

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicoterapia: Terapias de Tercera
Generación

Revisión sistemática sobre la eficacia del
tratamiento con EMDR en el
trastorno límite de la personalidad

Trabajo fin de estudio presentado por:	Noelia Ruiz Moyano
Línea de investigación:	Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y trastorno límite de la personalidad
Modalidad de TFE:	Revisión sistemática
Director/a:	Juan Faura García
Fecha:	18/7/2023

Índice de contenidos

1. Marco teórico.....	8
1.1. Trastorno límite de la personalidad (TLP).....	8
1.1.1. Neurobiología y teorías del TLP.....	10
1.1.2. Comorbilidad del trastorno de estrés postraumático (TEPT) con el TLP	12
1.1.3. Algunos tratamientos para el TLP	14
1.2. La terapia EMDR	16
1.3. La aplicación de EMDR al TLP	17
2. Justificación	21
3. Objetivos	23
3.1. Generales	23
3.2. Específicos.....	23
4. Pregunta de investigación	24
5. Marco metodológico	25
5.1. Estrategia de búsqueda	25
5.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	25
5.3. Proceso de selección de los artículos	26
6. Resultados	28
6.1. Resultados de la búsqueda	28
6.2. Características de los estudios.....	31
6.3. Resultados de los artículos seleccionados.....	38
6.3.1. Efectos sobre los síntomas del TLP.....	38
6.3.2. Efectos sobre los síntomas del TEPT	39
6.3.3. Efectos sobre los eventos traumáticos asociados a TLP y TEPT	40

6.3.4. Otros efectos	41
7. Discusión	45
7.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación	47
7.2. Conclusiones	49
8. Referencias bibliográficas	50

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.....	30
-----------------------------------------	----

Índice de tablas

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados	34
Tabla 2. Resultados de los estudios seleccionados	42

Resumen

Actualmente, el TLP es el trastorno de personalidad que mayor prevalencia presenta entre la población, reportando la terapia EMDR cierta efectividad en su intervención. Por ello, se propone como objetivo principal conocer los efectos de EMDR en el tratamiento de personas adultas diagnosticadas con TLP. Dicha revisión sistemática ha sido guiada por el protocolo PRISMA, mediante el cual 7 artículos han sido seleccionados y posteriormente analizados haciendo uso de una metodología cualitativa y descriptiva. Se observaron en los resultados efectos beneficiosos en cuanto a reducción de síntomas típicos del trastorno, manteniéndose estos durante el seguimiento, llegándose incluso en algunos casos a no cumplir con los criterios diagnósticos tras la administración del tratamiento. Por tanto, la importancia de dicha investigación radica en la relevancia que puede adquirir para la comunidad científica el hecho de conocer las características adoptadas por los diseños actuales encargados de abordar ésta temática.

Palabras clave: Revisión sistemática, Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, Trastorno límite de personalidad, Eficacia, Tratamiento.

Abstract

Currently, BPD is the personality disorder with the highest prevalence among the population, reporting EMDR therapy certain effectiveness in its intervention. Therefore, the main objective is to know the effects of EMDR in the treatment of adults diagnosed with BPD. This systematic review has been guided by the PRISMA protocol, through which 7 articles have been selected and subsequently analyzed using a qualitative and descriptive methodology. Beneficial effects on outcomes were observed in terms of reduction of typical symptoms of the disorder, maintaining these during follow-up, even in some cases not reaching the diagnostic criteria after the administration of treatment. Therefore, the importance of this research lies in the relevance that the fact of knowing the characteristics adopted by the current designs in charge of addressing this issue can acquire for the scientific community.

Keywords: Systematic review, Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy, Borderline Personality Disorder, Effectiveness, Treatment.

1. Marco teórico

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno relacionado con el trauma y es abordado por diversas terapias. Por otra parte, la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), propuesta para la intervención en trauma, dispone de evidencia respecto a su aplicación en personas diagnosticadas con TLP (Briere y Runtz, 2002; Brown y Shapiro, 2006; Wesselmann y Potter, 2009). Por ello, en adelante se profundizará acerca de dicho trastorno y se justificará la importancia de su investigación, tratando su neurobiología y comorbilidades con otras patologías, así como las terapias más adecuadas para su tratamiento, haciendo especial hincapié sobre la terapia EMDR.

1.1. Trastorno límite de la personalidad (TLP)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), quinta edición, integra al TLP en el grupo B, junto con el trastorno de la personalidad antisocial, el trastorno de la personalidad histriónica y el trastorno de la personalidad narcisista. Se le define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, caracterizado, además, por impulsividad intensa que empieza a manifestarse en las primeras etapas de la adultez y que está presente en diferentes contextos, expresándose a través de cinco o más de los siguientes factores (Arlington, 2013):

1. Esfuerzos frenéticos para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas determinadas por una variabilidad entre los límites de idealización y devaluación.
3. Perturbación de la identidad: autoimagen y sentido del yo marcado por inestabilidad intensa y persistente.
4. Impulsividad en dos o más sectores potencialmente autolesivos, tales como gastos, sexo, drogas, conducción temeraria o atracones alimentarios.
5. Conducta, actitud o amenazas reiteradas de suicidio o automutilación.

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

6. Desequilibrio afectivo causado por una marcada reactividad del estado de ánimo, por ejemplo, episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen tener una duración de varias horas e, inusualmente, algunos días.

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inadecuado e intenso o dificultad para mantener la ira bajo control, caracterizado por habituales exhibiciones de genio, enfado persistente o frecuentes peleas físicas.

9. Síntomas disociativos graves o ideas paranoides transitorias ligadas al estrés.

Las personas que sufren este trastorno generalmente se muestran miedosas y enfadadas, presentando un temor exacerbado hacia el rechazo y el abandono, haciendo esfuerzos desesperados por evitarlo. Tampoco toleran adecuadamente la soledad, llegando incluso a realizar conductas autodestructivas para sobrellevarla o evitarla. Por otra parte, presentan dificultad al tratar de mantener relaciones estables, pues suelen tener expectativas muy elevadas acerca de cómo deberían actuar sus allegados y sus sentimientos sobre una relación pueden variar de modo drástico y abrupto en función de la disponibilidad y apoyo que perciban por parte de los demás. Del mismo modo, la imagen que tienen de sí mismos puede fluctuar rápida e intensamente, observándose sus manifestaciones en el cambio repentino de objetivos, valores u opiniones, entre otros (Zimmerman, 2021).

Por otro lado, muestran dificultades en el control de la ira, exhibiéndola de forma intensa e inapropiada y, posteriormente, habitúan a experimentar vergüenza o culpa, reforzándose así su sentimiento de ser “malas personas”. También pueden presentar conductas impulsivas tales como apostar, practicar sexo de manera arriesgada, conducir temerariamente, consumir sustancias o gastar y comer en exceso; y conductas autolesivas o relacionadas con el suicidio que, aunque no pretendan terminar con la vida, elevan el riesgo de suicidio hasta 40 veces más que en la población general, estableciéndose entre el 8% y el 10% las muertes por suicidio en personas diagnosticadas con TLP. Por último, cabe mencionar que habitualmente se autosabotean cuando están a punto de lograr una meta y que, bajo niveles intensos de estrés, pueden desarrollar síntomas de tipo psicótico o experimentar disociación (Zimmerman, 2021).

Se llevó a cabo un estudio cuyos resultados mostraron que la prevalencia del TLP a lo largo de la vida es de 5.9% (IC del 99 % = 5,4 a 6,4). Así mismo, no se hallaron diferencias en las tasas

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad de TLP entre hombres (5,6 %, IC del 99 % = 5,0 a 6,2) y mujeres (6,2 %, IC del 99 % = 5,6 a 6,9). Se manifiesta con más frecuencia en los varones nativos americanos, en los jóvenes, en los divorciados o viudos y en las personas con menores rentas y nivel educativo. Por otra parte, se presenta con menos frecuencia en los hispanos y en las mujeres de raza asiática. Además, el TLP fue asociado con discapacidad física y mental considerable, principalmente en las mujeres, presentando comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, así como con el trastorno bipolar y los trastornos de personalidad esquizotípico y narcisista. Por tanto, se llega a la conclusión de que los factores únicos y comunes pueden influir en la comorbilidad específica del trastorno con el TLP, pudiendo ser dichas relaciones particulares del sexo (Grant et al., 2008). Muchas muestras clínicas han hecho hallazgos sobre la prevalencia del diagnóstico de dicho trastorno en mujeres frente a los hombres, sin embargo, en otro estudio no se encontró esta diferencia de género en la tasa de TLP (Lenzenweger et al., 2007).

1.1.1. Neurobiología y teorías del TLP

Diferentes factores han sido propuestos como base para la explicación del origen del trastorno límite de personalidad (TLP). En lo que respecta a la investigación neurobiológica de cualquier trastorno psiquiátrico, suele contemplarse que un trastorno es, en mayor o menor medida, heredable. Esto es, las predisposiciones heredadas en combinación con los factores ambientales generan una vulnerabilidad, desembocando en la expresión total de la enfermedad. Uno de los trastornos en los que existe mayor evidencia de heredabilidad y transmisión familiar es el TLP, motivo por el cual gran parte de la investigación neurobiológica en los trastornos de personalidad se ha centrado en dicha enfermedad (Nuevo et al., 2008). Por tanto, se hipotetiza que el TLP presenta un origen multifactorial en el que participan factores genéticos, neurobiológicos y ambientales (Winsper et al., 2016).

Los factores genéticos neurobiológicos tienen un peso considerable en lo referente a la heredabilidad de conductas del espectro de externalización como son la impulsividad, la agresión, el abuso de alcohol o sustancias y las conductas antisociales en la adultez. La dimensión de externalización también destaca por poder ser percibida ya desde edades tempranas, así como en la adolescencia, permitiendo poner en marcha medidas preventivas (Gunderson et al., 2018).

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

Entre los factores ambientales que podrían suponer una explicación para la aparición y reagudización de la sintomatología conductual y neurovegetativa, que comprende impulsividad, autoagresividad o disociación en el primer caso y, menor tono vagal y menor respuesta al trauma, en el segundo, serían la vivencia de eventos estresantes en la infancia y la exposición a estrés agudo, pudiendo estas situaciones estresantes provocar respuestas conductuales extremas en dichos sujetos (Bourvis et al., 2017). Como mediador de la respuesta al estrés por parte del organismo se encontraría el eje hipotálamo hipofisario adrenal, facilitando la adaptación en situaciones de riesgo. Una revisión sistemática analizó distintos artículos que relacionaban el TLP con los niveles basales de cortisol, hallando que las personas diagnosticadas con el trastorno mostraban niveles más atenuados de cortisol con respecto a los sujetos que conformaban el grupo control (Thomas et al., 2019).

La participación de los sistemas serotoninérgico (5-HT), noradrenérgico (NE), dopaminérgico (DA) y gabaérgico (GABA) ha sido determinante en la etiopatogenia del TLP (De la Vega Sánchez y Jiménez, 2019), asociándose la agresión impulsiva con una actividad serotoninérgica limitada y la inestabilidad afectiva con una elevada respuesta por parte de los sistemas colinérgicos (Skodol et al., 2002). Por otro lado, se destacó el papel de SLC6A4, el gen transportador de serotonina, que interviene en la regulación de la neurotransmisión serotoninérgica. Dicho gen, relacionado con la conducta suicida, presenta un polimorfismo llamado 5-HTTLPR y de acuerdo a lo hallado en distintos metanálisis, éste podría suponer un componente para la vulnerabilidad genética al suicidio (Gonda et al., 2011).

También se realizaron metanálisis en los cuales se observó una menor densidad sináptica, así como un menor volumen hipocampal, especialmente en los casos de individuos diagnosticados con trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido (Rodrigues et al., 2011); y de la amígdala, planteando que estos factores podrían representar un endofenotipo del TLP (Ruocco et al., 2012). Por otro lado, las regiones cerebrales mayormente relacionadas con el trastorno han sido el sistema límbico y la corteza frontal, siendo estas las áreas encargadas de regular la impulsividad, la agresividad o la reactividad emocional (Cattane et al., 2017).

1.1.2. Comorbilidad del trastorno de estrés postraumático (TEPT) con el TLP

El TEPT hace alusión, por una parte, a una respuesta patológica ante el estrés y, por otra, al trauma, que generará una demanda en el organismo y, en función del contexto biopsicosocial del sujeto, los mecanismos adaptativos resultarán suficientes o escasos para lograr restablecer la homeostasis (Carvajal, 2002). Las distintas respuestas ante el trauma dependerán del significado que se le otorgue, todo ello en función del tipo e intensidad del mismo, de la historia biográfica de la persona, de los factores biológicos protectores y de riesgo, así como del contexto social imperante (Ursano et al., 1992).

En primer lugar, se definirá el trauma como “cualquier experiencia perturbadora que derive en miedo significativo, impotencia, disociación, confusión u otros sentimientos disruptivos lo suficientemente intensos como para tener un efecto negativo duradero en las actitudes, el comportamiento y otros aspectos del funcionamiento de una persona. Los eventos traumáticos incluyen aquellos causados por el comportamiento humano (p. ej., violación, guerra, accidentes industriales) así como por la naturaleza (p. ej., terremotos) y, a menudo, desafían la visión que tiene un individuo del mundo como un lugar justo, seguro y predecible” (American Psychological Association, s.f., definición 1).

Ante la vivencia de un acontecimiento traumático pueden aparecer diversas reacciones; la más habitual sería, en primer lugar, emitir una respuesta para sobrevivir y protegerse tratando de escapar, presentando insensibilidad, enmudeciendo o quedando en estado de congelación o confusión al encontrarse en estado de shock. A continuación, el sujeto tratará de adaptarse mediante la realización de alguna acción coherente con la situación para recuperar el equilibrio que tenía previamente a la ocurrencia del trauma y, posteriormente, de elaborar apropiadamente lo sucedido. Sin embargo, también cabe la posibilidad de que aparezcan conductas disociadas o se trate de recuperar la estabilidad de las emociones a través del abuso de alcohol y drogas (Carvajal, 2002).

La vivencia de un acontecimiento traumático puede quedar fijada en la memoria en forma de creencias irracionales, emociones negativas o síntomas físicos tales como ansiedad, fobias o pesadillas. Al margen de la intensidad del trauma, éste puede tener efectos negativos sobre la auto-eficacia y auto-confianza del sujeto, quedando enganchado en la red de memoria en

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad la forma original en que sucedió, de manera no procesada y poseyendo la capacidad de causar una amplia variedad de síntomas traumáticos o incluso TEPT (Hensley, 2010).

Los recuerdos del acontecimiento traumático poseen la capacidad de producir respuestas emocionales o físicas y, además, existen ciertos estímulos que pueden actuar como detonadores activando imágenes, sensaciones físicas, sabores, olores, sonidos o creencias; factores que tienen la capacidad de revivir la experiencia del mismo modo en que ocurrió originalmente e incluso de generar otro tipo de distorsiones. Es por ello que se propone la utilización de la terapia EMDR para desbloquear la información traumática, procesándola e integrándola en el resto de redes neurales (Hensley, 2010).

Centrando el foco sobre el TEPT en concreto, éste incluye entre sus criterios diagnósticos tres áreas sintomáticas que lo definen: reexperimentar la vivencia del trauma en el presente mediante la intrusión de recuerdos vívidos que producen temor o terror, conductas de evitación tanto de los pensamientos y recuerdos de los sucesos, como de actividades o situaciones que hagan recordarlos y estado de hiperalerta o potentes reacciones de sobresalto debido a la amenaza percibida (Carvajal, 2002; Maercker et al., 2013).

El Trastorno por estrés postraumático puede tener sus primeras manifestaciones a cualquier edad, incluso en la infancia. Los síntomas pueden observarse durante los 3 meses posteriores a la ocurrencia del trauma, aunque también puede darse un intervalo de varios meses o años hasta que estos se exterioricen. Los síntomas de activación que presenta el trastorno, junto con la posibilidad de reexperimentar el trauma y los comportamientos de evitación varían en cuanto a su duración, pues la mitad de los casos suelen estar totalmente recuperados durante el transcurso de los primeros 3 meses, mientras que, en otras ocasiones éstos persisten más allá de los 12 meses tras la ocurrencia del trauma; sin embargo, la duración mínima de los mismos ha de ser al menos de un mes (Ford et al., 2015).

Ahondando más en la conexión entre TEPT y TLP, se ha hallado que ambos trastornos se encuentran enormemente relacionados con el trauma. Un estudio llevado a cabo mostró que, de las personas que padecían TLP, el 30'2% de ellas también habían sido diagnosticadas de TEPT, mientras que las diagnosticadas de TEPT, lo fueron también de TLP en una proporción del 24'2%. En resumen, la comorbilidad de ambos trastornos desembocaría en una peor calidad de vida, en mayor número de intentos de suicidio y en una mayor comorbilidad con

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad y otros trastornos del Eje I (Pagura et al., 2010). Se propone que la diferencia central entre ambos trastornos es la edad en que se producen los traumas, los cuales pueden deteriorar la conectividad cerebral y generar síntomas psiquiátricos. Es decir, un trauma ocurrido durante la infancia incentivaría el desarrollo del TLP, mientras que, si éste se da en la edad adulta, favorecería el riesgo de sufrir TEPT (Amad et al., 2014).

1.1.3. Algunos tratamientos para el TLP

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT), engendrada por la Dra. Marsha Linehan, es el modelo terapéutico que mayor evidencia empírica posee para el tratamiento del TLP, demostrando ser eficaz en la reducción de distintos síntomas que acompañan al trastorno tales como las autolesiones, la ideación suicida, la desesperanza o la depresión. Este enfoque aún características de la terapia cognitivo-conductual (TCC), de Mindfulness y de la filosofía dialéctica. El tratamiento basado en la DBT está compuesto por cuatro elementos: la psicoterapia individual; el entrenamiento grupal en habilidades, dividido a su vez en cuatro módulos, Mindfulness, habilidades de tolerancia al malestar, de eficacia personal y de regulación emocional; consultoría telefónica y reuniones de consultoría por parte del equipo terapéutico (Elices y Cordero, 2011).

El foco de tratamiento se centra en las conductas más graves y que mayor interferencia causan en la vida de la persona diagnosticada de TLP. Los objetivos serían reducir las conductas que suponen un obstáculo para la vida, en el caso de presencia de ideación suicida o comportamientos autolesivos; aminorar acciones que obstaculicen la terapia, como llegar tarde o no asistir a una cita; atenuar las conductas que torpedean la calidad de vida del sujeto y aumentar la puesta en práctica de las habilidades conductuales aprendidas. Posteriormente, comenzaría la parte de la terapia enfocada en la sintomatología de estrés postraumático, pues la relación entre los eventos traumáticos infantiles y el TLP ha sido ampliamente estudiada, evidenciándose niveles elevados de experiencias traumáticas en dicha población (Elices y Cordero, 2011).

Desde la perspectiva de la DBT se propone que los individuos diagnosticados de TLP presentan una carencia de habilidades y capacidades interpersonales, de autorregulación y de tolerancia al estrés (Linehan, 2003). La interacción entre respuestas emocionales intensas y habilidades poco útiles para regularlas, unidas a un comportamiento impulsivo y a una actitud crítica hacia

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad
sus propias emociones provoca la frecuente experimentación de crisis y carencias en lo relacionado con las habilidades de afrontamiento. Es por ello que cobra vital importancia el hecho de que el terapeuta preste especial atención tanto a las habilidades que la persona ya posee, como a las que aún se encuentran en proceso de aprendizaje (Torres, 2007).

La TCC ha sido otra de las áreas que mayor atención ha recibido para el tratamiento del TLP, es por ello que su tratamiento se ha centrado especialmente en la modificación de conductas problemáticas para lo que establece cuatro objetivos: atenuar los síntomas, reducir el deterioro del funcionamiento social, regular el temperamento y modificar el carácter o esquemas de la personalidad, teniendo en cuenta que los dos últimos factores implican la modificación cognitiva (Caballo, 2001). Este tipo de terapia se caracteriza por la consecuente reestructuración cognitiva, por el establecimiento de una alianza terapéutica de cooperación y por el uso de diferentes métodos para la intervención conductual y emocional. Su pilar se asienta sobre las distorsiones cognitivas, patrones de pensamiento que tienen efectos adversos sobre las emociones y conductas y que, tras haber sido reestructurados mediante intervención psicoterapéutica y psicoeducativa, causarían mejoría en la persona (Torres, 2007).

Centrándonos en el tratamiento farmacológico, el sujeto reporta mejoras en la impulsividad, los estados psicóticos, la inestabilidad afectiva y la depresión con el uso de medicamentos como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), tales como la fluoxetina, efectivos en la reducción de la irritabilidad y la agresividad (Coccaro y Kavoussi, 1997). Los antipsicóticos como el haloperidol o la olanzapina reducen en cierta medida los síntomas depresivos, la impulsividad y la agresividad (Soloff et al., 1993; Parachini, 2004). Por último, los anticonvulsivos como la carbamazepina (Hollander et al., 2001), el valproato (Hollander et al., 2005) y el topiramato (Nickel et al., 2005) promueven el control sobre la agresión y atenúan los síntomas depresivos.

Sería conveniente valorar la necesidad de tratamiento farmacológico adicional en aquellas circunstancias en las que, debido a la gravedad o intensidad del trastorno, el abordaje psicoterapéutico resulte escaso. Por tanto, la confección de un plan de tratamiento individualizado reducirá los posibles daños derivados de la intervención o la cronificación de la terapia, concluyéndose que la adaptación e individualización de los tratamientos

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad
psicoterapéuticos en combinación con los farmacológicos, cuando resulte pertinente, es el abordaje ideal para el tratamiento de este trastorno (Peláez et al., 2013).

1.2. La terapia EMDR

La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), desarrollada en 1987 por Francine Shapiro, es un tratamiento integrador que establece como una de sus premisas básicas que gran parte de las patologías psicológicas provienen de las experiencias tempranas. La terapia EMDR actúa catalizando el aprendizaje, pues cuando nos encontramos ante un recuerdo perturbador las imágenes, creencias y emociones negativas son menos vívidas y no tan válidas y, al vincularse estas a información más adecuada, permiten al individuo localizar y aprender la parte útil de la experiencia traumática que tuvo su ocurrencia en el pasado, reintegrándose dicha información de un modo más adaptativo, coherente y sin generar ansiedad (Shapiro, 2010).

Por tanto, los fines de la terapia EMDR serían ayudar a la persona a aprender de las experiencias negativas del pasado, a desensibilizar los disparadores que provocan una angustia no justificada en la actualidad y a integrar patrones de conducta positivos orientados al futuro (Shapiro, 2010). También se incluirían experiencias de vida positivas referentes a imágenes, pensamientos, sentimientos, creencias y sensaciones físicas, fortaleciéndolas y enraizándolas mediante el uso de estimulación bilateral, la cual comprende movimientos oculares, sonidos bilaterales o estimulación táctil alternante, y actúa estimulando el enlace entre la información almacenada de forma incoherente y el resto de redes neuronales que sí poseen información adaptativa (Shapiro y Lalotis, 2017; Shapiro, 2001).

En resumen, la meta de dicha terapia es procesar las vivencias traumáticas para liberar al sujeto del pasado que interfiere en su vida y así poder reincorporarlo con plenitud a su presente (Shapiro, 2010), por lo que el modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (AIP) no es conceptualizado únicamente como un modelo de lo no procesado, sino también como un modelo de experiencias o recursos positivos que colaboran en el reprocesamiento del material traumático (Hase, 2021).

La teoría actualmente utilizada para abordar la explicación de los efectos de la terapia EMDR es el modelo AIP que, bajo condiciones naturales, integra las experiencias novedosas vividas recientemente en redes neurales del cerebro que ya existían previamente conectándolas con

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

la información ya almacenada, lo cual posibilita otorgar un sentido a la nueva experiencia y aprender, así como servir de guía en el futuro. Dichas redes neurales junto con la información que se encuentra almacenada en ellas representan los cimientos de la percepción, actitudes y conductas del sujeto (Shapiro, 2001). Sin embargo, al experimentar un suceso traumático, el sistema AIP se bloquea, provocando que la información no sea integrada, quedando almacenada disfuncionalmente en las redes de memoria (Mosquera y González, 2013).

1.3. La aplicación de EMDR al TLP

Tal y como ha sido abordado en el apartado anterior, el modelo AIP (Shapiro, 2001) representa el pilar para entender cómo las experiencias vividas en la infancia pueden estar relacionadas con ciertas características psicopatológicas padecidas en la vida adulta, proporcionando un marco terapéutico idóneo para un trastorno altamente vinculado a la vivencia de experiencias traumáticas en edades tempranas (Sabo, 1997). Sin embargo, se hace necesario mencionar que el tratamiento de personas diagnosticadas con TLP requiere ciertas modificaciones en los procedimientos estándar de EMDR a lo largo de sus 8 fases (Leeds y Mosquera, 2012; Mosquera, 2012; Mosquera y González, 2011).

Fase 1: Historial clínico del cliente y planificación del tratamiento

Para comenzar a trabajar desde el enfoque psicoterapéutico EMDR, se hace necesario recoger información acerca de los problemas actuales y de las experiencias traumáticas vividas en el pasado. Sin embargo, es habitual que las personas borderlines no desvelen su historia biográfica, especialmente hechos y conflictos relevantes, patrones de apego disfuncionales, abuso de sustancias y conductas de alto riesgo. Para facilitar la recogida de esta información de carácter tan valioso, han de considerarse tanto el ritmo como la tolerancia afectiva de la que dispone el individuo para explorar y narrar su historia biográfica y problemática actual ya que, un enfoque estandarizado para la fase de exploración no resultaría oportuno para las personas con historia de abandono y trauma. Es por ello que cobra vital importancia que el terapeuta posea amplios conocimientos sobre el trastorno y el modelo AIP, así como el establecimiento de una relación terapéutica bien delimitada (Mosquera et al., 2014).

También resulta conveniente que el terapeuta monitoree el grado de activación de los sujetos durante el proceso de recogida de información para, de este modo, adaptar la velocidad y modificar el enfoque si es necesario, aplicando técnicas de contención y regulación afectiva

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad (Mosquera et al., 2014). Una vez se ha completado la evaluación del panorama clínico del individuo y obtenido toda la información relevante acerca de sus conductas desadaptativas, síntomas y aspectos objeto de mejora, se diseñará un plan de tratamiento desde el que comenzar a trabajar (Shapiro, 2010).

Fase 2: preparación y estabilización

Trabajar con personas diagnosticadas de TLP suele ir acompañado de trauma y, habitualmente, supone manejar momentos de alta intensidad emocional y fobias afectivas en lo que rodea a la transferencia y contratransferencia. Es de gran interés tener en cuenta estos aspectos y contar con estrategias y habilidades para abordarlos tanto en el grueso del tratamiento como en las fases previas para, de este modo, garantizar que el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos seleccionados mediante EMDR se desarrolla de forma segura y eficaz con este tipo de pacientes (Leeds y Mosquera, 2012). Por ello, se comenzará explicando en qué consiste el modelo EMDR y cuáles son sus posibles efectos, contestando las dudas que puedan surgir y poniendo en marcha los procedimientos de relajación y seguridad (Shapiro, 2010).

Para el correcto desarrollo de esta etapa se hace necesaria la presencia de distintos elementos: el establecimiento de una relación terapéutica que sirva de apoyo durante el transcurso de la terapia; realizar intervenciones psicoeducativas para proporcionar al sujeto la oportunidad de comprender mejor sus conflictos intrapersonales, de visualizar la situación desde perspectivas diferentes y de desarrollar nuevas habilidades antes de proceder al reprocesamiento de traumas; trabajar en patrones de autocuidado como el establecimiento de un hábito regular de sueño, rutina de ejercicio, alimentación saludable, ausencia de abuso de sustancias, etc.; afrontar directamente los impulsos autolesivos deliberados y las amenazas suicidas pudiendo recurrirse a la terapia familiar para movilizar más apoyo, todo ello sin perder de vista que los objetivos del reprocesamiento no son las tendencias autolesivas sino las circunstancias que se dieron cuando ocurrió la primera autolesión, el origen de las creencias negativas subyacentes al problema y los recuerdos asociados (Leeds, 2013).

Así mismo, impartir psicoeducación acerca de las emociones y sus funciones es crucial para que estas personas desarrollen habilidades novedosas de regulación emocional en las que aprendan a aceptar toda la gama de reacciones emocionales y a ubicarlas en los diferentes

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

contextos situacionales para poder entender cuáles son sus posibles desencadenantes. También se enfocaría el trabajo sobre el abuso de sustancias ya que, usualmente, se encuentra relacionado con las limitadas capacidades de autorregulación emocional que poseen los usuarios borderlines y sobre las defensas, las cuales implican una amplia gama de conductas de afrontamiento evitativo para eludir sentimientos no deseados o impulsos (McCullough, 2003). Por último, se trabajará con las partes disociativas de la personalidad, pues una exploración concreta de dichas características ayuda a prevenir o solucionar posibles dificultades durante la fase de reprocesamiento del trauma y se establecerán procedimientos específicos para la autodiferenciación debido a que muchos individuos con TLP carecen de ella.

Fases 3 a 7: reprocesamiento del trauma

Este período centrado en el reprocesamiento del trauma puede ser a su vez diferenciado en etapas más concretas: La fase 3, *evaluación*, consiste en identificar los componentes sobre los que se centrará el foco de atención de la terapia; la fase 4, *desensibilización*, trabaja sobre los sentimientos y emociones negativas del sujeto, surgiendo revelaciones y asociaciones novedosas; la fase 5, *instalación*, se basa en fortalecer la cognición positiva identificada por la persona, siendo esta su vez la sustituta de la cognición negativa original; la fase 6, *exploración del cuerpo*, solicita al individuo que busque tensiones residuales en su cuerpo mientras mantiene en mente la cognición positiva seleccionada y el foco del tratamiento en sí; la fase 7, *cierre*, resulta de especial importancia y supone devolver al sujeto a un estado de equilibrio emocional incluso cuando no se haya dado por finalizado el reprocesamiento, brindándole las instrucciones y habilidades pertinentes al finalizar cada sesión para manejar las posibles dificultades que puedan aparecer (Shapiro, 2010).

Gran parte de las personas diagnosticadas con TLP presentan carencias en habilidades de afrontamiento, así como inestabilidad emocional, por lo que habitualmente se recomienda no empezar el reprocesamiento por los recuerdos considerados como los peores ni por recuerdos traumáticos recientes. Además, cobra gran relevancia el prestar atención a los factores que pueden influir tanto en el paciente como en el terapeuta, tales como la transferencia y la contratransferencia (Leeds y Mosquera, 2012; Mosquera, 2012).

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

Por tanto, el fin último de la terapia EMDR es identificar las experiencias que quedaron codificadas en las redes neuronales de forma disfuncional y que son las causantes de los problemas actuales, así como comprender la secuencia que ocurre para pasar de las experiencias traumáticas a los síntomas y, posteriormente, a las conductas que se manifiestan en el presente. Es por ello que se procesarán los recuerdos pasados que están propiciando, manteniendo y detonando los síntomas y situaciones presentes, anticipando posibles retos futuros (Mosquera y González, 2013).

Fase 8: reevaluación

Solo es posible determinar que un tratamiento ha alcanzado sus objetivos y logrado sus metas tras haber reevaluado exhaustivamente el procesamiento llevado a cabo sobre los traumas y los efectos conductuales derivados del mismo. Por ello, al comienzo de cada sesión, se solicitará a la persona que trate de localizar focos ya reprocesados con anterioridad, explorando sus respuestas, sentimientos y sensaciones para, de este modo, observar si aún existen reverberaciones de la información supuestamente ya procesada, todo ello con el fin de reenfocar este material y abordarlo de forma más efectiva si resultase oportuno (Shapiro, 2010).

Por último, ha de aludirse a la evidencia recopilada acerca de la efectividad de dicha terapia en relación con el TLP. Un informe de caso único cuya participante era una mujer diagnosticada con TLP, informó de reducciones clínicamente significativas por debajo del punto de corte clínico en todas las subescalas del *Inventario de autocapacidades alteradas* (Briere y Runtz, 2002) tras haber recibido 20 sesiones de terapia EMDR durante un periodo de 6 meses (Brown y Shapiro, 2006). Otro estudio aplicó EMDR sobre una persona borderline y se observó mejoría en los síntomas típicos del trastorno, así como en lo referente a disociación, depresión y ansiedad, manteniéndose dichos efectos hasta tres meses después (Safarabad et al., 2018). En último lugar, un estudio presentaba a una participante diagnosticada con trastorno de depresión mayor pero que podía cumplir con los criterios típicos del TLP y que tras haberse encontrado en tratamiento desde el enfoque de la terapia EMDR, mostró remisión en cuanto a conductas autolesivas al año de seguimiento y variaciones positivas en las puntuaciones obtenidas en la *Entrevista de Apego Adulto* (EAA; Wesselmann y Potter, 2009; Hesse, 1999).

2. Justificación

En la actualidad, el Trastorno Límite de la Personalidad representa el trastorno de la personalidad con mayor prevalencia entre la población, considerado como uno de los síndromes de más difícil diagnóstico y tratamiento. La investigación acerca del TLP puede justificarse por la complejidad en la comprensión del trastorno, por el sufrimiento que genera a quienes la padecen, llegando incluso a involucrar conductas autolesivas, así como por el estigma social al que se ve sometido y a su elevada y creciente prevalencia entre adolescentes y jóvenes (Prittwitz Sanz, 2022). Se pone de manifiesto la necesidad de una mayor y más profunda investigación en lo referente a este campo y, más concretamente, en la relación y eficacia que presentan terapias no farmacológicas, como EMDR, para el tratamiento del TLP. Aunque la terapia requiera incluir ciertas adaptaciones a los procedimientos estándar, resulta muy prometedora para estos sujetos, permitiendo acceder al material traumático y procesarlo de forma segura (Mosquera et al., 2016).

Hoy día, el TLP es el trastorno del Eje II que más atención ha recibido puesto que se estima que afecta al 2% de la población, al 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y al 20% de los pacientes internos. Sin embargo, dicho trastorno sigue suscitando gran desconcierto entre los profesionales de la salud mental (Regalado y Gagliosi, 2012). El impacto social, económico y de recursos médicos que genera a la sociedad el tratamiento del TLP alcanza una cifra cuantiosa, siendo la mayor parte de los gastos provocada por la atención ambulatoria psicoterapéutica. Una investigación determinó que los gastos medios anuales derivados del servicio de atención médica para el TLP ascendía a 8.508 euros por paciente un año después de haber recibido el diagnóstico (Bode et al., 2017). Sin embargo, estudios realizados desde enfoques metodológicos distintos informaron, por una parte, que los costes del tratamiento de un paciente alcanzaban los 5,85 miles de euros (Wunsch et al., 2014) y, por otra, que ascendían a 16,23 miles de euros (Soeteman et al., 2008).

La presentación clínica, el tratamiento y la discapacidad de las personas con TLP se dificulta por su alta comorbilidad con otros trastornos mentales graves, generando un elevado coste social debido a la propensión de estos usuarios a buscar ayuda psicológica o a recibir tratamiento farmacológico. Por tanto, la adecuada comprensión del trastorno y sus

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad comorbilidades ayudaría a reducir significativamente los gastos sanitarios derivados, pudiéndose, además, intervenir de forma más eficaz (Tomko et al., 2014).

Las conductas de riesgo en el trastorno límite ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar un tratamiento adecuado, pues los trastornos de personalidad y las conductas suicidas y autolesivas se encuentran vinculadas entre sí, siendo estas consideradas como criterio diagnóstico del TLP y predictoras del mantenimiento del trastorno a lo largo del tiempo (Sansone et al., 2002). Así mismo, los trastornos de personalidad suelen conllevar conductas impulsivas y peligrosas que provocan un aumento considerable en las tasas de accidentes y mortalidad por causas no naturales hasta 4,3 veces superior en comparación con la población normal (Rydellius, 1988). El consumo y dependencia de sustancias y alcohol también es altamente frecuente en dicho trastorno (Goeb et al., 2000).

En resumen, las diversas y variadas repercusiones del TLP condicionan de forma muy significativa la vida de las personas que lo sufren, es por ello que se hace necesario profundizar en la investigación en lo referente al TLP y, más concretamente, plantearla desde el enfoque de la terapia EMDR, pues tal y como ha sido abordado en el apartado anterior, ésta ha reportado amplios beneficios en su aplicación. Sin embargo, la evidencia disponible hoy día aún resulta un tanto escueta, es por ello que en la presente revisión sistemática se valorarán también los artículos que sólo cuenten con el diseño de la investigación, pues su conocimiento puede resultar valioso para la comunidad científica y, de este modo, conocer la forma en que se está investigando actualmente dicha temática, es decir, los participantes que lo componen, el diseño del tratamiento administrado, la forma en que es evaluado el trastorno, etc., componiendo una tabla descriptiva en la que queden reflejados dichos datos (Tabla 1). Es esta la razón por la que, en los objetivos que serán presentados más adelante, se recogerán no solamente los resultados de los estudios seleccionados, sino los diseños que los sustentan.

3. Objetivos

3.1. Generales

El principal objetivo de este trabajo es conocer los efectos del tratamiento con terapia EMDR en personas adultas que padecen TLP.

3.2. Específicos

En cuanto a objetivos específicos, mediante los que alcanzar el objetivo general, se plantea:

- Concentrar la evidencia disponible de los últimos quince años acerca de la eficacia del tratamiento con EMDR en adultos con TLP.
- Conocer las características y el estilo de los estudios relacionados con el objetivo principal de la presente revisión sistemática: participantes, diseño, tratamiento administrado, número de sesiones y duración, objetivos, evaluación y seguimiento.
- Comparar los efectos de la terapia EMDR con otras intervenciones (p. ej., tratamiento habitual (TAU)) en personas adultas que padecen TLP.
- Observar otros efectos y las comorbilidades que acompañan al TLP según la literatura.

4. Pregunta de investigación

La pregunta de investigación sobre la que se centra el foco de atención en el presente estudio es: “¿Qué efectos reporta la terapia EMDR en el tratamiento de adultos diagnosticados con TLP?”. Y, más concretamente, se dará respuesta a las siguientes preguntas: “¿cuál es la evidencia disponible durante los últimos quince años referente a la eficacia del tratamiento EMDR en adultos con TLP?”, “¿qué características presentan los estudios encargados de investigar la eficacia de EMDR sobre el TLP?” “¿qué efectos se observan tras la comparación de la terapia EMDR con otras intervenciones (p. ej., TAU) en personas adultas con TLP?” y “¿qué otros efectos y comorbilidades rodean al TLP según la literatura?”.

5. Marco metodológico

Tras haber sentado las bases teóricas de los conceptos fundamentales que sustentan este trabajo, se procede a concretar la estrategia de búsqueda que será utilizada para realizar la selección de los artículos que conformarán el grueso de la revisión sistemática, contemplados siempre bajo las pautas establecidas por los criterios de inclusión y exclusión, los cuales son de obligado cumplimiento. Por último, orientados por el protocolo PRISMA, se explicita el procedimiento a través del cual los estudios serán integrados o descartados.

5.1. Estrategia de búsqueda

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática en la que se realizará una búsqueda de artículos científicos publicados entre los años 2009 y 2023. Por otra parte, se seleccionarán como fuentes de búsqueda de información las siguientes bases de datos: ScienceDirect, Proquest, Scopus y PubMed. La exploración se realizará tanto en inglés como en español y las palabras clave que se introducirán para llevar a cabo la búsqueda serán: terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), trastorno límite de personalidad (TLP), tratamiento, *Eye Movement Desensitization and Reprocesing* (EMDR), *Borderline Personality Disorder* (BPD) y *treatment*.

Por tanto, se utilizará como estrategia de búsqueda la combinación de las palabras clave en ambos idiomas a través del operador booleano AND. La cadena de búsqueda utilizada será exactamente la misma para todas las bases de datos mencionadas, “EMDR AND Trastorno Límite de Personalidad AND tratamiento” será la introducida en español y “EMDR AND Borderline Personality Disorder AND Treatment” la empleada para la búsqueda en inglés.

5.2. Criterios de inclusión y exclusión

Para llevar a cabo la selección de los artículos se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- El TLP es abordado desde la terapia EMDR.
- El tratamiento es administrado en adultos.
- Se trata de investigaciones empíricas o diseños de investigación, no de revisiones, libros o manuales.
- El artículo se encuentra publicado en revistas científicas indexadas.

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

- El artículo ha sido publicado durante los últimos 15 años (entre los años 2009 y 2023).
- Es posible acceder al texto completo del artículo y de forma gratuita.

En lo referente a criterios de exclusión, se establecieron los siguientes:

- Abordar otros trastornos que no sean el TLP.
- No utilizar la terapia EMDR.
- El artículo presenta una fecha anterior al año 2009.
- El artículo está publicado en revistas de divulgación, libros, tesis doctorales, revisiones bibliográficas o sistemáticas.
- El tratamiento es administrado en niños, adolescentes o personal sanitario.
- El estudio es realizado sobre muestras no humanas.
- No es posible acceder al texto completo del artículo o éste es de pago.
- El artículo está escrito en un idioma distinto al inglés o el español.

5.3. Proceso de selección de los artículos

Para llevar a cabo la selección de artículos que conformen la muestra se valorará el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión mencionados en el apartado anterior y, tras efectuar una lectura sobre los artículos seleccionados, serán explorados y analizados siguiendo una metodología de análisis cualitativo y descriptivo de los datos. El procedimiento mediante el cual los artículos resultarán incorporados o excluidos de ésta revisión sistemática quedará reflejado en el diagrama PRISMA (Figura 1).

Se utilizará la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020), ideada con el objetivo de auxiliar a los revisores sistemáticos a comunicar con transparencia el porqué de la revisión, qué proceder siguieron los autores y cuáles fueron los hallazgos. Por tanto, éste procedimiento resultaría eficiente al planificar y realizar revisiones sistemáticas, garantizando la recopilación íntegra y precisa de toda la información recomendada (Page et al., 2021).

De acuerdo a la declaración PRISMA, se comenzará el cribado de artículos con la lectura del título. Tras haber descartado los que no incluyan terapia EMDR destinada al tratamiento del TLP, tengan fecha de publicación anterior al año 2009, no estén indexados en revistas científicas o se encuentren duplicados, se procederá a leer los resúmenes de los estudios

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad restantes. Posteriormente, se excluirán los que se traten de libros, tesis doctorales, revisiones sistemáticas o bibliográficas, así como aquellos publicados en revistas de divulgación, además de los que administren el tratamiento sobre muestras de niños, adolescentes, personal sanitario o animales. También se valorará en esta segunda fase que sean gratuitos, accesibles a texto completo y que se encuentren escritos en inglés o español. Finalmente, para escoger los artículos que conformarán el estudio en su totalidad, se leerá el texto completo de los estudios que han superado la criba anterior y se comprobará que ahonden en el TLP y en su tratamiento mediante EMDR.

En último lugar cabría aclarar que, tal y como ha sido expresado en el apartado de objetivos, se tendrán en consideración aquellos estudios que únicamente contemplen el diseño de la investigación. A pesar de que éstos no serán analizados puesto que aún no se dispone de sus resultados, debido habitualmente a su reciente publicación, serán incluidos para, de este modo, rescatar las publicaciones que de ellos emanen o puedan surgir en el futuro.

6. Resultados

Considerando los criterios de inclusión y exclusión mencionados en el apartado anterior, se han seleccionado finalmente siete artículos que reúnen los requisitos necesarios para dar respuesta a los objetivos perseguidos por la presente revisión sistemática y a las preguntas de investigación propuestas. Solo se dispone de un ensayo controlado aleatorio cuya investigación ha finalizado, ya que también se cuenta con dos estudios más de la misma categoría de los cuales sólo se encuentra disponible el diseño. Sin embargo, han sido incluidos con el fin de conocer las características de los diseños que están siendo utilizados actualmente para abordar la materia en cuestión.

Se cuenta también con cuatro ensayos clínicos observacionales no controlados los cuales, en conjunto, nos permitirán comparar los efectos de los tratamientos habituales con la terapia EMDR en personas diagnosticadas de TLP, así como observar los efectos y comorbilidades que rodean al trastorno. Del mismo modo, con la realización de esta revisión sistemática se espera hallar argumentos que justifiquen la importancia de la temática examinada, indagando acerca de los efectos que reporta el tratamiento con EMDR sobre el TLP.

6.1. Resultados de la búsqueda

Tal y como se aprecia en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1), en la primera búsqueda que se realizó, se hallaron 401 artículos de los que se leyeron únicamente los títulos y se descartaron 308 artículos que no incorporaban el tratamiento con EMDR o no abordaban el TLP, habían sido publicados con anterioridad al año 2009 o no estaban indexados en revistas científicas. Así mismo, se eliminaron los que se encontraban duplicados, alcanzando una cantidad de 25. En resumen, en este primer cribado se excluyeron 333 artículos.

Seguidamente, se leyeron los resúmenes de los 68 artículos restantes y se apartaron los publicados en revistas de divulgación, así como los que eran libros, tesis doctorales, revisiones sistemáticas o bibliográficas. También se desecharon los estudios en los que el tratamiento era administrado en niños, adolescentes, personal sanitario o muestras no humanas, los que eran de pago o no disponían de acceso completo al texto, amén de los escritos en un idioma distinto al español o inglés. Por tanto, utilizando como guía estos criterios, se excluyeron un total de 49.

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

Tras esta segunda criba, se disponía de 19 artículos potencialmente elegibles sobre los que se realizó una lectura completa, localizándose nuevamente varios motivos para excluir a algunos de ellos, tales como no profundizar en el TLP o en la terapia EMDR, simplemente mencionándolos. Tras descartar 13 artículos debido a estas razones, se obtuvieron 6 de los estudios que van a formar parte de la revisión, cumpliendo todos ellos los criterios de inclusión establecidos previamente, pues hacían uso de la terapia EMDR para el tratamiento del TLP, siendo éste administrado en adultos; estaban publicados en revistas científicas, cuya fecha de publicación era posterior al año 2009; se trataban de investigaciones empíricas o estudios de caso único y el acceso al texto completo era abierto y gratuito.

Por último, en lo referente a literatura gris, fue identificado un nuevo ensayo a través del método de búsqueda por citas. Dicho artículo fue valorado tanto para su recuperación como para su elegibilidad, resultando también incorporado a la selección de estudios que componen la revisión, contándose finalmente con un total de 7 artículos susceptibles de ser explorados.

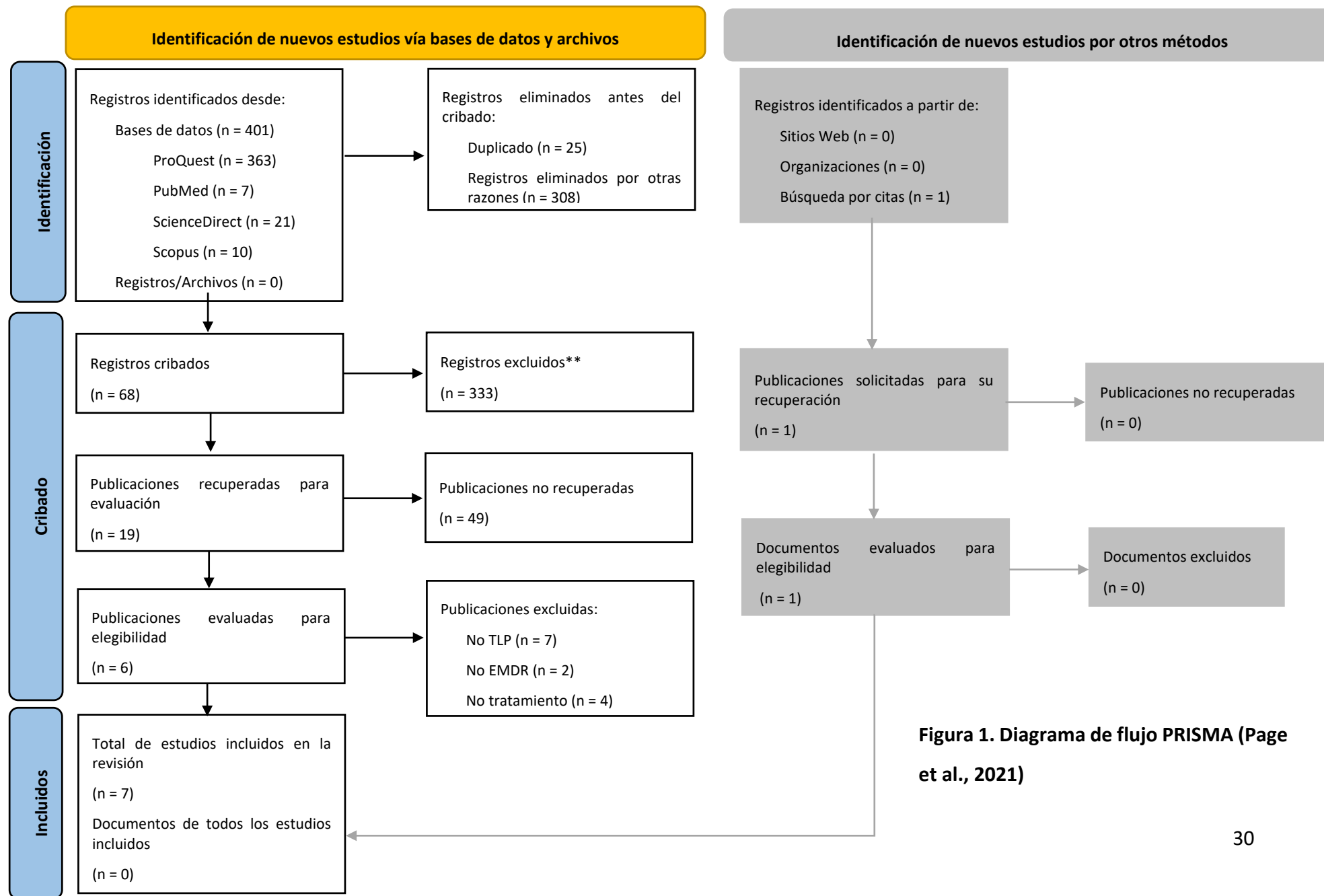


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA (Page et al., 2021)

6.2. Características de los estudios

La tabla 1 refleja la información extraída de los artículos escogidos. Se ha incorporado información referente a los autores, año de publicación y tipo de estudio; a los participantes, concretando su género y edad media; al trastorno abordado; al tratamiento administrado; al número de sesiones y su duración; a los objetivos y, por último, a la evaluación y seguimiento de los sujetos tras la finalización del tratamiento con el fin de poder estimar y valorar el mantenimiento de los efectos del mismo con el transcurso del tiempo.

Tal y como ha sido comentado anteriormente, se han incluido artículos que contemplan únicamente el diseño del estudio con el objetivo de conocer el estilo que siguen las investigaciones en la materia y que, al mismo tiempo, pueden ser consideradas como las más recientes en el panorama actual. Los dos diseños escogidos (Snoek et al., 2020; Aarts et al., 2021) presentan como objetivo, respectivamente, comparar la eficacia clínica y rentabilidad de EMDR en solitario y en combinación con DBT sobre personas diagnosticados de TEPT y TLP (sub) clínico comórbido, por un lado y, por otro, indagar en las alteraciones neurales susceptibles de ser causadas por la administración del tratamiento, estimando el resultado mediante la utilización de imágenes de resonancia magnética (IRM) estructural y funcional y valorando las alteraciones neurales relacionadas con el TLP, el TEPT y los trastornos de personalidad pertenecientes al clúster C (CPD).

Puesto que ambos estudios se encuentran aún en fase de desarrollo, es decir, se dispone únicamente del diseño de la investigación, no es posible acceder a sus resultados. El primero de ellos sugiere que la terapia EMDR junto a DBT arrojará un tamaño del efecto mayor y una tasa de respuesta más elevada que el tratamiento formado por EMDR en solitario, además de una relación costo-efectividad más favorable, esperando que ciertas variables neurobiológicas, como los niveles de cortisol en el cabello, predigan y regulen la respuesta individual al tratamiento sobre individuos con TEPT y TLP (sub) clínico comórbido. En el segundo artículo, por su parte, se espera que los participantes asignados a la condición TFT en combinación con PT (TAU para trastorno de personalidad), integrada a su vez por EMDR y DBT, y que al mismo tiempo están recibiendo tratamiento farmacológico, exhiban una menor actividad de la amígdala y reaccionen mejor al tratamiento, prediciendo a la vez un resultado

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad más esperanzador del mismo en comparación con las personas que se encuentran en la condición de TFT únicamente.

También pueden apreciarse en la tabla 1 las diferencias existentes entre los participantes, protocolos de intervención utilizados para cada uno de los artículos seleccionados, así como en lo referente al número y duración de las sesiones, objetivos establecidos y evaluación y seguimiento de los usuarios. A continuación, se especificará con más detalle cada uno de los apartados mencionados.

Si prestamos atención a las características demográficas de los sujetos que conformaron la muestra de cada estudio, siempre y cuando éste las especifique, puede apreciarse que gran parte de la misma estaba compuesta por mujeres por lo que, a partir de esta información podría deducirse la prevalencia del diagnóstico de TEPT y TLP, así como la presencia de síntomas típicos de dichos trastornos, sobre las mujeres frente a los hombres.

Cambiando el foco a los protocolos de los cuales se han hecho uso para el desarrollo de la intervención en sí, observamos que excepto el artículo de De Jongh et al. (2020), que ha eliminado la segunda fase del protocolo estándar de EMDR con el fin de evitar confundir elementos de estabilización, y el artículo de Kolthof et al. (2022), el cual ha suprimido también esta segunda fase de realización de ejercicios en un lugar seguro por este mismo motivo y ha hecho uso de la versión 2.0 de la terapia EMDR, una nueva variante basada en el protocolo estándar pero que requiere someter a la memoria de trabajo a una dosis mayor de carga emocional; los artículos restantes han seguido el protocolo estándar de EMDR compuesto por 8 fases, salvo uno de ellos en el que se ha utilizado un protocolo que consta de 3 fases (Safarabad et al., 2018). Así mismo, la terapia EMDR se presentaba combinada con otro tipo de tratamientos tales como la DBT y, en menor medida, con la Terapia Centrada en el trauma (TFT) y la Terapia Centrada en Esquemas (SFT) para el abordaje del TLP, del TEPT y de otros trastornos de la personalidad.

En lo referente al número de sesiones de EMDR recibidas por los participantes, ha sido especificado en todos los artículos excepto en el de Slotema et al. (2019), que tampoco concreta la frecuencia de cada una de ellas, administrando el tratamiento hasta considerar la reducción significativa de los síntomas. Por lo general, la duración de la terapia EMDR oscila

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad entre 8 y 20 sesiones, todas ellas con una duración de entre 60 y 90 minutos, excepto en uno de los estudios en el cual no se especifica la duración de cada sesión (Safarabad et al., 2018).

En cuanto a los objetivos, el enfoque general de todos ellos adoptó la perspectiva de analizar los cambios producidos en la gravedad de los síntomas del TEPT y del TLP, comparando la eficacia clínica y rentabilidad de EMDR en solitario, en combinación con TAU o con DBT, así como integrado dentro de programas de TFT. También se consideró la viabilidad y beneficios que reportaba la terapia EMDR, proponiendo uno de los diseños explorar, además, las posibles alteraciones neurales susceptibles de ser causadas por la administración del tratamiento (Aarts et al., 2021).

Por último, todos los estudios evaluaron a los sujetos previamente al comienzo de la investigación, así como tras la finalización de la misma, es decir, se incluyeron fases de pretratamiento y postratamiento excepto en dos de ellos, aunque en su defecto contaban con reuniones de supervisión mensuales o una vez cada dos semanas, respectivamente (Wilhelmus et al., 2023 y Slotema et al., 2019). Además, todos ellos a excepción de dos (De Jongh et al., 2020 y Slotema et al. 2019), realizaron un seguimiento de los participantes tras haber concluido la aplicación del tratamiento EMDR en un periodo que oscilaba entre el momento inmediatamente después de su cumplimiento y el año posterior. Sin embargo, ha de mencionarse que el artículo de Wilhelmus et al. (2023), a pesar de incluir dicha fase de seguimiento, no especifica la duración del mismo, sino que en su lugar ofrece sesiones adicionales para el TEPT tras la finalización del ensayo. Del mismo modo, resulta relevante señalar que dos de los artículos no incorporaron ninguna fase de preparación o estabilización antes de comenzar con TFT (De Jongh et al., 2020 y Kolthof et al., 2022).

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados

Autor/es, año y tipo de estudio	Participantes Género: f/m (edad media)	Trastorno	Tratamiento A= Grupo experimental B= Grupo control	Número de sesiones y duración	Objetivos	Evaluación y seguimiento
Aarts et al. (2021) (ECA)	110 adultos (18-65 años)	TEPT, TLP y Trastorno de Personalidad del Grupo C (CPD)	<p>A (condición TFT + PT (TAU para trastorno de personalidad))= (TEPT y TLP)= EMDR + DBT</p> <p>B (condición TFT)= (TEPT y TLP)= EMDR</p> <p>A (condición TFT + PT)= (TEPT y CPD)= ImRs (Terapia de Reescritura de Imágenes) + SFT (Terapia Centrada en Esquemas)</p> <p>B (condición TFT)= (TEPT y CPD)= ImRs</p>	<p>6 meses:</p> <p>EMDR (tras 6 semanas de entrenamiento grupal): 12-18 sesiones (75 minutos semanales)</p> <p>DBT: 6 sesiones individuales de pretratamiento (45 minutos) + sesiones grupales (48 semanas, 150 minutos) + sesiones individuales (cada dos semanas, 45 minutos)</p> <p>ImRs: 12-18 sesiones (75 minutos semanales)</p> <p>SFT: 4 sesiones pretratamiento individuales (45 minutos) + sesiones grupales semanales (40 semanas, 90</p>	<p>Explorar las alteraciones neurales provocadas por el tratamiento intensivo centrado en el trauma (TFT), predecir el resultado del mismo mediante imágenes de resonancia magnética (IRM) y analizar las alteraciones neurales asociadas a TLP y CPD en pacientes diagnosticados con TEPT</p>	<p>Evaluación antes del tratamiento, inmediatamente después de TFT y 6 meses después de finalizar TFT</p>

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

				minutos) + 18 sesiones terapia psicomotora		
De Jongh et al. (2020) (EnoC)	72 adultos 81.9% mujeres (media 38.9 años)	TEPT y TLP comórbido	A= TFT: EMDR + terapia de exposición prolongada (PE) + actividad física + psicoeducación B= no hay	8 días diariamente: 1 sesión individual PE (90 minutos) + 1 sesión individual EMDR (90 minutos) + psicoeducación grupal (2 horas) + actividad física grupal (6 horas)	Investigar los efectos del TFT para personas con TEPT sobre la gravedad de los síntomas de TLP	Pretratamiento Postratamiento Evaluación diariamente durante el tratamiento No seguimiento
Kolthof et al. (2022) (EnoC)	45 adultos 27 mujeres (media 41.1 años)	TEPT y TLP	A= EMDR (2.0) + PE (versión modificada) + actividad física + psicoeducación B= no hay	TFT + EMDR (8 días, 2 periodos consecutivos, 4 días a la semana): 1 sesión individual PE (90 minutos) + 1 sesión individual EMDR (90 minutos) + actividad física grupal (6 horas diarias) + psicoeducación grupal (2 horas)	Analizar los efectos de un programa de TFT sobre la gravedad de los síntomas de TEPT y TLP y su mantenimiento tras 12 meses	Pretratamiento Postratamiento (6 y 12 meses después) Seguimiento a los 12 meses
Safarabad et al. (2018) (EnoC)	Mujer de 33 años	TLP	A= EMDR B= no hay	EMDR: Desarrollo e instalación de recursos (RDI) (4 sesiones) + procesamiento del trauma (12 sesiones)	Observar el efecto del modelo de 3 fases de EMDR en el tratamiento	Pretratamiento

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

				+ rehabilitación de la personalidad (4 sesiones)	de una paciente diagnosticada con TLP	Al final de cada fase de tratamiento Seguimiento a los 3 meses
Slotema et al. (2019) (EnoC)	47 adultos 87% mujeres (media 37 años)	TEPT, TLP y otros trastornos de personalidad	A= TAU (psicoterapia psicodinámica, TCC, SFT, DBT, sesiones de apoyo, terapia familiar u otra terapia individual o grupal) + EMDR + tratamiento farmacológico (52% participantes) B= no hay	EMDR (60-90 minutos sesión) hasta considerar disminución significativa de los síntomas de TEPT (no se especifica la frecuencia de cada sesión)	Explorar los cambios producidos en la gravedad de los síntomas del TEPT, síntomas disociativos, insomnio, conductas autolesivas no suicidas y alucinaciones verbales auditivas en pacientes con trastornos de personalidad a través de EMDR	No seguimiento
Snoek et al. (2020) (ECA)	126 adultos (18-65 años)	TEPT y TLP (sub) clínico comórbido	A= EMDR + DBT B= EMDR	EMDR: 12-18 sesiones (60 minutos, 20 semanas máximo) DBT: 6 sesiones individuales (45 minutos, total de 54 semanas) + 1 sesión	Comparar la eficacia y la rentabilidad de EMDR combinado con DBT y de EMDR en solitario en pacientes con TEPT y TLP	Evaluados en cita de selección, durante la semana previa al tratamiento, a los

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

				individual (45 minutos cada dos semanas tras fase de pretratamiento)	(sub) clínico comórbido, identificando predictores y mediadores individuales de respuesta al tratamiento	3 meses, inmediatamente tras finalizar EMDR y 9, 12 y 18 meses después
				Entrenamiento en habilidades grupales: 48 sesiones grupales (150 minutos)		
Wilhelmus et al. (2023) (ECA)	12 adultos 1 hombre, 10 mujeres, 1 transgénero (media 30.6 años)	TEPT y TLP	A= TAU (3 condiciones: 2, 4 o 6 semanas antes de EMDR) + EMDR B= TAU	15 semanas: TAU (15 sesiones individuales, 45 minutos) EMDR (8 sesiones individuales, 90 minutos)	Examinar la viabilidad y beneficios clínicos de EMDR, administrado junto a TAU, para el abordaje de TEPT y TLP	Seguimiento (15 mediciones)

Nota. ECA: Ensayo controlado aleatorio; EnoC: Ensayo clínico observacional no controlado

6.3. Resultados de los artículos seleccionados

En este apartado se llevará a cabo el análisis de los resultados del tratamiento con EMDR en personas adultas diagnosticadas de TLP y TEPT, trastornos que presentan alta comorbilidad entre ellos tal y como ha sido mencionado en párrafos anteriores del marco teórico. Por un lado, se explorarán los efectos de la terapia EMDR sobre los síntomas del TLP y por otro, sobre los síntomas del TEPT debido a la relevancia que ha ido adquiriendo dicha problemática durante el desarrollo de la presente revisión sistemática. También se analizarán los efectos sobre los eventos traumáticos experimentados por los participantes ya que la vivencia de dichos acontecimientos puede encontrarse en la base del desarrollo posterior de trastornos de personalidad, según ha sido evidenciado en estudios previos. Por último, se observarán qué otros posibles efectos puede reportar la terapia EMDR sobre la disminución de síntomas típicos de los trastornos que vienen abordándose.

6.3.1. Efectos sobre los síntomas del TLP

En general, los efectos de la terapia EMDR observados sobre los síntomas del TLP han resultado beneficiosos en cuanto a reducción de síntomas se refiere. Cuatro de los artículos seleccionados para llevar a cabo la presente revisión sistemática reportaron una disminución en los mismos desde el comienzo de la etapa de pretratamiento hasta la de postratamiento. Dos de ellos, los cuales realizaban un seguimiento de los participantes, informaron de la mejoría de los síntomas típicos del trastorno y del mantenimiento de los efectos logrados mediante el tratamiento con EMDR a los 3 meses (Safarabad et al., 2018), a los 6 meses con un total de 21 sujetos y a los 12 meses con un número de 13 personas (Kolthof et al., 2022). Además, se evidenció que la TFT enfocada en abordar los recuerdos que nutren al TEPT conllevaba una reducción en los síntomas del TLP.

Por otra parte, los participantes de tres de los estudios llegaron incluso a no cumplir los criterios diagnósticos de TLP tras la finalización del mismo, pues no alcanzaron el umbral de gravedad de los síntomas como para continuar manteniendo el diagnóstico de dicho trastorno. Uno de los artículos notificó acerca de 19 sujetos que no cumplieron dichos criterios al llevarse a cabo el seguimiento tras haber transcurrido un periodo de 12 meses (Kolthof et

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad al., 2022); otro informó de 35 personas (De Jongh et al., 2020) y también lo hizo el ensayo conformado por un único sujeto (Safarabad et al., 2018).

Ha de mencionarse que uno de los estudios finalmente no aportó información concreta sobre el área tratada en el apartado actual, aunque sí sugirió que EMDR poseía el potencial para encargarse del tratamiento de usuarios con TLP y TEPT comórbido (Wilhelmus et al., 2023). Otro de ellos no halló diferencias significativas en los resultados del grupo que padecía TLP en comparación con los del grupo diagnosticado con distintos trastornos de personalidad, manteniéndose, además, sin cambios la gravedad de las autolesiones no suicidas, uno de los síntomas más característicos del TLP (Slotema et al., 2019). Adicionalmente, no se evidenciaron modificaciones en los síntomas característicos del TLP al realizar una comparación entre los participantes con subtipo disociativo de los que no lo tienen (De Jongh et al., 2020).

6.3.2. Efectos sobre los síntomas del TEPT

Centrando el foco sobre los efectos observados en los síntomas característicos del TEPT, de los artículos que incluían seguimiento se evidenciaron, por una parte, resultados que sugerían que EMDR podría ser factible y eficaz para la atenuación de los síntomas característicos del TEPT en individuos que se encuentran recibiendo en el mismo periodo de tiempo tratamiento para el TLP, puesto que puede observarse una reducción promedio de los síntomas durante la fase de EMDR y el posterior seguimiento (Wilhelmus et al., 2023); por otra parte, se observó mejoría en los síntomas de 17 personas desde antes del seguimiento hasta el transcurso de 12 meses posteriores y, del mismo modo, se halló que 25 de los participantes ya no cumplían los criterios diagnósticos de TEPT durante el postratamiento, que 21 sujetos no los alcanzaban a los 6 meses de seguimiento y, por último, que 18 entre un total de 26 participantes tampoco los cumplían a los 12 meses de seguimiento (Kolthof et al., 2022).

Por otro lado, se presenta un ensayo que utilizó en su fase de tratamiento la combinación de TAU, EMDR y tratamiento farmacológico, exhibiendo los resultados una reducción significativa en la gravedad de los síntomas característicos del TEPT tras haber recibido sesiones de EMDR, puntuando el 40% de los participantes tras la finalización de la terapia por debajo del umbral para ser diagnosticados con dicho trastorno, lo cual indicaría remisión del mismo (Slotema et

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad al., 2019). Sin embargo, este estudio no comparó los efectos de TAU o de la terapia farmacológica con los reportados por EMDR, por lo que no es posible, en este caso, saber cuál de los tres tratamientos resulta más eficaz y ofrece mayores beneficios. Otro de los artículos reportó una mayor disminución de los síntomas del TEPT en los participantes que no presentaban comorbilidad con el TLP en comparación con los que sí la poseían, observado desde la fase de pretratamiento a la de postratamiento, beneficiándose el primer grupo en mayor medida de la TFT (De Jongh et al., 2020).

6.3.3. Efectos sobre los eventos traumáticos asociados a TLP y TEPT

Se constató que EMDR no posee la capacidad de remitir por completo los síntomas de personas con trauma infantil, así como que la tipología de trauma, su gravedad, los datos demográficos y el cambio durante el tratamiento con EMDR no variaron entre los usuarios con TLP y los diagnosticados con un trastorno de personalidad distinto (Slotema et al., 2019). Además, el uso de la TFT para llevar a cabo el procesamiento de las experiencias traumáticas vividas no generaba de forma natural y espontánea el surgimiento de nuevas habilidades, al igual que pudo observarse que los sujetos diagnosticados de TLP habían sufrido en mayor proporción abusos de tipo físico (De Jongh et al., 2020). En contraste, otro de los ensayos halló evidencia de que EMDR en combinación con TAU contribuía en la mejora de ciertos síntomas psicológicos tales como el funcionamiento personal en individuos que poseen algún diagnóstico de trastorno de personalidad o que han padecido trauma infantil (Wilhelmus et al., 2023).

Por otra parte, también puede intuirse que, si el trauma infantil constituye los cimientos para desarrollar una patología de adulto y se trabajan correctamente los recuerdos que provocan los síntomas actuales mediante el uso de TFT, la patología es susceptible de variar (Kolthof et al., 2022). Por último, los resultados de otro de los ensayos mostraron que EMDR promovía el acceso a información adaptativa relacionada con los recuerdos traumáticos pasados, incentivándose, de este modo, el desarrollo de creencias, emociones y comportamientos más adecuados y beneficiosos para el individuo (Safarabad et al., 2018).

6.3.4. Otros efectos

Los artículos que emplearon TFT para su intervención no reportaron efectos adversos ni empeoramiento de los síntomas, además, uno de ellos no informó de abandonos (De Jongh et al., 2020). Sin embargo, en otros de los ensayos sí que se produjeron renunciaciones por parte de los participantes, presentándose en uno de ellos una tasa del 25%, es decir, 3 personas se retiraron (Wilhelmus et al., 2023), en otro del 32%, haciendo un total de 15 personas (Slotema et al., 2019) y, por último, 2 personas (Kolthof et al., 2022).

Por otro lado, uno de los ensayos aunaba EMDR y TAU en su tratamiento, obteniendo como resultados que TAU en solitario no reportaba ninguna disminución en las puntuaciones de gravedad, aunque sí se observaron efectos estadísticamente significativos, concretamente durante la fase de EMDR y el posterior seguimiento, en cuanto a la influencia negativa que ejerce la patología sobre el funcionamiento social y las actividades cotidianas del individuo (Wilhelmus et al., 2023).

Otro de ellos observó una disminución significativa en la gravedad de disociación e insomnio tras la administración de la terapia EMDR, aunque no se encontró dicha reducción en lo referente a alucinaciones verbales-auditivas (AVH) (Slotema et al., 2019). Por último, el estudio de caso único en el cual se hizo uso únicamente de EMDR, se alcanzaron mejorías en síntomas disociativos, depresivos y de ansiedad, manteniéndose estos a los tres meses de seguimiento y, además, se descartó el diagnóstico de Depresión Mayor al concluir el tratamiento debido a que las puntuaciones obtenidas tras la pertinente evaluación no alcanzaron el umbral para cumplir con los criterios diagnósticos del trastorno en cuestión (Safarabad et al., 2018).

Tabla 2. Resultados de los estudios seleccionados

Autor/es, año y tipo de estudio	Trastorno	Efectos sobre los síntomas de TLP	Efectos sobre los síntomas de TEPT	Efectos sobre los eventos traumáticos	Otros efectos
Aarts et al. (2021) (ECA)	TEPT, TLP y Trastorno de Personalidad del Grupo C (CPD)	-	-	-	-
De Jongh et al. (2020) (EnoC)	TEPT y TLP comórbido	Disminuyen significativamente con TFT destinado a solucionar los recuerdos que alimentan el TEPT De los 35 sujetos con TLP, 1/3 (32.7%) no cumplió este criterio tras el tratamiento No cambio al comparar entre individuos con subtipo disociativo con los que no lo tienen	Disminución desde el pretratamiento al postratamiento, siendo mayor en los participantes sin comorbilidad con TLP y beneficiándose más de TFT	Procesamiento de experiencias traumáticas no genera espontáneamente nuevas habilidades	No efectos adversos
Kolthof et al. (2022) (EnoC)	TEPT y TLP	21 participantes (46.7%) mostraron mejoría desde el seguimiento hasta los 6 meses Disminución significativa de los síntomas desde el pretratamiento al postratamiento	25 sujetos (67.6%) no cumplían los criterios diagnósticos de TEPT en el postratamiento 17 participantes (65.4%) mostraron mejoría desde antes del seguimiento hasta 12 meses después	Si el trauma durante la infancia se encuentra a la base del desarrollo de una patología y se trabajan adecuadamente los recuerdos causantes de los síntomas, la patología es susceptible de ser modificada	No efectos adversos ni empeoramiento de los síntomas

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

		13 sujetos (50%) mostraron mejoría desde antes del seguimiento hasta 12 meses después	21 sujetos (56.8%) no cumplían los criterios diagnósticos de TEPT a los 6 meses de seguimiento y 18 de 26 participantes (69.2%) tampoco a los 12 meses de seguimiento		
		19 de 26 (73.1%) participantes no cumplían los criterios diagnósticos de TLP a los 12 meses de seguimiento			
Safarabad et al. (2018) (EnoC)	TLP	Mejoría en síntomas de TLP que se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento		EMDR ayudó a facilitar el acceso a información adaptativa relacionada con recuerdos traumáticos, desarrollando creencias, emociones y comportamientos más saludables	Mejoría en síntomas disociativos, depresivos y de ansiedad, que se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento
		Al finalizar el tratamiento no cumplía con los criterios diagnósticos de TLP	(No alusión al TEPT)		Al finalizar el tratamiento no cumplía con los criterios diagnósticos para el diagnóstico de depresión mayor
Slotema et al. (2019) (EnoC)	TEPT, TLP y otros trastornos de personalidad	No se encontraron diferencias entre los resultados del grupo con TLP y el grupo diagnosticado con otros trastornos de personalidad	Reducción significativa en la gravedad de los síntomas del TEPT tras tratamiento con EMDR	Gravedad y tipo de trauma no difirieron entre los sujetos con TLP de los diagnosticados con otro trastorno de personalidad	Reducción significativa en la gravedad de disociación e insomnio tras tratamiento con EMDR
		Gravedad de autolesiones no suicidas se mantuvo sin cambios	Al finalizar el tratamiento, 40% de los participantes obtuvo una puntuación de gravedad del TEPT que no alcanzó el umbral, indicando remisión	EMDR no remite los síntomas al completo en personas con trauma infantil	Alucinaciones verbales-auditivas (AVH) no disminuyeron significativamente

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

Snoek et al. (2020) (ECA)	TEPT y TLP (sub) clínico comórbido	-	-	-	-
Wilhelmus et al. (2023) (EnoC)	TEPT y TLP	EMDR sugiere ser un tratamiento prometedor para el tratamiento de personas con TLP y TEPT comórbido	Reducción promedio, observándose los efectos principales para la fase de EMDR y seguimiento EMDR puede ser factible y eficaz para la reducción de síntomas de TEPT en sujetos que al mismo tiempo reciben tratamiento para el TLP	EMDR mejora síntomas psicológicos, como el funcionamiento personal, en individuos diagnosticados con trastorno de personalidad y que han sufrido trauma durante la infancia	Efectos estadísticamente significativos para la influencia negativa de la psicopatología sobre el funcionamiento social y actividades diarias, especialmente en la fase de EMDR y seguimiento TAU solamente no reportó ninguna disminución en las puntuaciones de gravedad

Nota. -: Sin datos

7. Discusión

En ésta revisión sistemática se ha trabajado sobre la evidencia disponible acerca de los efectos de la terapia EMDR aplicada en personas diagnosticadas de TLP. Para ello, se escogieron cuatro ensayos clínicos observacionales no controlados y, considerando la escasez de ensayos controlados aleatorios de los que se disponía tras haber realizado la búsqueda de artículos, contando únicamente uno de ellos con los resultados de su exploración, también se tuvieron en cuenta para la selección dos ensayos más de esta misma categoría, con la diferencia de que estos sólo contemplaban el diseño de la investigación. Este fenómeno de insuficiencia puede tener sentido en relación a los estrictos criterios de exclusión e inclusión establecidos, siendo probablemente subsanado con el establecimiento de una metodología más laxa.

La importancia de la inclusión de los diseños de estudio radica en la relevancia que pueden adquirir tales publicaciones para la comunidad científica, permitiendo conocer las características que están adoptando las investigaciones actuales encargadas de estudiar la temática en cuestión, así como facilitando el acceso a las publicaciones que de ellos deriven. De este modo, se da respuesta al segundo objetivo específico propuesto.

Con el análisis de los resultados se obtiene la información pertinente para alcanzar el objetivo principal de este trabajo, observar los efectos de EMDR sobre TLP. Por un lado, se ha observado que la terapia EMDR ha logrado la reducción de síntomas típicos del TLP desde el comienzo de la primera etapa de pretratamiento, manteniéndose los efectos del mismo incluso hasta doce meses después. Estos datos apoyan la información plasmada en el apartado 1.3, en el ensayo que presentaba el caso de una persona diagnosticada de TLP y que, tras recibir aproximadamente veinte sesiones de EMDR durante seis meses, experimentó un acentuado descenso en los síntomas típicos del trastorno. Además, mostró mejorías en su funcionamiento general, manejo de emociones, autoconciencia y capacidad de interacción, especialmente dentro del entorno familiar, así como reducciones en lo referente a conflicto interpersonal y niveles de tensión interna (Brown y Shapiro, 2006).

Este caso reafirma la evidencia tratada con anterioridad, sugiriéndose que, aunque la TCC o la terapia de exposición en combinación con DBT sean las más recomendadas para abordar esta

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad patológica, habría de tener en cuenta la terapia EMDR debido a que generalmente ha manifestado ser más eficiente, sirviéndose de un menor número de sesiones e incluso suprimiendo la tarea diaria que ha de cumplir el sujeto, manteniéndose dichos efectos durante el posterior seguimiento (Linehan, 1993). Por tanto, puede deducirse que un individuo correctamente estabilizado durante las primeras fases del tratamiento posee el potencial de lograr que los síntomas mengüen, así como de obtener beneficios relacionados con el funcionamiento personal en un periodo menor de tiempo, meses en lugar de años (Brown y Shapiro, 2006).

Los resultados se asemejan a los recogidos en otras publicaciones, pues se ha informado de mejoras notables en niveles de depresión, ansiedad, pensamientos suicidas y conductas autolesivas, así como transformaciones de creencias negativas relacionadas con la autoestima, vulnerabilidad o impotencia, hacia otras más positivas. Los objetivos foco de intervención fueron reprocesados en una o dos sesiones aproximadamente, un breve periodo de tiempo, quedando demostrado, además, que EMDR facilita el acceso de los usuarios a la información de carácter adaptativo relacionada con recuerdos desagradables o angustiosos, provocando la consiguiente reducción de los sentimientos vinculados de ira, vergüenza o miedo (Wesselmann y Potter, 2009).

Por otra parte, se pretendía realizar una comparación de los efectos de la terapia EMDR con otras intervenciones distintas. De este modo, se ha encontrado al procedimiento EMDR combinado con otro tipo de tratamientos tales como la DBT (Slotema et al., 2019; Snoek et al., 2020 y Aarts et al., 2021), señalada como la terapia que mayor evidencia empírica posee para el tratamiento del TLP (Elices y Cordero, 2011). En contraste, otros de los ensayos hallaron evidencia de que EMDR en combinación con TAU contribuían en la mejora de ciertos síntomas psicológicos tales como el funcionamiento personal, área que sufre mayor deterioro en las personas que han experimentado trauma infantil y que además poseen un diagnóstico de trastorno de personalidad (Wilhelmus et al., 2023).

Para determinar las comorbilidades y otros posibles efectos del TLP, se ha analizado el impacto causado por la terapia sobre los eventos traumáticos experimentados por los sujetos ya que la vivencia de dichos acontecimientos puede encontrarse en la base del desarrollo posterior

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad de trastornos de personalidad, según ha sido evidenciado en estudios previos (Herman et al., 1989 y Pagura et al., 2010). Para la mayoría de los individuos con historia de trauma infantil, EMDR no suele ofrecer como resultado la remisión completa de los síntomas (Van der Kolk et al., 2007), y así pudo ser comprobado en dos de los artículos escogidos para la realización de la presente revisión sistemática, pues el procesamiento de las experiencias traumáticas vividas mediante TFT, la cual incluía EMDR en su tratamiento, no generaba de forma natural la emergencia de nuevas habilidades (De Jongh et al., 2020).

Por último y, en relación a la conexión que mantienen trauma, TEPT y TLP, se ha presentado la propuesta de que EMDR puede resultar factible y eficaz en la reducción de síntomas característicos del TEPT (Wilhelmus et al., 2023), pues los diversos artículos han arrojado, en general, reducciones significativas en la gravedad de sus síntomas y mantenimiento de los efectos hasta doce meses después (Kolthof et al., 2022).

En resumen, con la recopilación de todos los artículos analizados se cumplen los objetivos específicos propuestos, pues se han compilado los datos disponibles de los últimos quince años sobre la eficacia del método EMDR en adultos con TLP, se ha explorado el estilo de los diseños que investigan ésta temática, se ha contrastado la eficacia reportada por dicha terapia con la de distintas intervenciones y se han observado otros efectos y comorbilidades que pueden acompañar al trastorno; dando respuesta, en última instancia, al objetivo central que sustenta y rige la presente revisión sistemática.

7.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Para que los resultados obtenidos puedan ser generalizados, primeramente, habría de tomar en consideración las limitaciones que presenta la revisión sistemática realizada. El principal obstáculo sería la carencia de estudios controlados aleatorios, requiriéndose entonces la inclusión de estudios clínicos observacionales no controlados, lo que supondría una menor fiabilidad a la hora de llevar a cabo la interpretación de resultados debido al déficit de grupo control y aleatorización. Esta escasez de artículos puede justificarse por la corta trayectoria y relativamente reciente aparición tanto de la terapia EMDR como de la conceptualización del TLP como trastorno, que se ve restringida a su vez por el establecimiento de un plazo límite,

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad no teniéndose en cuenta para la selección ensayos con fecha anterior al año 2009, así como por las limitaciones intrínsecas de las bases de datos utilizadas para la búsqueda.

Por otra parte, el número de participantes que conformaba la muestra no fue especialmente elevado, siendo incluso uno de los estudios escogidos de caso único. Además, algunos de los ensayos no contemplaban la fase de seguimiento, oscilando ésta en su mayoría entre los 3 y 12 meses, por lo que sería recomendable considerarlo a más largo plazo para comprobar si los efectos de EMDR se mantienen con el paso del tiempo. También cobraría importancia ampliar la información referente a la eficacia de dicha terapia en comparación con otras intervenciones, pues ha resultado un tanto escueta.

Por último, se observan limitaciones referentes a la edad, ya que sólo se ha indagado sobre la población adulta; así como al género preponderante, siendo éste mayormente el femenino, pues tal y como ha sido abordado anteriormente, ciertas implicaciones y comorbilidades pueden verse influidas por el sexo (Grant et al., 2008). Es por ello que resultaría relevante contar con muestras más heterogéneas de cara a investigaciones futuras.

En resumen, para que el protocolo EMDR pueda ser validado en el tratamiento del TLP y sus resultados generalizados, se hace necesaria la puesta en marcha de más estudios controlados aleatorios, que involucren muestras de sujetos experimentales más amplias y equitativas en cuanto al sexo, en los que se realice un seguimiento a largo plazo de los participantes y se contraste su eficacia con intervenciones diferentes, así como con sus posibles trastornos comórbidos. También se solicita más investigación para encuadrar la duración mínima y óptima que ha de tener la terapia para reportar beneficios; para identificar qué participantes pueden requerir una versión modificada de los protocolos estándar y cuáles no serían buenos candidatos para recibir EMDR; y, finalmente, para determinar el régimen de tratamiento más efectivo.

Por último, sería conveniente mencionar la utilidad que implica disponer de un listado que aúne buena parte de los artículos referentes a la temática abordada, así como la oportunidad que proporcionaría el hecho de replicar la metodología expuesta en el trabajo realizado, revisando nuevamente la investigación disponible al respecto y potenciando la efectividad de las intervenciones futuras.

7.2. Conclusiones

El objetivo nuclear que ha dirigido ésta revisión sistemática ha sido profundizar sobre los efectos que puede causar EMDR como terapia de elección en la intervención sobre el TLP, informándose de atenuación de los síntomas y perdurando tales beneficios incluso varios meses después, evaluados durante el seguimiento, alcanzándose en algunos casos un umbral insuficiente para continuar manteniendo el diagnóstico del trastorno.

Por ello y en concordancia con lo expuesto hasta el momento, amparada por una relación terapéutica segura y de confianza que proporcione el apoyo requerido, la terapia EMDR es susceptible de ofrecer las claves para acceder y reprocesar recuerdos traumáticos; aunque su fin último no se limitaría simplemente a reducir los síntomas manifiestos, sino que también se interesaría en fomentar el desarrollo de una persona estable y regulada, capaz de experimentar todo el abanico de emociones de manera adaptativa (Brown y Shapiro, 2006). Por tanto, considerando las implicaciones sociales del trastorno, así como su carácter crónico, resultaría trascendente incrementar la investigación al respecto, profundizando sobre los subsecuentes beneficios de este protocolo y con vistas a trazar experimentos que rebasen las limitaciones anteriores.

8. Referencias bibliográficas

- Aarts, I., Vriend, C., Snoek, A., van den End, A., Blankers, M., Beekman, A. T. F., Dekker, J., van den Heuvel, O. A. y Thomaes, K. (2021). Correlatos neurales del efecto del tratamiento y la predicción del resultado del tratamiento en pacientes con TEPT y trastorno de personalidad comórbido: diseño del estudio. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, (8)13.
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00156-8>
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R. y Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- American Psychological Association. (s.f.). Trauma. En *Diccionario de Psicología APA*. Recuperado en 19 de abril de 2023, de <https://dictionary.apa.org/trauma>
- Arlington, V. A. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bode, K., Vogel, R., Walker, J. y Kröger, C. (2017). Costos de atención médica del trastorno límite de la personalidad y controles emparejados con trastorno depresivo mayor: un estudio comparativo basado en datos de reclamos anónimos. *The European Journal of Health Economics*, 18(9), 1125–1135.
<https://doi.org/10.1007/s10198-016-0858-2>
- Bourvis, N., Aouidad, A., Cabelguen, C., Cohen, D. y Xavier, J. (2017). How Do Stress Exposure and Stress Regulation Relate to Borderline Personality Disorder? *Frontiers in Psychology*, 8, 2054.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02054>
- Briere, J. y Runtz, M. (2002). El Inventario de Autocapacidades Alteradas (IASC): Una Medida Estandarizada de Identidad, Regulación del Afecto y Perturbación de las Relaciones. *Evaluación*, 9(3), 230–239.
<https://doi.org/10.1177/1073191102009003002>

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

Brown, S. y Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 5(5), 403–420.

<https://doi.org/10.1177/1534650104271773>

Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605.

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: perfil clínico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34.

<https://doi.org/10.4067/s0717-92272002000600003>

Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M. y Cattaneo, A. (2017). Trastorno límite de la personalidad y trauma infantil: exploración de los sistemas y mecanismos biológicos afectados. *Psiquiatría BMC*, 17(221), 1-14.

<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>

Coccaro, E. F. y Kavoussi, R. J. (1997). Fluoxetina y comportamiento agresivo impulsivo en sujetos con trastornos de personalidad. *Archivos de psiquiatría general*, 54(12), 1081-1088.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830240035005>

De Jongh, A., Groenland, G. N., Sanches, S., Bongaerts, H., Voorendonk, E.M. y Van Minnen, A. (2020). El impacto del tratamiento intensivo breve centrado en el trauma para el TEPT en los síntomas del trastorno límite de la personalidad. *Revista europea de psicotraumatología*, 11(1), 1721142.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1721142>

De la Vega Sánchez, D. y Jiménez, L. G. (1-12 de abril de 2019). *Bases biológicas del trastorno límite de personalidad* [Discurso principal]. XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, Sevilla, España.

Elices, M. y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(3), 132-152.

Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D. y Courtois, C. A. (2015). *Posttraumatic Stress Disorder: Scientific and Professional Dimensions*. Academic Press.

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

Goeb, J. L., Coste, J., Bigot, T. y Ferrand, I. (2000). Estudio prospectivo de factores favorables en el seguimiento de pacientes drogodependientes, a propósito de 257 pacientes del Centro Cassini de París. *L'encefalo*, 26(6), 11-20.

Gonda, X., Fountoulakis, K. N., Harro, J., Pompili, M., Akiskal, H. S., Bagdy, G. y Rihmer, Z. (2011). El posible papel contribuyente del alelo S de 5-HTTLPR en la aparición de tendencias suicidas. *Revista de psicofarmacología*, 25(7), 857-866.

<https://doi.org/10.1177/0269881110376693>

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P. y Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18029.

<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>

Hase, M. (2021). The Structure of EMDR therapy: A guide for the therapist. *Frontiers in Psychology*, 12.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.660753>

Hensley, B. J. (2010). *Manual básico de EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Desclée de Brouwer.

Herman, J. L., Perry, J. C. y Van der Kolk, B. A. (1989). Trauma infantil en el trastorno límite de la personalidad. *El Diario Americano de Psiquiatría*, 146(4), 490–495.

<https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490>

Hesse, E. (1999). La entrevista de apego adulto: Perspectivas históricas y actuales. *Manual de adjunto: Teoría, investigación y aplicaciones clínicas*, 2.

Hollander, E., Allen, A., López, R. P., Bienstock, C. A., Grossman, R., Siever, L. J., Merkatz, L. y Stein, D. J. (2001). Un ensayo preliminar doble ciego controlado con placebo de

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad
divalproex sódico en el trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría
Clínica*, 62(3), 199-203.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v62n0311>

Hollander, E., Swann, A. C., Coccaro, E. F., Jiang, P. y Smith, T. B. (2005). Impacto de la impulsividad del rasgo y la agresión estatal en la respuesta de divalproex versus placebo en el trastorno límite de la personalidad. *Diario americano de psiquiatría*, 162(3), 621-624.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.621>

Kolthof, K. A., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A. y De Jongh, A. (2022). Efectos del tratamiento intensivo centrado en el trauma de personas con trastorno de estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad. *Revista europea de psicotraumatología*, 13(2).

<https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2143076>

Leeds, A. M. (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Desclée de Brouwer.

Leeds, A. M. y Mosquera, D. (2012, octubre). *Borderline Personality Disorder and EMDR* [Taller]. Conferencia EMDRIA "Attachment: Healing Developmental Trauma", Washington D. C., Estados Unidos.

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. y Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553–564.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>.

Linehan, M. M. (1993). *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. Prensa Guilford.

Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. y Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

11. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(3), 198–206.

<https://doi.org/10.1002/wps.20057>

McCullough, L. (2003). *Tratamiento de la fobia afectiva: un manual para la psicoterapia dinámica a corto plazo*. Prensa Guilford.

Mosquera, D. (2012, marzo). *Treating borderline personality disorder with EMDR* [Taller]. Conferencia Nacional de EMDR, Holanda.

Mosquera, D. y Gonzalez, A. (2011, junio). *Personality disorders and EMDR* [Taller]. 12 Conferencia de EMDR Europa, Viena, Austria.

Mosquera, D. y González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 85-96.

<https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7036>

Mosquera, D., Leeds, A. M. y González, A. (2014). Aplicación de la Terapia EMDR para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(2), 74-89.

<https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.2.74>

Mosquera, D., Leeds, A. M. y Gonzalez, M. A. (2016). La aplicación de la terapia EMDR en el trastorno límite de la personalidad. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 115E-132E.

<https://doi.org/10.1891/1933-3196.10.3.E115>

Nickel, M. K., Nickel, C., Kaplan, P., Lahmann, C., Mühlbacher, M., Tritt, K., Krawczyk, J., Leiberich, P. K., Rother, W. K., Loew, T. H. (2005). Tratamiento de la agresión con topiramato en pacientes borderline masculinos: un estudio doble ciego controlado con placebo. *Psiquiatría biológica*, 57(5), 495-499.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.11.044>

Nuevo, A. S., Goodman, M., Triebwasser, J., Siever, L. J. (2008). Avances recientes en el estudio biológico de los trastornos de la personalidad. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 441–461.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.011>

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas. *BMJ*, 372(71).

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B. y Sareen, J. (2010). Comorbilidad del trastorno límite de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático en la población estadounidense. *Journal of psychiatric research* 44(16), 1190-1198.

<https://doi.org/10.1016/j.ipsychires.2010.04.016>

Parachini, E.A. (2004). Un ensayo preliminar aleatorizado de fluoxetina, olanzapina y la combinación de olanzapina-fluoxetina en mujeres con trastorno límite de la personalidad. *Psiquiatría J Clin*, 65, 903-907.

Peláez, J. C., Reyes-Molón, L., y Teijeira-Levet, C. (2013). ¿Necesitamos el tratamiento farmacológico en el trastorno de personalidad? *Acción psicológica*, 10(1), 97-108.

<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7037>

Prittwitz Sanz, C. U. (2022). Evaluación, diagnóstico y tratamiento de un caso con trastorno límite de la personalidad.

<http://hdl.handle.net/20.500.12880/2343>

Regalado, P. y Gagliosi, P. (2012). Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 66-75.

Rodrigues, E., Wenzel, A., Ribeiro, M. P., Quarantini, L. C., Miranda-Scippa, A., de Sena, E. P. y de Oliveira, I. R. (2011). Hippocampal volume in borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(7), 452–6.

<http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.005>

Ruocco, A.C., Amirthavasagam, S. y Zakzanis, K.K. (2012). Reducciones del volumen de la amígdala y el hipocampo como endofenotipos candidatos para el trastorno límite de

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad la personalidad: un metanálisis de estudios de resonancia magnética. *Investigación en Psiquiatría: Neuroimagen*, 201(3), 245-252.

<https://doi.org/10.1016/j.psychoresns.2012.02.012>

Rydelius, P. A. (1988). The development of antisocial behaviour and sudden violent death. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(4), 398-403.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb05141.x>

Sabo, A. N. (1997). Importancia etiológica de las asociaciones entre el trauma infantil y el trastorno límite de la personalidad: implicaciones conceptuales y clínicas. *Revista de Trastornos de la Personalidad*, 11(1), 50-70.

<https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.50>

Safarabad, N. M., Farid, A. A. A., Gharraee, B. y Habibi, M. (2018). Tratamiento de un paciente con trastorno límite de la personalidad basado en el modelo orientado a fases de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR): informe de un caso. *Revista iraní de psiquiatría*, 13(1), 80-83.

Sansone, R. A., Gaither, G. A. y Songer, D. A. (2002). Comportamientos de autolesión a lo largo del ciclo de vida: un estudio piloto de pacientes hospitalizados con trastorno límite de la personalidad. *Psiquiatría integral*, 43(3), 215-218.

<https://doi.org/10.1053/comp.2002.32354>

Shapiro, F. (2001). *Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR): Principios básicos, protocolos y procedimientos*. Prensa Guilford.

Shapiro, F. (2010). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Pax México.

Shapiro, F., y Laliotis, D. (2017). *Weekend 1 Training of the Two-Part EMDR Therapy Basic Training*. El Inc.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. y Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biological psychiatry*, 51(12), 936-950.

[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01324-0)

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

Slotema, C. W., van den Berg, D. P., Driessen, A., Wilhelmus, B. y Franken, I. H. (2019). Viabilidad de EMDR para el trastorno de estrés postraumático en pacientes con trastornos de personalidad: un estudio piloto. *Revista europea de psicotraumatología*, 10(1), 1614822.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1614822>

Snoek, A., Beekman, A. T. F., Dekker, J., Aarts, I., van Grootheest, G., Blankers, M., Vriend, C., van den Heuvel, O. y Thomaes, K. (2020). Un ensayo controlado aleatorizado que compara la eficacia clínica y la rentabilidad de la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y la terapia conductual dialéctica (DBT) integrada con EMDR en el tratamiento de pacientes con trastorno de estrés postraumático y personalidad límite (sub) clínica comórbida trastorno: diseño del estudio. *Psiquiatría BMC*, 20(396), 1-18.

<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02713-x>

Soeteman, D. I., Roijen, L. H. V., Verheul, R. y Buschbach, J. J. (2008). La carga económica de los trastornos de la personalidad en la atención de la salud mental. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 69(2), 259-265.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0212>

Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A., Nathan, S., Perel, J. M., y Ulrich, R. F. (1993). Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 50(5), 377–385.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820170055007>

Thomas, N., Gurchich, C., Hudaib, A.-R., Gavriliadis, E., Kulkarni, J. (2019). Systematic review and meta-analysis of basal cortisol levels in Borderline Personality Disorder compared to non-psychiatric controls. *Psychoneuroendocrinology* 102, 149–157.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.009>

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K. y Sher, K. J. (2014). Características del trastorno límite de la personalidad en una muestra comunitaria: comorbilidad, utilización del tratamiento y funcionamiento general. *Revista de trastornos de la personalidad*, 28(5), 734-750.

https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

- Torres, T. E. (2007). Trastorno límite de personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual. *Cuadernos De Neuropsicología*, 1(3), 311-320.
- Ursano, R.J., Kao, T.C. y Fullerton, C.S. (1992). Trastorno de estrés postraumático y significado: estructuración del caos humano. *El diario de enfermedades nerviosas y mentales*, 180 (12), 756-759.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199212000-00003>
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L. y Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(1), 37–46.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0105>
- Wesselmann, D. y Potter, A. E. (2009). Cambio en el estado de apego del adulto después del tratamiento con EMDR: tres estudios de casos. *Journal of EMDR Practice and Research* 3(3), 178–191.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.178>
- Wilhelmus, B., Marissen, M. A., van den Berg, D., Driessen, A., Deen, M. L. y Slotema, K. (2023). Adición de EMDR para el TEPT al inicio del tratamiento del trastorno límite de la personalidad: un estudio piloto. *Revista de terapia conductual y psiquiatría experimental*, 79, 101834.
<https://doi.org/10.1016/j.ibtep.2023.101834>
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S., Thompson, A., Eyden, J. y Singh, S (2016). A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence. *Reviews in the Neurosciences*, 27(8), 827-847.
<https://doi.org/10.1515/revneuro-2016-0026>
- Wunsch, E. M., Kliem, S. y Kröger, C. (2014). Estimación de compensación de costos basada en la población para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: costos proyectados en un sistema de salud ideal actualmente en funcionamiento. *Investigación y terapia del comportamiento*, 60, 1-7.

Revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en el trastorno límite de la personalidad

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.002>

Zimmerman, M. (mayo de 2021). *Trastorno límite de la personalidad*. Manual MSD.

Recuperado el 11 de abril de 2023 de [https://www.msdmanuals.com/es-](https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-l%C3%ADmite-de-la-personalidad#)

[es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-](https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-l%C3%ADmite-de-la-personalidad#)

[l%C3%ADmite-de-la-personalidad#](https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-l%C3%ADmite-de-la-personalidad#)