

Prevención del trastorno límite de la personalidad del adulto: tratamiento de los adolescentes con síntomas límites

MARC FERRER^{1,3,4}, MÓNICA PRAT^{1,2,3,4}, NATALIA CALVO^{1,3,4},
ÓSCAR ANDIÓN^{1,3,4} Y MIGUEL CASAS^{1,3,4}

RESUMEN

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico grave y difícil de tratar de un modo adecuado en el adulto, dada su heterogeneidad clínica y la diversidad de necesidades que puede presentar. Se ha evidenciado que el diagnóstico y tratamiento precoz puede mejorar el pronóstico del TLP, al evitar las complicaciones que se asocian a los casos que han evolucionado a lo largo de la vida y que han sido diagnosticados tardíamente. Actualmente se considera el TLP como un trastorno ligado al desarrollo, existiendo un número importante de pacientes que manifiestan el trastorno completa o parcialmente ya en la adolescencia. Por todo ello, las estrategias de detección precoz durante esta etapa de la vida permitirían establecer tratamientos de menor complejidad y mayor eficiencia, evitando el desarrollo de formas más graves del trastorno en el adulto. PALABRAS CLAVE: trastorno límite de personalidad, adolescente, diagnóstico precoz, tratamiento, prevención.

ABSTRACT

PREVENTION OF ADULT BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: TREATMENT OF ADOLESCENTS WITH BORDERLINE SYMPTOMS. Borderline Personality Disorder (BPD) is a serious psychiatric disorder, with a difficult treatment in the adulthood, related to its clinical heterogeneity and diversity of needs that patients can require. Evidence suggests that early diagnosis and treatment may improve BPD prognosis, to avoid complications associated with those cases that have evolved throughout life and have been diagnosed late. Nowadays, BPD is considered as a developmental disorder, existing a significant number of patients that exhibit the complete or partial disorder in the adolescence. Therefore, early detection strategies during this stage of life enable to establish treatments to reduce complexity and increase efficiency, avoiding the development of severe forms of this disorder in the adulthood. KEY WORDS: Borderline Personality Disorder, adolescent, early diagnosis, treatment, prevention.

RESUM

PREVENCIÓ DEL TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT DE L'ADULT: TRACTAMENT DELS ADOLESCENTS AMB SÍMPTOMES LÍMITS. El trastorn límit de personalitat (TLP) és un trastorn psiquiàtric greu i difícil de tractar d'una manera adequada en l'adult, donada la seva heterogeneïtat clínica i la diversitat de necessitats que poden presentar. S'ha evidenciat que el diagnòstic i tractament precoç pot millorar el pronòstic del TLP, evitant les complicacions que s'associen als casos que han evolucionat al llarg de la vida i que han estat diagnosticats tardanament. Actualment es considera el TLP com un trastorn lligat al desenvolupament, existent un número important de pacients que manifesten el trastorn completament o parcialment ja a l'adolescència. Per tot això, les estratègies de detecció precoç durant aquesta etapa de la vida permetrien establir tractaments de menor complexitat i major eficiència, evitant el desenvolupament de formes més greus del trastorn en l'adult. PARAULES CLAU: trastorn límit de personalitat, adolescent, diagnòstic precoç, tractament, prevenció.

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico grave, con una elevada mortalidad por suicidio, una importante comorbilidad con otros

trastornos psiquiátricos e importantes déficits psicosociales asociados a su evolución a lo largo de la vida (Gunderson, 2011). Se ha estimado una prevalencia

1. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBERSAM, Barcelona. 2. Vall d'Hebron Institut de Recerca, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. 3. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. 4. Grup TLP-BCN, Barcelona.

Correspondència: mafferrer@vhebron.net

del TLP en la población general del 1,3% (Torgersen, Kringlen, y Cramer, 2001) y se considera el trastorno de personalidad (TP) con mayor presencia en el ámbito clínico, representando el 10% de los pacientes ambulatorios y el 15-20% de los pacientes ingresados (Skodol et al, 2002). En los últimos años se han producido grandes avances en el conocimiento de la etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento del TLP. Sin embargo, los resultados de algunos de los estudios realizados aportan datos contradictorios, probablemente en relación a la heterogeneidad que caracteriza el TLP en la edad adulta (Lis et al, 2007). En este sentido, es probable que la notable complejidad del trastorno en el adulto pueda condicionar el hecho de no poder establecer unas recomendaciones terapéuticas generales para el TLP (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores, 2011). Además, las psicoterapias desarrolladas específicamente para el TLP, aunque han demostrado su eficacia en estudios controlados, resultan complejas y difíciles de instaurar en los diferentes ámbitos clínicos (Hermens et al, 2011) (Ver Anexo 1.Tabla 1). Todo ello puede afectar el tratamiento adecuado de los sujetos adultos diagnosticados de TLP. Asimismo, y a pesar de observar remisiones sintomáticas superiores al 90% a los 16 años de seguimiento (Zanarini et al, 2012), los pacientes acaban presentando graves carencias psicosociales (Gunderson et al, 2011), lo que obliga a considerar estrategias de tratamiento complementarias centradas en la rehabilitación social del individuo (Gunderson, 2011). En resumen, el abordaje terapéutico del adulto TLP resulta difícil de llevar a cabo y hace necesario establecer estrategias de intervención precoz sobre expresiones del trastorno de menor complejidad clínica y sin la desadaptación derivada de la propia evolución del trastorno.

Diagnóstico precoz: el TLP en el adolescente

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) no considera el diagnóstico formal de TLP en la adolescencia, a pesar de reconocer que el debut del TLP se produce al final de esta etapa o al inicio de la edad adulta (APA, 2013). Mediante un análisis retrospectivo de una muestra de pacientes TLP adultos, Zanarini et al. (2006) describió como 2/3 pacientes habían presentado las primeras conductas autolesivas antes de los 18 años. También

retrospectivamente se ha podido observar como los primeros contactos con la red de salud mental de los pacientes adultos diagnosticados de TLP se habían realizado durante su adolescencia (New et al, 2013). En la actualidad se considera que el TLP se puede manifestar precozmente con todo su cortejo sintomático ya en este periodo de la vida (New et al, 2013), habiéndose descrito alteraciones neurobiológicas que, si bien no son equiparables a las del adulto (Goodman, Mascitelli y Triebwasser, 2013), alguna de ellas podría considerarse un posible marcador biológico de consolidación del TLP en el adulto (New et al, 2013). A pesar de todo lo comentado, tradicionalmente el clínico que diagnostica y trata a niños y adolescentes ha diagnosticado de otro tipo de trastornos al menor con síntomas del TLP. A posteriori, ya en la edad adulta, se ha podido observar como gran parte de estos diagnósticos hacían referencia a síntomas del propio TLP o a trastornos comórbidos. Un trabajo reciente en el que se entrevistaba a un grupo de psiquiatras infanto-juveniles, reportó que únicamente un 37% de estos profesionales consideraba válido el diagnóstico de TLP en la adolescencia (Griffiths, 2011).

En general, el principal motivo esgrimido para no diagnosticar el TLP en la adolescencia fue que no era compatible un diagnóstico definido como 'patrón clínico persistente' con un periodo de la vida caracterizado por la inestabilidad. Actualmente, se ha evidenciado que lo que es persistente en el TLP es precisamente la inestabilidad en la presentación clínica y que el grado de remisión de los síntomas es elevado a lo largo del tiempo (Leichsenring et al, 2011), con lo que esta argumentación ya no es aplicable para justificar el no diagnóstico en la adolescencia. Además, a pesar de que se están desarrollando instrumentos específicos para el estudio de síntomas clave en el TLP adolescente, como la identidad [*Assessment of Identity Development in Adolescence* (AIDA); Goth et al, 2012], se ha evidenciado como los principales instrumentos utilizados para el diagnóstico del trastorno en el adulto son válidos y fiables también en la adolescencia (Glenn y Klonsky, 2013; Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008a). Esto no excluye el hecho de que los principales autores reconozcan como muy necesario redefinir los criterios del DSM para el TLP adolescente, llevando a cabo un enfoque más hacia la dimensión clínica que hacia la presencia o ausencia de un(os) determinado(s) criterio(s) (Miller et al, 2008a).

Tratamiento y prevención del TLP adolescente

Se ha descrito que la detección y tratamiento precoz del TLP consigue disminuir la gravedad de la sintomatología y mejorar el funcionamiento psicosocial del sujeto en el futuro (Chanen et al, 2008). En este sentido, la presencia de síntomas del TLP en la adolescencia se ha asociado a que a lo largo de la vida el sujeto presente, entre otras, deficiencias severas en el rendimiento académico y laboral, carencias importantes a nivel relacional (Winograd, Cohen y Chen, 2008), y un riesgo elevado para el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias en la edad adulta (Cohen et al, 2007). Por ello, estaría plenamente indicada la estructuración de programas de tratamiento para aquellos adolescentes que presenten el diagnóstico de TLP.

Sin embargo, existe otro grupo de adolescentes que presentan síntomas del trastorno pero sin llegar al umbral diagnóstico o que exhiben una clínica considerada como precursora del TLP. La intervención sobre estos sujetos se podría catalogar como selectiva, y tratar específicamente aquellos con un mayor riesgo de desarrollar plenamente el trastorno. Ésta representaría una estrategia preventiva no primaria. Se pueden considerar precursores del TLP las conductas autolesivas (Goodman, Mascitelli y Triebwasser, 2013), la identidad difusa (Doering et al, 2012), el trastorno por uso de sustancias (Thatcher, Cornelius y Clarke, 2005), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Miller et al, 2008b) o el trastorno oposicionista desafiante (TOD) (Burke y Stepp, 2012). En general, son aquellos casos en los que la impulsividad es el componente nuclear de la psicopatología los que presentan un mayor riesgo de desarrollar un TLP (Burke y Stepp, 2012; van Dijk et al, 2012). Además de la impulsividad, la desregulación afectiva y la alteración relacional, también se han considerado componentes nucleares de la psicopatología del TLP y potenciales endofenotipos del trastorno (Gunderson, 2010). Según esto, los diferentes síntomas que constituyen estos componentes podrían manifestarse precozmente en la adolescencia, lo que indicaría un riesgo elevado para el desarrollo de un TLP u otros trastornos asociados y, por esta razón, también podrían considerarse como precursores. Por todo ello, el tratamiento en base al predominio de un determinado síntoma o grupo de síntomas permite tratar adecuadamente a pacientes que, aunque no lleguen al umbral diagnóstico del TLP, presentan un riesgo elevado de

desarrollar el trastorno completo. También evita excluir de la opción de ser tratados adecuadamente aquellos individuos que el profesional no diagnostica de TLP por diferentes razones (por ejemplo, considera no válida la categoría TLP, temor a la estigmatización, etc.) pero que presentan un patrón clínico y de funcionamiento límite.

Finalmente, también se podría intervenir sobre aquellos grupos poblacionales de menores que presentan factores de riesgo para el desarrollo del TLP pero que no han manifestado todavía síntomas del trastorno. Esto implicaría intervenir también sobre un grupo de menores que podrían no desarrollar el TLP, aunque presentarían el factor de riesgo. Se han considerado factor de riesgo del TLP la vivencia de eventos traumáticos en la infancia, como abusos físicos o sexuales, o las carencias importantes que se pueden haber dado durante la crianza (Chanen et al, 2007). El principal problema de este tipo de intervención ‘universal’, catalogable como estrategia de prevención primaria del TLP, sería su elevada complejidad y su importante coste, resultando poco factible su implementación.

Por lo tanto, para los adolescentes con diagnóstico de TLP y para aquellos con factores precursores se deberá llevar a cabo un tratamiento específico. En relación a esto, algunos autores han adaptado para el TLP adolescente las estrategias psicoterapéuticas específicas para el TLP adulto. La terapia dialéctica-conductual (DBT) (Linehan, 1993) se considera la estrategia psicoterapéutica con mayor evidencia científica en relación al tratamiento del TLP (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores, 2011). Existen adaptaciones de la DBT para el tratamiento de adolescentes con conducta suicida (Rathus y Miller, 2002) y terapias diseñadas a partir de la DBT para el tratamiento de la desregulación afectiva en adolescentes (Schuppert et al, 2013). En la misma línea, se ha estudiado la eficacia de una adaptación de la terapia basada en la mentalización (MBT) (Bateman y Fonagy, 2004) para adolescentes con conductas autolesivas (Rossow y Fonagy, 2013). Asimismo, también se está estudiando la eficacia de diferentes adaptaciones de la terapia focalizada en la transferencia (TFP) para el adolescente (Foelsch, Odom y Kernberg, 2008). Finalmente, Chanen et al. (2008) presentaron los resultados positivos de la terapia cognitivo analítica en un grupo de adolescentes que formaban parte de su programa

HYPE (*Helping Young People Early*), para la intervención precoz en sujetos con riesgo de cristalización del TLP (Chanen, 2011).

Conclusión

La realización de una intervención precoz estaría justificada tanto en adolescentes que presentan el diagnóstico de TLP como en aquellos que presentan una manifestación subumbral del trastorno o han recibido otros diagnósticos de trastornos considerados como precursores. Esta intervención precoz implicaría ir más allá del tratamiento de los síntomas que presenta el paciente, con la finalidad de evitar el desarrollo de formas más complejas del TLP adulto, con déficits psicossociales asociados, resultado de la evolución del trastorno a lo largo de la vida.

Para confirmar esta hipótesis basada en datos indirectos es necesario desarrollar estudios de seguimiento que incluyan sujetos adolescentes considerados de alto riesgo para el desarrollo del trastorno y valorar si la intervención terapéutica o preventiva consigue cambiar la evolución y mejorar el pronóstico del TLP. Para llevar a cabo estos estudios, es necesario disponer de la estructura de un gran grupo que incluya programas especializados en el diagnóstico y tratamiento del TLP en las distintas etapas de la vida para de este modo poder garantizar que no se producirán discontinuaciones en el seguimiento.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

BATEMAN, A, FONAGY, P (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford, United Kingdom, Oxford University Press.

BURKE, J.D, STEPP, S. D (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 35-44.

CHANEN, A. M. (2011). Outcomes in Women Diagnosed With Borderline Personality Disorder in Adolescence: Early Detection and Timely Intervention are Fundamental. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 175.

CHANEN, A. M, JACKSON H. J, MCCUTCHEON, L. K,

JOVEV, M, DUDGEON P, YUEN, H.P (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 477-484.

CHANEN, A. M, MCCUTCHEON, L. K, JOVEV, M, JACKSON, H. J, MCGORRY, P (2007). Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*, 187, 18-21.

COHEN, P, CHEN, H, CRAWFORD, T.N, BROOK, J. S, GORDON, K (2007). Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*. 88 Suppl 1:S71-84.

DOERING, S, ENZY, B, FABER, C, HINRICH, J, BAHMER, J, NORTHOFF, G. (2012). Personality functioning and the cortical midline structures--an exploratory fMRI study. *PLoS One*, 7:e49956. doi: 10.1371/journal.pone.0049956.

FOELSCH, P.A, ODOM, A. E, KERNBERG, O. F (2008). Treatment of adolescents with identity diffusion: a modification of transference focused psychotherapy. *Santé Mentale au Québec*, 33, 37-60.

GLENN, C. R, KLONSKY, E. D (2013). Reliability and Validity of Borderline Personality Disorder in Hospitalized Adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 206-211.

GOODMAN, M, MASCITELLI, K, TRIEBWASSER, J. J (2013). The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 212-9.

GOTH, K, FOELSCH, P, SCHLÜTER-MÜLLER, S, BIRKHÖLER, M, JUNG, E, PICK, O., SCHMECK, K (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:27.

GRIFFITHS, M (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: survey of psychiatrists. *The Psychiatrist Online*, 35, 19-22.

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

GUNDERSON, J. G (2011). *Clinical Practice. Borderline personality disorder*. New England Journal of Medicine, 364, 2037-2042.

Gunderson, J. G (2010). Revising de borderline diagnosis for DSM-V. An alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, 24, 694-708.

Gunderson, J. G, Stout, R.L, Mcglashan, T. H, Shea, M. T, Morey, L. C, Grilo, C. M, Skodol, A. E (2011). Ten-year course of borderline personality disorder. Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.

Hermens, M. L, Van Splunteren, P. T, Van Den Bosch, A, Verheul, R. (2011). Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 62 (11), 1381-1383.

Leichsenring, F, Leibing, E, Kruse, J, New, A.S, Leweke, F (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, Guilford Press.

Lis, E, Greenfield, B, Henry, M, Guile, J. M, Dougherty, G (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 32, 162-173.

Miller, A. L, Muehlenkamp, J. J, Jacobson, C. M (2008a). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 969-981.

Miller, C. J, Flory, J. D, Miller, S. R, Hart, S. C, Newcorn, J. H, Halperin, J. M (2008b). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: A prospective follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1477-1483.

New, A. S, Carpenter, D. M, Perez-Rodriguez, M, Ripoll, L. H, Avedon, J, Patil, U, Goodman, M (2013). Developmental differences in diffusion tensor imaging parameters in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1101-1109.

Rathus, J. H, Miller, A. L (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life*

Threatening Behaviour, 32, 146-157.

Rossouw, Fonagy, P (2012). Mentalization-based treatment for self-harming adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1304-1313.

Schuppert, H. M, Timmerman, M.E, Bloo, J, Van Gemert, T. G, Wiersema, H. M, Minderaa, R. B, Emmelkamp, P. M, Nauta, M. H (2012). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1314-1323.

Skodol, A. E, Gunderson, J. G, Pfohl, B, Widiger, T. A, Livesley, W. J, Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.

Thatcher, D. L, Cornelius, J. R, Clarck, D. B (2005). Adolescent alcohol use disorders predict adult borderline personality. *Addictive Behaviors*, 30, 1709-1724.

Torgersen, S, Kringlen, E, Cramer, V (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.

Van Dijk, F. E, Lappenschaar, M, Kan, C. C, Verkes, R. J, Buitelaar, J. K. (2012). Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 39-47.

Winograd, G, Cohen, P, Chen, H (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 933-941.

Zanarini, M. C, Frankenburg, F. R, Reich, D. B, Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169, 476-483.

Zanarini, M. C, Frankenburg, F. R, Ridolfi, M. E, Jager-Hyman, S, Hennen, J, Gunderson, J. G (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 20, 9-15.

Anexo 1

Tabla 1. Complejidad del tratamiento del TLP en el adulto

Existe escasa evidencia en relación al tratamiento farmacológico y solo para determinados síntomas (por ejemplo, impulsividad)

No existen diferencias significativas en la eficacia de las diferentes psicoterapias aunque podrían mostrar especificidad para determinados perfiles clínicos del TLP

Muy a menudo el tratamiento del TLP implica el tratamiento de un trastorno comórbido que condiciona su evolución (por ejemplo, trastorno por uso de sustancias)

El tratamiento del TLP es de baja eficiencia y la carga de la enfermedad sobre el sistema sanitario de un país o región es importante

Las frecuentes demoras en el diagnóstico se asocian a unos tratamientos más complejos