



Sintomatología Psicótica del Trastorno Límite de la Personalidad

Psychotic Symptoms of Borderline Personality Disorder

Sintomas Psicóticos do Transtorno de Personalidade Borderline

Andrés Esteban Carchipulla-Loyola ^I
andy.esteban99@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3710-7106>

Lauro Esteban Cañizares-Abril ^{III}
lauro.canizares@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-2835-9563>

Correspondencia: andy.esteban99@hotmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

***Recibido:** 01 de enero de 2022 ***Aceptado:** 19 de enero de 2022 * **Publicado:** 14 de febrero de 2022

- I. Psicólogo Clínico, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- II. Master of Science in Cognitive Neuropsychology, Psicólogo Clínico, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Resumen

A pesar de que los síntomas de la psicosis han sido investigados en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, no se les ha dado mayor importancia, en tanto sus reportes no han sido explorados a profundidad y no aparecen en todos los pacientes diagnosticados, además se han propuesto varios modelos explicativos que han intentado dar una explicación de la patología. Se realizó una revisión crítica de la literatura a través de bibliografías de investigaciones publicadas en las principales páginas científicas, con la finalidad de esclarecer la presencia e intensidad de síntomas psicóticos que puede presentar un paciente límite y sintetizar los principales abordajes terapéuticos empleados para el tratamiento.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad; tratamiento; síntomas psicóticos; alucinaciones; delirios y modelos causales.

Abstract

Despite the fact that the symptoms of psychosis have been investigated in patients with Borderline Personality Disorder, they have not been given greater importance, as their reports have not been explored in depth and do not appear in all diagnosed patients. have proposed several explanatory models that have tried to explain the pathology. A critical review of the literature was carried out through bibliographies of research published in the main scientific pages, in order to clarify the presence and intensity of psychotic symptoms that a borderline patient may present and synthesize the main therapeutic approaches used for treatment.

Keywords: Borderline personality disorder; treatment; psychotic symptoms; hallucinations; delusions and causal models.

Resumo

Apesar de os sintomas de psicose terem sido investigados em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline, eles não receberam maior importância, pois seus relatos não foram explorados em profundidade e não aparecem em todos os pacientes diagnosticados. tentaram explicar a patologia. Foi realizada uma revisão crítica da literatura por meio de bibliografias de pesquisas publicadas nas principais páginas científicas, com o objetivo de esclarecer a presença e intensidade dos sintomas psicóticos que um paciente limítrofe pode apresentar e sintetizar as principais abordagens terapêuticas utilizadas para o tratamento.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade borderline; tratamento; sintomas psicóticos; alucinações; delírios e modelos causais.

1. TLP: Una aproximación teórico-conceptual

El DSM-5, concibe al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) como un patrón dominante de inestabilidad individual, interpersonal y afectiva de común aparición a inicios de la adultez. Lieb (2004), añade que en el TLP se plasma una alteración cognitiva notoria en tres niveles: ideas sobrevaloradas, ideas de referencia no delirante, y experiencias disociativas de desrealización y despersonalización. También se reportan síntomas psicóticos como; alucinaciones y delirios transitorios.

Por su parte, Barlow y Durand (2003), Leichsenring et al (2011), sostienen que el TLP refleja su espectro disfuncional en relaciones turbulentas, inestabilidad anímica y relaciones sociales conflictivas.

Asimismo, en las relaciones familiares se reporta un marcado desgaste, que en algunos casos se acompaña de problemas de salud, dolor y altos niveles de estrés (Chapman, 2019). Al respecto, Jorgensen (2020) encontró que los cuidadores de pacientes con TLP puntuaron por encima de la media del *Burden Assessment Scale (BAS)*, en comparación con grupos de control.

Por otro lado, la relación entre psicopatología y rendimiento académico es particularmente clara en pacientes con TLP, quienes comúnmente exteriorizan sus síntomas en la adolescencia, con efectos negativos sobre el desempeño académico (Micin et al, 2011). A pesar de ello, no hay suficiente evidencia (ver Piñeiro, 2008), que indique una correlación entre el TLP y el coeficiente intelectual (CI).

2. Epidemiología

Varios estudios epidemiológicos sobre el TLP han sido publicados durante la última década, resultando claro, que esta condición representa una problemática común alrededor del mundo, demandando, por tanto, un acercamiento objetivo en pro de su prevención y abordaje.

Según el DSM-5 (2014), la prevalencia mundial del TLP podría ser del 1,6%. En complemento, se estipula que entre el 6% y el 10% de pacientes ambulatorios visitan las casas de salud mental, mientras que, los pacientes hospitalizados reflejan una prevalencia del 20%.

En Colombia, por ejemplo, la OMS (2006), indica que el 17,8% de la población experimenta un trastorno mental en el curso de un año, donde el TLP, presenta una prevalencia del 2%, convirtiéndose en el más recurrente (Vanegas et al., 2017). Además, Ferrer et al (2015) analizaron la prevalencia de los trastornos de personalidad en estudiantes universitarios de Medellín, identificando que el TLP alcanzó el mayor porcentaje (18,9% de casos identificados).

El Área de Especialidades en Salud Mental del Hospital General Docente de Calderón como guía para el TLP, ejecutó una revisión estadística de pacientes diagnosticados en consulta externa durante el período 2016-2019. Del total de 5203 atenciones prestadas, 651 fueron diagnosticados con Trastorno de la Personalidad, cuyo 12% (78 usuarios) presentaron diagnóstico de TLP (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Complementariamente, un estudio del 2012 realizado en Quito-Ecuador con 210 varones privados de la libertad, reportó que el 14% (30 usuarios) padecían TLP (García, 2013). Igualmente entre el 2012 y 2017 otro estudio con una muestra de 1060 usuarios, mostró que el TLP presentó una prevalencia del 3% (Arellano y Valcárcel, 2018).

Trujillo et al (2013) por su parte, trabajaron con estudiantes de Medicina, Tecnología Médica y Enfermería en Cuenca-Ecuador, entre el 2011 y 2012. Este estudio reportó que, el 53.7% de la muestra de 369 estudiantes, presentó trastornos de la personalidad, identificando la prevalencia de TLP en tercer lugar con el 6,5%.

La tabla 1 a continuación, sistematiza las cifras descritas en razón de la prevalencia de TLP a nivel mundial continental y regional durante la última década.

Tabla 1. Incidencia General del Trastorno Límite de Personalidad a nivel mundial

País	Porcentaje	Autor	N=
Francia	6%	<u>Chabrol et al., 2004.</u>	616
China	1,8% en varones y el 2,2% en niñas	<u>Leung et al., 2009.</u>	4.110
Estados Unidos	0,5% a 6%	Facio y Abdala, 2019.	Población general
México	1,5%	Secretaria de Salud, 2018.	Población general
Colombia	2%	Vanegas et al., 2017.	Población general
Colombia	18,9%	Ferrer et al., 2015.	58.690
Ecuador/Quito	12%	Ministerio de Salud Pública, 2019	5.203
Ecuador/Quito	3%	Arellano y Valcárcel, 2018	1.060
Ecuador/Quito	14%	García, 2013	210
Ecuador/Cuenca	6,5%	<u>Trujillo et al, 2013</u>	3.359

Nota: La tabla sistematiza los datos epidemiológicos a nivel mundial, continental, nacional y regional por país, población, prevalencia poblacional, autor y año del artículo y tamaño de muestras estudiadas.

3. Modelos Causales del Trastorno Límite de Personalidad

Los factores etiológicos del TLP siguen representando un desafío para la comunidad científica y clínica, en tanto se han propuesto varios modelos explicativos que han intentado dar una explicación de la patología, y han permitido entender a la enfermedad desde una perspectiva multifactorial en el contexto de su aparición y desarrollo. A continuación, se revisan algunos de estos modelos:

3.1 Modelos genéticos y hereditarios

La literatura sugiere que los factores hereditarios desempeñan un importante papel en el desarrollo del TLP, en este sentido, los familiares de primer grado de pacientes diagnosticados serían más propensos de padecer TLP con relación a la población general (Chapman, 2019). De todos modos, la estimación correcta sobre dicha vulnerabilidad en el TLP se podría considerar alrededor de 0.70% entre parientes de primer grado (Gunderson et al., 2018).

En esta línea, Witt et al (2017) ejecutaron un estudio sobre el genoma (GWAS), mediante análisis de conjuntos de genes comparados entre 998 participantes con TLP y 1545 controles sanos. La regresión de la puntuación de desequilibrio de ligamiento se utilizó para identificar la superposición genética entre TLP, esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. El análisis basado en genes arrojó dos genes significativos: DPYD ($P = 4,42 \times 10^{-7}$) y PKP4 ($P = 8,67 \times 10^{-7}$); y el análisis del conjunto de genes arrojó un hallazgo significativo de exocitosis (GO: 0006887, $P_{FDR} = 0,019$; FDR, tasa de falso descubrimiento). El hallazgo más notable del presente estudio fue la superposición genética de TLP con el Trastorno Bipolar ($r_g = 0.28$ [$P = 2.99 \times 10^{-3}$]), Esquizofrenia ($r_g = 0.34$ [$P = 4.37 \times 10^{-5}$]) y Depresión Mayor ($r_g = 0,57$ [$P = 1,04 \times 10^{-3}$]).

Estos hallazgos sugieren que factores genéticos/hereditarios parecen participar activamente como variables potencialmente mediadoras en el desarrollo del TLP en integración con elementos ambientales, información de importancia en el contexto epigenético para de la óptima detección y diagnóstico del trastorno en la población general.

3.2 Modelos neurológicos

Los autores Beauchaine et al (2019), ejecutaron un estudio comparativo de neuroimagen con una muestra de 44 adolescentes (22 participantes con TLP que reportaron conductas autolesivas durante el último año y 22 controles sanos). Las exploraciones se ejecutaron por medio del sistema de

resonancia magnética RM 3 Telsa Philips Achieva, con gradientes dobles de Quasar (80 mT / m a una velocidad de respuesta de 110 mT / m / s; o 40 mT / m a una velocidad de respuesta de 220 mT / m / s) y una bobina de cabeza SENSE de 8 canales, los datos fueron analizados a través del software de mapeo paramétrico estadístico (SPM12). El resultado de mayor interés mostró un volumen reducido en la corteza insular y la circunvolución frontal inferior derecha de los participantes con TLP, en comparación con los controles sanos, aunque no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los volúmenes regionales de materia blanca y materia gris respectivamente.

Por su parte, Lahmeyer et al (1989) y Grossman et al (1997) han indicado que el TLP estaría ligado a una excesiva producción de cortisol y una hiperactividad hipotalámica-pituitaria-adrenocortical, hallazgo que también indentificado en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (TEP). Estudios posteriores, sin embargo, proporcionan evidencia de hipersupresión de cortisol, explicada como un aumento de inhibición por retroalimentación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenocortical (Leichsenring et al., 2011).

Por otra parte, que Williams et al (2006), emplearon electroencefalografía (EEG) con sincronía de fase gamma de 40 Hz para explorar la conectividad cerebral en 30 sujetos (15 pacientes con TLP no medicados y 15 controles sanos). El resultado mostró que los pacientes con TLP presentaron, a diferencia de los controles, un retraso notorio en la sincronía gamma posterior temprana y una disminución en la sincronía gamma tardía del hemisferio derecho en respuesta a estímulos destacados. Esta sincronía disminuida del hemisferio derecho se vinculó con la impulsividad, mientras que el retraso en la sincronía posterior se vinculó con síntomas cognitivos.

Estos datos sugieren que a nivel cerebral y en relación a controles sanos, los pacientes con TLP manifiestan diferencias anatómico estructurales en relación a volumen de estructuras corticales y subcorticales corticales. Por otra parte, la activación neurofisiológica de estos pacientes revela reducción de actividad en la materia gris de la corteza dorsolateral y la corteza orbitofrontal izquierda, sugiriendo a nivel general, alteraciones significativas sobre los componentes neuroanatómicos, neurofisiológicos de esta población, condiciones que parecen subyacer y justificar, al menos parcialmente, la sintomatología de la enfermedad.

3.3 Modelos ambientales:

La mediación de factores ambientales y de crianza parecen igualmente jugar un importante papel en el desarrollo del TLP. En el estudio de Johnson et al (2013) por ejemplo, se investigó si el abuso y la negligencia parental durante la niñez aumenta el riesgo de desarrollar TLP. Se usó una muestra de 639 jóvenes diagnosticados de New York. El resultado indicó que las variables de estudio guardaban relación directa en la aparición de indicadores de TLP (Gunderson et al., 2018).

Por otro lado, un estudio con 1975 niños de New York evaluó si la separación materna prolongada antes de los cinco años de edad, cumplían un papel predisponente para desarrollar TLP en la adolescencia o en la edad adulta; confirmándose que la separación temprana de la madre parece predecir elevaciones sintomatológicas del TLP (Crawford et al., 2009). Igualmente, Chapman (2019), reporta en su estudio epidemiológico longitudinal con 800 participantes, sometidos a seguimiento durante 20 años, que la mayoría de los participantes con TLP, habían tenido experiencias de abuso sexual infantil.

Estos hallazgos son indicativos de que los sucesos adversos y traumas infantiles representarían factores de riesgo fuertemente ligados al TLP, afirmaciones expuestas por autores como Afifi et al (2011), sin embargo, no son necesariamente una condición previa necesaria para desarrollar la patología.

3.4 Modelos psicológicos:

En cuanto al modelo cognitivo, los trastornos de personalidad representarían el resultado de sesgos cognitivos disfuncionales o pensamientos irracionales asimilados y desarrollados en etapas tempranas en respuesta a modelos de interacción socio cultural, crianza y aprendizaje (ej., *me abandonaré, necesito que cuiden de mí ...*) (Consejo de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2010). En este sentido De igual manera, la terapia cognitiva identifica tres supuestos básicos en este trastorno: “*El mundo es peligroso y malo*”, “*soy intrínsecamente inaceptable*”, “*soy impotente y vulnerable*”, convicciones polarizadas asociadas a un sentimiento general de desamparo (Suarez y Jiménez, 2016).

4. Sobre la presencia de síntomas psicóticos en el TLP

Cabe mencionar que los síntomas psicóticos identificados en el TLP, abarcan tanto síntomas negativos como positivos, estando los síntomas negativos asociados a la pérdida de habilidades

normativas de ajuste y funcionamiento biopsicosocial, que incluyen dimensiones motivacionales (anhedonia, abstinencia, asocialidad) y expresivas (alogia, expresión emocional disminuida) (Azorin et al., 2014).

Por su parte, los síntomas psicóticos positivos hacen referencia a delirios, alucinaciones, y trastorno del pensamiento, mismos que pueden variar en intensidad y frecuencia. En este aspecto, el delirio representa una creencia idiosincrática e irreal reflejada en una errónea interpretación de la realidad, y que incluyen al delirio de grandeza, el delirio de persecución y el delirio místico. En complemento, las alucinaciones implican experiencias sensorceptivas en ausencia de estímulos reales, que pueden involucrar a cualquiera de los sentidos, categorizándose como auditivas, visuales, olfativas, táctiles y gustativas, siendo las alucinaciones auditivas, las más comúnmente reportadas (Pastor-Morales et al., 2010).

Aunque característicos en trastornos como la esquizofrenia y otras variantes de la psicosis, los síntomas psicóticos han sido igualmente reportados en pacientes con TLP (Teeple et al., 2009).

Ya el DSM-III, informaba que estos síntomas eran comunes, aunque transitorios, de corta duración, y no afectaban significativamente a los pacientes con esta condición. Sin embargo, actualmente estos consensos se consideran metodológicamente defectuosos, en tanto los estudios de aquel entonces excluyeron a pacientes TLP con sintomatología psicótica recurrente y omitiendo comparaciones con grupos de control (Hutsebaut & Aleva, 2021).

Por su parte, el DSM-5, indica que las alucinaciones verbales auditivas (AVH) y otros síntomas positivos pueden presentarse en pacientes con TLP, comúnmente ante situaciones estresantes (Paust et al., 2019). En esta línea, Niemantsverdriet et al (2017), realizaron un estudio a fin de identificar alucinaciones en 324 pacientes con TLP., la finalidad fue recolectar datos sobre la presencia, contenido y frecuencia de las alucinaciones. Cada modalidad sensorial se abordó por separado. Los resultados mostraron que el 43% de la muestra (n = 138) experimentaba alucinaciones por lo menos una vez al mes, con una frecuencia media de al menos una vez a la semana en múltiples modalidades sensoriales, mientras que el 27% (n = 87) reportaron alucinaciones auditivas en la misma frecuencia.

De la misma forma, Pearse et al (2014), realizó un estudio con 30 pacientes diagnosticados con TLP del Servicio Ambulatorio Especializado en Trastornos de la Personalidad en Cambridge, Reino Unido. Los participantes fueron evaluados con el Present State Examination (PSE). Los resultados indicaron que el 80% de la muestra (n = 24) presentaron algún síntoma psicótico; en 18

casos (60%) los síntomas psicóticos no estaban relacionados con un trastorno afectivo, 5 pacientes por su parte, (50% de la muestra total) reportaron alucinaciones auditivas, en 9 pacientes (30%) se identificaron alucinaciones visuales, 6 pacientes (20%) reportaron delirios, 4 (13%) reportaron alucinaciones táctiles y 3 pacientes (10%) presentaron alucinaciones olfativas. Varios pacientes experimentaron más de un síntoma psicótico.

La evidencia sugiere que las AVH representan los síntomas psicóticos más comunes en pacientes con TLP (Kingdon et al., 2010; Tschoeke et al., 2014). Los estudios llevados a cabo con poblaciones de adultos han indicado que entre el 29% y el 50% de los pacientes informan AVH. Estos síntomas ocurren con frecuencia y se perciben como críticos, controladores, angustiantes, malévolos, omnipotentes y de mayor poder social sobre la persona con TLP (Kingdon et al., 2010; Merrett et al., 2016; Niemantsverdriet et al., 2017).

5. Síntesis de estudios clínicos sobre el abordaje terapéutico de los síntomas psicóticos en pacientes con TLP

Los autores Reyes-López et al (2018), del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF) en la Ciudad de México, trabajaron con 29 pacientes ambulatorios con diagnóstico de TLP sometidos a Estimulación Magnética Transcraneal Repetitiva (rTMS). Los participantes fueron asignados de manera aleatoria para recibir uno de dos protocolos diferentes de rTMS (1 Hz o 5 Hz), por lo que se trabajó con dos grupos de tratamiento. Los dos protocolos de rTMS usaron pulsos de igual intensidad, al 100% del umbral motor, empleando un estimulador magnético rápido Dantec MagPro y una bobina de mariposa Dantec MC-B70 de 50 mm con 150 grados de angulación. El grupo 1 recibió el protocolo de 1 Hz (n = 15), sobre el DLPFC derecho (un tren de 15 minutos, 1 pulso por segundo continuamente, para un total de 900 pulsos por sesión), mientras que, el grupo 2 recibió pulsos de 5 Hz (n = 14), sobre el DLPFC izquierdo (30 trenes de 10 segundos cada uno, con un intervalo de 10 segundos entre cada tren, para un total de 1.500 pulsos por sesión). Ambos protocolos de rTMS consistieron en una sesión diaria de lunes a viernes durante 3 semanas (15 sesiones en total). Los resultados se midieron con la Escala de Impresión Clínica Global para el TLP (CGI-BPD) y la Evaluación Límite de Gravedad a lo Largo del Tiempo (BEST), se consideró la puntuación de cada uno de los nueve dominios psicopatológicos del TLP incluyendo presencia de sintomatología psicótica. La puntuación total se obtuvo sumando las puntuación de cada dominio, en el cual ambos grupos mostraron reducciones significativas en las puntuaciones

totales de todos los instrumentos en comparación al valor inicial pre tratamiento, las misma que fueron del 20,4% y el 36,9% para los grupos de 1 Hz y 5 Hz respectivamente.

De la misma manera, Calderón-Moctezuma et al (2021) reclutaron cuarenta pacientes (31 mujeres, 9 hombres) en Querétaro-México de varios centros, quienes habían sido diagnosticados con TLP a través del DSM-IV-R y Entrevista Diagnóstica de Trastorno Límite de la Personalidad Revisada (DIB-R versión española). Fueron excluidos 22 participantes y 4 decidieron retirarse, por lo tanto, a los catorce sujetos se les aleatorizó en dos grupos (activo frente a simulado) para 15 sesiones de rTMS de 5 Hz una vez al día, cinco días a la semana, al 100% del umbral motor en el DMPFC. Se empleó el equipo Magventure MagPro R30, con una bobina Cool D-B80 en el DMPFC siguiendo el sistema de posicionamiento 10/20. La aplicación fue de 30 trenes con 50 pulsos cada uno, con intervalo de trenes de 10 segundos. Al final se realizaron análisis entre los grupos y se obtuvo diferencias estadísticas después del tratamiento en el dominio de Impulsividad en la Impresión Clínica Global que contempla síntomas psicóticos en el TLP (CGI-TLP) ($U = 9$; $Z = -2.02$; $p = 0.044$) y ansiedad ($U = 5$; $Z = -2.50$; $p = 0.012$), con puntuaciones menores en el grupo activo. De la misma manera, se llevó a cabo un análisis dentro de los grupos después de la rTMS, donde el grupo activo reveló diferencias estadísticas para los síntomas de TLP en sus puntuaciones totales de CGI-TLP ($p = 0,028$), también en las subpuntuaciones de ideación paranoide ($p = 0,027$) y abandono ($p = 0,034$).

Asimismo, una muestra reclutada de 51 sujetos con TLP por el Departamento de Neurociencia de la Universidad de Turín-Italia por Bozzatello et al (2017), fue asignada aleatoriamente a dos brazos de tratamiento durante 12 semanas: olanzapina (rango de dosis de 5 a 10 mg / día) y asenapina (rango de dosis de 5 a 10 mg / día). Se evaluó al inicio del estudio y después de 12 semanas. Fueron asignados aleatoriamente a olanzapina ($N = 26$) y para asenapina ($N = 25$), mientras que cuarenta de los 51 pacientes (78%) completaron las 12 semanas del ensayo, 19 pacientes (47,5% de los que completaron) recibieron asenapina, mientras que 21 pacientes (52,5%) recibieron olanzapina. Once pacientes (21,57%) interrumpieron el tratamiento a la cuarta semana: seis con asenapina y cinco con olanzapina. Se encontró un efecto significativo dentro de los sujetos para todas las escalas de calificación (PAG osciló entre 0,001 y 0,012; n^2 osciló entre 0,53 y 0,25), excepto para el HAM-D ($p = 0,862$; $n^2 = 0.01$), el MOEA ($p = 0,119$; $n^2 = 0,1$) y dos ítems del BPDSI, a saber, " alteración de la identidad " ($p = 0,541$; $n^2 = 0.02$) y " comportamientos parasuicidas " ($p = 0,092$; $n^2 = 0,14$). Además, se encontró un efecto significativo entre sujetos (modalidad de tratamiento) para dos ítems

del BPDSI: " inestabilidad afectiva " ($p = 0,001$, $n^2 = 0,53$) y " disociación / ideación paranoica " ($p = 0,021$; $n^2 = 0,21$). En particular, se encontró que la asenapina fue superior a la olanzapina en la reducción de la puntuación de inestabilidad afectiva, mientras que la olanzapina fue superior a la asenapina en la reducción de la disociación / ideación paranoide. En la medición realizada por la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), no alcanzó una diferencia estadísticamente significativa entre los tratamientos con asenapina y olanzapina.

Por su parte, Fox et al (2015) llevaron a cabo en Northampton, Reino Unido, un estudio con 18 mujeres hospitalizadas con diagnóstico de TLP a quienes se les aplicó el programa de Terapia Dialectico Conductual, las mismas que fueron evaluadas con pruebas al ingreso, a los 6 meses y a los 12 meses después del ingreso. Las puntuaciones de la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) aumentaron significativamente entre la admisión y los 6 meses y un gran tamaño del efecto ($r = -0,62$) era evidente. Aunque los puntajes GAF cambiaron significativamente entre la admisión y los 12 meses, no hubo cambios significativos en el segundo período. Esto sugiere que la mejoría medida por la GAF se limitó principalmente a los primeros 6 meses de ingreso. Las puntuaciones de BPRS se redujeron significativamente entre la admisión y los 6 meses y un gran tamaño del efecto ($r = 0,54$) era evidente. Las mejoras en los síntomas medidos en la BPRS parecen haber ocurrido principalmente en los primeros 6 meses de ingreso. Las puntuaciones totales de ZAN-BPD cayeron significativamente entre el ingreso y los 12 meses, un tamaño de efecto moderado ($r = -0,49$) era evidente. Hubo un cambio significativo en las cuatro subescalas con tamaños de efecto moderados en cada una: alteración afectiva ($r = 0,39$); alteración cognitiva ($r = 0,39$); impulsividad ($r = 0,47$) y relaciones perturbadas ($r = 0,46$).

En complemento, es necesario revisar el estudio meta analítico realizado por Wong et al (2020), con la finalidad de comprobar la eficacia de las psicoterapias en pacientes con TLP. Proceso que se llevó por medio de una búsqueda sistemática en 7 bases de datos electrónicas, en el que se incluyó 7 ensayos controlados aleatorios (ECA), estaba representado de un total de 643 adolescentes con TLP. De estos, 324 participantes estaban en el grupo de tratamiento investigado y 319 estaban en el grupo de control.

Se realizaron búsquedas en siete bases de datos electrónicas en busca de artículos relevantes: Web of Science, EMBASE, PubMed, MEDLINE, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, PsycINFO, Aliados y Complementarios en Medicina. Por otra parte, se calcularon las diferencias de medias estandarizadas (SMD) para tener en cuenta la variabilidad en la medida de resultado. El

tamaño del efecto entre los grupos se calculó como la diferencia entre los grupos de intervención y control en la prueba posterior, el seguimiento y en general (Hedges g).

En cuanto a la psicoterapia, ésta tuvo un efecto significativo en la reducción de los síntomas generales de TLP tras completar la psicoterapia programada ($g = -0.89 [-1.75, -0.02]$, $I^2 = 90\%$, cuatro estudios), aunque este efecto disminuyó en el seguimiento ($g = 0.06 [-0.26, 0.39]$, $I^2 = 0\%$, dos estudios). Cuando se agruparon las puntuaciones totales de los síntomas generales, no hubo una mejora estadísticamente significativa en las medidas de los síntomas del TLP entre los grupos experimental y de control en los estudios ($g = -0.56 [-1.17, 0.06]$, $I^2 = 89\%$, seis estudios).

A continuación, en la tabla 2 se extractan los estudios analizados por Wong et al (2020), representando los mismos por autor, muestra, técnicas y duración del tratamiento, instrumentos y resultados:

Tabla 2. Síntesis del estudio meta analítico realizado por Wong et al., 2020, sobre la eficacia de psicoterapias en pacientes con TLP.

AUTORES	MUESTRA	TÉCNICA Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
- Chanen et al, 2008	- N = 78 - TAC (n = 41) - CCG (n = 37)	- Terapia Analítica Cognitiva (TAC) - Atención Clínica Manualizada (CCG) - Duración: 24 semanas	- SCID-II - YSR - Parasuicidal behavior - SOFAS	No hubo diferencias entre los grupos en el seguimiento, ambos mejoraron, TAC mejoró más rápidamente
- McCauley,	- N = 137 - DBT (n = 72) - IGST (n = 65)	- Terapia Conductual Dialéctica (DBT) - Terapia de Apoyo Individual y Grupal (IGST) - Duración: 6 meses	- SASII - SIQ-JR	DBT fue superior a IGST para reducir los intentos de suicidio, las autolesiones no suicidas y las autolesiones a los 6 meses. No se observa ninguna ventaja a los 12 meses. DBT tuvo una mayor tasa de finalización
- Mehlum et al.,	- N = 77 - DBT (n = 39) - EUC (n = 38)	- Terapia Conductual Dialéctica (DBT) - Cuidado Habitual Mejorada (EUC) - Duración: 19 semanas	- SCID-II - Parasuicidal behavior - SIQ-JR - SMFQ - MADRS - BHS - BSL	DBT-A fue superior a EUC en la reducción de autolesiones, ideación suicida y síntomas depresivos. No hay diferencia entre grupos para síntomas limítrofes. Ambos grupos tuvieron una buena retención del tratamiento y el uso de los servicios de urgencias fue bajo
- Mehlum et al.,	- N = 77 - DBT (n = 39) - EUC (n = 38)	- Terapia Conductual Dialéctica (DBT) - Cuidado Habitual Mejorada (EUC) - Duración: 19 semanas	- SCID-II - Parasuicidal behavior - SIQ-JR - SMFQ - MADRS - BHS - BSL	DBT-A fue superior en la reducción de la frecuencia de autolesiones durante un período de seguimiento de 52 semanas. Ninguna otra diferencia en otros resultados fue significativa en el período de 52 semanas (el grupo DBT se mantuvo constante; el grupo EUC mejoró)
- Roussouw et al.,	- N = 80 - MBT (n = 40) - TAU (n = 40)	- Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT) - Tratamiento Habitual (TAU) - Duración: 12 meses	- RTSHI - DSH - CI-BPD - MFQ - BPFSC - HIF - ECR	MBT-A fue superior a TAU en la reducción de autolesiones autoinformadas, depresión y síntomas limítrofes. A los 12 meses, el 58% del grupo de TAU cumplió con los criterios de CI-BPD, pero solo el 33% del grupo de MBT-A cumplió con los criterios (P < 0,05). No hubo diferencia en la toma de riesgos

- Schuppert et al.,	- N = 43 - ERT + TAU (n = 23) - TAU (n = 20)	- Entrenamiento de Regulación Emocional (ERT) - Tratamiento Habitual (TAU) - Duración: 17 semanas	- BPDSI - MERLC - YSR	Ambos grupos mejoraron por igual en los síntomas del TLP. En el grupo ERT + TAU había mejorado el locus de control interno y un mayor control sobre los cambios de humor. Alta tasa de deserción (28% carecían de datos posteriores al tratamiento)
- Schuppert et al.,	- N = 99 - ERT + TAU (n = 54) - TAU (n = 55)	- Entrenamiento de Regulación Emocional (ERT) - Tratamiento Habitual (TAU) - Duración: 17 semanas	- SCID-II - BPDSI - SADS-PL - LPI-ed - MERLC - CDI - SNAP	Ambos grupos mejoraron por igual en la gravedad del TLP síntomas, psicopatología y pos test de calidad de vida. En la prueba posterior, el 19% de ERT+grupo TAU tuvo remisión según la puntuación BPDSI vs. 12% del grupo TAU. A los 6 meses de seguimiento, 33% de ERT + grupo TAU tenían remesas

terapia analítica cognitiva; DBT= terapia conductual dialéctica; MBT= tratamiento basado en la mentalización para adolescentes; IGST= terapia de apoyo individual y grupal; ERT= entrenamiento de regulación emocional; DSH= autolesión documentada; GCC= buena atención clínica; EUC= cuidado habitual mejorada; TAU= tratamiento habitual; BSL= lista de síntomas límite; CI-BPD= entrevista infantil para el trastorno límite de la personalidad del DSM-IV; BPFS-C= Escala de rasgos de personalidad límite para niños; BPDSI= Índice de gravedad del trastorno límite de la personalidad; YSR= Cuestionario de autoinforme de jóvenes; SOFAS= Escala de evaluación del funcionamiento social y ocupacional; SIQ-JR= Cuestionario de ideación suicida; SASII= entrevista de autolesión por intento de suicidio; RTSHI= Inventario de autolesiones y toma de riesgos; SMFQ= Cuestionario breve de estado de ánimo y sentimientos; MADRS= Escala de calificación de depresión de Montgomery-Åsberg; MFQ= Cuestionario de estado de ánimo y sentimientos; CDI= Inventario de depresión infantil; BHS= Escala de desesperanza de Beck; HIF= Cuestionario Cómo me siento; ECR= experiencia de relaciones cercanas; SADS-PL= Programa para trastornos afectivos y esquizofrenia módulos de versión actual y de por vida sobre experiencias traumáticas; LPI-ed= Inventario de problemas de la vida subescala Desregulación emocional; SNAP= Escala de calificación de maestros y padres de Swanson.

Como se puede apreciar, los estudios de rTMS en pacientes con TLP basados en protocolos de frecuencia activa de 1Hz, 5Hz y 10Hz respectivamente, manifiestan reducciones significativas en las áreas de inestabilidad afectiva, ira, ansiedad, ideación paranoide y síntomas psicóticos, contrario a lo obtenido en los grupos de control sometidos a protocolos simulados (placebo).

Por su parte, los estudios farmacológicos brindan de igual manera, resultados positivos en la reducción de sintomatología TLP, particularmente en la reducción de síntomas psicóticos y paranoides, hostilidad, estado de ánimo depresivo. Cabe mencionar que, la olanzapina, cuya dosis variará según la necesidad de cada paciente, entre 2,5 mg a 10 mg diarios, resultó altamente efectivo.

Asimismo, el empleo de Terapia Dialectico-Conductual, brindó resultados prometedores en la reducción de síntomas del TLP, especialmente en la alteración cognitiva.

En general, los hallazgos del meta análisis sugieren que todas las psicoterapias y tratamientos empleados, parecen efectivos para tratar el TLP, brindando resultados positivos sobre los síntomas externalizantes e internalizantes. Sin embargo, los tratamientos no fueron concluyentes en la reducción de la frecuencia de intentos de suicidio, y su eficacia de estos tratamientos no fue estadísticamente significativa a largo plazo. A nivel general, no se identifican diferencias significativas en cuanto a la adhesión del tratamiento entre los grupos experimentales y de control. En este sentido, más evidencia desde los ensayos clínicos aleatorizados con procesos óptimos de control y seguimiento a largo plazo, se hace necesaria a fin de elaborar programas de tratamiento más efectivos en el futuro inmediato.

Referencias

1. Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, Murray W; Macmillan, H., & Harriet, S. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814–822. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
2. Arellano Quiñones, I., & Valcárcel Pérez, I. (2018). Prevalencia De Patología Dual Entre Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. [Universidad Internacional del Ecuador]. In *repositorio.uide.edu.ec*. <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/2861/1/T-UIDE-2018.pdf>
3. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los*

- trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edi). Editorial Médica Panamericana.
4. Azorin, J. M., Belzeaux, R., & Adida, M. (2014). Negative symptoms in schizophrenia: Where we have been and where we are heading. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, *20*(9), 801–808. <https://doi.org/10.1111/cns.12292>
 5. Barlow, D. H. ., & Durand, M. (2003). *Psicopatología* (Thomson (Ed.); 3 Edición).c
 6. Beauchaine, T. P., Sauder, C. L., Derbidge, C. M., & Uyeji, L. L. (2019). Self-injuring adolescent girls exhibit insular cortex volumetric abnormalities that are similar to those seen in adults with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *31*(4), 1203–1212. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000822>
 7. Bozzatello, P., Rocca, P., Uscinska, M., & Bellino, S. (2017). Efficacy and Tolerability of Asenapine Compared with Olanzapine in Borderline Personality Disorder: An Open-Label Randomized Controlled Trial. *CNS Drugs*, *31*(9), 809–819. <https://doi.org/10.1007/s40263-017-0458-4>
 8. Calderón-Moctezuma, A. R., Reyes-López, J. V., Rodríguez-Valdés, R., Barbosa-Luna, M., Ricardo-Garcell, J., Espino-Cortés, M., Hernández-Chan, N., García-Noguez, L., Roque-Roque, G., Trejo-Cruz, G., Cañizares-Gómez, S., & Hernández-Montiel, H. (2021). Improvement in borderline personality disorder symptomatology after repetitive transcranial magnetic stimulation of the dorsomedial prefrontal cortex: Preliminary results. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *43*(1), 65–69. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0591>
 9. Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2004). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, *46*(9), 847–849. <https://doi.org/10.1177/070674370104600909>
 10. Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, *31*(3), 1143–1156. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
 11. Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. (2010). Quaderns de salut mental 8. Catsalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Cl*, *37*, 14–26.
 12. Crawford, T. N., Cohen, P. R., Chen, H., Anglin, D. M., & Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, *21*(3), 1013–1030.

<https://doi.org/10.1017/S0954579409000546>

13. Grossman, R., Yehuda, R., & Siever, L. (1997). The dexamethasone suppression test and glucocorticoid receptors in borderline personality disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 459–464. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48305.x>
14. Facio, A., Groh, J., & Abdala, M. V. (2019). *Aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad del protocolo unificado para el tratamiento de los Trastornos Emocionales*. 1–6. <https://www.aacademica.org/000-111/625.pdf>
15. Ferrer Botero, A., Londoño Arredondo, N. H., Álvarez Montoya, G. E., Arango Garcés, L. M., Calle Londoño, H. N., Cataño Berrío, C. M., Peláez Martínez, H. A., Orrego Peralta, C. A., Vallejo Grisales, L. M., Villamizar Arenas, R., Bustamante Durán, E. Y., Bustamante Jaramillo, M. L., Mejía Posada, O. de J., Trujillo Orrego, N., & Peláez Martínez, I. C. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín Prevalence of Personality Disorders in College Students of Medellin. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 73–96. http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/7696/1/FerrerAlberto_2015_PrevalenciaTrastornosPersonalidad.pdf
16. Fox, E., Krawczyk, K., Staniford, J., & Dickens, G. L. (2015). *A Service Evaluation of a 1-Year Dialectical Behaviour Therapy Programme for Women with Borderline Personality Disorder in a Low Secure Unit*. February 2014, 676–691. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001124>
17. García Vinces, E. P. (2013). “Personalidad Límite y su relación en actos delictivos en las Personas Privadas de la Libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones de Quito # 2 en el periodo de julio a diciembre del 2012” [Universidad Nacional de Loja]. In dspace.unl.edu.ec. https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4027/1/GARCÍA_VINCES_ELIZABETH_PATRICIA.pdf
18. underson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1–21. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
19. Hutsebaut, J., & Aleva, A. (2021). The identification of a risk profile for young people with borderline personality pathology: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychology*, 37, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.004>

20. Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (2013). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *The Science of Mental Health: Volume 7: Personality and Personality Disorder*, 186–192.
21. Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Poulsen, S., & Simonsen, E. (2020). Burden and Treatment Satisfaction among Caregivers of Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Family Process*, *x(x)*, 1–16. <https://doi.org/10.1111/famp.12593>
22. Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., Taylor, L., Lucas, E., Mahendra, R., Ghosh, S., Mason, A., Badrakalimuthu, R., Hepworth, C., Read, J., & Mehta, R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: Similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *198(6)*, 399–403. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e08c27>
23. Lahmeyer, H., Reynolds, C., King, R., & Kupfer, D. (1989). Biologic markers in borderline personality disorder: a review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *50(6)*, 217–225.
24. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *377(9759)*, 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
25. Leung, S. W., & Leung, F. (2009). Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders*, *23(5)*, 494–513. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.494>
26. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Elsevier*, *364*, 453–61.
27. Merrett, Z., Rossell, S. L., & Castle, D. J. (2016). Comparing the experience of voices in borderline personality disorder with the experience of voices in a psychotic disorder: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *50(7)*, 640–648. <https://doi.org/10.1177/0004867416632595>
28. Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, *29(1)*, 53–64. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082011000100006>
29. Ministerio de Salud Pública. (2019). *Protocolo de Trastorno Límite de la Personalidad*.

- <https://www.hgdc.gob.ec/images/Gestiondecalidad/Procedimientos/2020/HGDC-PROT-TPL PROTOCOLO DE TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD.pdf>
30. Niemantsverdriet, M. B. A., Slotema, C. W., Blom, J. D., Franken, I. H., Hoek, H. W., Sommer, I. E. C., & Van Der Gaag, M. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific Reports*, 7(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13108-6>
 31. Reyes-López, J., Ricardo-Garcell, J., Armas-Castañeda, G., García-Anaya, M., Arango-De Montis, I., González-Olvera, J. J., & Pellicer, F. (2018). Clinical improvement in patients with borderline personality disorder after treatment with repetitive transcranial magnetic stimulation: Preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), 97–104. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2112>
 32. Pastor-Morales, J., Cuevas-Yust, C., Ductor-Recuerda, M. J., Perona-Garcelán, S., & Salas-Azcona, R. (2010). Relaciones entre síntomas positivos y sensibilidad a la ansiedad en la psicosis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 39–48. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4083>
 33. Paust, T., Theodoridou, A., Müller, M., Wyss, C., Obermann, C., Rössler, W., & Heekeren, K. (2019). Borderline Personality Pathology in an At Risk Mental State Sample. *Frontiers in Psychiatry*, 10(November), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00838>
 34. Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C., & McKenna, P. J. (2014). A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 368–371. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000132>
 35. Piñero Barrera, A. M., Cervantes Navarrete, J. J., Ramírez Flores, M. J., Ontiveros Uribe, M. P., & Ostrosky Solís, F. (2008). Evaluación de las funciones ejecutivas, inteligencia e impulsividad en mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP). *Revista Colombiana de Psicología*, 17(1), 105–114.
 36. Secretaría de Salud. (2018). 270. *Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>
 37. Suárez Luna, J. C., & Rojas Jiménez, B. (2016). Trastorno límite de la personalidad desde el modelo cognitivo conductual [Universidad San Martín de Porres]. In *Repositorio Académico USMP*. <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3403>

38. Teeple, R., Caplan, J., & Stern, T. (2009). Visual Hallucinations: Differential Diagnosis and Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.*, 11(1), 26–32. <https://doi.org/4088/pcc.08r00673>
39. Trujillo, A., Ugalde, M., & Valdivieso, D. (2013). *Prevalencia de adicción de las tecnologías de información y comunicación trastornos de personalidad en estudiantes de facultad de ciencias medicas universidad de Cuenca,2013* [Universidad de Cuenca]. <http://192.188.48.14/bitstream/123456789/5103/1/MED25.pdf>
40. Tschoeke, S., Steinert, T., Flammer, E., & Uhlmann, C. (2014). Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 544–549. <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000159>
41. Vanegas, G., Barbosa, A., & Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 18. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1038>
42. Williams, L. M., Sidis, A., Gordon, E., & Russell, M. (2006). “Missing links” in borderline personality disorder: loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control. *Journal of Psychiatric and Neuroscience*, 31(16699604), 181–188.
43. Witt, S. H., Streit, F., Jungkunz, M., Frank, J., Awasthi, S., Reinbold, C. S., Treutlein, J., Degenhardt, F., Forstner, A. J., Heilmann-Heimbach, S., Dietl, L., Schwarze, C. E., Schendel, D., Strohmaier, J., Abdellaoui, A., Adolfsson, R., Air, T. M., Akil, H., Alda, M., ... Rietschel, M. (2017). Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 7(6), e1155. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.115>
44. Wong, J., Bahji, A., & Khalid-Khan, S. (2020). Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/0706743719878975>