

PERSONALIDAD LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

BORDERLINE PERSONALITY IN ADOLESCENCE: A SYSTEMATIC REVIEW

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14803233>

AUTORES:

Joseline Belén Molina Fernández^{1*}

Yosbanys Roque Herrera²

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: jbmolinaf@pucesa.edu.ec , dirección postal - Av. Manuelita Sáenz. Ambato EC180207, Tungurahua, Ecuador.

Fecha de recepción: 06/ 12/ 2024

Fecha de aceptación: 13/ 12/ 2024

RESUMEN

El propósito de la investigación fue sistematizar la evidencia acerca del desarrollo de TLP en adolescentes mediante una revisión bibliográfica de estudios originales. El proceso se implementó mediante la metodología PRISMA. Los métodos del nivel teórico empleados fueron: analítico-sintético e inductivo-deductivo. Se partió de dos preguntas principales y cinco criterios de selección de fuentes para establecer la estrategia de búsqueda. Las palabras clave en español e inglés se escogieron entre los términos del DeCS/MeSH. La búsqueda se realizó en las bases: SciELO, Dialnet, Web of Science, Springer, ERIC, Scopus y PubMed. La calidad del rigor de las fuentes se valoró aplicando escala Study Quality Assessment Tools NHLBI-NIH. De los 59 artículos encontrados inicialmente, 14 quedaron seleccionados definitivamente, predominando los localizados en PubMed (27). No se encontraron investigaciones desarrolladas en América Latina, Asia o África. Los factores predisponentes o la aparición de características de esta patología deben ser observadas desde la niñez y la adolescencia temprana; requiriéndose la participación de los actores en la familiar y escuela. **Palabras clave:** *trastorno límite de la personalidad; adolescente; temperamento; técnicas de diagnóstico; psicoterapia.*

ABSTRACT

The purpose of the research was to systematize the evidence about the development of BPD in adolescents through a bibliographic review of original studies. The process was

^{1*} Licenciada en Psicología Clínica, Maestrante postgrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato, jbmolinaf@pucesa.edu.ec, <https://orcid.org/0009-0009-5606-4381>

² Ingeniero Aerofotogeodesta, Dr. en Innovación Didáctica y Formación del Profesorado (PhD.), Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, yosbanys.roque@esepoch.edu.ec, <https://orcid.org/0009-0009-5606-4381>

implemented using the PRISMA methodology. The theoretical level methods used were: analytical-synthetic and inductive-deductive. Two main questions and five source selection criteria were used to establish the search strategy. The keywords in Spanish and English were chosen from the DeCS/MeSH terms. The search was carried out in the bases: SciELO, Dialnet, Web of Science, Springer, ERIC, Scopus and PubMed. The quality and rigor of the sources was assessed by applying the NHLBI-NIH Study Quality Assessment Tools scale. Of the 59 articles initially found, 14 were definitively selected, predominating those located in PubMed (27). No research developed in Latin America, Asia or Africa was found. The predisposing factors or the appearance of characteristics of this pathology must be observed from childhood and early adolescence; requiring the participation of the actors in the family and school.

Keywords: *Borderline Personality Disorder; Adolescents; Temperament; Diagnostic Techniques; Psychotherapy.*

INTRODUCCIÓN

La American Psychiatric Association define el trastorno límite de personalidad (TLP) como un patrón persistente de inestabilidad que manifiesta el individuo en cuanto a relaciones interpersonales, autoimagen y afecto, existiendo alteraciones conductuales con una marcada impulsividad; la que, comúnmente, comienza en la edad adulta precoz y puede presentarse en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2013).

Con respecto a esa enfermedad, Sharan et al. (2023) refieren que las cifras epidemiológicas muestran que su incidencia en la población mundial es de alrededor del 6 %. Estos autores, también mencionan que cerca de un 60% de los individuos con TLP contactan los servicios de atención primaria de salud debido a síntomas somáticos, pudiendo ser tempranamente identificados y remitidos a psiquiatría por los facultativos que les atienden si logran identificar su presencia.

Según el modelo de exposición, el TLP se produce por una interacción entre diversos factores predisponentes; mientras que el llamado modelo de complicación lo asocia con el empeoramiento de un trastorno psiquiátrico infantil o adolescente. Ambos modelos cuentan con apoyo empírico, mostrando que muestran la edad de inicio y el género generan curvas de desarrollo diferentes. En el sexo femenino, el arraigamiento de la sintomatología durante la adolescencia temprana (ansiedad, depresión, entre otros) resultan factores predictivos para el desarrollo de TLP en la adolescencia tardía (modelo de complicaciones); mientras que la externalización de los síntomas conductuales en la adolescencia como el desafío, puede predecir esta enfermedad en la edad adulta (modelo de exposición) (Zanarini et al., 2020).

Mediante una revisión bibliográfica sistemática, González Marín et al. (2023) establecieron que algunos factores predisponentes de la TLP están relacionados con la presencia de traumas infantiles y adversidad temprana: sufrimientos de abuso, maltrato infantil, prácticas

negligentes de cuidado, experiencias estresantes, atestiguamiento de actos violentos, entre otros.

Las características del TLP pueden agruparse en 4 áreas (Neuman, 2012):

- Inestabilidad del ánimo.
- Impulsividad y comportamiento descontrolado
- Distorsión del pensamiento y la percepción.
- Psicopatología interpersonal.

Gunderson (2011) considera que el TLP se considera una patología psiquiátrica grave que muestra elevadas cifras de mortalidad por suicidio, alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y considerables déficits psicosociales en el paciente. En la adolescencia, esta patología se caracteriza por una intensidad emocional que se manifiesta a través de rápidos cambios de humor, altibajos emocionales y una sensibilidad extrema ante cualquier percepción de rechazo o abandono; lo que puede conllevar comportamientos impulsivos y autodestructivos, abuso de sustancias psicotrópicas, conductas sexuales irresponsables y descontroladas, entre otras potenciales consecuencias.

La diversidad de formas en que los pacientes experimenta el TLP genera una gama de opciones terapéuticas. Fox (2021) considera que un tratamiento único no es recomendable para todos los casos, el que dependerá de los hallazgos durante la evaluación diagnóstica. Ese autor aboga por un enfoque integrado que puede abarcar la combinación de diferentes opciones terapéuticas: dialéctica conductual, de aceptación y compromiso, cognitivo-conductual y la interpersonal; de manera que gestionen adecuadamente los respectivos síntomas de manera específica.

Así, el equipo investigador se planteó el objetivo de sistematizar la evidencia relacionada con el desarrollo de TLP en la adolescencia mediante una revisión bibliográfica de estudios originales al respecto.

METODOLOGÍA

La revisión sistemática acerca del desarrollo de TLP en adolescentes se desarrolló empleando los métodos:

- Analítico-sintético, al revisar críticamente los artículos seleccionados, recopilar la información de interés y sistematizarlas en el nuevo documento.
- Inductivo-deductivo, durante la identificación de las categorías generales del TLP y las específicas; así como, las relaciones entre estas.

El estudio partió de las interrogantes:

¿Cuáles son los factores señalados por la evidencia empírica como predisponentes para el desarrollo del TLP en la adolescencia?

¿Cómo interactúan diferentes factores psicológicos en los adolescentes diagnosticados con TLP?

La metodología para realizar revisiones sistemáticas y meta-análisis (PRISMA) se utilizó durante el proceso investigativo (Page et al., 2020).

Criterios de selección de fuentes

De inclusión:

- Estudios que aborden el objeto de estudio, publicados en los idiomas inglés y español.
- Investigaciones observacionales y ensayos clínicos publicadas desde 2013 hasta 2023.
- Población de estudio compuesta por adolescentes con edades de 10 a 19 años.
- Artículos cuyo rigor metodológico minimiza los riesgos de sesgos (nivel alto según escala aplicada).

De exclusión:

- Estudios observacionales del nivel descriptivo.

Estrategia de búsqueda

Inicialmente, los miembros del equipo investigador establecieron las palabras clave empleando términos del DeCS/MeSH en español e inglés, quedando establecidas las siguientes: Trastorno Límite de la Personalidad (*Borderline Personality Disorder/ Disorders, Borderline Personality*), Psicoterapia (*Psychotherapy*), Adolescente (*Adolescent*), Temperamento (*Temperament*) y técnicas de diagnóstico (*Diagnostic Techniques*); las que se combinaron en frases para la búsqueda empleando operadores booleanos (AND, NOT, LESS, OR y MORE).

Luego, se seleccionaron las bases: SciELO, Dialnet, Web of Science, Springer, ERIC, Scopus y PubMed; en las que los investigadores procedieron a la búsqueda, cuyos resultados se filtraron empleando los criterios establecidos y el desarrollo de un análisis crítico de los contenidos.

Como alternativa, se realizó consultas en las citas referenciadas en las fuentes seleccionadas, pretendiendo aumentar el número de resultados de la búsqueda.

Proceso de selección fuentes y extracción de datos

Los artículos seleccionados fueron leídos detalladamente y los datos relevantes encontrados fueron clasificados y organizados, en base a año de publicación, autor(es), región en la que

se desarrolló la investigación, clasificación del estudio, características de la población, instrumentos psicométricos utilizados y resultados relevantes acerca de variables psicológicas, diagnóstico y tratamiento.

Valoración de calidad de rigor metodológico de las fuentes

El uso de la escala *Study Quality Assessment Tools NHLBI-NIH* (NIH, 2021) se empleó para analizar el rigor metodológico y calidad de los procesos investigativos incluidos. Esta evalúa 14 factores que miden la validez interna en los estudios, empleando la siguiente escala: 11 a 14 (buena), 5 a 10 (regular) y 0 a 4 (mala).

Presentación de los resultados

La información seleccionada se organizó en un esquema en forma de tabla estructurada de manera que posibilite la identificación de los estudios incluidos y sus elementos de orden metodológico, además de los resultados correspondientes; lo que facilitó la síntesis y sistematización de los datos.

RESULTADOS

La aplicación de la estrategia de búsqueda arrojó 59 resultados iniciales, entre las que predominaron las fuentes localizadas a través de la base PubMed (27). Estos fueron sometidos a proceso de tamizaje establecido, quedando 14 artículos seleccionados al finalizar (figura 1).

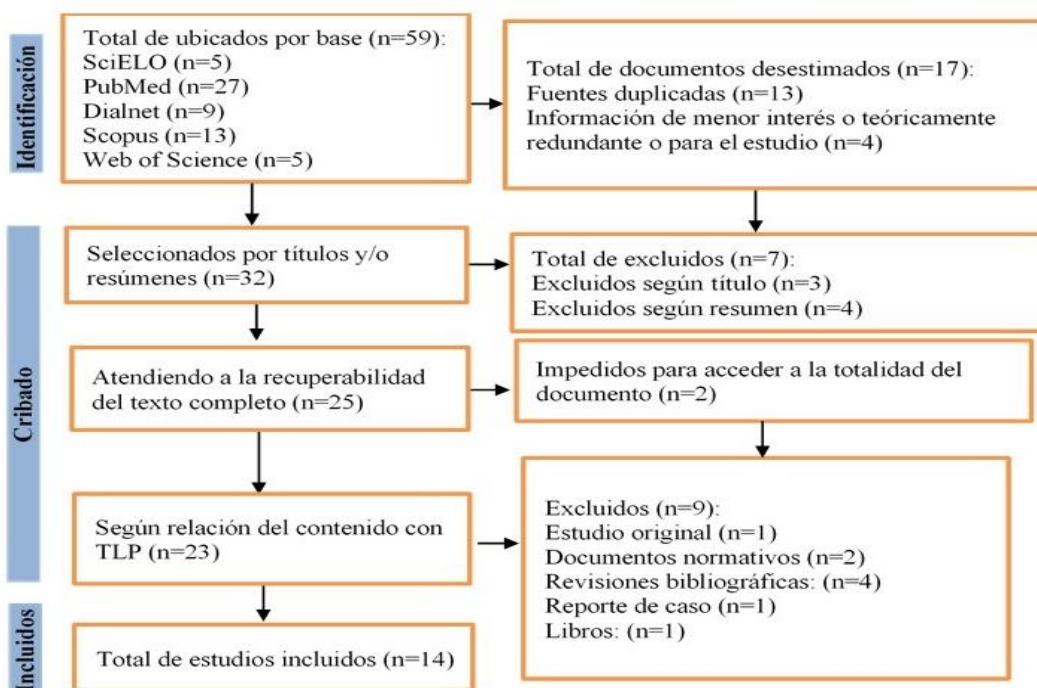


Figura 1. Proceso de selección de fuentes a incluir en la revisión sistemática

El análisis del rigor metodológico y del planteamiento de los resultados en los estudios permitió establecer que los 14 estudios incluidos tuvieron una puntuación superior a 10, ubicándolos en la categoría de buena (tabla 1).

Criterio	Sí	No	Otro (NPD, NA, NR)
1. ¿Se planteó claramente la pregunta o el objetivo de la investigación en este documento?	14	--	--
2. ¿Se especificó y definió claramente la población de estudio?	14	--	--
3. ¿La tasa de participación de las personas elegibles fue al menos del 50%?	14	--	--
4. ¿Fueron todos los sujetos seleccionados o reclutados de la misma población o de poblaciones similares (incluido el mismo período de tiempo)? ¿Se especificaron previamente los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio y se aplicaron de manera uniforme a todos los participantes?	14	--	--
5. ¿Se proporcionó una justificación del tamaño de la muestra, una descripción del poder estadístico o estimaciones de varianza y efecto?	14	--	--
6. ¿Para los análisis de este documento, ¿se midieron las exposiciones de interés antes de medir los resultados?	14	--	--
7. ¿Fue suficiente el período de tiempo para que se pudiera esperar razonablemente ver una asociación entre la exposición y resultado si existiera?	14	--	--
8. Para exposiciones que pueden variar en cantidad o nivel, ¿se examinó el estudio en diferentes niveles de exposición en relación con el resultado (por ejemplo: categorías de exposición o exposición medida como variable continua)?	6	3	5
9. ¿Las medidas de exposición (variables independientes) fueron claramente definidas, válidas, confiables e implementadas de manera consistente en todos los participantes del estudio?	9	--	5
10. ¿Se evaluaron las exposiciones más de una vez a lo largo del tiempo?	9	--	5
11. ¿Las medidas de resultado (variables dependientes) fueron claramente definidas, válidas, confiables e implementadas de manera consistente en todos los participantes del estudio?	9	--	5
12. ¿Los evaluadores de resultados estaban cegados al estado de exposición de los participantes?	--	14	--
13. ¿Las pérdidas durante el seguimiento después del inicio fueron del 20% o menos?	11	1	2
14. ¿Se midieron y ajustaron estadísticamente las posibles variables de confusión clave según su impacto en la relación entre exposición(es) y resultado(s)?	12	1	1

Nota: NPD (no se puede determinar), NA (no aplica), NR (no reportado).

Tabla 1. Análisis el rigor metodológico y calidad de los procesos investigativos incluidos Entre los artículos seleccionados, prevalecieron los que muestran resultados de estudios desarrollados en contextos europeos, sin que se encontrara alguno realizado en entornos geográficos latinoamericanos, asiáticos, ni africanos (tabla 2).

Título del artículo	Tipo de investigación y población de estudio
Vías etiológicas de los síntomas del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia temprana: comportamiento desregulado en la infancia, crianza desadaptativa y victimización por acoso (Winsper, et al., 2017).	Estudio longitudinal de cohorte. Población: 4826 niños ingleses con edades de 11 a 14 años cuyas madres presentaron adversidad familiar durante el embarazo, establecida mediante la Escala de Adversidad Familiar (FAI).
Trastorno límite de la personalidad y uso de servicios de salud mental entre adolescentes (Cailhol et al., 2013)	Estudio no experimental de alcance comparativo. Población: 85 adolescentes europeos, 74 de sexo femenino y 11 del masculino.
El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia como generalización del apego desorganizado (Miljkovitch et al., 2018).	Estudio analítico de casos y controles. Población: 30 adolescentes de Francia, Bélgica y Suiza, con edades de 13 a 19 años.
Trastorno límite de la personalidad en adolescentes suicidas (Yen et al., 2013).	Estudio no experimental de alcance comparativo. Población: 119 adolescentes de Estados Unidos de América, con edades entre 12 y 18 años, agrupados según tipo de conducta suicida presente: intento (1) e ideación (2).
Estrategias de afrontamiento asociadas con la conducta suicida en pacientes adolescentes hospitalizados con trastorno límite de la personalidad (Knafo et al., 2015).	Estudio longitudinal prospectivo comparativo. Población: 167 adolescentes franceses con edades de 13 a 17 años.
Alteraciones de la sustancia blanca específicas del trastorno en el trastorno límite de la personalidad adolescente (Maier Hein et al., 2014).	Estudio longitudinal prospectivo analítico de casos y controles. Población: 167 (muestra de 60) adolescentes alemanes con edades entre 14 y 18 años. Tres grupos de 20 pacientes: 1. Con diagnóstico de TLP definido por el DSM-IV. 2. Con diagnósticos psiquiátricos mixtos sin TLP. 3. Sin trastorno psiquiátrico o psicológico diagnosticado.
Tratamiento basado en la mentalización en grupos para adolescentes con trastorno	Ensayo clínico aleatorio controlado

límite de la personalidad: un ensayo controlado aleatorio (Beck et al., 2020).	Población: 112 pacientes adolescentes de 14 a 17 años con diagnóstico de TLP.
Mentalización en adolescentes con trastorno límite de la personalidad: una comparación con controles saludables (Quek et al., 2019).	Estudio analítico de casos y controles. Población: 26 adolescentes de Melbourne, Australia; con edades entre 12 y 18 años.
Predicción de los síntomas del trastorno límite de la personalidad en adolescentes desde la agresión física y relacional infantil, la depresión y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (Vaillancourt et al., 2014).	Estudio no experimental analítico. Población: 875 adolescentes de Ontario, Canadá, con edades entre 10 y 14 años.
Fiabilidad y validez del trastorno límite de la personalidad en adolescentes hospitalizados (Glenn y Klonsky, 2013).	Estudio no experimental analítico. Población: 174 adolescentes estadounidenses con edades entre 12 y 18 años.
Descubriendo características límite en una muestra comunitaria de adolescentes portugueses (Carreiras et al., 2022).	Estudio no experimental comparativo. Población: 1,005 adolescentes portugueses con edades entre 12 y 19 años
Características de la orientación sexual y el trastorno límite de la personalidad en una muestra comunitaria de adolescentes (Reuter et al., 2016).	Estudio no experimental comparativo. Población: 835 adolescentes de Houston, Estados Unidos de América, con edades entre 15 y 19 años.
Problemas del sueño en la infancia y síntomas del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia temprana (Lereya et al., 2017).	Estudio no experimental analítico longitudinal de cohorte. Población: 6050 adolescentes ingleses con edades entre 11 y 12 años.
El impacto del temperamento infantil en el desarrollo de los síntomas del trastorno límite de la personalidad a lo largo de la adolescencia (Stepp et al., 2014).	Estudio no experimental analítico. Población: 2450 adolescentes estadounidenses, con edades entre 14 y 19 años.

Tabla 2. Principales características y resultados de los estudios originales seleccionados

Instrumentos empleados en las investigaciones incluidas

- Ficha de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños en Edad Escolar (K-SADS-PL).
- Entrevista Infantil para Trastornos Límite de la Personalidad (CI-BPD).
- Escala de Ideación Suicida Beck (BSS).
- Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ).
- Medida del Daño Autoinfligido Funcional (FASM).

- Medida de Intensidad del Afecto (AIM).
- Cuestionario de Agresividad (AQ).
- Ficha de Regulación Emocional - Adaptada (ERC).
- Cuestionario de Autodeclaración Afectiva Negativa (NASSQ).
- Cuestionario de Temperamento EAS (*Emotionality, Activity, and Sociability*).
- Cuestionario de Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (IPDE-BOR).
- Índice de Adversidad Familiar (FAI).
- Entrevista UK-CI-BPD, basada en el instrumento DSM-IV.
- Evaluación del Desarrollo y Bienestar (DAWBA).
- Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ).
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 10)
- Escala de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil (SCARED)
- Escala de Características Límites de la Personalidad para Niños (BPFS-C)
- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).
- Cuestionario de Impulso, Autolesiones e Ideación Suicida para Adolescentes (ISSIQ-A).
- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI-Kid).
- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).
- Escala de Conducta Impulsiva (UPPS).
- Entrevista Telefónica Breve para Niños y Familias (BCFPI-3)
- Autoinforme del Sistema de Evaluación del Comportamiento Infantil.
- Cuestionario de Función Reflexiva para Jóvenes (RFQY).
- Prueba de Lectura de la Mente en los Ojos (RMET).
- Evaluación de la Cognición Social (MASC).
- Entrevista de Síntomas Psicóticos.
- Entrevista de Síntomas Psicóticos.
- Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ).
- Entrevista de Modelo Múltiple de Apego (AMMI).
- Escala de Conducta Impulsiva (DIB).

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS).
- Escalas de Afrontamiento para adolescentes.
- Inventario de Lateralidad de Edimburgo.
- Escala Abreviada de Inteligencia de Wechsler.
- Escala de trastorno de estrés postraumático.
- Inventario de Beck para la Depresión en Jóvenes (BDI-Y).
- Inventario de Toma de Riesgos y Autolesión para Adolescentes (RTSHIA).
- Autoinforme para Jóvenes (YSR).
- Escala de Evaluación Global del Niño (CGAS).

Sistematización de los resultados empíricos obtenidos en cada fuente

Winsper, et al. (2017) hallaron un 7,3% de la muestra mostró 5 o más síntomas frecuentes de TLP. El comportamiento desregulado en la infancia y los factores de riesgo ambientales (adversidad familiar, crianza inadaptada y victimización por acoso) se asociaron significativamente con los síntomas del TLP en los niños de 11 años ($p < 0,01$).

Por otra parte, Cailhol et al. (2013) reportaron que los adolescentes con TLP tuvieron un mayor uso de los servicios de salud mental (ambulatorio: 98% y hospitalizado: 79%). La fenotiazina fue el neuroléptico sedante más recetado. El 47% de los pacientes había recibido psicoterapia. Un tercio de los casos recibieron terapia psicodinámica. No existieron diferencias estadísticas en las variables psicopatológicas al agrupar en base a la presencia de psicoterapia ($p > 0,05$).

En otro estudio, Miljkovitch et al. (2018) encontraron En los pacientes con TLP, se observó la presencia de varios trastornos: obsesivo-compulsivo (43%), evitativo (27%), paranoide (13%), antisocial (10%), histriónico (7%), dependiente (7%), narcisista (3%) y esquizotípico (3%). Además, se diagnosticaron frecuentemente trastornos del Eje I, siendo los más comunes los trastornos alimentarios (58%) y del estado de ánimo (42%). No se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) al agrupar atendiendo a las variables sociodemográficas. En comparación con el grupo de control, los pacientes con TLP tuvieron puntajes más bajos en seguridad y más altos en desactivación, hiperactivación y desorganización. La regresión logística indicó que la desactivación hacia la madre y la seguridad con el padre, así como la interacción entre ambos progenitores y la desorganización resultaron predictores del TLP.

En relación con el TPL en adolescentes, Yen et al. (2013) mencionan en sus resultados que Los principales síntomas presentes en los participantes fueron: conductas autolesivas, impulsividad e inestabilidad afectiva. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos

atendiendo a las variables sociodemográficas; así como en cuanto a letalidad de los intentos de suicidio y existencia de conductas autolesivas. Los pacientes con diagnóstico definitivo de TLP tuvieron más intentos de suicidio, inestabilidad negativa, ansiedad y trastornos psiquiátricos: depresivo mayor, disruptivos y estrés; además de menor de funcionamiento global.

Asimismo, Knafo et al. (2015) compararon diversas características clínicas y del afrontamiento en adolescentes agrupados según presencia de TLP. Los participantes que padecían la patología alcanzaron puntuaciones significativamente más altas de ideación suicida (tanto pasiva como activa), planes suicidas, fobia a los impulsos e intentos de suicidio; así como, mayor proporción de autolesiones no suicidas y existencia de síntomas depresivos. Estos autores determinaron que en los adolescentes con TLP se observaron mayor presencia de estrategias de afrontamiento no productivas; lo que concuerda con el hallazgo de que el desarrollo de acciones por estos para resolver los problemas se asoció con una mayor gravedad de la ideación suicida. La búsqueda de ayuda profesional se relacionó con un número de intentos de suicidio.

Mientras que, Maier Hein et al. (2014), a partir de sus resultados, concluyeron que la red cerebral que procesa las emociones está interrumpida a gran escala en los casos de TLP, afectando la regulación y el reconocimiento de las manifestaciones emocionales.

Beck et al. (2020) no establecieron diferencias significativas en los resultados relativos a los síntomas de TLP de los grupos que recibieron tratamiento basado en mentalización con respecto a los atendidos mediante terapia cognitivo conductual grupal ($p>0,05$). La tasa de remisión fue del 29% en ambos grupos. La asistencia a las sesiones fue baja en el grupo con tratamiento basado en mentalización.

Con respecto a la mentalización en adolescentes con TLP, Quek et al. (2019) observaron deficiencias de no se limitan a contextos relacionados con el apego; estas también de manifestaron en situaciones que generan niveles altos de excitación. Ese resultado apoya la hipótesis de que la hipermentalización es una característica distintiva en adolescentes con TLP. Así, el desarrollo de habilidades de mentalización debe ser un objetivo importante durante la intervención.

En otra investigación, Vaillancourt et al. (2014) hallaron mayor incidencia de síntomas de TLP en el sexo femenino de en la población adolescente que estudiaron, en las que se halló un mayor uso de agresión relacional.

En 2013, Glenn y Klonsky encontraron que el 33,3% de los adolescentes participantes en su investigación cumplió con la totalidad de los criterios diagnóstico de TLP. No existieron diferencias significativas al agrupar a los pacientes con TLP atendiendo a la edad. La consistencia interna de los criterios de TLP fue de $\alpha=0,81$). Entre los factores predictivos de TLP, los comportamientos suicidas/autolesivos y la ira inapropiada tuvieron una alta

sensibilidad; mientras que la inestabilidad en las relaciones interpersonales, los esfuerzos por evitar el abandono y la alteración de la identidad mostraron alta especificidad para predecir la ausencia de TLP.

Carreiras et al. (2022) reportaron un predominio de los sentimientos de abandono, intensidad emocional y autoimagen inestable. La impulsividad fue el rasgo menos reportado. En el sexo femenino se reportó mayor soledad, intensidad emocional, vacío y abandono; mientras que, en el masculino fue la impulsividad y la despreocupación. Hubo más características de TLP en el sexo femenino que en el masculino ($t=-5,99$; $p<0,001$; $d=0,38$). No existieron diferencias significativas según la edad. Se encontró una correlación negativa y débil entre las características de la TLP y rendimiento escolar ($r=-0,14$; $p<0,001$).

En relación con las preferencias sexuales, Reuter et al. (2016) informan que entre los adolescentes que formaron parte de su investigación, aquellos no heterosexuales puntuaron más alto en las características del TLP, sobresaliendo los bisexuales; aunque no existió diferencias estadísticamente significativas al comparar atendiendo al género. Además, la orientación sexual no explica el comportamiento de la Psicopatología en cuestión.

También, Lereya et al. (2017) establecieron que el 7,3% de los adolescentes participantes presentaron cinco o más síntomas de TLP, estableciendo una alta prevalencia de pesadillas y problemas para conciliar el sueño, pero baja para mantenerlo. Las pesadillas persistentes entre los 2,5 y 6,8 años se asociaron significativamente con síntomas de TLP a los 11 o 12 años, incluso controlando factores psicopatológicos y psicosociales. El procesamiento de un modelo incluyendo factores de riesgo temprano: sexo, adversidad familiar, temperamento emocional, crianza inadecuada y abuso y su asociación directa e indirecta con pesadillas persistentes, problemas emocionales y de comportamiento a los 9,5 años y presencia de síntomas de TLP a los 11 o 12 años. Las pesadillas no mediaron las asociaciones entre los factores de riesgo temprano y los problemas emocionales y de comportamiento a los 11-12 años.

Por su parte, Stepp et al. (2014) determinaron la presencia de continuidad y cambios en los síntomas del TLP, encontrando una correlación significativa entre el temperamento y los síntomas del TLP. La aplicación del modelo de intercepto y pendiente cuadrática (FCSI) mostró que los síntomas del TLP varían significativamente entre individuos y a lo largo del tiempo, reflejando componentes de rasgo y trayectoria en el desarrollo de estos síntomas. El análisis del temperamento como predictor arrojó que las evaluaciones de los padres y maestros sobre la emocionalidad, actividad, sociabilidad y timidez del niño en la primera ola del estudio, influyeron en los niveles y cambios en los síntomas del TLP. Los informes de estos factores sobre alta emocionalidad, alta actividad y baja sociabilidad se asociaron con mayores niveles de síntomas del TLP; mientras que, la timidez se asoció con niveles más bajos. El procesamiento de la combinación de los informes de padres y maestros acerca de

los factores temperamentales pueden predecir significativamente la intensidad y desarrollo de los síntomas del TLP durante la adolescencia.

Regularidades establecidas a partir de los resultados empíricos sistematizados

La sistematización de las evidencias reflejadas en los resultados empíricos de los 14 estudios incluidos permitió establecer algunas regularidades en poblaciones compuestas por adolescentes:

- El comportamiento desregulado y los factores de riesgo ambientales en la infancia se asocian con la presencia de síntomas del TLP en la adolescencia temprana.
- El desarrollo de TLP no se relacionó con variables sociodemográficas.
- Los trastornos más comunes encontrados fueron alimentarios y del estado de ánimo.
- Los pacientes con TLP tuvieron menor de funcionamiento global y dificultades con el afrontamiento, observándose intentos de suicidio, inestabilidad negativa, ansiedad y trastornos psiquiátricos (depresivo mayor, disruptivos y estrés).
- La regulación y el reconocimiento de las manifestaciones emocionales se vieron afectados en pacientes con TLP.
- Las terapias de mentalización y las cognitivo conductuales tuvieron la misma efectividad al tratar TLP.
- Además de existir deficiencias de mentalización relacionadas con situaciones de apego, también se manifestaron ante altos niveles de excitación psicológica.
- El sexo femenino resultó más afectado que el masculino en lo que respecta a número de pacientes y presencia de características de TLP.
- La orientación sexual no se asocia con la presencia de TLP.
- Los trastornos del sueño; especialmente, la presencia de pesadillas persistentes en la niñez se relacionó con el desarrollo de síntomas de TLP en la adolescencia.
- El temperamento se asocia con el TLP.
- Las observaciones de maestros y padres pueden ayudar a determinar tempranamente la presencia de características de TLP (emocionalidad, actividad, sociabilidad, timidez...) y trabajar en consecuencia.

Los instrumentos más utilizados para medir TLP en los estudios sistematizados fueron entrevistas basadas en el DSM-IV.

DISCUSIÓN

En 2012, Icart Pujols expuso sus reflexiones acerca de la adolescencia y cómo esta etapa del desarrollo del individuo resulta especialmente vulnerable para la aparición de características de TLP ante determinados estímulos ambientales. Ese autor resalta la importancia de sus primeras relaciones con una connotación diferente a las que mantenía con sus pares en la primera infancia.

Por su parte, Suárez Colorado y Camacho Rodríguez (2023), mediante una revisión bibliográfica sistemática sobre autolesiones no suicidas y TLP, observaron regularidades muy similares a las reportadas en la presente investigación; los estudios que seleccionaron mostraban una relación entre ambas variables estudiadas; además de que los historiales de violencia durante la infancia eran factores predisponentes para ambos problemas psicológicos en la adolescencia. Alekhin e Isagulova (2022) también arribaron a esa última conclusión al estudiar el maltrato infantil en relación con el TLP a través de los resultados de otros artículos publicados, mencionando la importancia del papel de los padres y maestros en el cuidado de los menores, desde una postura consciente y observante para afrontar a tiempo las situaciones de este tipo.

Al analizar un caso clínico, Corchero et al. (2012) mencionan que la disociación que se produce en la persona con TLP a causa de la desregulación emocional, el pensamiento polarizado y las relaciones interpersonales caóticas, entre otras características; debe ser tratada atendiendo a las particularidades de sintomáticas del paciente, recomendando tratamientos integrales como la terapia dialéctica conductual combina estrategias cognitivas con las de aceptación y compromiso.

Palomares et al. (2020) reconocen la importancia del DSM-IV en el diseño de diferentes instrumentos diagnósticos para establecer la presencia de TLP y diseñaron un instrumento para medir sentimiento de vacío en ese tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

El proceso de revisión bibliográfica y selección de las fuentes permitió sistematizar evidencias de las características del desarrollo TLP en adolescentes, obtenidas a través de investigaciones originales desarrolladas en contextos europeos y norteamericanos.

Las evidencias apuntaron a que los factores predisponentes o la aparición de características de esta patología deben ser observadas desde la niñez y la adolescencia temprana; requiriéndose una participación activa de los actores en el contexto familiar y escolar.

La mayoría de las manifestaciones clínicas y factores evidenciados resultan coincidentes con los descritos en la literatura relativa al TLP como enfermedad psiquiátrica: dificultades en la mentalización relacionadas con situaciones de apego, altos niveles de excitación psicológica, presencia de trastornos alimentarios y del estado de ánimo, problemas en el funcionamiento

global y el afrontamiento; además de existencia de intentos de suicidio, inestabilidad negativa, ansiedad y trastornos psiquiátricos (disruptivos, depresivo mayor y estrés).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alekhin, A., y Isagulova, E. (2022). El maltrato en la infancia como condición previa para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 12(2), 202-213. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7114636>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., et al. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 61(5), 594–604. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Pérez Díaz, F., Pham Scottez, A., et al. (2013). Trastorno límite de la personalidad y uso de servicios de salud mental entre adolescentes. *Revista de Trastornos de la Personalidad*, 27(2). <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.252>
- Carreiras, D., Castilho, P., y Cunha, M. (2022). Uncovering borderline features in a community sample of Portuguese adolescents. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(3), 159–167. <https://doi.org/10.5944/rppc.32319>
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C., y Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuaderno de Medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (103), 55-64. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4393286.pdf>
- Fox D. J. (2021). *Cuaderno de trabajo para el trastorno límite de la personalidad. Un programa integrativo para comprender y gestionar el TLP*. Bilbao: Desclée de Brouwer SA
- Glenn CR y Klonsky ED (2013). Reliability and validity of borderline personality disorder in hospitalized adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 22(3), 206–211. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3749894/pdf/ccap22_3p206.pdf
- González Marín, E. M., Montoya Otálvaro, J. A., Cadavid Buitrago, M. A., Gaviria Gómez, A. M., Vilella, E., y Gutiérrez Zotes, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad

- (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud*, 5(1), 273-293. <https://doi.org/10.46634/riics.174>
- Gunderson, J. G. (2011). Clinical practice. Borderline personality disorder. *The New England journal of medicine*, 364(21), 2037–2042. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1007358>
- Icart Pujols, A. (2012). Trastornos límites de la personalidad en la adolescencia. *Psicopatología y salud mental*, 19, 35-44. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Icart-Alfons-19.pdf>
- Knafo, A., Guilé, J. M., Breton, J. J., Labelle, R., Belloncle, V., Bodeau, N., Garny de la Rivière, S., et al. (2015). Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder. *Canadian journal of psychiatry*, 60(2 Suppl 1), 46–54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345850/>
- Lereya, S. T., Winsper, C., Tang, N. K., y Wolke, D. (2017). Sleep Problems in Childhood and Borderline Personality Disorder Symptoms in Early Adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 193–206. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0158-4>
- Maier Hein, K. H., Brunner, R., Lutz, K., Henze, R., Parzer, P., Feigl, N., et al. (2014). Disorder-specific white matter alterations in adolescent borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 75(1), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.03.031>
- Miljkovitch, R., Deborde, A. S., Bernier, A., Corcos, M., Speranza, M., y Pham Scottez, A. (2018). Borderline Personality Disorder in Adolescence as a Generalization of Disorganized Attachment. *Frontiers in psychology*, 9, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01962>
- Neuman, C. J. (2012). Impact of Borderline Personality Disorder on Parenting: Implications for Child Custody and Visitation Recommendations. *Journal of Child Custody*, 9(4), 233–249. <https://doi.org/10.1080/15379418.2012.748350>
- NIH. (1 de junio de 2021). *Study Quality Assessment Tools*. Bethesda: National Institutes of Health. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palomares, N., López Villatoro, J. M., Arévalo, J., Soto, A., Fuentes, M., Díaz Marsá, M., et al. (2020). The feeling of emptiness questionnaire (CSV). elaboration and validation. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 48(5), 220–227. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/575>

- Quek, J., Melvin, G. A., Bennett, C., Gordon, M. S., Saeedi, N., y Newman, L. K. (2019). Mentalization in Adolescents With Borderline Personality Disorder: A Comparison With Healthy Controls. *Journal of personality disorders*, 33(2), 145–163. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_336
- Reuter, T. R., Sharp, C., Kalpakci, A. H., Choi, H. J., y Temple, J. R. (2016). Sexual Orientation and Borderline Personality Disorder Features in a Community Sample of Adolescents. *Journal of personality disorders*, 30(5), 694–707. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_224
- Sharan, P., Das, N., y Hans, G. (2023). Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Patients with Borderline Personality Disorder. *Indian journal of psychiatry*, 65(2), 221–237. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_495_22
- Stapp, S. D., Keenan, K., Hipwell, A. E., y Krueger, R. F. (2014). The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-18>
- Suárez Colorado, Y., y Camacho Rodríguez, D. (2023). Autolesiones no suicidas y trastorno límite de la personalidad en adolescentes: scoping review. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 61(2), 221-230. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272023000200221>
- Vaillancourt, T., Brittain, H. L., McDougall, P., Krygsman, A., Boylan, K., Duku, E., y Hymel, S. (2014). Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Development and psychopathology*, 26(3), 817–830. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000418>
- Winspe, C., Hall, J., Strauss, V. Y., y Wolke, D. (2017). Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0060-x>
- Yen, S., Gagnon, K., y Spirito, A. (2013). Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personality and mental health*, 7(2), 89–101. <https://doi.org/10.1002/pmh.1216>
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Magni, L. R., Aguirre, B. A., Hein, K. E., y Goodman, M. (2020). Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Journal of personality disorders*, 34(Suppl B), 17–24. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_425