

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Eficacia de los tratamientos psicológicos en la
reducción del riesgo suicida en personas con
trastorno límite de la personalidad: una revisión
sistemática.**

**Efficacy of psychosocial treatments in reducing suicide risk in people with
borderline personality disorder: a systematic review.**

Autor: Jairo Rojano Saavedra
Tutora de TFM: Ascensión Ángeles Fumero Hernández

Promoción 2021/2023

La Laguna, Fecha 1 de marzo de 2023



Resumen

Las personas con trastorno límite de la personalidad requieren de una gran cantidad de los recursos de la salud debido a las autolesiones y las tentativas de suicidio. Existen varios tipos de terapia dirigidas a esta población: terapia dialéctico-conductual, terapia basada en la mentalización, terapia cognitiva, terapia focalizada en la transferencia y terapia centrada en los esquemas. Esta revisión sistemática pretende evaluar si las terapias psicológicas son efectivas en la reducción del riesgo suicida en personas con trastorno límite de la personalidad. Para ello se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PsycINFO y Medline, incluyendo un total de 12 estudios. La evidencia encontrada sugiere la efectividad de las terapias psicológicas en la reducción de autolesiones e intentos de suicidio, pero no con tanta solidez en ingresos hospitalarios ni ideación suicida. Se requiere una mayor cantidad de estudios que evalúen el riesgo suicida al completo para poder ampliar la evidencia sobre este tema específico.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, terapia psicológica, autolesiones, suicidio, riesgo suicida.



Abstract

People with borderline personality disorder require high utilization of health care resources due to self-injury and suicide attempts. There are several types of therapy aimed at this population: dialectical-behavioral therapy, mentalization-based therapy, cognitive therapy, transference-focused therapy and schema-focused therapy. This systematic review aims to evaluate whether psychological therapies are effective in reducing suicidal risk in people with borderline personality disorder. For this purpose, a systematic search was carried out in the PsycINFO and Medline databases. Finally, a total of 13 studies were included. The evidence found suggests the effectiveness of psychological therapies in self-injury and suicide attempts, but not so strongly in hospital admissions or suicidal ideation. More studies are needed to evaluate suicide risk in its entirety.

Keywords: borderline personality disorder, psychological therapy, self-injury, suicide, suicide risk.



Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una entidad clínica con una larga historia en la literatura psiquiátrica (Gunderson, 2009). Se incluyó oficialmente como trastorno de la personalidad con la publicación de la tercera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-III (APA, 1980), constituyendo uno de los trastornos de la personalidad que más ha sido investigado (Belloch et al., 2020).

El TLP constituye “un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza en la edad adulta” (APA, 2014, p. 663). En la versión vigente del DSM-5 (APA, 2014), se describen los criterios diagnósticos para el TLP, que se caracterizan por la inestabilidad en las relaciones personales, autoimagen y afectos, así como impulsividad intensa, comenzando en las primeras etapas de la edad adulta. Además, se deben cumplir cinco o más de las siguientes situaciones: evitar desesperadamente el desamparo, relaciones interpersonales inestables, alteración de la identidad, impulsividad en dos o más áreas que son autolesivas, conductas suicidas, inestabilidad afectiva, sensación de vacío, enfado inapropiado o dificultad para controlar la ira, así como ideas paranoides relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

En cuanto a la prevalencia, no hay suficientes datos fiables, ya que el estudio del TLP, así como de otros trastornos de la personalidad, no se han incluido en grandes estudios epidemiológicos. Tras una revisión de la literatura acerca del tema, se concluyó que la prevalencia en población general es del 1%, siendo mayor la prevalencia en personal interno en prisión, y lo contrario en personas mayores. En personas con un trastorno mental la prevalencia asciende hasta el 12% entre paciente ambulatorios de



atención secundaria y al 22% en personas hospitalizadas (Belloch, 2020). La APA (2014) apunta en una dirección similar en su publicación del DSM-5: estima una prevalencia de entre el 1.6% y el 5.9% para población general, de alrededor del 6% en personas que acuden a atención primaria, del 10% en pacientes psiquiátricos y del 20% en pacientes que son hospitalizados. Es, por tanto, un trastorno frecuente en población clínica. Afecta mayormente a mujeres, ya que aproximadamente el 75% de las personas con un diagnóstico de TLP lo son.

El TLP muestra gran comorbilidad con otros trastornos mentales. Hasta el 96% de las personas diagnosticadas con TLP cursan con un trastorno del estado del ánimo, con altas tasas de recaídas durante el desarrollo de sus vidas. El 74% presenta comorbilidad con cualquier trastorno de la ansiedad, entre el 14% y el 53% presenta comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria y entre el 23% y el 84% con trastornos por uso de sustancias (Shah et al., 2018). Las personas con TLP presentan un patrón de inestabilidad en la vida adulta, problemas de control afectivo y de los impulsos, así como un gran uso de los recursos de salud, siendo el riesgo suicida en general (autolesiones, ideación suicida y suicidio), una de las expresiones de mayor gravedad por su mayor demanda de atención sanitaria y que más presencia tiene en el TLP (Black et al., 2004; Oldham, 2006). La conducta suicida presenta una prevalencia de hasta el 84% de las personas diagnosticadas con TLP, según Soloff et al. (2002), con una media de 3.4 intentos de suicidio a lo largo de la vida como se recoge en Soloff et al. (1994). Las autolesiones ocurren en hasta el 62% de personas con TLP (Gunderson, 2001). Conforme a varios estudios longitudinales recogidos en Black et al. (2004), el suicidio consumado en personas diagnosticadas con TLP puede alcanzar el 10.3%. Como factores de riesgo para intentos de suicidio se han encontrado historia de abuso,



trastorno depresivo, abuso de sustancias, historia anterior de intentos de suicidio o un trastorno de la conducta alimentaria. La gravedad de los intentos aumenta con la edad (Black et al., 2004), aunque el número de intentos va disminuyendo (APA, 2014), siendo en la década de los 30 y 40 años en la que la mayor parte de las personas con este diagnóstico presentan mayor estabilidad en sus relaciones.

El TLP ha sido profundamente estudiado en relación a los tratamientos existentes para éste. Algunos de ellos son la terapia dialéctico-conductual (DBT), la terapia basada en la mentalización (MBT), la terapia basada en la transferencia (TBT), la terapia centrada en los esquemas, la terapia cognitiva y el programa STEPPS (System Training for Emotional Predictability and Problem Solving), mostrando gran evidencia en la reducción de sintomatología límite (McMain, 2015).

La DBT es un tratamiento en el cual se desarrollan sesiones individuales y sesiones grupales. Combina estrategias conductuales, cognitivas y de apoyo, incorporando la práctica del mindfulness a la terapia, aceptando al individuo en su condición presente al mismo tiempo que pretende promover un cambio. En este tipo de terapia, el usuario tiene la posibilidad de contactar por teléfono con el terapeuta en momentos de crisis (Burgal et al., 2017; Cuevas et al., 2012; Linehan et al., 1991).

Al contrario que la DBT, la TBT y la MBT son terapias de orientación psicodinámica, pues su modo de proceder se focaliza más en el afecto, la comprensión y la interpretación que mantiene el trastorno. Por un lado, la TBT se centra en la transferencia y en las externalizaciones del paciente. Analiza el miedo a la separación de las demás personas por el miedo a que los acaben abandonando, de manera que la terapia intenta abordar estos conflictos, emociones y conductas derivadas de distorsiones y errores. Por otro lado, la MBT, primero trata de alcanzar la estabilización



emocional del paciente para, en segundo lugar, abordar la mentalización y autoconocimiento de sí mismo y de los demás. Esto le permite el manejo de los impulsos, las relaciones interpersonales y las disregulaciones emocionales (Bateman et al., 2004; Cuevas et al., 2012).

Dado que el riesgo suicida es una de las expresiones de mayor gravedad y demanda de atención sanitaria en las personas con TLP, se quiso saber si existían terapias psicológicas que fueran eficaces reduciendo el mismo. Por ello, el objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática que tratara de dar respuesta a la pregunta: ¿son las terapias psicológicas eficaces en la reducción del riesgo suicida en personas con TLP?

Para ello se marcaron los siguientes objetivos específicos: (1) comprobar el volumen de estudios dedicados a analizar la eficacia de las distintas terapias psicológicas sobre sintomatología característica de las personas con TLP, más en concreto sobre aquellas que intervienen en el riesgo suicida, y extraer las claves del conocimiento actual; (2) identificar las variables de los distintos grupos de investigación para establecer criterios comparativos de los resultados; (3) relacionar las aportaciones de las investigaciones para establecer el punto actual de la cuestión; (4) discutir las fortalezas, limitaciones y enfoques futuros del campo de interés.

Método

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se han seguido para la realización de esta revisión sistemática son (1) que en el trabajo se estudien las terapias psicológicas que sirvan para la reducción del riesgo suicida en personas con TLP; (2) que los artículos sean en inglés y castellano y (3) que exista un grupo de comparación o grupo control.



Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión que se han seguido para la realización de esta revisión sistemática son (1) que la fuente sea una aportación teórica (libro, tesis, etc); (2) que la fuente sea una revisión sistemática; (3) que no esté en inglés o castellano; (4) que el estudio sea un caso único/no tenga grupo de comparación (estudios intra-grupos); (5) que el estudio trate sobre tratamientos farmacológicos que sirvan para reducir el riesgo suicida.

Fuentes de información

La búsqueda de la presente revisión sistemática se llevó a cabo en noviembre de 2022. Antes de comenzar a elaborar la estrategia de búsqueda se comprobó que no existiera una revisión sistemática similar. Para ello, se utilizaron las bases de datos Medline y PsycINFO (EBSCOhost). Una vez que se comprobó, se procedió a elaborar la estrategia de búsqueda.

Se utilizó principalmente el recurso del PuntoQ, un portal de búsqueda de información científica que proporciona la Universidad de La Laguna. A través de este, se accedieron a dos bases de datos: Medline (EBSCO) y PsycINFO (EBSCOhost).

Los términos utilizados para la búsqueda fueron “(reduce) AND (therapy OR psychological therapy OR psychotherapies OR psychotherapy OR treatment) AND (self harm OR self injury or deliberate self harm OR self mutilation OR self injurious behavior OR risk of harm OR suicide OR suicide repetition OR overdose) AND (borderline personality disorder)”. A estas búsquedas se les aplicó el filtro por idioma inglés y castellano.



Selección de los estudios

En la primera fase del proceso de selección se elaboró una lista de criterios de inclusión y exclusión. En base a estos criterios, se revisó el título y el resumen de cada estudio, lo cual permitió obtener una primera selección, descartando aquellos que no cumplieran los criterios. Los restantes estudios pasaron a una segunda fase de cribado en la que se leyeron a texto completo, siguiendo los mismos criterios que se usaron en la fase anterior.

Proceso de extracción de datos

Una vez obtenidos los estudios que cumplen todos los criterios se procedió al vaciado de datos en una tabla. En las tablas 1 y 2 se recogió la información más relevante de cara a la revisión: primer autor y año, tipo de trabajo, datos de la muestra, grupos de comparación, variables utilizadas, instrumentos utilizados, media y desviación típica de los resultados y principales conclusiones.

Este proceso se llevó a cabo por un único revisor.

Evaluación del riesgo de sesgos y calidad

Para analizar el riesgo de sesgos y la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) se usó la Physiotherapy Evidence Database (PEDro-Español, 2012), como se muestra en la tabla 3. Está compuesta por 11 ítems con respuestas de sí o no. En la tabla 4 se utilizó la JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (2020) para analizar el riesgo de sesgos de los ensayos cuasiexperimentales, la cual está compuesta por 9 ítems con respuesta de sí, no, no claro o no aplicable.



Resultados

Selección de los estudios incluidos

La búsqueda en las bases de datos dio un resultado de 214 artículos, de los cuales, tras aplicar el filtro del idioma inglés y castellano, dio como resultado 194 artículos. Posteriormente, se procedió a eliminar los elementos coincidentes, quedando un total de 139 artículos. De estos artículos, 112 se eliminaron por título y resumen, otros dos se eliminaron por ser publicaciones en un congreso, aunque se pudo acceder manualmente a los artículos originales de los que salieron estas dos publicaciones en PsycINFO (EBSCOhost). Por tanto, el total de artículos, antes de eliminar por título y resumen, fue finalmente 141.

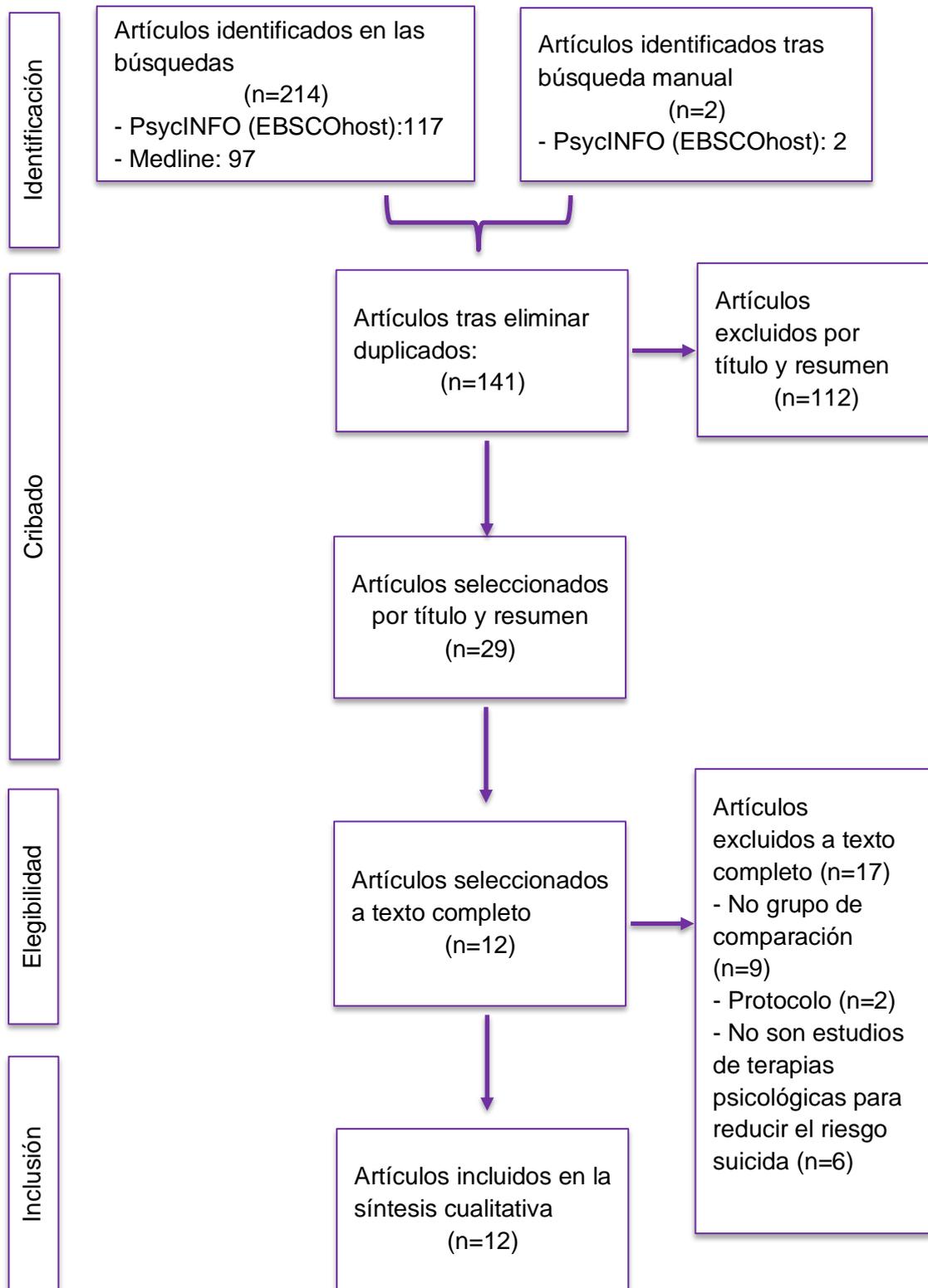


Figura 1.

Diagrama de flujo de las distintas fases de revisión.

**Tabla 1***Descripción de los estudios incluidos en la revisión*

Primer autor y año	Tipo de trabajo	Datos de la muestra M (SD)	Participantes en cada grupo de comparación	Instrumentos utilizados
Amianto, 2011	ECA	37 personas Edad STM: 40.1 (10.4) SB-APP: 39.2 (8.6)	- STM: 17 - SB-APP: 18	- Temperament and Character Inventory (TCI) - Deliberate Self-Harm Inventory (SCL-90-R) - State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) - Clinical Global Impression (CGI) - Global Assessment of Functioning (GAF) - Clinical Global Impression Modified (CGI-M) - Working Alliance Inventory-Short Form (WAI-S)
Andreoli, 2015	ECA	170 personas 143 mujeres (84.1%) Edad 31.9 (10.1) 18-60 años	- AP-P: 70 - AP-N: 70 - TAU ¹ : 30	- Global Assessment Scale (GAS) - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) - Clinical Global Impression (CGI)



Coyle, 2018	ECA	101 mujeres Edad 29.3 (7.5)	- DBT: 52 - CTBE ¹ : 49	- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II) - Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) - Treatment History Interview (THI) - Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)
Doering, 2010	ECA	104 mujeres 18-45 años	- TFP: 52 - ECP: 52	- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID I) - Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II) - Structured Interview for Personality Organization (STIPO) - Suicidal and Self-Harming Behavior – Self Report (CISSB) - Global Assessment of Functioning (GAF) - Beck Depression Inventory (BDI)



				<ul style="list-style-type: none">- State-Trait Anxiety Inventory (STAI)- Brief Symptom Inventory (BSI)- Cornell Revised Treatment History Inventory (CRTHI)
Edel, 2016	Cuasiexperimental	67 mujeres Edad 27.1 (7.9)	<ul style="list-style-type: none">- DBT: 28- DBT+MBT: 29	<ul style="list-style-type: none">- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II)- Relationship Questionnaire (RQ)- German multiple-choice vocabulary test, version B (MWT-B)- Trail Making Test (TMT)- Beck Depression Inventory (BDI-II)- State-Trait Anxiety Inventory (STAI)- Borderline Symptom List (BSL-23)
Gibson, 2014	Cuasiexperimental	91 personas Mujeres 67 (73.62%) Edad LTD + TAU: 37.66 (10.5) TAU: 31.52 (11.23)	<ul style="list-style-type: none">- LTD + TAU: 70- TAU²: 21	<ul style="list-style-type: none">- Deliberate Self-Harm Inventory (DSI)- Deliberate Self-Harm Inventory (SCL-90-R)- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)



				- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
Gratz, 2006	ECA	22 mujeres	- ER+TAU: 12 - TAU ³ lista de espera: 10	- Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD) - Revised Diagnostic Interview for Borderlines (RDIB) - Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID I) - Lifetime Parasuicide Count (LPC) - Deliberate Self-Harm Inventory (DSI) - Parasuicidal History Interview (PHI) - Treatment History Interview (THI) - Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) - Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) - Demographic Data Schedule (DDS) - Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)
		Edad ER+TAU: 33 (12.47) TAU: 33.7 (12.56)		



				- Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST) - Depression Anxiety Stress Scales (DASS)
Linehan, 2006	ECA	101 mujeres Edad 29.3 (7.5) 18-45 años	- DBT: 52 - CTBE ² : 49	- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II) - International Personality Disorder Examination (IPDE) - Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) - Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) - Reasons for Living Inventory (RFL) - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)
McMain, 2022	ECA	168 personas (79% mujeres) Edad 28.27 (8.62)	- DBT 6 meses: 120 - DBT 12 meses: 120	- International Personality Disorder Examination (IPDE) - Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID I) - Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II) - Suicide Attempt Self-Injury



				Interview (SASII) - Deliberate Self-Harm Inventory (SCL-90-R) - State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) - Beck Depression Inventory (BDI-II) - Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) - Dialectical behavior therapy-Ways of Coping Checklist (DBT-WCCL)
Mehlum, 2014	ECA	77 personas 68 mujeres (88.3%) Edad 15.6 (1.5) .	- DBT-A: 39 - EUC: 38	- DBT Global Rating Scale. - Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR) - Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) - Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (MADRS) - Beck Hopelessness Scale (BHS) - Borderline Symptom List (BSL)
Priebe, 2012	ECA	80 personas 70 mujeres (87.5%) Edad	- DBT: 40 - TAU ⁴ : 40	- Brief Symptom Inventory (BSI)



		32.2 (10.8)		<ul style="list-style-type: none">- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)- Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II)- Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD)
Rossouw, 2012	ECA	80 adolescentes 85% mujeres	<ul style="list-style-type: none">- TAU⁵: 40- MBT-A: 40	<ul style="list-style-type: none">- Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)-Risk-Taking and Self-Harm Inventory (RTSHI)- Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD)- Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C)- Close Relationships Inventory (ECR)- How I Feel (HIF)
		Edad TAU:14.8 (1.2) MBT-A: 15.4 (1.3)		

Nota: DBT: Dialectic Behaviour Therapy; CTBE: Community Treatment By Experts; DBT-A: Dialectic Behaviour Therapy for Adolescents; EUC: enhanced usual care LTD: Living Through Distress; TAU: Treatment As Usual; AP-P: abandonment psychotherapy delivered by certified psychotherapists; AP-N: abandonment psychotherapy delivered by nurses; AP: AP-P y AP-N; MBT: Mentalization Based Therapy; MBT-A:



Mentalization Based Therapy for Adolescents; STM: Supervised Team Management; SB-APP: Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy; TFP: Transference-focused psychotherapy; ECP: Treatment by experienced community psychotherapists.

TAU¹: se llevó a cabo dentro de una unidad de intervención en crisis psiquiátricas e incluía tantas visitas de enfermería como fueran necesarias durante dos semanas y quincenalmente a partir de entonces, revisión clínica semanal y ajuste de la medicación por parte de un psiquiatra, terapia de grupo, apoyo de un trabajador social y tanta atención diurna, hospitalización nocturna e intervención familiar como fueran necesarias para tratar la recaída suicida. Al cabo de un mes, los pacientes eran dados de alta y derivados a tratamiento ambulatorio con un psiquiatra formado en psicoterapia.

TAU²: recibieron tratamiento hospitalario por parte de sus equipos multidisciplinares. Los planes de atención solían incluir diversas combinaciones de farmacología y grupos de psicoeducación, y también incluían apoyos individuales, como terapia ocupacional, trabajo social o terapia psicológica.

TAU³: recibieron su terapia corriente durante 14 semanas.

TAU⁴: recibieron cualquier tipo de tratamiento distinto de la TBT (tratamiento de psicoterapeutas, psiquiatras, equipos comunitarios de salud mental, médicos generales o grupos de apoyo dirigidos por usuarios, todos los cuales se ofrecieron de forma gratuita en el marco del sistema nacional de salud).

TAU⁵: una intervención terapéutica individual (28%), intervenciones genéricas de apoyo (24%), terapia cognitivo-conductual (19%) o psicoterapia psicodinámica (19%), una combinación de terapia individual y trabajo familiar (25%), o una revisión psiquiátrica sola (27,5%).

CTBE¹: similar a la TAU, en la que los terapeutas eran designados por líderes sanitarios expertos en el tratamiento de pacientes difíciles de tratar. Se les pedía que el tipo y la dosis de tratamiento que creían más adecuados para el paciente, con un mínimo de 1 hora de terapia a la semana.

CTBE²: similar a TAU, pero los terapeutas son controlados por los investigadores.

EUC: recibieron 19 semanas de atención estándar (mejorada a efectos del estudio mediante el requisito de que los terapeutas del EUC se comprometieron a proporcionar de media no menos de 1 sesión de tratamiento semanal por paciente durante todo el ensayo) administrada por terapeutas (4 psiquiatras, 16 psicólogos clínicos, 6 trabajadores sociales clínicos, 2 pedagogos clínicos, 1 enfermera especializada y 1 estudiante de postgrado de psicología).

Tabla 2
Resultados de los estudios incluidos en la revisión

Primer autor y año	VARIABLES UTILIZADAS	Resultados de los grupos de comparación M (SD) o %	Resumen de la evidencia encontrada
Amianto, 2011	- Autolesiones - Frecuencia de tendencias suicidas	<p>Autolesiones</p> <p>0 meses 12 meses 24 meses</p> <p>- STM: 2.3 (3.1) 2.2 (2.8) 0.4 (0.8)</p> <p>- SB-APP: 3.1 (2.5) 1.9 (2.0) 0.3 (0.6)</p> <p>Frecuencia de tendencias suicidas*</p> <p>0 meses 12 meses 24 meses</p> <p>- STM: 2.1 (1.5) 1.4 (0.7) 1.4 (0.6)</p> <p>- SB-APP: 3.5 (1.9) 1.5 (0.8) 1.7 (0.9)</p>	<p>- Aunque existe una mejoría en ambos grupos, el grupo SB-APP mostró una mejoría significativa en cuanto a la frecuencia de tendencias suicidas.</p> <p>- En cuanto a las autolesiones, no hubo diferencias entre grupos.</p>
Andreoli, 2015	- Intentos de suicidio - Ideación suicida - Hospitalización - Episodios depresivos mayores	<p>Recaídas suicidas:</p> <p>3 meses</p> <p>- AP-P: 14.3%</p> <p>- AP-N: 12.9%</p> <p>- TAU: 40%</p> <p>Ideación suicida:</p> <p>3 meses</p> <p>- AP-P: 0.4 (0.7)</p> <p>- AP-N: 0.3 (0.5)</p> <p>- TAU: 1 (1.1)</p> <p>Hospitalización:</p> <p>3 meses</p> <p>- AP-P: 14.3%</p>	<p>- AP ha sido superior a TAU reduciendo los intentos de suicidios. No hubo diferencias significativas entre AP-P y AP-N en cuanto a episodios suicidas.</p> <p>- AP-P y AP-N demostraron significativamente menos hospitalizaciones que TAU. Sin diferencias entre AP-P y AP-N.</p> <p>- Mayores mejoras significativas en episodios depresivos en AP vs TAU. Sin diferencias entre los grupos AP-P y AP-N.</p>



- AP-N: 14.3%
- TAU: 36.7%

Episodios depresivos mayores:

Pretratamiento 3 meses

- AP-P: 70 (100%) 8 (12.9%)
- AP-N: 70 (100%) 10 (16.4%)
- TAU: 30 (100%) 13 (46.4%)

Coyle, 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Intentos de suicidio - Autolesiones 	<p>Intentos de suicidio</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DBT</th> <th>CTBE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Pretratamiento</td> <td>0.45 (0.64)</td> <td>0.87 (1.53)</td> </tr> <tr> <td>- 1 año de tratamiento</td> <td>0.98 (1.46)</td> <td>1.37 (1.87)</td> </tr> <tr> <td>- 1 año de seguimiento</td> <td>0.41 (0.92)</td> <td>0.82 (1.66)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Autolesiones</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DBT</th> <th>CTBE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- PTTO</td> <td>10.37 (23.31)</td> <td>13.94 (38.52)</td> </tr> <tr> <td>- 1 año de tto</td> <td>14.17 (37.63)</td> <td>18.94 (40.73)</td> </tr> <tr> <td>- 1 año de sg</td> <td>5.43 (6.19)</td> <td>15.93 (60.96)</td> </tr> </tbody> </table>		DBT	CTBE	- Pretratamiento	0.45 (0.64)	0.87 (1.53)	- 1 año de tratamiento	0.98 (1.46)	1.37 (1.87)	- 1 año de seguimiento	0.41 (0.92)	0.82 (1.66)		DBT	CTBE	- PTTO	10.37 (23.31)	13.94 (38.52)	- 1 año de tto	14.17 (37.63)	18.94 (40.73)	- 1 año de sg	5.43 (6.19)	15.93 (60.96)	<p>- Las personas que recibieron DBT tuvieron significativamente menos intentos suicidas y autolesiones.</p>
	DBT	CTBE																									
- Pretratamiento	0.45 (0.64)	0.87 (1.53)																									
- 1 año de tratamiento	0.98 (1.46)	1.37 (1.87)																									
- 1 año de seguimiento	0.41 (0.92)	0.82 (1.66)																									
	DBT	CTBE																									
- PTTO	10.37 (23.31)	13.94 (38.52)																									
- 1 año de tto	14.17 (37.63)	18.94 (40.73)																									
- 1 año de sg	5.43 (6.19)	15.93 (60.96)																									
Doering, 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Intentos de suicidio. - Autolesiones. - Depresión. 	<p>Intentos de suicidio χ^2 de McNemar = 13,09, df = 1, P = 0,001 $t = 2,991$, df = 36, P = 0,005</p> <p>Autolesiones Sin cambios</p> <p>Depresión Cambios significativos en ambos grupos.</p>	<p>- Los participantes del grupo TFP mejoraron en tendencia suicida pero las autolesiones no se vieron reducidas. En el grupo ECP apenas variaron las autolesiones ni la tendencia suicida.</p> <p>- Ambos grupos mejoraron significativamente en depresión.</p>																								



Edel, 2016	- Autolesiones	Autolesiones: Pre Post - DBT: 0.4 (1.3) 0.3 (1.1) - DBT+MBT: 0.4 (0.4) 0.2 (0.3)	- Las autolesiones decrecieron significativamente en el grupo DBT+MBT.
Gibson, 2014	- Autolesiones. - Depresión - Ansiedad Regulación emocional: - No aceptación de las emociones - Incapacidad para participar en metas dirigidas comportamientos - Dificultad en el control de impulsos. - Falta de conciencia emocional. - Acceso limitado a estrategias de regulación emocional. - Auto-culpa. - Aceptación. - Rumiación. - Reenfoque positivo. - Planificación. - Reevaluación positiva. - Poner en perspectiva. - Catástrofe. - Culpabilizar a otros.	Autolesiones Pre Post - LTD+TAU: 18.92 (25.74) 4.46 (10.26) - TAU: 13.94 (19.63) 13.25 (18.49) Depresión Pre Post - LTD+TAU: 49.90 (8.96) 44.31 (13.07) - TAU: 46.76 (14.16) 45 (16.36) Ansiedad Pre Post - LTD+TAU: 35.38 (9.18) 30.64 (11.35) - TAU: 30.12 (11.31) 32.06 (11.37) No aceptación de las emociones Pre Post - LTD+TAU: 23.36 (5.79) 20.91 (7.22) - TAU: 22.12 (7.25) 22.53 (7.86) Incapacidad para participar en metas dirigidas comportamientos Pre Post - LTD+TAU: 20.43 (3.8) 19.24 (4.49) - TAU: 21.41 (4.69) 22.53 (4.15) Dificultad en el control de impulsos Pre Post	- Diferencias significativas en la reducción de autolesiones en el grupo LTD + TAU, sin diferencias en el grupo TAU. - Sin diferencias significativas en depresión y ansiedad. - Respecto a las otras variables, solo hubo diferencias significativas debidas al LTD + TAU en planificación y poner en perspectiva. La planificación se asoció a reducción de autolesiones deliberadas.



- LTD+TAU: 19.48 (6.51) 18.45 (6.69)
- TAU: 19.29 (6.57) 19.29 (6.01)

Falta de conciencia emocional

	Pre	Post
- LTD+TAU:	19.40 (5.31)	18.17 (4.74)
- TAU:	20.24 (7.63)	19.59 (5.14)

Acceso limitado a estrategias de regulación emocional

	Pre	Post
- LTD+TAU:	30.26 (7.28)	28.02 (8.41)
- TAU:	31.71 (6.66)	33.24 (5.16)

Auto-culpa

	Pre	Post
- LTD+TAU:	7.82 (2.5)	6.82 (2.48)
- TAU:	6.65 (2.8)	7.53 (2.55)

Aceptación

	Pre	Post
- LTD+TAU:	6.33 (2.42)	6.64 (2.26)
- TAU:	6.82 (2.98)	7.53 (2.31)

Rumiación

	Pre	Post
- LTD+TAU:	7.30 (2.19)	7.04 (2.08)
- TAU:	6.82 (2.45)	7.12 (2.15)

Reenfoque positivo

	Pre	Post
- LTD+TAU:	3.46 (1.86)	3.73 (1.73)
- TAU:	3.76 (2.86)	2.71 (1.26)



Planificación

	Pre	Post
- LTD+TAU:	4.75 (2.21)	5.55 (2.20)
- TAU:	4.88 (2.62)	4.06 (2.27)

Reevaluación positiva

	Pre	Post
- LTD+TAU:	4.66 (2.43)	5.71 (2.18)
- TAU:	4.94 (2.63)	4.53 (2.69)

Poner en perspectiva

	Pre	Post
- LTD+TAU:	4.54 (2.08)	5.29 (1.96)
- TAU:	4.47 (2.27)	3.47 (1.46)

Catástrofe

	Pre	Post
- LTD+TAU:	7.45 (2.36)	6.64 (2.64)
- TAU:	7.35 (3.26)	7.88 (2.71)

Culpabilizar a otros

	Pre	Post
- LTD+TAU:	4.70 (2.93)	4.48 (2.41)
- TAU:	5.24 (3.23)	4.24 (2.88)

Gratz, 2006 - Autolesiones
- Depresión

Autolesiones

	Pre	Post
- ER+TAU	18.58 (26.63)	5.00 (4.94)
- TAU lista de espera	20.67 (25.73)	30.33 (35.08)

- El grupo ER+TAU ha tenido efectos estadística y clínicamente significativos en la variable autolesiones.



- CTBE: 35.6% 18.4%

McMain, 2022	- Tendencias suicidas - Autolesiones - Depresión	M [95% CI]		- Descenso clínicamente significativo en ambos grupos en las tres variables. - No hay evidencia de que, a mayor duración de la terapia, mayor mejoría.
		Tendencias suicidas		
		DBT 6 meses	DBT 12 meses	
		LB 0.15 [0.13, 0.18]	0.15 [0.13, 0.18]	
		6m 0.01 [0.00, 0.03]	0.03 [0.01, 0.08]	
		12m 0.01 [0.00, 0.03]	0.02 [0.01, 0.06]	
		24m 0.03 [0.01, 0.07]	0.01 [0.00, 0.04]	
		Autolesiones		
		DBT 6 meses	DBT 12 meses	
		LB 6.48 [5.36, 7.83]	6.48 [5.36, 7.83]	
		6m 0.38 [0.22, 0.60]	0.47 [0.33, 0.71]	
		12m 0.23 [0.13, 0.37]	0.25 [0.16, 0.42]	
24m 0.08 [0.03, 0.17]	0.17 [0.07, 0.36]			
Depresión				
DBT 6 meses	DBT 12 meses			
LB 34.61 [32.48, 36.74]	35.90 [33.62, 38.19]			
6m 24.41 [21.24, 27.59]	28.65 [25.29, 32.00]			
12m 26.40 [23.26, 29.54]	25.15 [21.88, 28.41]			
24m 26.55 [23.09, 30.00]	24.01 [20.55, 27.47]			

Mehlum, 2014	- Nº de episodios autolesivos autoreportados. - Severidad de la ideación suicida. - Síntomas depresivos. - Síntomas límite. - Desesperanza.	Episodios autolesivos (no se reportaron suicidios):		- La DBT-A es significativamente superior al EUC reduciendo el número y frecuencia de autolesiones, la severidad de la ideación suicida y los síntomas depresivos. - Sin diferencias en reducir desesperanza y síntomas límites, ni en ingresos y visitas hospitalarias debidas a autolesiones.
		9 semanas		
		- DBT-A: 4.1 (5.8)		
		- EUC: 4.7 (5.5)		
		Siguientes 6 semanas		



- Ingresos hospitalarios.
- Visitas a emergencia
debidas a autolesiones.

- DBT-A: 1.2 (2)
- EUC: 3.3 (6.8)

Severidad de ideación suicida:

	DBT-A	EUC
LB:	36.91 (20.82)	36.91 (26.73)
9s:	30.72 (17.53)	31.71 (21.20)
15s:	26.58 (13.55)	28.53 (20.97)
19s:	18.30 (11.11)	32.56 (23.99)

Síntomas depresivos

	DBT-A	EUC
LB:	14.92 (5.35)	15.11 (6.23)
9s:	12.87 (6.17)	13.39 (5.60)
15s:	12.77 (6.31)	12.23 (5.85)
19s:	10.19 (5.04)	12.58 (6.62)

Síntomas límite

	DBT-A	EUC
LB:	38.47 (19.32)	40.18 (21.66)
9s:	33.63 (17.35)	34.94 (18.57)
15s:	33.85 (20.04)	33.67 (21.28)
19s:	21.34 (14.38)	34.75 (22.15)

Desesperanza

	DBT-A	EUC
LB:	11.48 (5.41)	10.35 (5.81)
9s:	10.43 (5.80)	10 (6.13)
15s:	10.33 (5.88)	8.48 (6.2)
19s:	6.23 (5.30)	9.06 (6.53)

Ingresos hospitalarios:

- DBT-A: 1



		- EUC: 2	
		Visitas a urgencias:	
		- DBT-A: 2	
		- EUC: 5	
Priebe, 2012	- Autolesiones	Número medio de días con autolesiones durante 12 meses:	- El riesgo de autolesiones en DBT se redujo un 9% adicional cada dos meses frente a TAU.
		Línea base 12 meses	- La reducción de autolesiones entre los que acabaron el año de terapia DBT fueron significativamente superior a los que abandonaron.
		- TAU: 15 14	
		- DBT (c): 23 2	
		- DBT (d): 10 9	
Rossouw, 2012	- Autolesiones - Depresión	Autolesiones Línea base 12 meses	- Aunque ambos se benefician de recibir terapia, los que recibieron MBT-A vieron reducidas significativamente las autolesiones y la depresión más que los que recibieron TAU.
		- TAU: 3.08 (0.10) 2.01 (0.21)	
		- MBT-A: 3.12 (0.09) 1.33 (0.22)	
		Depresión: Línea base 12 meses	
		- TAU: 16.32 (0.74) 11.54 (1.14)	
		- MBT-A: 17.46 (0.843) 9.26 (1.27)	
Nota. M: media; SD: desviación típica; Xs: X semanas; Xm: X meses; LB: Línea Base; DBT: Dialectic Behaviour Therapy; CTBE: Community Treatment By Eperts; DBT-A: Dialectic Behaviour Therapy for Adolescents; EUC: enhanced usual care LTD: Living Through Distress; TAU: Treatment As Usual; AP-P: abandonment psychotherapy delivered by certified psychotherapists; AP-N: abandonment psychotherapy delivered by nurses; AP: AP-P y AP-N; MBT: Mentalization Based Therapy; MBT-A: Mentalization Based Therapy for Adolescents; STM: Supervised Team Management; SB-APP: Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy; TFP: Transference-focused psychotherapy; ECP: Treatment by experienced community psychotherapists.; t: valor t; df: grados de libertad; P: valor p; (c): completers; (d): dropouts; tto: tratamiento; sg: seguimiento PTTO: pretratamiento.			
*Se ha tenido en cuenta el ítem 5 del CGI-M (suicidality).			

**Tabla 3***Análisis de sesgos de los ECA.*

Primer autor y año	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Amianto, 2011	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Andreoli, 2015	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+
Coyle, 2018	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Doering, 2010	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+
Gratz, 2006	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
Linehan, 2006	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+
McMain, 2022	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+
Mehlum, 2014	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Priebe, 2012	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+
Rossouw, 2012	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Nota. +: sí; -: no.

Q1: especificación de los criterios de elegibilidad; Q2: asignación aleatoria; Q3: asignación oculta; Q4: los grupos fueron similares al inicio con respecto a los indicadores de pronósticos más importantes; Q5: paciente “enmascarado”; Q6: terapeuta “enmascarado”; Q7: evaluador “enmascarado”; Q8: seguimiento del sujeto (al menos 85% de seguimiento); Q9: análisis del tipo intención de tratar; Q10: comparaciones estadísticas entre los grupos; Q11: medida de variabilidad y punto de medidas.

**Tabla 4***Análisis de sesgos de los ensayos cuasi-experimentales.*

Primer autor y año	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
Edel, 2016	+	+	+	+	+	N/A	+	+	+
Gibson, 2014	+	+	+	+	+	¿	+	+	+

Nota. +: sí; -: no; ¿: no claro; N/A: no aplicable.
Q1: causa y efecto; Q2: participantes similares en línea base; Q3: reciben tratamiento distinto al estudiado; Q4: existe grupo control; Q5: medida pre y post; Q6: seguimiento; Q7: medida de resultados de grupos de comparación; Q8: medida de resultados fiable; Q9: análisis estadístico adecuado.

Análisis Cualitativo de Resultados

Datos de la Muestra de los Estudios

La descripción y resultados de los artículos que han estudiado la eficacia de los tratamientos psicológicos en el riesgo suicida de las personas con TLP se muestran en las tablas 1 y 2. Se han encontrado doce estudios que engloban una población total de 1097 personas, de las cuales un 80.60% son mujeres.

Tipo de Trabajo

Un 83.30% de los estudios incluidos son ECA (Amianto et al., 2011; Andreoli et al., 2015; Coyle et al., 2018; Doering et al., 2010; Gibson et al., 2014; Gratz et al., 2006; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2022; Mehlum et al., 2014; Priebe et al., 2012; Rossouw et al., 2012). El otro 17.7% restante son estudios cuasi-experimentales (Edel et al., 2016; Gibson et al., 2014). Los artículos incluidos en la revisión fueron publicados entre los años 2006 y 2022.

Instrumentos Utilizados

Los estudios revisados ofrecen medidas de distintas variables, entre las que destacan: autolesiones, frecuencia de tendencias suicidas, intentos de suicidio, ideación suicida, episodios depresivos mayores o ansiedad.

La mayoría utilizan el SCID para hacer un cribado de selección de participantes con TLP (Andreoli et al., 2011; Coyle et al., 2018; Doering et al., 2010; Edel et al., 2016; Gibson et al., 2014; Gratz et al., 2006; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2022; Mehlum et al., 2014; Priebe et al., 2012). Los demás utilizaron otros instrumentos como el CGI-M (Amianto et al., 2011) o el CI-BPD (Rossouw et al., 2012).

Tres son los estudios que han utilizado el BDI para evaluar la depresión (Doering et al., 2010; Edel et al., 2016; McMMain et al., 2022). Otros dos utilizan el HDRS (Andreoli et al., 2011; Linehan et al., 2006), otro el DASS (Gratz et al., 2006) y otro el MADRS (Mehlum et al., 2014).

Riesgo Suicida

Ideación Suicida. De los tres estudios que analizaron la ideación suicida, solo Mehlum et al. (2014) encontraron que la DBT-A era eficaz reduciendo la ideación suicida frente al grupo control. Por otro lado, otros dos estudios no encontraron diferencias en la ideación suicida entre pertenecer a un grupo u otro (Andreoli et al., 2011; Linehan et al., 2006).

Autolesiones. Siete estudios han encontrado que el grupo experimental reduce significativamente las autolesiones respecto al grupo control (Edel et al., 2016; Gibson et al., 2014; Gratz et al., 2006; Mehlum et al., 2014; Priebe et al., 2012; Rossouw et al., 2012). Dos estudios no observan una reducción significativa de las autolesiones entre el grupo experimental y el grupo control (Coyle et al., 2018; Doering et al., 2010), mientras que Amianto et al. (2011) informan que las autolesiones se reducen en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos. Por otro lado, McMMain et al., (2022) manifiestan que ambos grupos reducen significativamente las autolesiones.

Intentos de Suicidio. Entre los seis estudios que analizaron los intentos de suicidio, todos encontraron que en el grupo experimental se reducían significativamente los intentos de suicidio respecto al grupo control (Amianto et al., 2011; Andreoli et al., 2015; Coyle et al., 2018; Doering et al., 2010; Linehan et al., 2006), excepto McMMain et al., (2022), que encontraron que en ambos grupos se reducían significativamente los intentos de suicidio.

Otras Variables Relacionadas

Depresión. Cuatro estudios encontraron que los niveles de depresión se reducían significativamente al pertenecer al grupo experimental (Andreoli et al., 2011; Gratz et al., 2006; Mehlum et al., 2014; Rossouw et al., 2012). Dos estudios observaron que se reducían significativamente en ambos grupos (Doering et al., 2010; McMMain et al., 2022). Por otra parte, Linehan et al. (2006) encontraron que, aunque mejoraba en ambos grupos, no era una reducción significativa, mientras que Gibson et al., (2014) no observaron una reducción significativa entre pertenecer a un grupo u otro.

Hospitalizaciones. Dos estudios encuentran que las hospitalizaciones se reducen significativamente (Andreoli et al., 2011; Linehan et al., 20026), mientras que Mehlum et al., (2014) exponen que no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos.

Eficacia de las Terapias

La terapia más estudiada ha sido la DBT frente a un grupo que recibía tratamiento habitual. Para Coyle et al. (2018), las personas que recibieron DBT tuvieron significativamente menos intentos suicidas y autolesiones que el grupo control de tratamiento habitual. Esos mismos resultados se encontraron en Linehan et al. (2006), aunque además no encontraron diferencias intergrupales en la reducción de ideación suicida, y Priebe et al. (2012). En este último, además se encontró que los que acabaron el tratamiento redujeron significativamente las autolesiones frente a los que abandonaban el tratamiento, aun perteneciendo al grupo de DBT. Por su parte, Mehlum et al. (2014) exponen en su trabajo con adolescentes que el uso de la DBT-A es significativamente superior al tratamiento habitual reduciendo el número y frecuencia de autolesiones, la severidad de la ideación suicida y los síntomas depresivos, pero no



encuentran diferencias en reducción de desesperanza y síntomas límites, ni en ingresos y visitas hospitalarias debidas a autolesiones.

También se encontró el estudio de McMain et al. (2022), donde se compara un grupo de DBT de 6 meses de duración con otro de DBT de 12 meses de duración. Manifiestan que en ambos grupos se reducen significativamente las tendencias suicidas, autolesiones y depresión, sin que la duración de la terapia implique un beneficio sobre estas variables. Además, Edel et al. (2016) encontraron que, al añadir MBT a la DBT, las autolesiones decrecían significativamente respecto al grupo que solo recibía DBT. Por otro lado, se encontró que los adolescentes, al recibir MBT-A reducían significativamente autolesiones y depresión frente al grupo con tratamiento habitual (Rossouw et al., (2012).

Por último, se encontraron diferentes programas psicológicos diseñados para personas con TLP como terapia de abandono llevada a cabo por psicoterapeutas (AP-P) y terapia de abandono llevada a cabo por enfermeras (AP-N) frente a grupo de tratamiento habitual (Andreoli et al., 2015), donde se encontró que cualquier grupo de AP fue superior reduciendo los intentos de suicidio, hospitalizaciones y episodios depresivos. El grupo de Living Through Distress (LTD) y tratamiento habitual frente a grupo de solo tratamiento habitual (Gibson et al., 2014), donde se manifestó una reducción de las autolesiones en el grupo que recibía LTD. Sin diferencias en depresión o ansiedad. Para finalizar, el grupo de regulación emocional (ER) y tratamiento habitual frente al grupo de solo tratamiento habitual (Gratz et al., 2006). En este se pudo observar que en el grupo de ER + tratamiento habitual se reducía significativamente la variable autolesiones respecto al grupo de solo tratamiento habitual.

Riesgo de Sesgo

En la tabla 3 se analiza el riesgo de sesgo para cada uno de los ECA, mientras que en la tabla 4 se analiza el riesgo de sesgo de los estudios cuasiexperimentales. De los ECA, todos tienen buena calidad metodológica, a excepción de Doering et al. (2010), que presenta una calidad regular. Doering et al. (2010) puntúa negativamente en los ítems de si los grupos fueron similares al inicio con respecto a los indicadores de pronóstico más importantes, si el paciente era enmascarado, si el terapeuta era enmascarado, si el evaluador era enmascarado y en el seguimiento de los sujetos. Fueron cuatro los estudios que obtuvieron una calidad excelente (Amianto et al., 2011; Linehan et al., 2006; Mehlum et al., 2014; Rossouw et al., 2012).

Los ítems que más dificultades encontraron fueron el del terapeuta enmascarado (Doering et al., 2010; Gratz et al., 2006; McMain et al., 2014; Priebe et al., 2012), el del evaluador enmascarado (Andreoli et al., 2015; Doering et al., 2010; Gratz et al., 2006; Priebe et al., 2012) y el del análisis del tipo intención de tratar (Andreoli et al., 2015; Coyle et al., 2018; Gratz et al., 2006; Linehan et al., 2006).

En lo que respecta a los estudios cuasiexperimentales, ambos estudios presentan un riesgo de sesgo muy bajo. Presentan dificultades en el ítem de seguimiento de los pacientes, ya que en Edel et al. (2016) no se aplica y en Gibson et al. (2014), tras su lectura, no queda claro si realizan un seguimiento posterior al estudio.

Discusión

Resumen de la Evidencia

El principal objetivo de esta revisión sistemática ha sido sintetizar la evidencia disponible acerca de la eficacia de las terapias psicológicas en la reducción del riesgo suicida en personas con TLP. Para ello, se siguieron los objetivos específicos marcados



al principio de la revisión: se comprobó el volumen de estudios disponibles dedicados a analizar la eficacia de las distintas terapias psicológicas sobre sintomatología característica de las personas con TLP, se extrajeron las claves del conocimiento actual y se identificaron las variables de los grupos de investigación para poder comparar los resultados.

En general, en muchos de los estudios se ha demostrado que la DBT ha reducido los intentos de suicidio, las autolesiones y las visitas hospitalarias, es decir, la DBT se ha demostrado eficaz para reducir estas variables tanto en adultos (Linehan et al., 2006; Priebe et al., 2012 Coyle et al., 2018) como en adolescentes (Mehlum et al., 2014) por encima del tratamiento habitual. En el trabajo de Linehan et al. (2006) no se aprecia diferencias en la ideación suicida entre el grupo que recibe tratamiento con DBT y el grupo que recibe tratamiento comunitario. Por otro lado, un estudio (McMain et al., 2022) apunta a la posibilidad de que mayor duración de la DBT no implicaría mejores resultados. Además, según Edel et al. (2016) sumar MBT a la DBT reduciría las autolesiones en mayor medida que recibir únicamente DBT. Por otra parte, la MBT-A ha demostrado también ayudar a reducir significativamente autolesiones y depresión frente al grupo de tratamiento habitual (Rossouw et al., 2012).

En otro orden de cosas, algunos programas desarrollados para implementarlos junto al tratamiento habitual, como el Living Through Distress (Gibson et al., 2014) han demostrado una reducción significativa de las autolesiones, mientras que en el grupo de tratamiento habitual no. También apuntó en la misma dirección el grupo de Regulación Emocional junto a tratamiento habitual (Gratz et al., 2006) frente al grupo de tratamiento habitual de la lista de espera. Además, los programas de psicoterapia de abandono, tanto los llevados a cabo por psicoterapeutas como por enfermeras,

mostraron una reducción superior al tratamiento habitual en los intentos de suicidio, ingresos hospitalarios y episodios depresivos (Andreoli et al., 2015).

Ahora bien, tanto la TBT (Doering et al., 2010) como la psicoterapia psicodinámica (Amianto et al., 2011) vieron cómo se reducían los intentos de suicidio respecto al grupo de comparación, pero no ocurría lo mismo con las autolesiones.

Por último, es importante señalar que la mayoría de las participantes en los estudios fueron mujeres, en consonancia con la prevalencia que se apuntaba en la introducción de esta revisión.

Limitaciones

Otro de los objetivos específicos de esta revisión era discutir acerca de las limitaciones que presentaba. Una de las principales limitaciones ha sido la escasez de estudios que analizaran concretamente las variables que queríamos comprobar, sino que se correspondían con una pequeña parte de un estudio más amplio. Por otro lado, otra de las limitaciones ha sido la falta de homogeneidad en los instrumentos utilizados para cuantificar las dimensiones del riesgo suicida, por ejemplo, los intentos de suicidio en algunos trabajos se cuantificaban por número de intentos o en otros por el número de personas que cometían intentos.

Conclusiones

Los resultados encontrados parecen indicar que cualquier forma de psicoterapia es mejor que el tratamiento habitual en la reducción de los intentos suicidas y autolesiones. Sin embargo, no se puede afirmar de forma sólida lo mismo para los ingresos hospitalarios o la ideación suicida, ya que se han encontrado resultados contradictorios en función del tipo de terapia psicológica aplicada.



La DBT, por haber reunido mayor evidencia científica, ha sido la que ha demostrado reducción en un mayor número de variables, probablemente al haber más estudios sobre esta. Además, el hecho de que el riesgo de sesgo sea tan bajo en casi todos los artículos, hace que la interpretación de los resultados extraídos sea más fiable.

Asimismo, y cumpliendo con el último objetivo específico, sería interesante que en futuros estudios se centraran en analizar de una forma más completa las dimensiones del riesgo suicida: ideación suicida, planificación e intentos de suicidio, así como incluir el estudio de las autolesiones.

Referencias

- * Amianto, F., Ferrero, A., Pierò, A., Cairo, E., Rocca, G., Simonelli, B., Fassina, S., Abbate-Daga, G., y Fassino, S. (2011). Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: a two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry, 11*, 181.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-181>
- * Andreoli, A., Burnand, Y., Cochenec, M.-F., Ohlendorf, P., Frambati, L., Gaudry-Maire, D., di Clemente, T., Hourton, G., Lorillard, S., Canuto, A., y Frances, A. (2016). Disappointed Love and Suicide: A Randomized Controlled Trial of “Abandonment Psychotherapy” Among Borderline Patients. *Journal of Personality Disorders, 30*(2), 271–287.
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_196
- APA (1980), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^aed) (DSM-III), Washington, D.C., American Psychiatric Association
- APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed. --). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., y Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders, 18*(3), 226–239.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Burgal Juanmartí, F., y Pérez Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo, vol. 38, núm. 2* (2017).

- Cuevas Yust, C. y López Pérez-Díaz, A.G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *international Journal of psychology and psychological Therapy*, 12(1), 97-114.
- * Coyle, T. N., Shaver, J. A., y Linehan, M. M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 116–124.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000275>
- * Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., y Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
- * Edel, M.-A., Raaff, V., Dimaggio, G., Buchheim, A., y Brüne, M. (2016). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder - A pilot study. *The British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/bjc.12123>
- * Gibson, J., Booth, R., Davenport, J., Keogh, K., y Owens, T. (2014). Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: a controlled trial with 3-month follow-up data. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.007>
- * Gratz, K. L., y Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among



women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.03.002>

Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder—A clinical guide*.

Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis*.

American Journal of Psychiatry, 166, 530–539.

doi:10.1176/appi.ajp.2009.08121825

JBICritical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (2020). Recuperado de

<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

* Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard,

H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., y Lindenboim, N.

(2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of

Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal

Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General*

Psychiatry, 63(7), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991).

Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline

patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.

McMain, S. F. (2015). Advances in the treatment of borderline personality disorder: An

introduction to the special issue. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8),

741–746. <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1002/jclp.22201>

* McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Dixon-Gordon, K. L., Guimond, T. H.,

Labrish, C., Isaranuwachai, W., y Streiner, D. L. (2022). The

Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for

Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(6), 382–397.

<https://doi.org/10.1159/000525102>

- * Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., y Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091.
- <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20–26.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>

PEDro-Español (2012). *Physiotherapy Evidence Database* Recuperado de

<https://pedro.org.au/spanish/resources/pedro-scale/>

- * Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, P., y Zinkler, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 356–365.
- <https://doi.org/10.1159/000338897>

* Rossouw, T. I., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>

- Shah, R., y Zannarini M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Dec;41(4):583-593. doi:10.1016/j.psc.2018.07.009. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30447726.
- Silk, K. R. (2008). Augmenting psychotherapy for borderline personality disorder: The STEPPS programs. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 413–415. <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1176/appi.ajp.2008.08010102>
- Slotema, C. W., Van den Berg, D. P. G., Driessen, A., Wilhelmus, B., y Franken, I. H. A. (2019). Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1614822. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1614822>
- Soloff, P.H., Lynch, K.G., y Kelly, T.M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 201-214.
- Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1316-1323.