no hay certeza sobre las técnicas terapéuticas más efectivas. Lo que sí está claro es que estas personas requieren psicoterapia para poder tomar el control de sus emociones. A su vez, la familia y las personas del entorno resultan claves para la recuperación. Links, Shah y Eynan (2017) precisan que se han tomado como signos de recuperación el hecho de que el individuo tenga un empleo estable, aunque esto no está comprobado fehacientemente.

A nivel general, los individuos con TLP generalmente son difíciles de tratar debido a los cambios repentinos en los patrones de relación, así como al sentimiento de impotencia y rechazo que pueden ser evocados en la terapia, de acuerdo con datos suministrados por Agnew G, Shannon C, Ryan T, Storey L. & McDonnell C. (2016). Estos autores indican que los sujetos con TLP tienen diferentes capacidades para conectarse con otros, desde la desconexión hasta la intimidad. En ese sentido, solo la comprensión terapéutica que toma en cuenta las deficiencias dentro de los criterios de diagnóstico y reconoce la naturaleza diversa del yo y la identidad de un individuo puede mejorar la relación terapéutica.

Hay una recurrencia en la literatura en cuanto al uso de ciertos medicamentos como tratamiento farmacológico. En el caso del TLP en coexistencia con consumo problemático de sustancias se sugiere con frecuencia el tratamiento con metadona. En el caso de los pacientes con TA y los dependientes pasivo-agresivos ameritan por lo general se administran dosis bajas. Solo se recurre a dosis altas de este fármaco en el caso de sujetos esquizoides, esquizotípicos y paranoides (Miquel L, Roncero C. & López-Ortiz C. , 2011).

Asimismo, para los casos de patología dual vinculada al TLP se suele usar una combinación de antipsicóticos, ansiolíticos y anticonvulsivos, que se destinan fundamentalmente para lograr el alivio de los síntomas. La terapia farmacológica suele ser modificada en cuanto a dosis durante los meses de línea de base y de tratamiento (Roncero C, Szerman N, Terán A, Pino C. et al. , 2016)

El tratamiento farmacológico depende de la patología psiquiátrica. En la mayoría de los casos duales se refiere el uso de antidepresivos en casos de pacientes con consumo de sustancias. Asimismo, también en casos donde existe TLP comórbido se suele usar Gabapentina para evitar la autolesión y los ataques impulsivos (Ver Tabla 2).

Tabla 3. Medicamentos comúnmente usados para el TLP

Principio activo	Efecto
Quetiapina	Antipsicótico
Risperidona	Antipsicótico
Clonazepam	Ansiolítico/hipnótico
Cloracepato potásico	Ansiolítico/hipnótico
Flunitrazepam	Ansiolítico/hipnótico
Gabapentina	Antiepiléptico/control de impulsos

Topiramato	Antiepiléptico/control de impulsos
Levomepromazina	Antipsicótico
Clorhidrato de Metadona	Terapia para el dolor/ansiolítico

Tabla 5. Fármacos más usuales en los tratamientos farmacológicos con TLP en comorbilidad. Fuente: elaboración propia a partir de Ortega (2003).

Un estudio que describió varios casos de personas con TLP, indicó que el tratamiento terapéutico en casos graves, donde hay autolesión o intentos de suicidio en la persona, el esquema farmacológico debe tener un estabilizador del estado de ánimo como litio o lamotrigina, ya que en estas situaciones la psicoterapia no es suficiente (Stone, M., 2019).

Es importante mencionar que los pacientes con TLP son muy propensos a abandonar el tratamiento terapéutico. Se puede referir sobre esto la investigación de Martino F, Menchetti M., Pozzi E. y Berardi D. (2012), que se propuso identificar los factores que pueden afectar la deserción en el tratamiento en un programa psicosocial de 1 año para adultos con trastornos de la personalidad. Se empleó una muestra final de 39 pacientes, siendo la mayoría mujeres (84,6%), adultos jóvenes con una edad promedio de 37 años y con una larga historia de antecedentes por trastornos psiquiátricos. Se obtuvo como resultados que 20 pacientes abandonaron el tratamiento (51,3%). Los abandonos más frecuentes ocurrieron en los pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP), siendo estos más jóvenes y con un historial psiquiátrico más corto. La deserción se produjo mayormente en forma temprana o al inicio (36%) en sujetos con TLP. No se reportaron diferencias significativas con relación con el estado civil, nivel educativo y ocupación entre los pacientes que abandonaron el tratamiento terapéutico. Se concluyó que es necesario

seguir trabajando en la deserción del tratamiento en pacientes con TA, así como las causas o factores subjetivos que provocan el abandono.

A su vez, la investigación de Desrosiers, Saint-Jean, Laporte y Lord (2020) explicó las barreras que ocurren en el curso del tratamiento de adolescentes con TLP e indagó las causas del abandono en un centro de salud mental. A través de una metodología basada en la teoría fundamentada, se indagó una muestra no representativa y por conveniencia de 11 pacientes adolescentes que abandonaron el tratamiento, siendo todas mujeres, caucásicas y de clase media. La mayoría de estas personas tenían TLP comórbido con otro trastorno como ansiedad, depresión y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA). Se identificó que el proceso de desvinculación con la terapéutica comienza mucho antes, a partir de las emociones o percepciones negativas del propio adolescente o de sus padres, lo cual generaba una “zona de turbulencia” en la cual, la trayectoria del tratamiento se tornaba inestable. Esto provocaba la deserción gradual, en principio la asistencia irregular hasta la desvinculación total. Los autores consideran que el clínico debe reconocer en forma temprana los síntomas de desconexión de la persona con el tratamiento para que incluya algún tipo de refuerzo o gratificación temprana que genere compromiso en el paciente.

6.1 Tratamientos no farmacológicos

Son diversas las terapias no farmacológicas que permiten manejar el TLP. Stone (2019) toma en consideración la importancia de un tratamiento que se apegue al estilo cognitivo del paciente. Por ejemplo, aquellas personas que tienen buena capacidad reflexiva y una mentalidad introspectiva, es adecuado el enfoque psicoanalítico basado en la psicoterapia, como psicoterapia centrada en la transferencia u otros métodos similares.

Agnew, Shannon, Ryan et al (2010) determinaron que las terapias que toman en consideración un “yo” múltiple en las relaciones y el énfasis en los aspectos saludables del yo en la recuperación del trastorno son las intervenciones más exitosas. Estos autores

realizaron un estudio cualitativo basado en entrevistas de profundidad con mujeres de 18 a 65 años que presentaban problemas de salud mental graves y duraderos. La investigación arrojó entre sus resultados más relevantes que los participantes se describieron a sí mismos en múltiples formas de conexión y desconexión, del siguiente modo:

Conexión. Algunos participantes se refirieron a su capacidad de mantenerse en conexión con su sentido del yo, incluidas sus experiencias de la vida temprana, los recuerdos, el comportamiento durante los acontecimientos recientes y la coherencia del yo en todas las situaciones.

En conflicto. Los participantes también describieron una lucha interna dentro de ellos que involucraba ideas de moralidad y maldad, bondad y maldad, y niñez y adultez.

Cíclica. Esto se relaciona con los patrones de uno mismo y el comportamiento. Los participantes describieron estados de ánimo alternativos y el cambio de los períodos de inactividad, aislamiento y negatividad a períodos de completa positividad, actividad y participación con los demás.

Desconectada. Los participantes hablaron sobre el bloqueo, la desconexión y el aislamiento de algunos eventos traumáticos en sus vidas y la desconexión entre los aspectos de la infancia y la edad adulta. Algunos participantes describieron pensar en algunas experiencias negativas de la vida como si le hubiera ocurrido a otra persona (Agnew, Shannon, Ryan et al, 2016, p. 4).

En ese sentido, el estudio de dichos autores recabó datos relativos a la autopercepción sobre sí y sobre los otros de estas pacientes. La mayoría de las conexiones que hicieron se vinculaba con su infancia, con las experiencias tempranas y alienantes en la relación con los padres. El estudio demostró que los individuos con TLP tiene diferentes niveles de coherencia en cuanto a identidad y diferentes habilidades para conectarse con

ellos mismos y con los otros. Esto se debe a que las dificultades del trastorno se vinculan con diferentes niveles de autoconexión.

Links, Shah y Eynan (2017) se dedicaron a realizar una revisión crítica de la literatura vinculada con las terapias más usuales en los casos de TLP y de este trastorno en comorbilidad con otras patologías. Todos los tratamientos empleaban psicoterapia basada en la mentalización del sujeto, así como psicoterapia centrada en la transferencia y terapia centrada en esquemas. Asimismo, determinaron que uno de los tratamientos más novedosos en la actualidad es la terapia dialéctico-conductual. Los autores determinaron que es necesario explorar más en los tratamientos efectivos, accesibles y de fácil difusión para estos sujetos. Asimismo, hace falta profundizar en tratamientos de menor duración o que requieren menos recursos. Esto se debe a que para los casos de TLP, se suelen emplear psicoterapias de larga duración, en especial cuando hay síntomas considerados graves como comportamientos suicidas o autolesivos.

A propósito, se puede mencionar que la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es un tratamiento especialmente diseñado para individuos que presentan TLP, incluso en comorbilidad con otra patología o trastorno. Este tratamiento está sustentado en la terapia cognitiva conductual (TCC) desarrollada por Linehan (1993), quien realizó esta forma de intervención para personas desequilibradas emocionalmente, con conductas autolesivas y tendencia al suicidio.

Si bien la TDC es una terapia originada por la modificación de la TCC, existen diferencias sustanciales entre ambas. Linehan (1993) y su equipo emplearon técnicas de TCC estándar como entrenamiento de habilidades, asignación de tareas, escala de evaluación de tareas y análisis conductual en resolución de problemas. Estas técnicas funcionaron para algunas personas y dejaron a otras fuera por hallarse constantemente enfocadas en el cambio.

La TDC toma en cuenta estrategias de aceptación y no solo de cambios. Las personas con TLP suelen tener antecedentes familiares vinculados con experiencias invalidantes en la infancia, abuso sexual y distintas formas de maltrato, que involucran falta de atención, agresión física y psicológica, falta de comprensión, afecto, respeto y demás situaciones descritas en apartados anteriores. En tal sentido, los pacientes con TLP tienden a autoinfligirse dolor, lo que incluye el intento de suicidio y autolesión frente al miedo y la angustia. Estas personas aprenden que solo con el intento de suicidio los demás la atienden y toman en consideración su dolor, de allí que recurran a esta estrategia en reiteradas oportunidades.

El objetivo primordial de esta terapia del TDC es ayudar a las personas a crear una vida que “valga la pena ser vivida”, es decir, que cada paciente pueda tener una vida plena, con proyectos, bien sea de matrimonio, profesionales, espirituales o incluso materiales. Se trata de una terapia que establece un balance tanto del cambio como la aceptación y fundamentalmente por esto se trata de una terapia “dialéctica” (National Alliance on Mental Illness [NAMI], s/f).

La terapia dialéctica-conductual implica tres modalidades: terapia individual, grupo de habilidades y asistencia telefónica. La terapia individual requiere, por lo menos, una hora de duración. Al mismo tiempo, el paciente debe participar de la terapia grupal de habilidades de dos horas semanales. Todo este proceso es necesario hacerlo durante al menos durante un año(NAMI, s/f).

Asimismo, en la TDC estándar, el terapeuta individual se encarga del tratamiento. Mediante la colaboración del paciente o consultante, el terapeuta hace un seguimiento de la evolución del tratamiento, cómo van las cosas con los otras instancias terapéuticas y si el paciente está cumpliendo los objetivos propuestos. Este tratamiento incluye estrategias como la posibilidad de que el paciente llame al terapeuta individual antes de desplegar una

conducta problema, como cortarse, consumir sustancias, vomitar o hacer una tentativa de suicidio. La idea es que el terapeuta y el paciente busquen entonces alternativas a la conducta autolesiva.

Adicional a la terapia individual, se encuentra la terapia de grupo, la cual representa una ruptura con respecto a los esquemas convencionales. Se asemejan a clases donde los tratantes aprenden habilidades y pautas vinculadas con aspectos como conciencia plena, afectividad interpersonal, regulación de la emociones, y tolerancia al malestar.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de diseño

Este estudio es de tipo cualitativo, soportado en una búsqueda bibliográfica de artículos científicos actualizados que aporten evidencia sobre el uso de antipsicóticos atípicos en adultos mayores de 65 años para tratar la agitación.

Universo y muestra

Se seleccionó para la muestra un total de 9 investigaciones científicas médicas que se basan en ensayos controlados aleatorizados (ECA) y ensayos clínicos, para su posterior sistematización e interpretación. Estos estudios fueron localizados en el portal médico

PubMed, el cual tiene una amplia confiabilidad en el área científica y médica, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Criterios de inclusión: artículos completos de acceso gratuito, ensayos controlados aleatorizados, no mayores a 10 años de publicación.

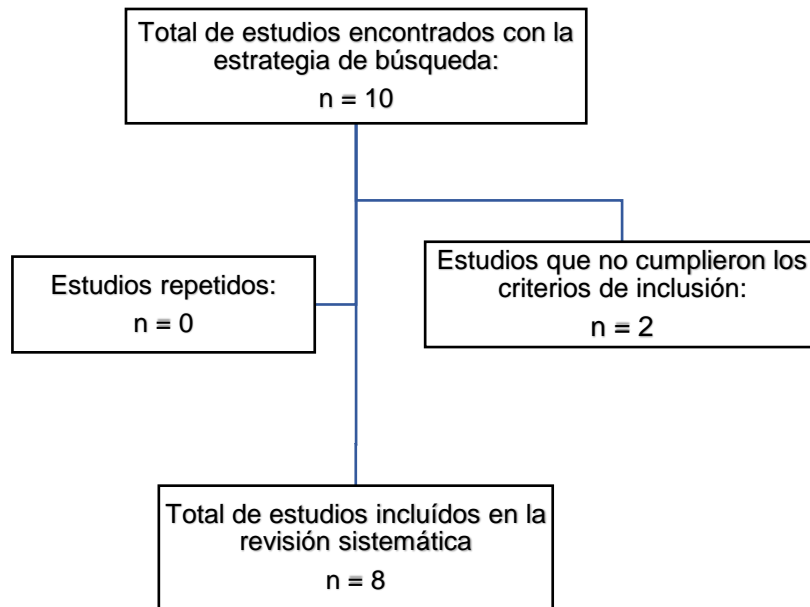
Criterios de exclusión: Se descartarán artículos que no aportaban resultados relevantes acerca del tema.

Términos Mesh

- Borderline personality disorder treatment.
- Borderline personality disorder treatment pharmacology and no pharmacology

Tabla 4. Ruta de búsqueda en PubMed- términos Mesh

Filtros	Tratamiento para el trastorno límite de personalidad en adultos
Sin filtro	386
Texto completo gratuito	66
A 10 años	43
Ensayos controlados aleatorizados y ensayos clínicos	10
Muestra final	8



Análisis de los datos

El análisis de la investigación se efectuó de acuerdo con categorías o temas, considerando los objetivos de la investigación. Posterior a los estudios seleccionados para la muestra, se obtuvieron los metadatos de cada publicación científica, entre ellos autores, año, objetivos, tipo de estudio, muestra, principales resultados y conclusiones. Estos datos se recopilaron en dos instrumentos de recolección de datos consistentes en tablas, para elaborar la descripción y análisis de cada investigación. Con esta información se realizó la discusión que contempla las posiciones coincidentes y las controversias a partir de los resultados de cada estudio, a los fines de establecer las líneas conclusivas y aportes de la investigación.

RESULTADOS

Tabla 5. Características de los estudios incluidos en la revisión

N°	Autores	Año	Tipo de	Objetivo principal	Población de
----	---------	-----	---------	--------------------	--------------

			estudio		estudio
1	Kruger T, Schulze J, Bechinie A, Neumann I. et al.	2022	ECA	Evaluar los efectos clínicos de la toxina botulínica glabellar en el TLP	45 mujeres con TLP
2	Paret Ch, Niedtfeld I, Lotter T, Wunder A. et al	2021	ECA	Realizar un estudio farmacológico de imágenes por resonancia magnética funcional para investigar las respuestas neuronales a imágenes con contenido afectivo negativo en pacientes femeninas con TLP	30 pacientes femeninas con TLP.
3	Domes G, Ower N, Von Dawans B, Spengler F. et al.	2019	ECA	Investigar los efectos de la oxitocina en diferentes facetas de la empatía y la motivación en personas con TLP vs. controles sanos	61 mujeres con TLP y 68 mujeres sin trastornos de salud mental, emparejadas por edad y nivel educativo.
4	Sanatinia R, Afzal S, MacLaren T, McNulty A. et al.	2019	Estudio cualitativo	Examinar los aspectos que contribuyeron en la mejora de los síntomas del TLP en pacientes que participaron en un ensayo anterior denominado LABILE.	47 pacientes con TLP (32 mujeres y 15 hombres)
5	Crawford M, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G. et al.	2018	ECA	Examinar la efectividad clínica y la rentabilidad de la lamotrigina para personas con TLP.	276 participantes mayores de 18 años.
6	Bozzatello P, Rocca P,	2017	ECA	Evaluar la eficacia y tolerabilidad de la	51 pacientes ambulatorios

	Uscinska M. & Bellino S.			asenapina en comparación con la olanzapina, el antipsicótico más ampliamente estudiado en el TLP.	con edades entre 18 y 50 años.
7	Bozzatello P. & Bellino S.	2016	ECA	Investigar prospectivamente las diferencias de eficacia de la terapia combinada con psicoterapia y fluoxetina versus solo fluoxetina en pacientes con TLP.	44 pacientes ambulatorios diagnosticados con TLP.
8	Bellino S, Bozzatello P, Rocca G. & Bogetto F.	2014	ECA	Evaluar la eficacia de la asociación de ácido eicosapentanoico (EPA) y el docosahexanoico (DHA) con el estabilizador del estado de ánimo ácido valproico, en comparación con el ácido valproico utilizado solo como terapia única.	34 pacientes ambulatorios con TLP.

Tabla 6. Procedimientos y principales resultados de los estudios

N°	Procedimiento	Escalas utilizadas	Principales resultados
1	Se evaluó el procesamiento de las emociones y la impulsividad en una muestra de 45 mujeres con TLP. Se	Se utilizó RMN	Los síntomas de TLP disminuyeron significativamente con el tiempo en 6,11 puntos. No hubo diferencias estadísticamente significativas

	<p>asignó aleatoriamente tratamiento con BTX o acupuntura en serie (ACU) de la cabeza. Se hizo un seguimiento de 4 semanas.</p>		<p>en ambos grupos.</p>
2	<p>Los participantes vieron 72 imágenes de rostros con expresiones emocionales de asco, la tristeza y el miedo. Se comparó el efecto que esto tenía en un grupo que recibió 20 mg de citalopram vs el otro grupo que recibió placebo. Se hizo un escaneo cerebral de todos los participantes para ver la perfusión y anatomía cerebral.</p>	<p>Escala de calificación de depresión de Montgomery-Åsberg y la gravedad del trastorno límite de la personalidad (Escala de calificación de Zanarini para TLP).</p>	<p>Se observó la activación de la amígdala, mientras que no se observó activación en la ínsula y en la corteza cingulada anterior. No se encontraron diferencias entre el tratamiento con citalopram y placebo en la perfusión sanguínea. La comparación estadística entre citalopram y placebo de las respuestas cerebrales a escenas afectivas no fue significativa.</p>
3	<p>Los participantes fueron asignados aleatoriamente para recibir 24 UI de oxitocina o placebo mediante aerosol nasal.</p>	<p>Se utilizó el Multifaceted Empathy Test (MET) para evaluar las facetas cognitivas y emocionales de la empatía.</p>	<p>La empatía afectiva en pacientes con TLP con oxitocina alcanzó el nivel de placebo en los controles sanos. El estado de ánimo mejoró con el tiempo y disminuyó la ira y la ansiedad en los pacientes con TLP.</p>

4	Estudio cualitativo que realizó entrevistas a los participantes durante un intervalo de 6 a 12 meses.	Se utilizó como instrumento una entrevista dirigida a cada participante que recopilaba edad, sexo y los siguientes temas: tres temas principales: 1) Razones iniciales y expectativas con respecto a la participación en el ensayo, 2) Las expectativas de los participantes experiencia del ensayo, y 3) Áreas de cambio.	La mayoría de los participantes mencionaron la “desesperación” como una de sus motivos para participar en el ensayo LABILE, con la esperanza de que la medicación del ensayo podría marcar la diferencia. Los pacientes que participaron en su mayoría buscaban efectividad en un tratamiento farmacológico para tratar el TLP. Se valoró la importancia de las relaciones positivas entre el pacientes con TLP y los profesionales de salud para lograr la mejora y recuperación a largo plazo.
5	A un grupo se le dio 200 mg de lamotrigina y otro grupo de pacientes recibió placebo durante 52 semanas.	Escala de Calificación de Zanarini para el Trastorno Límite de la Personalidad (ZAN-BPD).	A las 52 semanas de seguimiento, el promedio de la escala del grupo con lamotrigina fue de 11,5 y en quienes recibieron placebo 11,3. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la efectividad clínica para el TLP.
6	19 pacientes recibieron asenapina(5-10 mg/día); 21	Escala de Impresión Clínica Global(CGI-S), Escala de Calificación de Depresión de	Los síntomas de TLP disminuyeron significativamente con el tiempo en 6,11 puntos. Se

	<p>pacientes recibieron olanzapina(5-10 mg/día). Los participantes fueron evaluados al inicio y después de 12 semanas.</p>	<p>Hamilton (HAM-D), Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), Escala de Evaluación del funcionamiento (SOFAS), Índice de gravedad del trastorno límite de la personalidad (BPDSI), Escala de impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11), Escala de agresión manifiesta modificada (MOAS), Inventario de autolesiones (SHI) y Registro de dosis y tratamiento emergente Escala de síntomas (DOTES).</p>	<p>encontró que la asenapina era superior a la olanzapina para reducir la de inestabilidad afectiva (P=0,001), mientras que la olanzapina era superior a la asenapina para reducir la disociación/ideación paranoica (P=0,012) No hubo diferencias significativas entre ambos grupos.</p>
7	<p>Se hizo un seguimiento de 32 semanas para ambos grupos de pacientes.</p>	<p>Escala Clínica de Impresión Global (CGI-S); las escalas de Hamilton para síntomas depresivos y ansiosos; la Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional Escala (SOFAS); el Perfil de Satisfacción (SATP) y el Índice de Gravedad del Trastorno</p>	<p>Se encontraron mejores resultados en la terapia combinada con fluoxetina y psicoterapia individual con diferencias significativas en ambos grupos.</p>

		Límite de la Personalidad.	
8	Se asignaron aleatoriamente dos tratamientos a dos grupo de pacientes, por un periodo de 12 semanas: <ul style="list-style-type: none"> • Ácido valproico (50-100 µg/ml) (23 pacientes, 53,49%); • EPA (1,2 g/día) y DHA (0,8 g/día) en combinación con la misma dosis de ácido valproico (20 pacientes, 46,51%). 	La BPDSI, entrevista clínica semiestructurada que evalúa la frecuencia y gravedad de los síntomas relacionados con el TLP; El BIS-11 es un cuestionario de autoinforme de 30 ítems que mide el rasgo de impulsividad en una escala Likert de 4 puntos; El MOAS, una escala que consta de cuatro subescalas para diferentes tipos de agresión (agresión verbal, agresión contra objetos, agresión contra otros y autoagresión).	Hubo diferencias significativas en todos los pacientes de la muestra en cada una de las evaluaciones realizadas a través de las escalas.

Como se observa en la tabla y el gráfico 1, los estudios abordados en su mayoría se correspondieron con investigaciones actualizadas, siendo una del año 2022, dos del año 2019, una del año 2018, una del 2017, una del 2016 y solo una de 2014. Esto quiere decir que se abordaron estudios actuales que han ensayado con distintas terapias para tratar el TLP. De igual modo, la mayoría de los estudios abordados eran ensayos controlados aleatorizados (ver gráfico 2), los cuales son investigaciones que tratan de controlar al

máximo posible las variables para evitar sesgos y obtener resultados confiables. En su mayoría, los estudios emplearon muestras de sexo femenino y masculino, aunque un grupo de tres estudios solo trabajó con mujeres para homogeneizar en lo posible la muestra (ver gráfico 3).

Estos estudios abordados ensayaron con distintos fármacos para revisar la eficacia en reducir los síntomas del TLP y mejorar la calidad de vida de estas personas con un tratamiento efectivo. De acuerdo con las tablas 5 y 6, así como el gráfico 4, los tratamientos farmacológicos más empleados se correspondieron con lamotrigina; también se emplearon los antipsicóticos asenapina y olanzapina. Otros estudios abordaron la efectividad de los antidepresivos citalopram y fluoxetina. De igual modo, se abordaron estudios que buscaban terapias novedosas con oxitocina y ácido valproico, para observar los efectos de estos medicamentos sobre el estado de ánimo; la oxitocina en particular para tratar la empatía (ver gráfico 4).

Gráfico 1. Años de publicación de los estudios incluidos

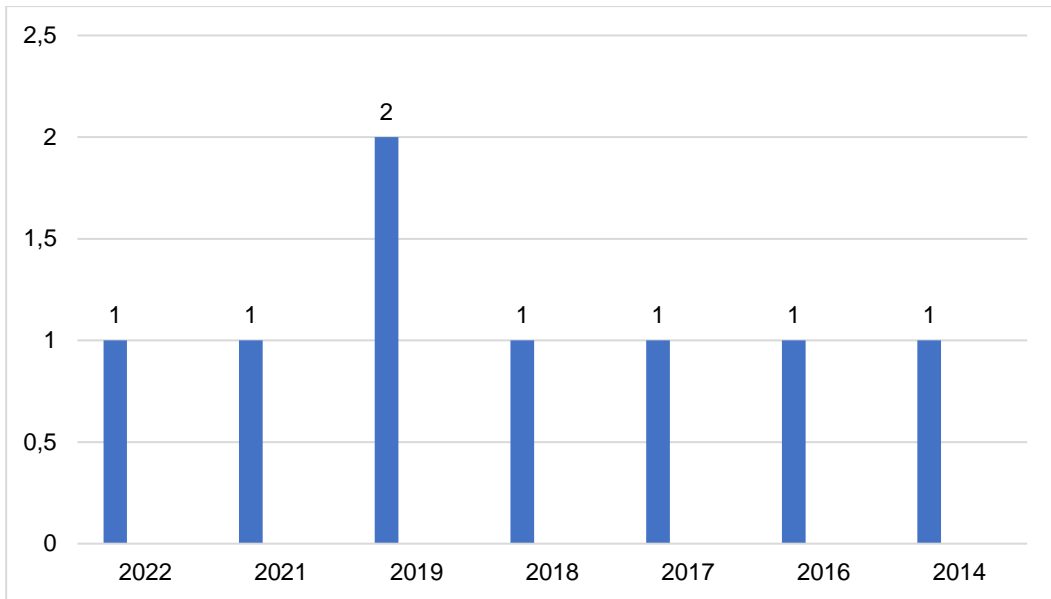


Gráfico 2. Tipo de estudios incluidos

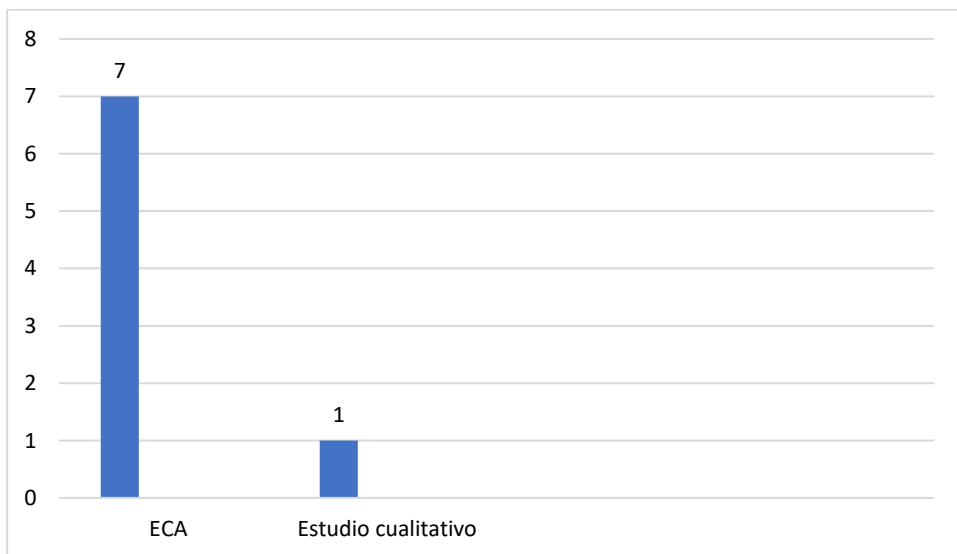


Gráfico 3. Estudios según los sexos incluidos en sus análisis

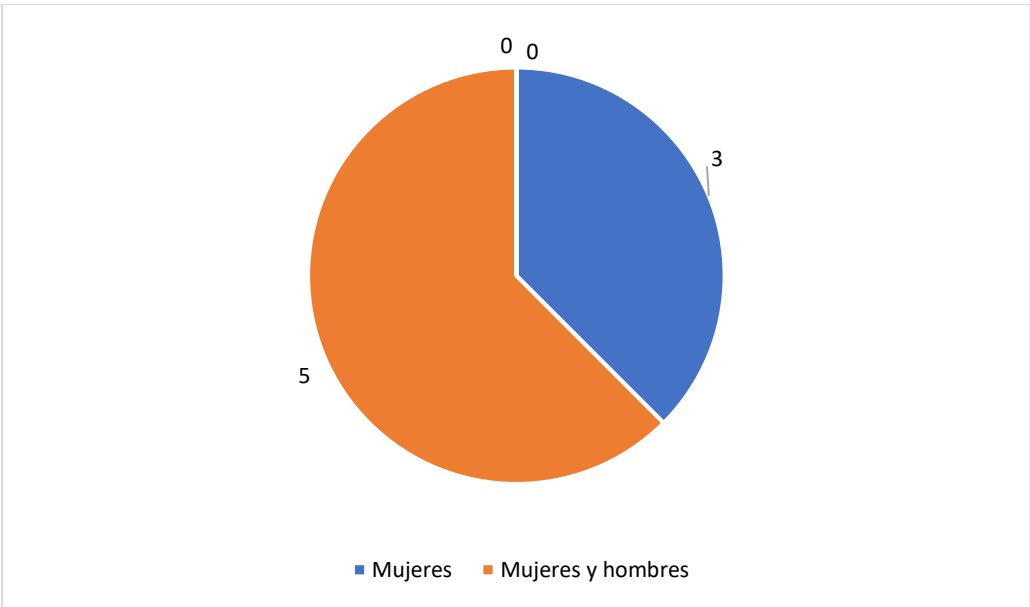
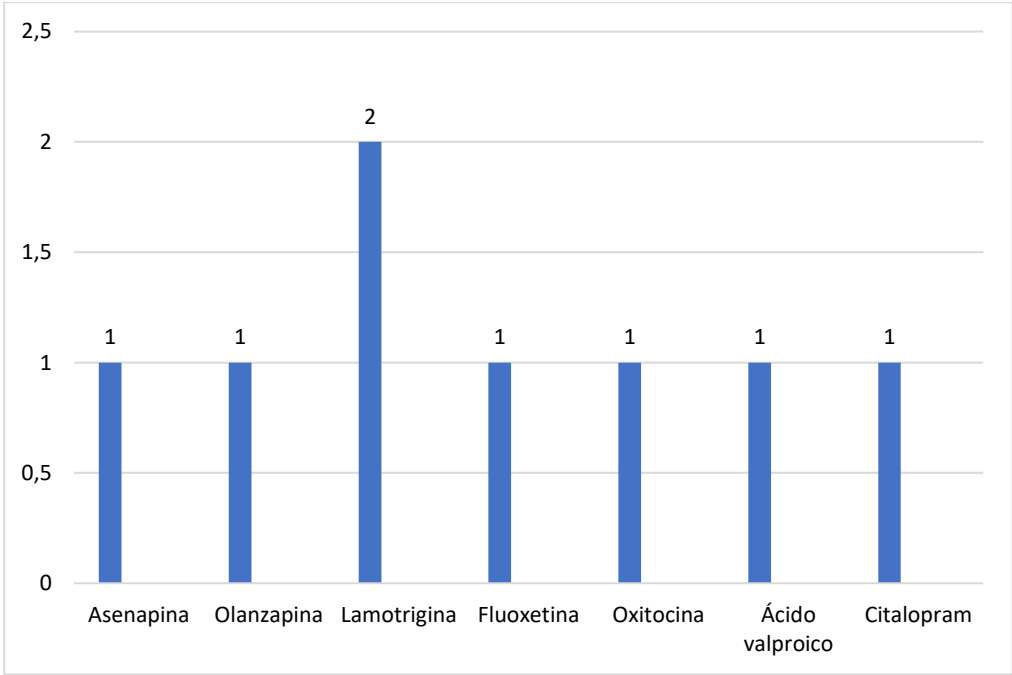


Gráfico 4. Fármacos estudiados en los ensayos incluidos



DISCUSIÓN

Este estudio se propuso como objetivo principal establecer los tratamientos psicofarmacológicos y no farmacológicos más empleados en los pacientes con trastorno límite de personalidad según estudios científicos actuales. El primer objetivo específico consistió en observar los síntomas o características conductuales más frecuentes en los casos que tuvieron prescripción farmacológica según los estudios actuales.

Los estudios incluidos en la revisión coincidieron en el desafío que significa tratar un caso vinculado con trastorno límite de personalidad (TLP). Al respecto, Crawford M, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G. (2018) se refirieron a los síntomas depresivos, autolesión deliberada, así como la precariedad en el funcionamiento social que afecta la calidad de vida relacionada y la salud de las personas. El estudio de Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M. & Bellino S. (2017) hicieron hincapié en el trastorno de identidad, en el comportamiento parasuicidas, la inestabilidad afectiva, disociación e ideación paranoica que suelen tener los pacientes que padecen este trastorno de personalidad.

De igual modo, la impulsividad y el exceso de emociones negativas se atribuyó a circuitos neuronales en el que interviene la amígdala cerebral, de allí que las personas con este trastorno generalmente tengan impulsividad y problemas con las relaciones interpersonales y bajo nivel de integración de identidad (Bozzatello P. & Bellino S., 2016).

El segundo objetivo específico de esta investigación se propuso identificar los tratamientos farmacológicos que frecuentemente se prescribieron para el trastorno límite de personalidad, de acuerdo con la evidencia disponible en la literatura. Es importante mencionar que los estudios coinciden en que a las personas con esta afección se les recetan con frecuencia medicamentos psicotrópicos y muchas veces con una polifarmacia considerable. Algunos estudios como Crawford M, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G.

(2018) indicaron que los estabilizadores del estado de ánimo pueden ser beneficiosos para las personas con TLP y por ello probaron con lamotrigina vs. olanzapina. Sin embargo, los autores no encontraron que la adición de lamotrigina a la atención habitual de las personas con TLP fuera clínicamente efectiva ni tuviera una buena relación costo económico- beneficio en los pacientes (Crawford M, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G., 2018).

Otros estudios probaron con terapias como la inyección glabellar o facial de botox o toxina botulínica sobre el estado de ánimo en el paciente con TLP. El estudio encontró una mejoría clínica a las 4 semanas en cuanto a una mejora en la inhibición de los síntomas principales del TLP, como en el procesamiento de las emociones negativas. Sin embargo, se encontraron limitaciones como el hecho de no poder controlar si las participantes tomaban otros medicamento psicotrópico. Otro sesgo tiene que ver con utilizar solamente población femenina; por lo tanto, resulta limitado el estudio para generalizarlo a pacientes masculinos (Kruger T, Schulze J, Bechinie A, Neumann I. et al., 2022).

Es pertinente mencionar el estudio de Paret Ch, Niedtfeld I, Lotter T, Wunder A. et al. (2021), quienes mencionan que las conductas vinculadas con las autolesiones y los intentos suicidas tienen relación con el sistema serotoninérgico y por ello avalaron el uso de antidepresivos como el citalopram. Un resultado similar informó el estudio de Bozzatello y Bellino (2016), quienes encontraron un efecto eficaz de la fluoxetina combinada con terapias no farmacológicas como la psicoterapia individual en el tratamiento del TLP.

Respecto de las comorbilidades, Paret Ch, Niedtfeld I, Lotter T, Wunder A. et al. (2021) encontraron una significativa cantidad de pacientes que tenían TLP en comorbilidad con trastorno depresivo mayor, así como con trastorno por estrés postraumático, ante lo cual sugirieron el uso de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como el citalopram, el cual ofrece buenos resultados en la regulación de las emociones y en el estado de ánimo de los pacientes.

Otro estabilizador del estado de ánimo que se manejó en los autores de esta revisión es el ácido valproico, el cual se combinó con omega 3 para observar la eficacia en un grupo de 43 pacientes con TLP. El estudio de Bellino S, Bozzatello P, Rocca G. y Bogetto F. (2014) plantea que los ácidos grasos ejercen una función relevante en trastornos de salud mental, ya que algunos síntomas como el control de impulsos tienen relación con el metabolismo disfuncional de los ácidos grasos. También se le atribuyen efectos beneficiosos en los sistemas cerebrales dopaminérgicos y serotoninérgicos. Esta terapia se habría probado con éxito en pacientes con esquizofrenia y con problemas de trastornos impulsivos. En este estudio, de los 43 pacientes abordados, 34 (79,07%) completaron el ensayo de 12 semanas; 18 pacientes (52,94%) recibieron la combinación de ácidos grasos y valproato, mientras que 16 pacientes (47,06%) estaban en monoterapia. El grupo que completó el ensayo tuvo buena puntuación y resultados en la medición de la impulsividad, agresividad y arrebatos de ira. El estudio probó la eficacia y tolerabilidad de los ácidos grasos de omega-3 ácidos en combinación con ácido valproico en el tratamiento del TLP.

Es importante resaltar que la mayoría de los ensayos clínicos reportaron abandonos de la terapia por parte de los pacientes. Se puede mencionar el estudio de (Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M. & Bellino S. (2017) en el que se presentaron 11 abandonos (21,57%): seis pacientes que tomaban asenapina y cinco pacientes que recibían olanzapina. En algunos casos obedecía a un efecto adverso, como fue el caso de la olanzapina que produjo aumento de peso significativo y la asenapina por hipoestesia oral y ansiedad moderada. Por su parte, Bozzatello y Bellino (2016) de igual modo indicaron que un 31,8% de los pacientes que habían incluidos inicialmente en el estudio abandonaron en los primeros 6 meses y otros cuatro pacientes (9,1%) abandonaron en los últimos 12 meses. Esto es consistente con la literatura abordada en cuanto a la dificultad que tienen los pacientes con TLP en adherirse a los tratamientos terapéuticos a largo plazo, de allí la dificultad para tratar este trastorno.

Es relevante también en este aspecto mencionar el estudio cualitativo de Sanatinia R, Afzal S, MacLaren T, McNulty A. et al. (2019), quienes indicaron que los pacientes con TLP suelen sentir desesperación, frustración e impotencia al ver que ningún tratamiento les resulta efectivo o que no existe una terapia específica o estándar para este trastorno. La desconfianza en la terapia impide consolidar el vínculo de transferencia y contratransferencia con el analista abandonan el tratamiento. De hecho, estos autores indican que las expectativas positivas de antemano que tengan los pacientes respecto del tratamiento ejercen un rol preponderante en su efectividad.

El tercer y último objetivo específico de este estudio consistió en describir los tratamientos no farmacológicos más frecuentemente empleados en estos casos, según datos de la literatura médica actualizada. Al respecto, debe decirse en primer lugar que todos los estudios incluidos en esta revisión utilizaban psicoterapia individual, incluso los que empleaban terapia farmacológica.

Como estudio relevante en los tratamientos alternativos y no farmacológicos se puede mencionar la investigación de Bozzatello y Bellino (2016), que si bien empleó la fluoxetina, hizo una prueba con terapia combinada que incluyó psicoterapia individual y terapia dialéctica conductual (TDC) vs. solo fluoxetina para probar la efectividad del tratamiento durante 32 semanas de seguimiento. Con una muestra de 44 pacientes el estudio encontró la efectividad de la combinación de psicoterapia individual, TDC y farmacológica en el funcionamiento psicológico de estos pacientes, así como una mejora en sus relaciones interpersonales y en los síntomas de inestabilidad afectiva.

El estudio mencionado, así como el de Paret Ch, Niedtfeld I, Lotter T, Wunder A. et al. (2021) señalaron que los tratamientos con psicoterapia y TDC permiten controlar la autorregulación negativa que ejerce típicamente el paciente con TLP, como las autolesiones y el comportamiento suicida. Los autores coincidieron en que estas terapias ayudan a regular

la actividad negativa de la amígdala, así como los circuitos cerebrales límbicos prefrontales que intervienen en este tipo de reacciones.

CONCLUSIONES

El trastorno límite de personalidad (TLP) sigue siendo muy difícil de identificar y abordar en el área de salud mental, cuestión que lo ha convertido en un desafío para los clínicos y en una carga para los servicios de salud en muchos países. Los estudios abordados en esta investigación coincidieron en que las personas que padecen TLP tienen como rasgos distintivos la presencia de inestabilidad en sus emociones, con fuertes episodios de ira, agresividad, conductas autolesivas, intentos suicidas, además de pobres relaciones interpersonales. Hacia estos síntomas se dirigen la mayoría de los tratamientos terapéuticos que se han diseñado para intervenir frente a este trastorno.

Este estudio también encontró que no hay una terapia que sirva de guía o patrón estándar para estos casos. En pacientes graves se suele administrar medicación para disminuir los episodios de ira y violencia, o para aminorar los episodios de depresión. Se ha determinado que estos pacientes requieren una terapia continuada que aborde distintas perspectivas, desde los factores cognitivos, experienciales o historias de vida hasta conductuales, a fin de cambiar el comportamiento y que el sujeto logre su reeducación y readaptación.

Una de las terapias más novedosas actualmente es la terapia Dialéctica-Conductual, la cual se basa en la psicología conductual. Esta terapia se organiza por fases, estableciendo prioridades. En un principio se busca eliminar las conductas autolesivas o suicidas, hasta fomentar la confianza en el terapeuta para empezar a lograr o bien cambios o la aceptación del sujeto a las situaciones de vida que se le presentan. Esta terapia incluye

distintas modalidades, tanto individual como de grupo, así como asistencia telefónica en casos de crisis.

Debe comentarse que la mayoría de los estudios que se localizaron con pacientes, por lo general, toman como criterio muestral solo sujetos femeninos. Existe una visión de que este trastorno afecta más a las mujeres que a los hombres. No obstante, hacen falta estudios diagnósticos con ambos géneros para determinar con certeza este presupuesto.

Este estudio se propuso incrementar el conocimiento sobre este trastorno, en cuanto a sus sintomatologías centrales, así como tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Hacen falta más estudios específicos que profundicen en este trastorno, sus formas de diagnóstico preciso, las comorbilidades que suelen presentarse y las formas de intervención más acordes según las características del paciente.

Bibliografía

- Agnew G, Shannon C, Ryan T, Storey L. & McDonnell C. . (2016). Self and identity in women with symptoms of borderline personality: A qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*(11).
- Aguglia A., Mineo L., Rodolico A. et al. (2018). Aripiprazole in the management of impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder and comorbid borderline personality disorder: an open-label uncontrolled study. *Int Clin Psychopharmacol*, 33(3), 121-130.
- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona, España: Masson S. A. .
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Barcelona: Masson S.A.
- Barea J, Benito A, Real M, Mateu C, Martín E, López N, et al. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, 22(1), 15-24.
- Bellino S, Bozzatello P, Rocca G. & Bogetto F. (2014). Efficacy of omega-3 fatty acids in the treatment of borderline personality disorder: a study of the association with valproic acid. *J Psychopharmacol*, 28(2), 125-32.
- Bowlby, J. . (2012). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M. & Bellino S. (2017). Efficacy and Tolerability of Aripiprazole Compared with Olanzapine in Borderline Personality Disorder: An Open-Label Randomized Controlled Trial. *CNS Drugs*, 31(9), 809-819.
- Bozzatello P. & Bellino S. (2016). Combined therapy with interpersonal psychotherapy adapted for borderline personality disorder: A two-years follow-up. *Psychiatry Res*(240), 151-156.
- Caballo V E, Gracia A, López-Gollonet C. & Bautista R. (2004). El trastorno límite de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. En C. V. (coord.), *Manual de trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis .
- Caballo, V.; Gracia, A.; López-Gollonet C. & Bautista R. . (2004). El trastorno límite de la personalidad. En *Manual de trastornos de personalidad*.

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2017). *Aripiprazole for Borderline Personality Disorder: A Review of the Clinical Effectiveness. Rapid Response Report: Summary with Critical Appraisal*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447555/>
- Carranza, P. (2009). Investigación sobre el estilo de apego en niños preescolares pertenecientes a familias multiproblemáticas. Subjetividad y procesos cognitivos. *UCES*, 13(1), 45-54.
- Chanen A M, Nicol K, Betts K J, Thompson K. N. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Curr Psychiatry Rep*, 22(5).
- Conway C C, Boudreaux M & Oltmanns T F. (2018). Dynamic associations between borderline personality disorder and stressful life events over five years in older adults. *Personal Disord*, 9(6), 521-529.
- Conway CC, Hipwell AE & Stepp SD. . (2017). Seven-Year Course of Borderline Personality Disorder Features: Borderline Pathology Is as Unstable as Depression during Adolescence. *Clin Psychol Sci*, 5(4), 742-749.
- Cortés M. C. & Aza G. B. . (2015). El Yo fragmentado: trastornos de personalidad en la postmodernidad. *Miscelánea Comillas*, 73(143), 465-490.
- Crawford M, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G. (2018). Lamotrigine for people with borderline personality disorder: a RCT. *Health Technol Assess*, 22(17), 1-68.
- Delgado G V. (2019). Riesgos psicosociales y estrategias de afrontamiento en el personas con trastorno mental grave en el contexto laboral. *Informaciones Psiquiátricas. VIII Jornadas de Salud*, 238. Madrid.
- Desrosiers L., Saint-Jean M., Laporte L. & Lord M. (2020). Engagement complications of adolescents with borderline personality disorder: navigating through a zone of turbulence. *BMC*, 1(7), 18.
- Domes G, Ower N, Von Dawans B, Spengler F. et al. (2019). Effects of intranasal oxytocin administration on empathy and approach motivation in women with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Transl Psychiatry*, 9(1), 328.
- Freud, S. . (1923/1992). *Obras completas. El yo y el ello y otras cosas. Volumen XIX. (Trad. José Luis Etcheverry)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Gabbard G. O. . (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica, 3era edición*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Gabbard G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica, 3era edición*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund M. J. et al. . (2021). Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*, 35(10), 1053-1067.
- Goodman M.,Carpenter D., Tang C. Y. et al. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*, 57, 108-16.
- Guardini, R. (2010). *Las etapas de la vida*. Madrid: Morgan editores.
- Guendelman, S.; Garay, L. & Miño, V. . (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Rev. méd. Chile*, 142(2), 204-210.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
- Holguin M.T. & Palacios C. J. . (2014). La genética del trastorno antisocial de la personalidad: una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 37(1), 83-91.
- Hörz-Sagstetter S, Diamond D, Clarkin J F, Levy K N. et al. . (2020). Características clínicas del trastorno comórbido de la personalidad narcisística en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *RET*(84), 44-52.
- Ibrahim J., Cosgrave N. & Woolgar M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 23(1), 57-76.
- Kernberg, O. (1984/1992). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Manual Moderno.
- Kokoulina Ch E & Fernández M. R. (2016). Cuidados parentales en la infancia y el trastorno límite de personalidad. *Psicología Conductual*, 24(2), 237-252.
- Kruger T, Schulze J, Bechinie A, Neumann I. et al. (2022). Neuronal effects of glabellar botulinum toxin injections using a valenced inhibition task in borderline personality disorder. *Sci Rep*, 12(1).

- Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C. et al. (2023). Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA*, 329(8), 670-679.
- Links P. S., Shah R., Eynan R. . (2017). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges. *CurrPsychiatryRep*, 19(3).
- López P A, Rondón J.M., Alfano S.M y Cellerino, C. . (2013). *Psicoterapia para los trastornos y alteraciones de la personalidad: guías esquemáticas para profesionales*. Buenos Aires: Editorial Akadia.
- Marrone, M. . (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martino F, Menchetti M., Pozzi E. & Berardi D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. 66(3), 180-6. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66(3), 180-6.
- Miquel L, Roncero C. & López-Ortiz C. . (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-72.
- Mosquera D. & González A. . (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Rev Dig Medic Psico Psicot.*, 3(3), 1-35.
- NAMI. (s/f). *Preguntas frecuentes sobre terapia dialéctica conductual. Trastorno Límite de la Personalidad*. Obtenido de National Alliance on Mental Illness: <https://www.trastornolimite.com/tlp/preguntas-frecuentes-sobre-terapia-dialectica-conductual>
- Novella E. . (2015). Identidades inestables: el síndrome borderline y la condición postmoderna . *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, 18(1), 118-138.
- Ortiz-Tallo M. & Ferragut M. (2010). Análisis cualitativo de la personalidad de una actriz. estudio de caso y trastorno de personalidad límite. *Clínica y Salud*, 21(2), 167-182.
- Paret Ch, Niedtfeld I, Lotter T, Wunder A. et al. (2021). Single-Dose Effects of Citalopram on Neural Responses to Affective Stimuli in Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 6(8), 837-845.
- Recalcati, M. . (2011). *La última cena. Anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Ediciones Del Cifrado.

- Roncero C, Szerman N, Terán A, Pino C. et al. . (2016). Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. 016; . *Dovepress*.
- Sáenz R. & Mario A. (2003). Aportes sobre la familia del farmacodependiente. *Rev. Cienc Soc(99)*, 25-44.
- Stone, M. (2019). Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodyn Psychiatry*, 47(1), 5-26.
- Storebø O J, Stoffers-Winterling J M, Völm V A, Kongerslev M. et al. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5).
- Tizón J. L. (2017). ¿Trastorno límite de personalidad, trastorno por inestabilidad emocional o trastorno por desequilibrio emocional? Una actualización para la APS. *FMC*, 24(9), 492-510.
- Trull T J. (2018). Ambulatory Assessment of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 51(2), 137-140.
- Velasco S, C. (2003). *Psiquiatría y persona*. Buenos Aires: Educa- Editorial de la Universidad Católica Argentina.