

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Efectividad de los Tratamientos de Orientación Psicoanalítica para el
abordaje psicoterapéutico de pacientes con
Trastorno de Personalidad Límite.
Una revisión sistemática**

Sustentante: María Teresa Díaz Madrigal

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica.”

Dra. Karen Quesada Retana
Directora Programa de Posgrado en Psicología Clínica

Dr. Carlos Sandoval Chacón
Tutor

Dra. María Teresa Díaz Madrigal
Candidata



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

PPEM Programa de Posgrado en
Especialidades Médicas

Hoja de calificación de Presentación de Trabajo Final de Graduación Programa de Posgrado de Especialidades Médicas

Fecha de la sesión: 10 de agosto de 2021

Nombre del estudiante: Maria Teresa Díaz Madrigal

Efectividad de los Tratamientos de orientación Psicoanalítica para el abordaje psicoterapéutico de pacientes con Trastorno de Personalidad

Título del Trabajo de Investigación: Limite. Una revisión sistemática.

Tutor académico: Carlos Sandoval Chacón

Rúbrica de evaluación
(Calificar en escala de 1-10)

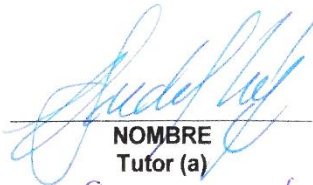
Calidad de la presentación	10
Claridad de la exposición	10
Dominio del tema	10
Claridad de respuestas al público	10
Uso adecuado del tiempo	10
TOTAL	50

Observaciones: Se destacan la calidad de la lectura psicoanalítica contemporánea. Se citaron trabajos recomendados de publicación.

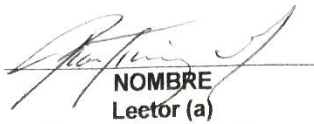
Aprobado

Sí x

No


NOMBRE
Tutor (a)

Carlos Sandoval Ch.


NOMBRE
Lector (a)

Rosa Jerez T.


NOMBRE
Director (a)

Rosa Jerez T.



2021 Año de las Universidades Públicas por la conectividad como derecho humano universal

Resumen

Esta revisión sistemática se enfocó en analizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de los tratamientos de orientación psicoanalítica, en las personas diagnosticadas con Trastorno de Personalidad Límite. Los dos tratamientos cuya aplicación se analiza son la TFT y la MBT.

Para lograr lo anterior, se llevó a cabo una minuciosa revisión en las bases de datos: EBSCO Academic Search Ultimate, Medline, JStor, APA. A *grosso modo*, se parte de un universo compuesto por 687 y al realizar los diferentes niveles de filtrado para depurar la información, se conserva un total de 10 estudios.

Con este estudio, se concluye que existe evidencia científica que respalda la efectividad de los tratamientos de orientación psicoanalítica para la atención de las personas diagnosticadas con Trastorno de Personalidad Límite. La TFT ha demostrado eficacia en propiciar cambios a nivel del patrón de apego de los sujetos, mejoría de los cuadros sintomáticos y e incluso variaciones a nivel de activación neuronal. Por su parte, la MBT, ha probado ser efectiva en la atención de síntomas agresivos, el manejo de los disparadores de esta agresividad y el manejo de las consecuencias de sus conductas, potenciando incluso los logros de otros modelos de intervención.

La evidencia científica disponible permite abrir discusión sobre costos y beneficios de implementar este tipo de intervenciones: poner en la balanza los bemoles otrora subrayados de duración y frecuencia de las terapias orientadas psicoanalíticamente y la efectividad de los tratamientos que implica, por un lado, la mejoría de los pacientes y por otro, un impacto positivo en el sistema de salud.

Dedicatoria

A mis pacientes, que me enseñaron sobre su dolor.

A mis maestros, que han sido guía para aprender a escuchar y mirar.

Agradecimiento

La vida es tiempo y la residencia demanda tiempo. Agradezco la presencia, paciencia y compañía de mi familia biológica y mi familia elegida; quienes, desde su cariño, comprendieron y apoyaron mi deseo, atendieron mis llamados y respetaron mis tiempos.

Mi infinito agradecimiento a todos los ahora colegas, de cuyo hacer aprendí durante mis rotaciones: Rigel Acuña, Fabián Badilla, Karla González, Marcela López, Carlos Sandoval, Juan Carlos Miranda, Walter Ramírez, Dalyana Vargas, Nicole Marín, Paola Echeverri, Maureen Campos, Ladyd González, Natasha Robles, Mariano Solórzano, Rocío Vindas, María José Quesada, Luis Ortega, Sadie Steele, Elena Alvarado. Atesoro la impronta que dejó cada uno en mi formación clínica y en mí, como persona.

Contenido

Resumen	iv
PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN	1
I. Introducción	2
SEGUNDA PARTE: MARCO DE REFERENCIA	4
I. Antecedentes.....	5
II. Marco teórico	8
TERCERA PARTE: METODOLOGÍA.....	31
I. Tipo de estudio	32
II. Estrategia metodológica	33
III. Objetivos de investigación.....	34
IV. Criterios de elegibilidad de los estudios	35
CUARTA PARTE: RESULTADOS	42
I. Características formales de los estudios	43
II. Hallazgos	47
III. Discusión de resultados	62
QUINTA PARTE: CONSIDERACIONES FINALES	65
I. Conclusiones	66
II. Recomendaciones	67
III. Limitaciones.....	68
SEXTA PARTE: REFERENCIAS	69

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Nivel de organización de la personalidad	10
Figura 1. Jerarquía de la evidencia	32
Tabla 2. Matriz de definición de problema PICOS	33
Tabla 3. Estudios descartados de la base de datos Medline	37
Tabla 4. Estudios descartados de la base de datos EBSCO ASU	38
Tabla 5. Estudios descartados de la base de datos JStor	39
Tabla 6. Estudios descartados de la base de datos APA	40
Tabla 7. Características formales de los estudios	43
Tabla 8. Hallazgos	47

Tabla de abreviaturas

Abreviatura	Término
ALS	Affective Lability Scale
APA	<i>American Psychiatric Association</i> (Asociación Psiquiátrica Americana)
BDI	Inventario de depresión de Beck
BPDSI-IV	BPD Severity Index IV
BSL-23	Borderline Symptom List.
CAT	<i>Cognitive Analytic Therapy</i> (Terapia Cognitivo-analítica)
CBT	<i>Cognitive behavioral therapy</i> (Terapia Cognitivo-Conductual)
DBT	<i>Dialectical Behaviour Therapy</i> (Terapia Dialéctico Conductual)
DIP-Q	Cuestionario de la personalidad ICD-10.
DSHI	Deliberate Self Harm Inventory
Dx	Diagnóstico
fMRI	Imagen por resonancia magnética funcional
GAF	<i>Global Assessment Functioning</i> (Escala de Evaluación de la Actividad Global)
GSI	Global Symptom Index.
HCMP	<i>Conversational Modelo of Psychotherapy</i> (Terapia Conversacional de Hobson)
IAE	Intento de Autoeliminación
IIP	Inventario de problemas interpersonales

MBT	<i>Mentalization Based Therapy</i> (Terapia basada en la Mentalización)
MPQ	Multidimensional Personality Questionnaire
MWT-B	The German multiple-choice vocabulary test, version B
OAS-M	Overt Aggression Scale-Modified
OMS	Organización Mundial de la Salud
PQS	Therapeutic Alliance scale
RFQ	Reflective Functioning Questionnaire
RFS	Reflective Functioning Scale.
RQ	Relationship Questionnaire.
SAS	Escala de ajuste social
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders</i>
SCL-90-R	Inventario de síntomas revisado
SFT	<i>Schema-Focused Therapy</i> (Terapia focalizada en esquemas)
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
STIPO	<i>Structured Interview of Personality Organization</i> (Entrevista estructurada de la Organización de Personalidad)
STP	<i>Supportive Psychodynamic Therapy</i> (Terapia Psicodinámica de apoyo)
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático.
TFT	<i>Transference Focused Therapy</i> (Psicoterapia focalizada en la Transferencia)
TLFB	Timeline Follow Back
TMT	Trail Making Test

TPAS	Trastorno de Personalidad Antisocial
TPL	Trastorno de Personalidad de Inestabilidad Emocional tipo Límite
TU	Tratamiento usual

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN

I. Introducción

Los trastornos de personalidad constituyen cuadros clínicos de relevancia por sí mismos, que son persistentes en el tiempo y ponen de manifiesto un estilo de vida y una manera característica que el sujeto tiene para percibirse a sí mismo y relacionarse con los demás. Constituyen desviaciones extremas del modo como las personas perciben, piensan, sienten y se relacionan.

En tanto cuadros clínicos, son relevantes dado que implican patrones desadaptativos en materia de cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos, que suponen malestar significativo en el paciente y deterioro de varias esferas de su vida privada y pública.

Estos trastornos están ligados a la forma de ser de las personas, por lo que estas por lo general, los naturalizan y no logran ver como ellas mismas contribuyen a su malestar y menos aún, como lograr cambios.

Según los datos epidemiológicos del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, para los años 2014-2016, se consigna que, de la gama existente, el Trastorno de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad tipo Límite¹, fue el más diagnosticado en el servicio de Hospitalización, junto con el Trastorno de Personalidad tipo Mixto, cada cual con cerca del 25% de los casos. (Uribe et al, 2017).

Este trastorno es particularmente señalado por las dificultades que implica su abordaje, tanto por los entuertos que se generan en la comunicación con este perfil de pacientes, como por sus características de impaciencia y poca tolerancia

¹ Se utiliza esta nomenclatura, dado que, dentro del sistema hospitalario nacional, se emplea el CIE-10 como herramienta de codificación de las distintas patologías y condiciones. Más adelante, se planteará además otro tipo de propuestas de clasificación y nomenclatura.

a la frustración, que les hace tender abandonar pronto los tratamientos (Bender et al., 2001; Zanarini et al., 2001).

Considerando la frecuencia del diagnóstico, la urgencia de su atención al suscitarse la habitual comorbilidad de conductas autolesivas y clara directriz de que el abordaje de estos casos no debe limitarse a la medicación durante los episodios de crisis, sino que precisa de una intervención psicoterapéutica, surge la necesidad de realizar una investigación sobre la efectividad de los abordajes psicoterapéuticos.

En este punto de partida, se opta para analizar la efectividad de los tratamientos de orientación psicoanalítica, considerando dos ideas: 1- Muchos de los abordajes actuales integran conceptos psicoanalíticos, a la comprensión de la etiológica del trastorno; no obstante, se desligan del método terapéutico, rompiendo el continuum teórico-práctico de la propuesta y 2- El psicoanálisis ofrece la posibilidad de analizar e intervenir a partir de una comprensión de la estructura psíquica del sujeto, sin enfocarse en apaciguar el síntoma, lo cual puede ser interesante con casos de sintomatología variopinta, como este.

SEGUNDA PARTE: MARCO DE REFERENCIA

I. Antecedentes

En Costa Rica, solo se han llevado a cabo tres investigaciones en el marco de trabajos finales de graduación, sobre el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad tipo Límite.

La primera, data de 2012 y ofrece una revisión sistemática de tratamientos tanto medicamentosos como psicoterapéuticos para la atención de estos pacientes (Arias, 2012). La autora concluye que, para la atención de este trastorno, no existe una guía de manejo uniforme y adecuadamente sustentada que permita su abordaje a nivel mundial, pese a la alta prevalencia y a la gravedad y complejidad de la sintomatología que despliega. Además, señala que los estudios encontrados en su revisión sistemática no son concluyentes, puesto que presentan limitaciones importantes, por lo que su generalización es imposible.

No obstante, Arias (2012) señala que existe cierto nivel de consenso para la utilización de ciertos psicofármacos para el manejo de determinados síntomas que por lo general forman parte de las manifestaciones clínicas de este trastorno. La gama medicamentosa incluye antidepresivos tipo ISRS, eutimizantes y antipsicóticos, preferiblemente atípicos. La autora señala algunas dificultades en la implementación de la intervención farmacológica, al puntualizar sobre la poca adherencia al tratamiento que presenta este tipo de pacientes y el riesgo generado por tener a disposición medicamentos con los que eventualmente puedan intoxicarse.

Adicionalmente, menciona que existen distintos abordajes psicoterapéuticos, con cierto nivel de eficacia, aunque sin la robustez de ensayos

clínicos amplios. Entre ellos, destaca terapias de corte cognitivo conductual como la terapia Cognitiva, la Terapia Focalizada en Esquemas y la Terapia Dialéctico conductamental; las Terapias de corte psicodinámico, como la terapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización; y las intervenciones familiares.

La segunda investigación, dada a conocer un año después, inicia como una revisión de los principales criterios y características diagnósticas del Trastorno de inestabilidad Emocional de la Personalidad tipo Límite, en aras de identificar parámetros determinantes para un acertado diagnóstico diferencial. Una vez realizado esto, Mena (2013) reseña diferentes modelos y programas de intervención psicológica que han sido empleados para el abordaje de esta patología clínica, realizando un tipo de balance de las propuestas, que más tarde, empleará para establecer una guía psicoterapéutica para la atención de estos pacientes en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.

Su propuesta, integra en forma ecléctica los distintos modelos analizados teóricamente, y desde allí, procura la atención de los síntomas, el abordaje de lo que la autora denomina como “patología subyacente”, y el sostén y acompañamiento emocional para potenciar recursos de afrontamiento y establecer redes de apoyo externas.

En la tercera, publicada en 2015, Obando realizó una identificación de factores clínicos e intervenciones intrahospitalarias relacionados con el reingreso

de estos pacientes, según los datos registrados de sus internamientos en el HNP, para el año 2013.

De los 85 casos estudiados, se tuvo un reingreso en el 27% de los casos. En este subgrupo, se señaló con más frecuencia la existencia de problemas vinculares con los progenitores y una mayor cantidad de antecedentes de internamientos en la madre del paciente. Además, en este grupo se encontró un porcentaje significativamente mayor de comorbilidad con otro tipo de trastornos mentales. Obando (2013) encontró además que más de la mitad de los casos de reingreso, consultaron antes en otros centros hospitalarios y reportaron un factor desencadenante similar al internamiento previo.

En materia de intervenciones, si bien puntualiza sobre la necesidad de la psicoterapia, no tiene datos sobre su relación con los reingresos. Por otro lado, señala que el acompañamiento que se pueda brindar desde estos espacios es indispensable luego del egreso del paciente, ya que es en ese momento cuando el paciente debe volver a enfrentarse a los estresores que precipitaron su crisis. La autora subraya la necesidad de que el sistema de salud contemple las necesidades particulares de este grupo de pacientes, en materia de mayor flexibilidad en materia de programación de citas para los periodos de mayor tensión, a fin de evitar un nuevo internamiento.

II. Marco teórico

A continuación, se proponen los puntos de partida teórico-conceptuales, desde los cuales se plantea este estudio.

2.1. Trastorno de Personalidad Borderline: psicodinamia y clasificación nosológica

2.1.1. Profundización en la psicodinamia de la Personalidad Borderline

A finales de los años 30, Adolf Stern (Carrasco y Arango, 2015), fue el primero en referirse a este grupo de pacientes, que presentaban “un comportamiento masoquista y rigidez psíquica, indicando un mecanismo defensivo contra cualquier posibilidad de cambio percibido en el ambiente o en sí mismos” (Carrasco y Arango, 2015, p. 52).

En 1967, Otto Kernberg², en su artículo “Borderline Personality Organization”, expone su teoría estructural de la personalidad. Para Kernberg, el concepto de personalidad integra todas las estructuras y funciones psicológicas del sujeto y engloba tanto la percepción de sí mismo y de los otros, como la capacidad de evaluación y adaptación al entorno (Carrasco y Arango, 2015).

Kernberg propone que la personalidad en tanto estructura, resulta de la combinación de cuatro elementos fundamentales:

- **Temperamento:** *la disposición genética que modula la intensidad de los afectos, las percepciones, las cogniciones y la conducta de la persona.*

² Dentro de las escuelas psicoanalíticas, Kernberg se posiciona desde la escuela de las Relaciones Objetuales. Siguiendo la línea de Klein.

- **Carácter:** *la integración de los patrones de conducta habitual dentro de una estructura. Refleja un patrón habitual de conducta o respuesta ante los estímulos ambientales. De alguna manera, refleja la manifestación conductual de la identidad del individuo.*
- **Inteligencia:** *el potencial de la persona para la evaluación cognitiva.*
- **Sistema de valores morales (superyó):** *una organización jerárquica influenciada por sistemas de valores integrados de un modo dinámico.*
(Carrasco y Arango, 2015, p. 81).

Sobre esta base, Kernberg propone cuatro organizaciones estructurales³ amplias, las cuales incluyen una estructura de personalidad normal, flexible y con capacidad adaptativa; y tres estructuras patológicas, de diferente gravedad, cuya caracterización él va a plantear en tres ámbitos claves: el grado de integración de su identidad, los mecanismos de defensa empelados y su capacidad para la prueba de realidad. En la tabla 1, pueden observarse estos 3 niveles patológicos y sus diferencias.

³ Es importante hacer hincapié en que Kernberg, siguiendo la teoría psicoanalítica, utiliza el concepto de estructura, concepto más amplio que el de trastorno.

Tabla 1. Nivel de organización de la personalidad

Nivel organizativo	Integración de la identidad	Mecanismos de defensa	Comprobación de la realidad
Maduro/ neurótico	Identidad integrada con imágenes interiores integrales del yo y de otras personas significativas	Mecanismos de defensa maduros, por ejemplo: represión, sublimación, formación reactiva, racionalización, intelectualización	Se conserva
Límite	Difusión de la identidad con díadas de relaciones de objetos parciales positivas y negativas separadas mediante división	Mecanismos de defensa primitivos: escisión, idealización primitiva, devaluación, negación primitiva, identificación proyectiva	Se conserva; en ocasiones, restricciones reversibles a corto plazo en el sentido de pensamiento paranoico, (pseudo)alucinaciones
Psicótico	Difusión de la identidad con	Mecanismos de defensa primitivos	Deteriorada seriamente o de forma permanente o

	díadas de relaciones de objetos parciales positivas y negativas separadas mediante división; en ocasiones, problemas de diferenciación del yo/objetos	(véase más arriba), que protegen contra la fusión con el objeto y la desintegración	no se conserva
--	---	---	----------------

Fuente: Doering, 2014.

El nivel “límite” se refiere a un nivel intermedio (o límite) entre los cuadros más leves o neuróticos y los más graves, correspondientes a los pacientes psicóticos.

Para Kernberg, esta estructura límite se refiere a la presencia del “síndrome de difusión de identidad, el uso de mecanismos de defensa primitivos, y la pérdida de la prueba de realidad en situaciones especiales” (Carrasco y Arango, 2015, p. 52). Para Kernberg, la falta de integración en el concepto del self, o sí mismo, es producto de la falta de integración de las representaciones del sí mismo y de sus otros significativos, lo cual no se llevó a cabo en las primeras etapas de vida, ante circunstancias adversas que marcan al sujeto.

El Síndrome de difusión de identidad: es la característica central de la estructura. Esta característica se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico del paciente; también en su autopercepción contradictoria y sus conductas caóticas. De la mano con esta falta de integración del sí mismo, y como consecuencia de esto, las relaciones objetales estarán muy empobrecidas, ya que la estabilidad y la profundidad de las relaciones no forman parte de su experiencia

Los mecanismos de defensa que emplea esta estructura son los definidos como primitivos. Es importante considerar que estos mecanismos protegen al yo de los conflictos mediante la disociación, o manteniendo activamente separadas las experiencias contradictorias del sí mismo y de los demás significantes. Su imposibilidad para integrar reduce su efectividad adaptativa y le resta flexibilidad en su pensamiento.

A nivel general, su prueba de realidad está preservada, marcando una clara diferencia con respecto a los cuadros psicóticos. No obstante, en situaciones de estrés, su prueba de realidad puede verse comprometida y afectarse así, su juicio en forma temporal.

Otras características de la estructura son las manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica, que incluyen la ausencia de tolerancia a la ansiedad, la ausencia de control de impulsos, y la ausencia de efectividad sublimatoria. Estas debilidades se denominan inespecíficas porque no son producto directo del uso de defensas primitivas, y son menos precisas para el diagnóstico diferencial entre estructuras. No obstante, constituyen elementos que deben tomarse en cuenta para efectos terapéuticos.

Otro punto distintivo lo constituye la presencia de precursores no integrados del superyó, particularmente representaciones primitivas de los objetos, con matices sádicos e idealizados. En este aspecto, se establece una cercanía con el Trastorno de Personalidad Antisocial. El valor diagnóstico de este elemento es menor que el de los precedentes, dado que no constituye un elemento medulas de la organización estructural. Ahora bien, a nivel pronóstico, resulta importante para la definición de abordaje psicoterapéutico.

La configuración de esta estructura está marcada por experiencias relacionales disfuncionales o traumáticas en los primeros 3 años de vida, las cuales inciden directamente en las posibilidades del individuo de desarrollar su personalidad por completo. Se compromete la integración, ya que la prioridad es salvar al sujeto de la experiencia amenazante a la cual se enfrenta.

2.1.2. Clasificación nosológica de la Estructura Límite

Con el desarrollo de la psiquiatría descriptiva y la psicofarmacología, en la década de los años 70', comenzaron los intentos de describir a estos pacientes, desde la fenomenología. Roy Grinker y posteriormente, John Gunderson fueron los primeros en realizar una descripción clínica del Trastorno Límite, el cual entraría en la nosología psiquiátrica oficialmente, en el DSM-III, publicado en 1980 (Carrasco y Arango, 2015).

Durante la década de los años 80', se empezó a observar, además, una relación significativa entre estos pacientes y experiencias traumáticas englobadas en general en el concepto de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

En la siguiente edición del manual diagnóstico de la APA, el DSM-IV, se incorporó un 9º ítem diagnóstico al TLP, relativo a la presencia de síntomas cognitivos.

Para ahondar en la clínica a partir de la cual se diagnostica a estos pacientes, y concretamente a las características de la personalidad a las que hace referencia, se toman en consideración las delimitaciones esgrimidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del manual de Clasificación internacional de Enfermedades, 10º edición (CIE-10), y por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), a través del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

2.1.2.1. CIE-10: Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad tipo Límite (F60.31)

La CIE-10 dedica un capítulo completo a los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (OMS, 1992). En este se incluye una serie de alteraciones diversas, que tienen relevancia clínica por sí mismos, que son persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Estos trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas, que se observan en formas estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, de la norma, en el contexto del sujeto. (OMS, 1992).

En contraposición a las transformaciones de la personalidad, los trastornos de personalidad son alteraciones del desarrollo que tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. (OMS, 1992).

Para el diagnóstico de un trastorno específico de la personalidad, se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna los siguientes criterios:

- a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- f) El trastorno se acompaña, por lo general, aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social. (OMS, 1992, p. 250).

Dentro de los trastornos de la personalidad, existen numerosas variantes, entre las cuales se haya el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad. La OMS (1992) define el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad como un trastorno de personalidad en el que “existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso.” (p. 253).

En este cuadro, son comunes las actitudes violentas o las manifestaciones explosivas y los actos impulsivos, como respuesta a la frustración. La capacidad de planificación es mínima. Existen dos variantes de este trastorno de personalidad: el tipo impulsivo y el tipo límite.

Concretamente, el F60.31 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de tipo Límite, implica:

- Varias de las características de inestabilidad emocional
- Confusión en torno a la autoimagen, los objetivos y preferencias internas
- Facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables, causantes de crisis emocionales repetidas, que pueden llegar a amenazas suicidas o de actos autoagresivos

2.1.2.2. El Trastorno de la Personalidad Límite (301.83)

Para la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) (2013), un trastorno de la personalidad es

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto... se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. (p. 645).

Los criterios anteriores son compartidos por todos los trastornos de personalidad. La APA (2013), propone los siguientes criterios diagnósticos concretamente, para el Trastorno de la Personalidad Límite:

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (p. 603).

Dada la fuerte tendencia a la autolesión en este cuadro clínico, puede producirse muerte prematura por suicidio, en especial cuando existe comorbilidad de depresión o de consumo de sustancias. De igual forma, es frecuente que la persona cuente con un historial de interrupciones en materia laboral y educativa, así como numerosas rupturas amorosas.

La APA (2013) indica además que son frecuentes los antecedentes infantiles de abuso físico y sexual, abandono, conflictos hostiles y pérdida prematura de los padres, entre las personas diagnosticadas con este trastorno. Además, destaca la comorbilidad de este trastorno con trastornos depresivos y bipolares, los trastornos de consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia nerviosa), el trastorno de estrés post-traumático y el trastorno por déficit de atención.

Si bien la tendencia de estas personas a experimentar emociones intensas, a actuar de forma impulsiva y a vivir las relaciones con gran intensidad suele perdurar toda la vida, el curso general del trastorno es bastante variable. El patrón más frecuente implica inestabilidad crónica en la edad adulta, con episodios de grave descontrol y altos niveles de utilización de los recursos de salud y de salud mental. Las crisis son más frecuentes en los adultos jóvenes y disminuyen gradualmente con la edad, alrededor de los 30 y 40 años.

La APA (2013) reporta, además, que el diagnóstico es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población general; y que se diagnostica de forma predominante en las mujeres (aproximadamente un 75%).

2.2. Epidemiología

Doering (2014) plantea que la prevalencia de este trastorno abarca aproximadamente al 1% o 2% de la población general. También señala que, a nivel hospitalario, esta población representa el 100% de los pacientes ambulatorios de los hospitales psiquiátricos y entre un 15-25%⁴ de las hospitalizaciones en este mismo tipo de centros de salud. Sus múltiples consultas en los centros de salud, se entienden por dos circunstancias: por un lado, la elevada tasa de suicidio en los pacientes con trastorno límite⁵, cuyos detonantes los llevan a consultar generalmente, en numerosas ocasiones antes de que la consulta sea imposible; y por otro lado, la distonía del yo característica del cuadro

⁴ Este dato tomado de un estudio alemán, concuerda con los datos nacionales (Uribe et al, 2017).

⁵ El autor (Doering, 2014) la define en 10% de la población diagnosticada.

clínico, frecuentemente asociada a la experiencia de un considerable sufrimiento subjetivo, que los lleva a hacer uso intensivo del sistema de salud.

Ya para 2014, en Alemania, los gastos anuales asociados al tratamiento de este grupo de pacientes ascendían a los 3500 millones de euros, lo cual equivale aproximadamente al 25% de los costes totales asociados al tratamiento hospitalario de trastornos mentales (Doering, 2014).

Carrasco y Arango (2015) señalan que la diferencia por género por lo general establece que cerca de un 75% de los casos corresponden a mujeres. Esta disparidad no está clara, y sugieren los autores que existen algunas hipótesis como la presencia de diferencias de distribución de los pacientes por sexo en las muestras clínicas, o una mayor búsqueda de tratamiento por parte de las mujeres, o incluso la presencia de formas subclínicas en los hombres. Sea como sea, la mayoría femenina de las personas diagnosticadas con este trastorno⁶ plantea además una veta de análisis particularmente interesante, ya que apunta a la necesidad de entender como lo social incide inclusive en las formas en como enfermamos.

⁶ Si bien no se encuentran artículos que específicamente aborden esta vertiente del análisis, es indiscutible su relevancia dado que, a nivel de los estudios considerados en esta revisión sistemática, todas las muestras estuvieron constituidas por pacientes mujeres.

2.3. Comorbilidad

La heterogeneidad clínica que presentan estos pacientes gesta la posibilidad de comorbilidades en un altísimo porcentaje de los casos. Carrasco y Arango (2015) plantean hasta un 84,5% de comorbilidad en eje I en los últimos 12 meses, y un 74,9% de comorbilidad en eje II a lo largo de la vida del paciente. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son: trastornos afectivos (82,7%, el episodio depresivo mayor es el más común); trastornos de ansiedad (84,8%); trastornos por el uso de sustancias (78,2%); y trastorno de déficit atencional con hiperactividad (81,5%); y otros trastornos de la personalidad (52,6%, siendo los más frecuentes el narcisista y el antisocial (ambos en torno al 20%).

2.4. Tratamientos para el abordaje del trastorno de personalidad borderline

Hennessey y McReynolds (2001) sostienen que la psicoterapia constituye la piedra angular del tratamiento en estos cuadros clínicos. Ya desde su base formal, la psicoterapia como proceso estable y consistente marca una diferencia abismal para el paciente Borderline, cuyo trastorno se caracteriza precisamente por la inestabilidad y la inconsistencia. Además, como bien plantea Doering (2014), si bien se echa mano de diferentes tipos de fármacos, “Mediante una terapia farmacológica no se puede influir en la gravedad de la patología del trastorno límite en su conjunto, ni en los síntomas básicos, como sentimientos crónicos de vacío interior, trastorno de la identidad y sentimientos de abandono.” (p. 20).

Ya en 1999, Perry, Banon y Ianni, defendían la eficacia de la psicoterapia en la atención de los trastornos de personalidad. Estos investigadores analizaron los resultados de 15 estudios sobre diferentes tipos de psicoterapia, los cuales

compararon con la evolución de los cuadros clínicos sin intervención psicoterapéutica. Concluyen que la cantidad de personas que lograban recuperarse de un trastorno de la personalidad⁷ y estabilizarse, era 7 veces mayor que la que se recuperaba sin este recurso.

Los planes de intervención psicoterapéutica, en especial aquellos que han sido estandarizados y cuentan con el respaldo de una solidez teórica que amalgame la práctica, tienen la ventaja de que plantean una ruta a seguir en el trabajo con un determinado grupo de pacientes, a fin de lograr ciertos objetivos que mejoren su calidad de vida y disminuyan su vivencia y sensación de malestar. Su utilidad radica en la posibilidad de contar con herramientas de trabajo ya sistematizadas y probadas, e incluso, con un hilo conductor que marca un orden lógico de abordaje, sustentado en el conocimiento profundo de la patología a tratar.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2001) es enfática en señalar la necesidad de una alta frecuencia de sesiones en el abordaje de este perfil de pacientes. Indica que los modelos psicoterapéuticos que han mostrado eficacia para la atención de este trastorno de personalidad son aquellos que comparten tres características: mantienen sesiones semanales de terapia individual, brindan una o más sesiones grupales por semana y contemplan los espacios de supervisión para los terapeutas. La duración del tratamiento, para lograr transformaciones, con esta alta frecuencia de trabajo, no debe ser inferior a un año.

⁷ La mayoría de los estudios considerados se referían al TB.

La especialización en el área, por parte de los psicoterapeutas que trabajen con estos pacientes, es bastante deseable. Para Biskin y Paris (2012), si no se dispone de personal capacitado específicamente en este tipo de trastorno, lo más recomendable sería que el equipo de trabajo se mantenga en comunicación, a fin de evitar contradicciones y minimizar el desgaste del personal, puesto que estos pacientes resultan altamente demandantes.

Doering (2014) identifica como los principales tratamientos de abordaje de esta patología a la Terapia Dialéctico Conductual, desde el enfoque Cognitivo Conductual y a la Terapia Focalizada en la Transferencia, desde la escuela psicoanalítica de Kernberg. Además, se consideran otros tratamientos que también están empleándose actualmente como la Terapia Basada en la Mentalización, también de corte psicoanalítico; y la Terapia Basada en Esquemas, que integra fundamentos y técnicas de bases cognitivo-conductuales, gestalticas, psicodinámicas, constructivistas, entre otros.

2.4.1. Los tratamientos orientados psicoanalíticamente

Para efectos del presente trabajo, se consideran dos terapias de orientación psicoanalítica, a saber: la Terapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización.

2.4.1.1 Terapia Focalizada en la Transferencia

La Terapia Focalizada en la Transferencia constituye la primera propuesta de un protocolo de intervención⁸ de una psicoterapia de orientación psicoanalítica para su aplicación en pacientes con patología mental grave. Fue desarrollada por John Clarkin, Frank Yeomans y Otto Kernberg desde el Personality Disorders Institute, de la Universidad de Cornell.

En 1989, fue publicada una primera versión del manual de aplicación y 10 años después, se consolidó su versión final.

La propuesta de trabajo de la TFT difiere del psicoanálisis clásico en varios aspectos, a saber:

- Las sesiones se realizan cara a cara
- La frecuencia media de las sesiones es de dos por semana
- Incluye un contrato terapéutico
- El terapeuta muestra una actitud activa, y se centra en el aquí y ahora de la sesión
- La terapia se centra en la transferencia, tal cual se concibe desde Freud, como la actualización de las experiencias relacionales tempranas interiorizadas, por medio de la relación terapéutica en momento presente, partiendo de que en el vínculo terapéutico saldrán a relucir partes de las relaciones tempranas interiorizadas.

⁸ Que ha buscado además contar con evidencia científica de su efectividad.

- El método, así enfocado en la interpretación sistemática de la transferencia que se genera durante la sesión terapéutica, se basa en ciclos repetidos de clarificación, confrontación e interpretación.
- Las denominadas interpretaciones genéticas, interpretaciones que se refieren a experiencias biográficas anteriores, no aparecen hasta fases avanzadas de la terapia
- La duración del tratamiento es prolongada, alrededor de 2 años. El seguimiento puede incluso extenderse por 3 años más.

Este modelo de intervención se basa en una comprensión profunda del trastorno, a partir de la cual se plantea como objetivo terapéutico la búsqueda de la integración de las representaciones parciales del self y el objeto, por medio de los ciclos repetidos de clarificación, confrontación e interpretación. La meta es lograr la integración de las representaciones del mundo interno del paciente tratando de este modo, de mejorar su funcionamiento a nivel interpersonal y social. El fin último es la maduración de la estructura de la personalidad y la superación de la patología.

El tratamiento parte de una exploración diagnóstica amplia, que contempla el diagnóstico fenomenológico de acuerdo con el DSM y CIE, pero, además, incluye también el diagnóstico de la estructura, procedimiento que ocupa un papel central en el procedimiento de diagnóstico. Para esto, se emplea la Entrevista Estructurada para la Organización de la Personalidad (STIPO), instrumento desarrollado por Kernberg, para la elaboración de un perfil estructural de la

personalidad, así como una evaluación global del nivel estructural. Esta entrevista incluye 100 elementos distribuidos en siete dimensiones:

- 1) Identidad: A. Compromiso, B. Autopercepción: - Coherencia y continuidad, - Autoevaluación, C. Percepción de objetos.
- 2) Relaciones de objeto: A. Relaciones interpersonales, B. Parejas y sexualidad, C. Modelo de trabajo interno de las relaciones.
- 3) Defensa primitiva.
- 4) Sobrellevar/Rigidez.
- 5) Agresión: A. Autoagresión, B. Agresión ajena.
- 6) Conceptos de valores.
- 7) Control de la realidad y distorsiones en la percepción.

Los autores recomiendan, además, realizar una anamnesis biográfica y social detallada, a partir de la cual se pueden establecer hipótesis psicodinámicas sobre el origen de la patología individual. También se consideran los tratamientos previos y aquellos aspectos que puedan suponer una amenaza potencial para la terapia.

El tratamiento como tal, se basa en 4 principios Principios estratégicos (Doering, 2014)

- **Principio Estratégico 1:** *definición de las relaciones de objeto dominantes. Bajo este principio, se establecen 4 fases, las cuales se siguen en las sesiones:*
 - *Fase 1: Experimentar y tolerar la confusión del mundo interno del paciente, tal como se revela en la transferencia.*

- *Fase 2: Detectar las relaciones de objeto dominantes.*
- *Fase 3: Nombrar a los actores.*
- *Fase 4: Observar la reacción del paciente.*
- **Principio estratégico 2:** *observar los cambios de rol del paciente.*
- **Principio estratégico 3:** *observar e interpretar las relaciones entre díadas de relaciones de objeto que se rechazan mutuamente y que, por consiguiente, mantienen el conflicto interno y la fragmentación.*
- **Principio estratégico 4:** *trabajar la capacidad del paciente para percibir de otro modo una relación en la transferencia, y observar las otras relaciones relevantes del paciente a la luz de este cambio. (p. 27).*

Al igual que en todas las terapias de corte psicoanalítico, la supervisión es básica. El modelo solicita la grabación en video de sesiones que serán posteriormente supervisadas.

A través de diferentes estudios, se ha demostrado que los pacientes muestran mejoras en la función reflexiva, y a cambios en la red neural frontolímbica (Carrasco y Arango, 2015).

2.4.1.2 Terapia Basada en la Mentalización

Anthony Bateman y Peter Fonagy desarrollaron un programa pionero de atención dentro de un régimen de hospitalización parcial (Carrasco y Arango, 2015). Este modelo de psicoterapia se centra en la terapia en la función reflexiva, y no en la conducta del paciente. Bateman y Fonagy (2018) sostienen que los

objetivos están en “estabilizar la sensación del self, sostener la mentalización dentro del contexto interpersonal de la terapia y ayudar al paciente a mantener un nivel óptimo de excitación durante las interacciones con los otros” (p. 5).

Bateman y Fonagy definen la mentalización “como la capacidad implícita y explícita de interpretar las acciones propias y de los otros, en base a estados mentales (deseos, intenciones, sentimientos y pensamientos) (Carrasco y Arango, 2015, p. 78).

La terapia basada en la Mentalización establece como columna vertebral, la Teoría del Apego, y a partir de ella, enlaza diferentes conceptos provenientes de modelos cognitivos y evolutivos, las neurociencias, y otros principios psicodinámicos. Su objetivo es facilitar la capacidad reflexiva o capacidad de mentalizar de los pacientes.

La MBT se organiza en torno a un periodo de 18 meses que comienza con una evaluación y sesiones introductorias. Las sesiones introductorias incluyen cierto nivel de psicoeducación sobre los siguientes elementos:

- Significado de mentalización, antecedentes y objetivos de MBT
- Apego y estilos de apego, entendiendo el propio estilo de apego
- Problemas de mentalización en TPL
- Requisitos previos para la mentalización
- Aprender a mentalizar ("habilidades de mentalización")
- Reconocer y lidiar con las emociones propias y de los demás
- Reconocer y ocuparse de los pensamientos propios y ajenos

- Reconocer y lidiar con las intenciones, los deseos y las limitaciones propias y de los demás

A esta primera fase, le sigue una terapia semanal, individual y grupal.

Bateman y Fonagy (2018) enfatizan en que la actitud del terapeuta en su posición terapéutica mentalizadora es crucial y debería incluir:

- *Humildad derivada de una sensación de no saber.*
- *Paciencia en tomarse tiempo para identificar las diferencias en las perspectivas.*
- *Legitimar y aceptar diferentes perspectivas*
- *Preguntar activamente al paciente sobre su experiencia -pedir descripciones detalladas de la experiencia (preguntas tipo qué), en lugar de explicaciones (preguntas tipo por qué)*
- *Evitar cuidadosamente la necesidad de ofrecer una comprensión a cosas que no tienen sentido inmediato -se instruye al terapeuta para decir explícitamente que algo no queda claro. (p. 5).*

En este tipo de terapias, la alianza terapéutica es pieza clave, por lo que debe cuidadosamente monitorearse eventuales malentendidos, los cuales, con este tipo de pacientes, resultan frecuentes. El terapeuta, al reconocer su responsabilidad en algunos malentendidos, no solo modela la honestidad y la valentía, también facilita la disminución del nivel de excitación del paciente, al tiempo que aprovecha la oportunidad para explorar cómo los malentendidos

pueden surgir a partir de suposiciones erróneas sobre estados mentales opacos, antes de que surjan respuestas emocionales que puedan traer todo tipo de consecuencias.

Bateman y Fonagy (2018) indican que las intervenciones deben organizarse en torno a una serie de pasos terapéuticos, los cuales son:

- *Demostrar empatía por el estado subjetivo actual del paciente.*
- *Exploración, clarificación y, si procede, desafío*
- *Identificar el afecto y establecer un foco de afecto*
- *Mentalizar la relación (p. 9).*

Tmej, Fischer-Kern, Doering, Alexopoulos, y Buchheim (2018) sostienen que la MBT ha mostrado eficacia en la reducción de la frecuencia de suicidios, autolesiones graves, e ingresos hospitalarios, así como en la mejora general de la sintomatología del paciente y en su funcionamiento social e interpersonal.

TERCERA PARTE: METODOLOGÍA

I. Tipo de estudio

Las revisiones sistemáticas constituyen sistematizaciones estructuradas de la información científica disponible orientada a responder una pregunta clínica específica. Para Moreno et al (2018), su riqueza radica en la posibilidad de integrar en un solo documento, numerosas fuentes de información, lo cual las sitúa en el nivel más alto de evidencia dentro de la jerarquía de la evidencia⁹.



FIGURA 1. Jerarquía de la evidencia.

Fuente: Moreno et al, 2018.

Metodológicamente, uno de los elementos a favor de este tipo de estudios, radica en la transparencia con la que se presenta el proceso mismo que se sigue para su implementación. Así, se le ofrece al lector la posibilidad de observar la cadena de acciones que lleva al investigador a sus

resultados, con el detalle de cada fase y las acciones tendientes a recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda la evidencia disponible.

⁹ Ver figura 1.

II. Estrategia metodológica

Siguiendo las premisas metodológicas para la elaboración de revisiones sistemáticas, se adopta la estrategia de definición del problema mediante el formato PICOS. Este formato demanda la definición de cinco componentes clave para la definición de los problemas de investigación y sus objetivos:

Tabla 2. Matriz de definición de problema PICOS

P	Población	Personas adultas, diagnosticados con Trastorno de personalidad límite No se aplican restricciones basadas en sexo, género, etnia u otras variables demográficas.
I	Intervención	Tratamientos de orientación psicoanalítica
C	Comparación	Tratamientos aplicados a las poblaciones, ya sean de orientación psicoanalítica o no
O	Outcomes	Resultados generales de aplicación de los diferentes tratamientos de orientación psicoanalítica: remisión de sintomatología, estabilidad documentada a través de los periodos de seguimiento, otros
S	Tipo de estudio	Diseños experimentales, cuasiexperimentales y no experimentales

Fuente: propia (2021).

Considerando lo anterior, se estructuró la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la evidencia científica disponible sobre la efectividad de los tratamientos de orientación psicoanalítica, en las personas diagnosticadas con Trastorno de Personalidad Límite?

III. Objetivos de investigación

Para lograr dar respuesta al problema de investigación propuesto, se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General

Realizar una revisión sistemática de estudios sobre intervenciones psicoterapéuticas de orientación psicoanalítica en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite.

Objetivos específicos

- Realizar un filtrado de estudios afines al tema en los últimos 5 años que impliquen la implementación de tratamientos de orientación psicoanalítica en el abordaje de pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite.
- Analizar los resultados generales de aplicación de los diferentes tratamientos de orientación psicoanalítica en función de los criterios de remisión de sintomatología y elaboración sobre conflictos internos subyacentes a la patología.
- Comparar los resultados de los diferentes tratamientos documentados.

IV. Criterios de elegibilidad de los estudios

1. Definición de los criterios de búsqueda bibliográfica:

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo estableciendo los siguientes parámetros de inclusión de estudios:

- **Generales:**
 - Estudios que midieran la efectividad de una terapia de orientación psicoanalítica.
 - Estudios que comparasen la eficacia de dos o más psicoterapias
 - Estudios cuyos resultados fueron publicados en los últimos 5 años (entre 2015 y 2021).
 - Publicaciones académicas de artículos a texto completo bajo el esquema de revisión de pares (arbitradas).
 - Artículos publicados en idiomas: español, inglés, italiano y francés.
 - Diseños experimentales, cuasiexperimentales y no experimentales.
 - Estudios de revisión sistemática que cumpla los parámetros anteriores.
- **Población de los estudios:**
 - Personas con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite. Este trastorno puede también identificarse con la etiqueta de Trastorno de Inestabilidad Emocional tipo Límite o Trastorno Fronterizo.
 - Población adulta, mayor de 18 años. Se establece este parámetro considerando la recomendación de los manuales diagnósticos de no precipitar la etiqueta de un trastorno de personalidad en población infantil o adolescente.

- Tratamientos:
 - Tratamientos de orientación psicoanalítico. Se incluyen estudios en los que se establezcan comparaciones entre tratamientos de orientación psicoanalítica y tratamientos cuyo punto de partida teórico y metodológico sea otro, siempre y cuando se establezca una comparación de los resultados de ambos.
 - Estudios que analicen la efectividad de los tratamientos en términos de remisión de sintomatología, y estabilidad documentada a través de los periodos de seguimiento.

2. Proceso de Búsqueda de Información

Para la identificación de los estudios, se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos:

- PubMed-Medline de la United States National Library of Medicine
- EBSCO Academic Search Ultimate
- Journal Storage (JStor)
- American Psychological Association (APA)

En todos los casos, el filtrado se realizó utilizando las siguientes palabras: “trastorno de personalidad límite”, “borderline disorder”, “tratamiento”, “treatment”, “terapia” y “therapy”.

La base de datos **Medline** arrojó 174 resultados posibles según los parámetros establecidos. Se descartan los siguientes:

Tabla 3. Estudios descartados de la base de datos Medline

Estudios descartados	Motivo
34	No se refieren directamente al tema de estudio (o a la conjunción de ambos temas)
23	Se referían a relaciones del Trastorno de Personalidad Límite con otras enfermedades o condiciones
21	Se enfocan en diagnóstico, descripción y síntomas
12	Se enfocan sobre factores de riesgo
12	Se enfocan en el manejo del Trastorno de Personalidad Límite como problema de la salud pública
10	Se enfocan sobre efectos del Trastorno de Personalidad Límite en la vida social y salud
3	Fuera del rango de edad
1	Sobre familiares de personas con Trastorno de Personalidad Límite
54	No contemplan intervenciones de orientación psicoanalítica

Fuente: propia (2021).

Con lo anterior, se conservan 4 casos.

La base de datos EBSCO Academic Search Ultimate aportó 431 resultados posibles. Aquí, se descartan los siguientes:

Tabla 4. Estudios descartados de la base de datos EBSCO ASU

Estudios descartados	Motivo
122	No se refieren directamente al tema de estudio (o a la conjunción de ambos temas)
97	Se referían a relaciones del Trastorno de Personalidad Límite con otras enfermedades o condiciones
46	Se enfocan en diagnóstico, descripción y síntomas
16	Se enfocan sobre factores de riesgo
23	Se enfocan en el manejo del Trastorno de Personalidad Límite como problema de la salud pública
13	Se enfocan sobre efectos del Trastorno de Personalidad Límite en la vida social y salud
16	Fuera del rango de edad
6	Sobre familiares de personas con Trastorno de Personalidad Límite
35	Aparecieron en la búsqueda realizada en Medline
50	No contemplan intervenciones de orientación psicoanalítica
1	Diseño de investigación, recolección de datos en curso
2	Reflexiones teóricas

Fuente: propia (2021).

A partir de este filtrado, se conservan 4 estudios.

De JStor, se obtiene un resultado preliminar de 46 posibles estudios. Se proceden a descartar los siguientes:

Tabla 5. Estudios descartados de la base de datos JStor

Estudios descartados	Motivo
39	No se refieren directamente al tema de estudio (o a la conjunción de ambos temas o a trastornos de personalidad en general)
2	Se referían a relaciones del Trastorno de Personalidad Límite con otras enfermedades o condiciones
1	Se enfocan sobre efectos del Trastorno de Personalidad Límite en la vida social y salud
1	No contemplan intervenciones de orientación psicoanalítica
1	Se trata de una propuesta de investigación, sin resultados

Fuente: propia (2021).

Así, se conservan 2 de estos estudios.

Finalmente, se revisa la base de datos de la APA, de donde se obtienen 36 posibles estudios. De ellos, se descartan los siguientes:

Tabla 6. Estudios descartados de la base de datos APA

Estudios descartados	Motivo
10	No se refieren directamente al tema de estudio (o a la conjunción de ambos temas)
4	Se referían a relaciones del Trastorno de Personalidad Límite con otras enfermedades o condiciones
1	Aparecieron en la búsqueda realizada en Medline
1	Aparecieron en la búsqueda realizada en EBSCO ASU
1	Aparecieron en la búsqueda realizada en JStore
18	No contemplan intervenciones de orientación psicoanalítica
1	Estudio de caso 1, en el que se daba seguimiento a la implementación de 3 modelos

Fuente: propia (2021).

De esta última base de datos, no se conservó ningún estudio.

3. Proceso de extracción de datos

A partir de esta labor de filtrado, se inicia un proceso de extracción de los datos. Para esto, se procedió a la lectura de los artículos, la elaboración de fichas de trabajo sobre cada uno y al vaciamiento de la información en dos matrices de

trabajo. La primera corresponde a las características formales descriptivas de los estudios; la segunda, a los resultados obtenidos en cada estudio.

CUARTA PARTE: RESULTADOS

I. Características formales de los estudios

En la siguiente matriz, se presentan los datos correspondientes a elementos formales de los estudios: autoría, año de publicación, país donde se llevó a cabo el estudio, tipo de estudio llevado a cabo, si existió un grupo de comparación y la cantidad de sujetos con los que se trabajó.

Tabla 7. Características formales de los estudios

Autores	Año	País	Tipo de estudio	N	Características N
Bateman et al.	2016	Inglaterra	Diseño preexperimental con pretest y 3 postests (a los 6, 12 y 18 meses); con 2 grupos definidos aleatoriamente: Grupo experimental (n=21) y grupo de comparación (n=19)	40	Dx: comorbilidad TPL y TPAS; intento suicida o episodio autolesivo en los últimos 6 meses; edades: 18-65 años.
Buchheim et al.	2017	Austria	Diseño preexperimental con pre y postprueba; con 2 grupos definidos aleatoriamente: Grupo experimental (n=38) y grupo de comparación(n=25)	63	Mujeres; 18-45 años Dx: TPL
Burgal y Pérez	2018	España	Revisión sistemática	30	Estudios que comparasen la eficacia de 2 o más psicoterapias y estudios de revisión sistemática

De Meulemeester et al	2018	Bélgica	Diseño preexperimental con pre y postprueba; sin comparación entre grupos.	175	Dx TPL; 59,4% mujeres.
Edel et al.	2017	Alemania	Diseño preexperimental con postest; con 2 grupos definidos aleatoriamente: 1 Grupo experimental (n=35) y 1 grupo de comparación (n=38).	73	Mujeres; Dx TPL; 18-50 años; comorbilidad con otros Dx mentales; hospitalizadas.
Kivity et al.	2019	Estados Unidos	Diseño preexperimental con pre y postest; con 3 grupos definidos aleatoriamente: 1 Grupo experimental TFT (n=27), 1 grupo experimental DBT (n=26) y 1 grupo experimental SPT (n=26).	82	19-52 años; 93% mujeres
Perez et al.	2016	Estados Unidos	Diseño preexperimental con pre y postprueba; sin comparación entre grupos.	10	Mujeres, 23-32 años, Dx TPL
Philips et al.	2018	Suecia	Diseño preexperimental con pretest y 3	46	Mujeres, 18-65 años, Dx TPL,

			postest (a los 6, 12 y 18 meses); con 2 grupos definidos aleatoriamente: 1 Grupo experimental (n=24) y 1 grupo de comparación (n=22).		Dx trastorno por consumo de sustancias
Sahin et al.	2018	Suecia	Diseño preexperimental con pretest y 3 postests (a los 1, 2 y 5 años); con 3 grupos definidos aleatoriamente: 2 Grupos experimentales (TFT n=36 y DBT n=35) y 1 grupos de comparación (n=35).	106	Mujeres; Dx TPL; al menos 2 IAE
Tmej et al.	2018	Austria	Diseño preexperimental con pre y postprueba; sin comparación entre grupos.	63	Mujeres; 18-45 años Dx: TPL

Fuente: propia (2021).

II. Hallazgos

En esta segunda matriz de análisis, se incluyen los datos correspondientes a los resultados que presentan los diferentes estudios, enlazando dichos resultados con el tipo de tratamiento recibido, el tipo de abordaje¹⁰ y la duración del tratamiento.

Se incluyen, además, los instrumentos empleados para la realización de las mediciones y las unidades de medida y / o variables empleadas.

Posteriormente, fuera de tabla, se presentan en prosa, los resultados de cada estudio.¹¹

¹⁰ Ya sea individual o grupal, corto o largo).

¹¹ Se opta por presentarlos en prosa dada su heterogeneidad.

Tabla 8. Hallazgos

Autores	Tratamiento¹²	Tipo de abordaje	Duración	Unidades de medida	Instrumento
Bateman et al.	1- MBT 2- Manejo clínico estructurado (foco: terapia de apoyo y la resolución de problemas) ¹³	Individual y grupal combinados	18 meses (aprox. 140 sesiones).	Agresión problemática ¹⁴ , Disparadores de agresión ¹⁵ , Consecuencias secundarias a la agresión problemática ¹⁶	SCID-II SCL-90-R BDI SAS IIP GAF
Buchheim et	1- TFT	Individual	12 meses ¹⁷	Estilo de apego,	Entrevista de

¹² En los casos en los que existe grupo experimental y grupo de comparación, se registran en la matriz en el siguiente orden: 1- el tratamiento de orientación analítica, 2- el tratamiento que se utilizó con otro grupo para comparar.

¹³ Primera opción de intervención en Inglaterra, la cual no es llevada a cabo por especialistas, sino por un variado perfil de trabajadores de la salud.

¹⁴ Enojo, relaciones dominantes, hostilidad, ideación paranoide, impulsividad.

¹⁵ Ansiedad, depresión, distrés.

¹⁶ Problemas interpersonales y funcionamiento global.

¹⁷ No hay detalle de cantidad de sesiones.

al.	2- Psicoterapia no estructurada, con técnicas de apoyo, psicodinámicas y cognitivas			trauma	Apego Adulto Escala de afectación sintomática Escala de organización de la personalidad
Burgal y Pérez ¹⁸	1- TDC 2- Terapias de orientación psicoanalítica 3- Otras: SFT, CAT, CBT	-	-	Eficacia	-
De	MBT	Sesiones de	12-24 semanas	Procesos de	SCID-II

¹⁸ En este caso, los autores no brindan detalles específicos sobre las intervenciones, su duración, ni sobre los instrumentos de medición empleados.

Meulemeester et al		MBT son individuales ¹⁹	(hospitalización)	Mentalización	RFQ Brief Symptom Inventory
Edel et al.	1- DBT+MBT 2- DBT	En ambos casos, se programan sesiones individuales y grupales	En ambos casos, se programa un mínimo de 5 sesiones a la semana. DBT+MBT: duración de 10 semanas DBT: 6 semanas	Síntomas propios del TPL, Mentalización, Apego, Inteligencia cristalizada, Funciones ejecutivas, síntomas depresivos y ansiosos	SCID-II BSL-23 Novel cartoon task (by Brune et al). RQ MWT-B, TMT BDI-II STAI
Kivity et al.	1- TFT	Sesiones	1 año de tratamiento	Funcionamiento	RFS

¹⁹ Además de la MBT, los pacientes recibieron sesiones de terapias no verbales (musicoterapia, terapia prismotora, etc), terapia familiar, consulta psiquiátrica, sesiones de enfermería, terapia de grupos con enfermería, consulta de trabajo social.

	2- DBT 3- SPT	individuales y grupales	en cada caso	reflexivo, mentalización	PQS Prototipos de mentalización
Perez et al.	TFT	individual	76 sesiones	Activación neuronal	Fmri ALS MPQ OAS-M
Philips et al.	MBT TU	MBT: individual; TU: individual y grupal	18 meses	Eventos adversos en materia de consumo de drogas, IAE, días de hospitalización	SCID-I SCID-II BPDSI-IV TLFB Entrevista DSHI-9 SCL-90-R GSI

					IIP RFS Brief Reflective Functioning Interview
Sahin et al.	TFT DBT "TU"	TFT: Individual; DBT: individual y grupal; y Tratamiento usual: individual	TFT: 1vez/2 semanas, m= 58 sesiones; DBT: 1vez/semana, m= 44 sesiones; TU: según seguimiento usual no protocolizado o a demanda.	Severidad del trastorno sintomatología	DIP-Q SCL-90-R GAF Parasuicide History Interview.
Tmej et al.	TFT	Individual	12 meses ²⁰	Estilo de apego, mentalización Experiencias de	Entrevista de Apego Adulto Escala de

²⁰ No hay detalle de cantidad de sesiones.

				Trauma	funcionamiento reflexivo
--	--	--	--	--------	-----------------------------

. Fuente: propia (2021).

Bateman, O'Connell, Lorenzini, Gardner y Fonagy (2016) realizaron un estudio para medir la efectividad de la MBT, en comparación con el Manejo clínico estructurado en pacientes (70% hombres y 30% mujeres) con diagnóstico de comorbilidad de TPL y TPAS²¹.

Considerando los 3 conjuntos de síntomas que los investigadores se propusieron medir, esta investigación concluyó que:

- En cuanto al Eje 1 “Agresión problemática”, los pacientes tratados con MBT mostraron una reducción significativa de los síntomas de ira, hostilidad y paranoia, en comparación con el otro grupo. Además, para el final del tratamiento, al comparar ambos grupos en materia de frecuencia de actos autolesivos e intentos suicidas, la diferencia entre ambos grupos fue significativa, señalando mejores resultados en el grupo con MBT
- En el Eje 2 “Disparadores de agresión”, los resultados también muestran mejoras significativamente relevantes mayores en el grupo de MBT. Estas mejoras en el manejo de los disparadores de agresión dan cuenta de un mejor ajuste a la realidad.

²¹ Se decide considerar este estudio, a pesar de que no se avoca exclusivamente al TPL, dado que los autores mismos realizan un señalamiento acerca de la frecuencia de la comorbilidad entre uno y otro trastorno, la complejidad de estos casos, y la reciente acogida por parte de la nosología psiquiátrica (ya registrada en el DSM-V), de pensar no solo síntomas, sino dominios de rasgos. El traslape entre ambos trastornos incluye la impulsividad e imprevisibilidad marcadas, dificultades con la regulación emocional y el control de la ira, desprecio por la seguridad de uno mismo y un comportamiento que otros pueden considerar manipulador.

Por otro lado, si bien se concibe que la atención del TPAS debería constituir una prioridad para nuestros sistemas de salud, dado el impacto negativo que tiene en el grupo social al que se adscribe el sujeto, no existe un tratamiento específico que haya sido determinado para el abordaje de este tipo de pacientes (Bateman et al, 2016).

- En el Eje 3 “Consecuencias secundarias a la agresión problemática”, también se registran mayores resultados y con una diferencia significativa al compararlos con el otro grupo.

Por lo anterior, los autores proponen que la MBT debería ser considerada como terapia de primera línea para la atención de la diada de comorbilidad integrada por el continuum de ambos trastornos. No obstante, los investigadores reconocen limitaciones como la necesidad de continuar un seguimiento de al menos 5 años y que el estudio no tiene el poder estadístico suficiente para demostrar diferencias reales, dado el tamaño de la muestra, por lo que los hallazgos se limitan a demostración de viabilidad en lugar de demostración de efectividad.

En 2017, Buchheim, Hörz-Sagstetter, Doering, Rentrop, Schuster, Buchheim, Pokorny, y Fischer-Kern realizaron una publicación de los resultados de su investigación. Con esta, buscaban evaluar los cambios en las representaciones de apego de un grupo de pacientes, centrándose en la coherencia narrativa y la resolución de problemas no resueltos. Compararon 2 grupos: uno con el que se implementó la TFT (n=38) y el segundo, con el que se utilizó un tipo de psicoterapia más abierto, que incluía técnicas de apoyo, cognitivas y psicodinámicas (n=25).

En la línea base, ambos grupos se caracterizaron por la alta prevalencia de apego inseguro, sin diferencias significativas entre sí. Como era de esperar, estas pacientes mostraron puntuaciones bajas en funcionamiento psicosocial, niveles bajos de organización de la personalidad y presencia de Trastorno de estrés

postraumático y síntomas limítrofes. Al realizar el análisis de varianza (ANOVA), los investigadores concluyen que no hubo cambio significativo en cuanto a las dos unidades de análisis (estilo de apego y trauma) en el grupo tratado con Psicoterapia no estructurada, pero que sí se registró un cambio significativo en el grupo tratado con TFT.

Esto indica que la TFT fue más efectiva en propiciar cambios a nivel del patrón de apego de los sujetos, concretamente para lograr pasar de un apego inseguro a uno seguro, de un apego no resuelto a uno organizado. Lo anterior implica que estos pacientes, luego de un año de terapia, fueron capaces de mejorar en su autonomía, su flexibilidad y en su "seguridad ganada". En comparación con el otro modelo, la TFT, proporciona un modelo estructurado, interactivo y emocionalmente intenso que brinda un espacio seguro de reflexión sobre las relaciones de apego.

En España, Burgal y Pérez (2018) se plantearon el objetivo de comparar la eficacia de diferentes psicoterapias utilizadas para el tratamiento del TPL, con el fin de analizar y comprender qué terapias obtienen mejores resultados y por qué. Para ello, se dieron a la tarea de realizar una revisión sistemática de las publicaciones realizadas desde 1990 en las que ellos consideraron como las principales bases de datos (PsyInfo, Medline, Psycodoc y Google Scholar).

Sus resultados mostraron que las principales psicoterapias para el TLP eran la Terapia Dialéctico Conductual, la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia Basada en Esquemas entre otras y, por otra, que todas ellas eran

eficaces. Ahora bien, su principal hallazgo estuvo en determinar que cada una de dichas terapias, era significativamente eficaz sobre diferentes problemáticas

Sobre la DBT, indican una clara eficacia en las conductas autolíticas y autolesivas. Además, se reportan cambios significativos en psicopatología general, sintomatología límite, funcionamiento global, disociaciones. Ahora bien, señalan que no se observó mejoría en depresión, ni en las variables sentimientos de desesperación, ideación suicida y motivos para vivir y además, los autores concluyen que la DBT se muestra menos efectiva en la regulación de la intensidad de experiencias emocionales negativas (rabia, culpa, ansiedad, vergüenza).

Las terapias de orientación psicoanalítica han demostrado ser eficaces en la atención de conductas autolíticas y autolesivas (aunque en menor escala que la DBT), psicopatología general, psicopatología límite, funcionamiento global, estado de ánimo, depresión, ansiedad e irritabilidad. Los autores señalan un alto impacto de estas terapias en la regulación emocional de las pacientes.

Respecto a otras terapias, los estudios muestran una mejoría en psicopatología general, funcionamiento global y en sintomatología límite. No obstante, la cantidad de estudios sobre estas otras terapias fue escasa, por lo que se limita la posibilidad de sacar conclusiones.

De Meulemeester, Vansteelandt, Luyten, y Lowyck (2018) realizaron un estudio para determinar los mecanismos de cambio que explican los efectos de la MBT en los TPL. Los resultados mostraron que el tratamiento se asoció con una disminución significativa en las discapacidades de mentalización y angustia sintomática. Según observaron, los niveles previos al tratamiento de mentalización

y la angustia sintomática no resultaron predictores de cambios. Sin embargo, las mejoras en la mentalización están fuertemente asociadas con la tasa de disminución de la angustia sintomática a lo largo del tiempo.

Estos hallazgos sugieren que los aumentos en la mentalización pueden explicar en parte el cambio terapéutico en el tratamiento del TLP.

En Alemania, Edel, Raaff, Dimaggio, Buchheim y Brüne, (2017) llevaron a cabo una exploración de la efectividad combinada de la MBT y la DBT. Para ello, realizaron un estudio comparativo entre dos grupos: uno intervenido solo a través de DBT y otro a través de un protocolo que combinaba ambas terapias. Los investigadores partieron del reconocimiento de que si bien la DBT ha demostrado ser muy eficaz en el control de ciertas conductas como las autolesiones y en mejorar la regulación emocional en estos pacientes, otros problemas relacionados al trastorno, como la cognición social, no se ven tan beneficiados, por lo que buscaron complementar terapias a través de un protocolo que integrara ambas partes.

Los resultados mostraron que en ambos grupos se dio una reducción sintomática (aunque esta no fue significativa en ninguno de los dos grupos) y un aumento en la percepción subjetiva de salud, el cual sí fue significativo. Las conductas autolesivas se redujeron significativamente solo en el grupo que combinó la DBT y la MBT. Por otro lado, la combinación de DBT y MBT fue superior y brindó resultados significativos en: la reducción del apego no seguro y el incremento de la mentalización afectiva.

Por lo anterior, los autores concluyen que la aplicación de la combinación de ambas terapias puede mejorar ciertos aspectos de las habilidades cognitivas sociales y la seguridad del apego, en comparación con la implementación exclusiva de la DBT.

Para realizar un trabajo comparativo entre la TFT, la DBT y la SPT, Kivity, Levy, Wasserman, Beeney, Meehan, y Clarkin (2019), definieron como objetivo examinar la conformidad con los principios terapéuticos prototípicos y su relación con el cambio en funcionamiento reflexivo en estos 3 tratamientos para el TPL.

Los resultados obtenidos sostienen que los principios de mejora de la mentalización fueron más altos en la TFT; la conformidad con el tratamiento fue más alto en DBT y SPT. Por otro lado, las mejoras en el funcionamiento reflexivo y la mentalización fueron mayores con la TFT.

En 2016, el equipo de investigación integrado por Perez, Vago, Pan, Root, Tuescher, Fuchs, Leung, Epstein, Cain, Clarkin, Lenzenweger, Kernberg, Levy, Silbersweig y Stern, se planteó investigar la activación cerebral asociada a la mejoría clínica de personas con TPL que fueron intervenidas a través de la TFT. Para ello, realizaron un escaneo cerebral antes de iniciar el tratamiento con TFT y después de recibirlo.

Los resultados mostraron efectos significativos asociados al tratamiento: incremento de la activación prefrontal dorsal (cíngulo anterior dorsal, corteza prefrontal, dorsolateral, y frontopolar); y una disminución relativa de la activación de la corteza prefrontal ventrolateral y del hipocampo.

La mejoría clínica en la restricción se correlacionó positivamente con un aumento relativo de la activación de la corteza cingulada anterior dorsal izquierda.

La mejoría clínica en la labilidad afectiva se correlacionó positivamente con la activación de la corteza orbitofrontal posterior-medial izquierda / estriado ventral, y negativamente con la activación de la amígdala derecha / parahipocampal.

Estos hallazgos demuestran posibles alteraciones asociadas a la TFT en el circuito frontolímbico, con una mejora sintomática en los pacientes. Esto constituye un avance en la identificación de mecanismos cerebrales asociados con una psicoterapia de orientación psicoanalítica.

En Suecia, Philips, Wennberg, Konradsson, y Franck (2018) llevaron a cabo una investigación para comprobar la eficacia de la MBT en pacientes con TPL, con comorbilidad de trastorno por uso de sustancias. Los investigadores se centraron en examinar la viabilidad y eficacia de la MBT. Luego de 18 meses, concluyeron que no hubo diferencia significativa entre los grupos en cualquier variable de resultado. No obstante, se apunta que no se produjeron intentos de suicidio en el Grupo de prueba, en contraste con 4 intentos de suicidio que ocurrieron en el grupo de control (diferencia que no alcanzó significancia estadística [$p = 0.06$]). Por lo anterior, los autores concluyeron que la MBT posiblemente sea útil en la reducción del riesgo que implican los intentos de suicidio en pacientes con TPL y comorbilidad con trastorno por consumo de sustancias.

En la ciudad de Estocolmo, Sahin, Vinnars, Gorman, Wilczek, Åsberg y Barber (2018) realizaron un estudio para evaluar el efecto del nivel inicial de

gravedad sintomática sobre el tratamiento, en pacientes diagnosticadas como TPL, comparando la aplicación de 3 tratamientos diferentes: la TFT, DBT y la “terapia usual”. En esta investigación, se ha realizado un seguimiento longitudinal a los sujetos, al año, 2 años y 5 años, de haber iniciado su tratamiento.

Los datos del quinto año de seguimiento sugirieron que los pacientes que inicialmente tenían niveles altos de severidad en su patología, reportaron resultados similares en los 3 tratamientos, sin una diferencia significativa entre sí. Ahora bien, se encontró una diferencia significativa en aquellos pacientes con quienes se inició tratamiento cuando se encontraban en niveles de severidad considerados inferiores. Para ellos, la TFT fue significativamente más efectiva que las otras dos opciones de tratamiento.

Los autores plantean que una posible explicación a la superioridad de la TFT en estos casos podría relacionarse con que estos pacientes podrían tener mayores recursos para considerar las interpretaciones que su terapeuta realiza para abrir su comprensión sobre su comportamiento interpersonal fuera de la relación terapéutica, sin la emocionalidad desbordada de los pacientes en estados mayores de gravedad.

En su estudio²² Tmej, Fischer-Kern, Doering, Alexopoulos y Buchheim (2018), analizaron la interdependencia del cambio en la representación del apego y el funcionamiento reflexivo en al aplicar la TFT. Tras un año de exposición al tratamiento, realizaron una medición posttest que contrastaron con la línea base. De los 63 casos analizados, 56 presentaban apego inseguro en la línea base y 11

²² Titulado: *Changes in Attachment Representation in Psychotherapy.*

de ellos modificaron su estilo de apego tras un año de tratamiento. En materia de trauma, de los 63 casos, 34 presentaban traumas no elaborados que suscitaban una amplia gama de sintomatología y tras la intervención, 20 de estos casos fueron reportados como elaborados. El estudio revela además que un nivel más elevado de funcionamiento reflexivo constituye un moderador y un predictor de cambio en el patrón de apego. Se observa que los pacientes que continuaron teniendo patrones de apego inseguro y escasa elaboración sobre sus traumas fueron quienes tenían un funcionamiento reflexivo más bajo. En todos los casos, la medición posttest revela un aumento del funcionamiento reflexivo tras el tratamiento.

III. Discusión de resultados

Existe evidencia científica que respalda la efectividad de los tratamientos de orientación psicoanalítica para la atención de las personas diagnosticadas con Trastorno de Personalidad Límite.

La TFT ha demostrado eficacia en propiciar cambios a nivel del patrón de apego de los sujetos, concretamente para lograr pasar de un apego inseguro a uno seguro, de un apego no resuelto a uno organizado, en los casos de Trastorno de Personalidad Límite. Al mejorar su patrón de apego, los sujetos mejoran su autonomía, su flexibilidad y su "seguridad ganada", lo cual incide en su funcionamiento psicosocial.

A nivel de la sintomatología del trastorno, se ha evidenciado su eficacia en la atención de conductas autolíticas y autolesivas (aunque en menor escala que la DBT), y, además, se ha observado mejoría significativa en la psicopatología

general, psicopatología límite, funcionamiento global, estado de ánimo, depresión, ansiedad e irritabilidad. Es probable que esta mejoría sintomática esté relacionada con la posibilidad de elaboración sobre la estructura, en la capacidad reflexiva que se logra a través de este modelo de terapia.

Esta mejoría ha encontrado un sustrato biológico, al demostrar que la mejoría sintomática producto del tratamiento con TFT, se evidencia a través de alteraciones en los patrones de activación del circuito frontolímbico en estos pacientes. Finalmente, la ansiada prueba orgánica de efectividad que el psicoanálisis clásico buscaba.

La evidencia también apunta a pensar que en los casos donde se observan niveles elevados de severidad en el cuadro clínico, no existen diferencias significativas en la efectividad de distintos modelos de psicoterapia; pero sí la existe en niveles medios y bajos de severidad, en los cuales, la TFT ha demostrado mejores resultados. Esta particularidad determinada por el perfil de funcionamiento previo de los pacientes hace pensar en que estos pacientes podrían contar con mayores recursos de mentalización y una emocionalidad menos desbordada, por lo que se podría pensar en la oportunidad que constituye la utilización de la TFT cuando se está detectando por primera vez el TPL, sin esperar a un deterioro mayor en la persona.

Las habilidades de mentalización han demostrado ser útiles para resolver experiencias traumáticas de apego y generar un impacto positivo en las relaciones interpersonales y en su propia interpretación de sí mismo. La mentalización ofrece una herramienta útil para potenciar la comprensión de la gran cantidad de

emociones conflictivas y abrumadoras, al diferenciar los estados mentales propios y los ajenos. Esta comprensión ayuda a limitar la impulsividad y la desregulación emocional.

La MBT ha probado ser efectiva en la atención de síntomas agresivos, en el abanico de posibilidades que implica este tipo de síntomas: la ira, la hostilidad, la paranoia, los actos autolesivos e intentos suicidas; el manejo de los disparadores de esta agresividad (que da cuenta de un mejor ajuste a la realidad) y el manejo de las consecuencias de sus conductas.

Por otro lado, queda clara la mejoría significativa de los pacientes que son intervenidos desde la DBT, al incluir en una segunda fase de su tratamiento, un abordaje desde la MBT. Con esta complementación, se obtienen los beneficios de la DBT en términos de control de ciertas conductas como las autolesiones y de regulación emocional, y los de la MBT, en materia de mentalización afectiva, autopercepción, cambios en los patrones de apego no seguro.

QUINTA PARTE: CONSIDERACIONES FINALES

I. Conclusiones

- La alta prevalencia del trastorno de personalidad límite y las características de este, plantean una demanda a los centros de salud especializados en patología mental, demanda que es imperativo atender de la mejor manera, previniendo el empeoramiento de los casos.
- Los datos presentados brindan evidencia del impacto de las terapias de orientación psicoanalítica en diversos niveles, demostrando eficacia no solo en la mejoría de los cuadros sintomáticos, sino verdaderas transformaciones a nivel de la estructura de personalidad e incluso, a nivel físico.
- Las investigaciones en el área establecen puentes dentro del corpus teórico y metodológico psicoanalítico, que bien podrían generar nuevos objetos de estudio que lleven al desarrollo de nueva teoría. En esta línea, es interesante como dos escuelas diferentes, desde abordajes diferentes, ambos de corte psicoanalítico, emplean los mismos instrumentos de medición y los mismos constructos teóricos, con algunas variaciones.
- La cura analítica, mediada por la palabra, en un dispositivo determinado por la transferencia, opera generando cambios a nivel intrapsíquico. La pregunta pendiente para los partidarios de la TFT es si esos cambios que reconocen en materia de patrones de apego, son suficientes como para plantear la posibilidad de movilizaciones en términos estructurales del sujeto.
- Los protocolos de atención de orientación psicoanalítica puede que sean vistos como desventajosos al ser prolongados (al menos 18 meses) e intensivos (1 o 2 sesiones semanales). Sin embargo, sería importante valorar el costo-

beneficio de estas terapias, ya que puede que se gane no solo a nivel personal de cada paciente que vea controlada su sintomatología, sino a nivel de los centros de salud, al disminuir la frecuencia de atenciones de urgencia.

- Si bien existe un sustrato biológico que cada vez es más estudiado, en esta patología, en ella confluyen diferentes factores psicológicos y sociales, que constituyen un reto a nivel social. La estructura Límite habla de una vulnerabilidad en la primera infancia, trastocada por negligencia, abandono, violencia y abusos. Como sociedad, nos corresponde no solo diagnosticar e implementar tratamientos, sino abogar por cambios en el tejido social, que prevengan las condiciones en las que se gestan estructuras psíquicas fragmentadas como defensa al horror en el que les tocó nacer.
- En tanto psicoterapeutas, frente a estos cuadros clínicos, conscientes de nuestra contratransferencia, necesitamos trabajar-nos para no cerrar nuestros oídos al dolor de la estructura Límite, consolidando la estigmatización.

II. Recomendaciones

- Valorar la posibilidad de llevar a cabo investigaciones de tipo longitudinal a nivel hospitalario, dentro de nuestro sistema de salud. Los hospitales no son solo centros de atención a pacientes, constituyen universos a explorar, que, con un adecuado y sólido diseño de investigación, podrían brindar datos que orienten la intervención terapéutica realizada en el país.
- Basándose en la evidencia científica que apunta a una diferencia significativa en cuanto a efectividad de la TFT en relación con otras terapias, en etapas aún

no severas del trastorno, valdría la pena valorar la integración de este modelo como directriz de abordaje para este perfil de pacientes, previniendo que el cuadro clínico se agrave con el paso del tiempo.

III. Limitaciones

- La revisión sistemática se limita a publicaciones que se encuentran integradas dentro del sistema de base de datos de la Universidad de Costa Rica. Si bien se abarca una amplia cantidad de fuentes, muchas otras quedan por fuera, por lo que se desconoce si existen otros estudios cuyos resultados pudieran resultar pertinentes para el estudio del tema en cuestión.
- Ligado a lo anterior, la barrera idiomática constituye otra limitación. Si bien se abrió la posibilidad de revisar todos los artículos disponibles en 4 idiomas, solo se encontraron resultados en idioma inglés y español. Con este panorama, se deduce que la posibilidad se reduce a partir de los accesos que tiene la universidad, dado que, aunque abrieron los parámetros de los filtros para capturar también textos en francés e italiano, no se obtuvieron resultados.
- Muchos de los estudios se han realizado con muestras pequeñas, lo cual limita las posibilidades de análisis estadísticos y la consecuente, generalización de resultados.

SEXTA PARTE: REFERENCIAS

- Antonsen, B. T., Kvarstein, E. H., Urnes, Ø., Hummelen, B., Karterud, S. y Wilberg, T. (2017). Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study. *Psychotherapy Research*, 27(1), 51-63. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1072283>
- Arias, I. (2012). *Actualización en el manejo farmacológico y no farmacológico del trastorno límite de la personalidad*. (Tesis inédita para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría). Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2001). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Barnicot, K. y Crawford, M. (2018). Posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: treatment outcomes and mediators. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 899-908. <https://doi.org/10.1002/jts.22340>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2018). Tratamiento basado en la mentalización. *Aperturas Psicoanalíticas*, 59, 31, pp. 1-22.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T. y Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry*, 16, 304. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>

- Bender, D.; Dolan, R.; Skodol, A.; Sanislow, C.; Dyck, I. McGlashan, T.; Shea, T.; Zanarini, M; Oldman, J. y Gunderson, J. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 295–302. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Benecke, C., Huber, D., Staats, H., Zimmermann, J., Henkel, M., Deserno, H., Wiegand-Grefe, S. y Schauenburg, H. (2016). A Comparison of psychoanalytic therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety (panic/agoraphobia) and personality disorders (APD Study): presentation of the RCT study design. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62(3), 252-269.
- Biskin, R. S. y Paris, J. (2012). Management of borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*. 184 (17), pp. 1897-1902.
- Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., Pokorny, D. y Fischer-Kern, M. (2017). Change of unresolved attachment in borderline personality disorder: RCT study of transference-focused Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 314-316.
- Burgal Juanmartí, F. y Pérez Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *The Efficacy Of Psychotherapy For Borderline Personality Disorder: A Review.*, 38(2), 148-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>
- Burnand y., Andreoli, A., Frambati, L., Manning, D., Canuto, A. y Frances, A. (2017). “Abandonment psychotherapy” for suicidal patients with borderline personality disorder: long-term outcome. *Psychotherapy and*

Psychosomatics, 86(5), 311-313.

Byrne, G. y Egan, J. (2018). A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0652-y>

Carrasco, J. y Arango, C. (2015). *Correlación de la organización estructural de la personalidad con las características clínicas del trastorno límite de personalidad: un estudio con la entrevista STIPO*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense De Madrid, España.

De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P. y Lowyck, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: a parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders*, 9(1), 22-29. <https://doi.org/10.1037/per0000256>

Ditlefsen, I. T., Nissen-Lie, H. A., Andenæs, A., Normann-Eide, E., Johansen, M. S., & Kvarstein, E. H. (2020). “Yes, there is actually hope!”—A qualitative investigation of how patients experience mentalization-based psychoeducation tailored for borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*. <https://doi.org/10.1037/int0000243>

Doering, S. (2014). La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) del trastorno límite de la personalidad. *Psicopatología. salud mental*, 24, pp. 19-35.

Fossati, A. y Somma, A. (2018). improving family functioning to (hopefully) improve treatment efficacy of borderline personality disorder: an opportunity not to

dismiss. *Psychopathology*, 51(2), 149-159.
<https://doi.org/10.1159/000486603>

Edel, M., Raaff, V., Dimaggio, G., Buchheim, A. y Brüne, M. (2017). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder—A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12123>

Goodman, G., Chung, H., Anderson, K., & Hull, J. W. (2018). Simulation modeling analysis of psychodynamic therapy for an inpatient with borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(4), 429-443.
<https://doi.org/10.1037/int0000117>

Hennessey, M. y McReynolds, C. J. (2001). Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 17, 97-103.

Juul, S., Lunn, S., Poulsen, S., Sørensen, P., Salimi, M., Jakobsen, J. C., Bateman, A. y Simonsen, S. (2019). Short-term versus long-term mentalization-based therapy for outpatients with subthreshold or diagnosed borderline personality disorder: A protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 20(1), sp. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3306-7>

Kernberg, O. F. (2016). Interpretation in the treatment of borderline pathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(1), 52-59.
<https://doi.org/10.1080/07351690.2016.1112222>

Kivity y., Levy, K. N., Wasserman, R. H., Beeney, J. E., Meehan, K. B. y Clarkin, J. F. (2019). Conformity to prototypical therapeutic principles and its relation

with change in reflective functioning in three treatments for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(11), 975-988. <https://doi.org/10.1037/ccp0000445>

Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M. S., Hummelen, B., Wilberg, T. y Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder—The impact of clinical severity. *Psychology and Psychotherapy*, 92(1), 91-111. <https://doi.org/10.1111/papt.12179>

Leichsenring, F., Masuhr, O., Jaeger, U., Rabung, S., Dally, A., Dümpelmann, M., Fricke-Neef, C., Steinert, C. y Streeck, U. (2016). Psychoanalytic-interactional therapy versus psychodynamic therapy by experts for personality disorders: a randomized controlled efficacy-effectiveness study in cluster B personality Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 71-80.

Lind, M., Jørgensen, C. R., Heinskou, T., Simonsen, S., Bøye, R. y Thomsen, D. K. (2019). Patients with borderline personality disorder show increased agency in life stories after 12 months of psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 56(2), 274-284. <https://doi.org/10.1037/pst0000184>

Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V. y Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>

Malda-Castillo, J., Browne, C. y Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: a systematic literature review.

Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 92(4), 465-498. <https://doi.org/10.1111/papt.12195>

Mena, C. (2013). *Criterios para la elaboración del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, para una propuesta de abordaje psicoterapéutico en el hospital nacional psiquiátrico*. (Tesis inédita para optar por el grado de Especialista en Psicología Clínica). Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Möller, C., Karlgren, L., Sandell, A., Falkenström, F. y Philips, B. (2017). Mentalization-based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in psychotherapy for borderline personality disorder with co-morbid substance dependence. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(6), 749-765. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1158433>

Moreno, B.; Muñoz, M.; Cuellar, J.; Domancic, S. y Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. En *Revista Clínica de Periodoncia Implantología y Rehabilitación oral*, vol.11, no.3.

Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N. y Karterud, S. (2019). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy Research: Journal Of The Society for Psychotherapy Research*, 29(2), 251-266. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1325021>

Obando, G. (2015). *Factores clínicos e intervenciones intrahospitalarias relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según los internamientos en el Hospital*

Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí en el año 2013. (Tesis inédita para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría). Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L. M., Verhoef, R. y Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961. <https://doi.org/10.1177/0004867418791257>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación internacional de enfermedades. CIE-10*. Ginebra: OMS

Perez, D. L., Vago, D. R., Pan, H., Root, J., Tuescher, O., Fuchs, B. H., Leung, L., Epstein, J., Cain, N. M., Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F., Levy, K. N., Silbersweig, D. A. y Stern, E. (2016). Frontolimbic neural circuit changes in emotional processing and inhibitory control associated with clinical improvement following transference-focused psychotherapy in borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1), 51-61. <https://doi.org/10.1111/pcn.12357>

Perry, J., Banon, E. y Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 156 (9), pp. 1312-1321.

Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P. y Franck, J. (2018). Mentalization-based treatment for concurrent borderline personality disorder and substance use disorder: a randomized controlled feasibility study. *European Addiction Research*, 24(1), 1-8. <https://doi.org/10.1159/000485564>

Sahin, Z., Vinnars, B., Gorman, B. S., Wilczek, A., Åsberg, M. y Barber, J. P.

- (2018). Clinical severity as a moderator of outcome in psychodynamic and dialectical behavior therapies for borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 9(5), 437-446. <https://doi.org/10.1037/per0000276>
- Strehlow, G. y Lindner, R. (2016). Music therapy interaction patterns in relation to borderline personality disorder (BPD) patients. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(2), 134-158. <https://doi.org/10.1080/08098131.2015.1011207>
- Tmej, A., Fischer-Kern, M., Doering, S., Alexopoulos, J. y Buchheim, A. (2018). Changes in attachment representation in psychotherapy: is reflective functioning the crucial factor? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 64(3), 222-236.
- Uribe, L. et al (2017). *Perfil epidemiológico de la población atendida en el Hospital Nacional Psiquiátrico en consulta externa y hospitalización durante los años 2014 al 2016*. Costa Rica: Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Walton, C. J., Bendit, N., Baker, A. L., Carter, G. L. y Lewin, T. J. (2020). A randomised trial of dialectical behaviour therapy and the conversational model for the treatment of borderline personality disorder with recent suicidal and/or non-suicidal self-injury: an effectiveness study in an Australian public mental health service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(10), 1020-1034. <https://doi.org/10.1177/0004867420931164>
- Zanarini, M; Frankenburg, F.; Khera, G. y Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 144–150. <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2001.19749>