

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,
Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, POLICONSUMO Y VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL EN EL EMBARAZO: REVISIÓN NARRATIVA Y PROPUESTA DE PROTOCOLO CLÍNICO

**BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, POLYSUBSTANCE USE,
AND PSYCHOSOCIAL VULNERABILITY DURING PREGNANCY: A
NARRATIVE REVIEW AND PROPOSAL FOR A CLINICAL PROTOCOL**

Carlos Armando Herrera-Huerta

Asociación Ibero-latinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría-AILANCYP, México

Christian Antonio Saldivar-Tapia

Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS, México

Lucía del Carmen Márquez Avilez

Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, México

César Dalí González Gastélum

Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, México

Enrique Camarena Robles

AILANCYP, México

Pedro Moreno Gea

psiquiatria.com, España

Ana Irais Becerra Durand

Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, México

Trastorno Límite de la Personalidad, Policonsumo y Vulnerabilidad Psicosocial en el Embarazo: Revisión Narrativa y Propuesta de Protocolo Clínico

Carlos Armando Herrera-Huerta¹

drherrerasaludmental@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9677-2344>

Asociación Iberoamericana de Neurociencias y Psiquiatría-AILANCYP
México

Christian Antonio Saldivar-Tapia

christianstapia@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-7136-2942>

Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS
México

Lucía del Carmen Márquez Avilez

luciamarqueza.psiquia@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-4582-7863>

Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte
México

César Dalí González Gastélum

gonzalez.cd@hotmail.com

<http://orcid.org/0000-0002-4026-4989>

Hospital Psiquiátrico Cruz de Norte
México

Enrique Camarena Robles

camarenarobles55@gmail.com

AILANCYP

México

Pedro Moreno Gea

pmoreno@psiquiatria.com

psiquiatria.com

España

Ana Irais Becerra Durand

anairais_02@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4612-6776>

Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora
México

¹ Autor principal.

Correspondencia: drherrerasaludmental@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el trastorno límite de la personalidad (TLP) durante la gestación representa un escenario clínico complejo, potenciado por la frecuente comorbilidad con el policonsumo y la alta vulnerabilidad psicosocial. **Métodos:** se realizó una revisión narrativa de la literatura científica (1995–2024) en bases de datos como PubMed, SciELO y Google Académico. Se incluyeron 174 referencias entre estudios clínicos, revisiones y guías sobre TLP, embarazo, consumo de sustancias y salud mental perinatal. **Resultados:** las gestantes con TLP presentan tasas elevadas de embarazo no planificado y ausencia de redes de apoyo estables. Hasta el 78 % desarrolla un trastorno adictivo a lo largo de la vida; entre un 33 % y 50 % incurre en policonsumo activo. Estas condiciones se asocian con mayor riesgo obstétrico: parto pretérmino (OR 1.54), preeclampsia (17.4 % vs. 8.8 % en controles), corioamnionitis (OR 1.65), cesárea (OR 1.44) y rotura prematura de membranas (OR 1.4). El 21 % de los neonatos requiere ingreso a UCIN; hasta el 84 % desarrolla apego inseguro. Se documentan alteraciones epigenéticas (hipermetilación de NR3C1), neuroanatómicas (↓volumen frontal, ↑amígdala) y disfunciones ejecutivas en la madre. **Discusión:** se propone un protocolo clínico escalonado con cribado universal en atención primaria (ASSIST, K10, BSL-23), derivación a unidades especializadas y abordajes integrados en contextos de alta complejidad. Incluye psicoterapia adaptada (DBT, MBT, STEPPS), farmacoterapia segura (sertralina, quetiapina, lamotrigina), y estrategias de reducción de daños. El modelo busca mejorar la adherencia, reducir la morbilidad materno-fetal y cortar el ciclo intergeneracional de la psicopatología.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, embarazo, vulnerabilidad psicosocial, policonsumo, salud perinatal



Borderline Personality Disorder, Polysubstance Use, and Psychosocial Vulnerability During Pregnancy: A Narrative Review and Proposal for a Clinical Protocol

ABSTRACT

Introduction: borderline Personality Disorder (BPD) during pregnancy represents a complex clinical scenario, often compounded by polysubstance use and pronounced psychosocial vulnerability. **Methods:** a narrative literature review was conducted (1995–2024) using databases such as PubMed, SciELO, and Google Scholar. A total of 174 references were included, encompassing clinical studies, meta-analyses, reviews, and clinical guidelines focused on BPD, pregnancy, substance use, and perinatal mental health. **Results:** pregnant women with BPD show elevated rates of unplanned pregnancies and lack of stable support networks. Up to 78% develop a substance use disorder in their lifetime, and between 33% and 50% engage in active polysubstance use. These conditions are associated with increased obstetric risks: preterm labor (OR 1.54), preeclampsia (17.4% vs. 8.8%), chorioamnionitis (OR 1.65), cesarean delivery (OR 1.44), and premature rupture of membranes (OR 1.4). Around 21% of neonates require NICU admission, and up to 84% exhibit insecure attachment styles. Additional findings include epigenetic changes (NR3C1 hypermethylation), neuroanatomical alterations (↓frontal volume, ↑amygdala), and executive dysfunction in the mother. **Discussion:** a stepped-care clinical protocol is proposed, involving universal screening in primary care (ASSIST, K10, BSL-23), referral to specialized units, and integrated interventions adapted to complex settings. The protocol includes psychotherapies (DBT, MBT, STEPPS), cautious pharmacotherapy (sertraline, quetiapine, lamotrigine), and harm reduction strategies. This model aims to improve treatment adherence, reduce maternal-fetal morbidity, and break the intergenerational cycle of psychopathology.

Keywords: borderline personality disorder, pregnancy, psychosocial vulnerability, polysubstance use, perinatal health

Artículo recibido 15 enero 2026

Aceptado para publicación: 21 febrero 2026



INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica caracterizada por impulsividad, inestabilidad afectiva y conductas de alto riesgo que pueden complicar de manera importante el curso de un embarazo, lo que implica múltiples desafíos clínicos. Este trastorno se asocia con una marcada dificultad en la regulación emocional, patrones interpersonales inestables y una elevada reactividad frente a situaciones de estrés (American Psychiatric Association, 2022; Crowell et al., 2009; Leichsenring et al., 2023), factores que pueden interferir de forma significativa en la estabilidad psicosocial de la gestante y en su capacidad para mantener una adecuada adherencia a los cuidados prenatales. Estas características clínicas pueden traducirse en mayores dificultades para sostener redes de apoyo estables, mantener relaciones interpersonales saludables y afrontar de manera adaptativa las demandas emocionales propias del embarazo.

Es usual que el TLP coexista con trastornos por uso de sustancias; estimándose que hasta un 78 % de quienes padecen TLP desarrolla algún tipo de adicción a lo largo de su vida (Zanarini et al., 2004). Este dúo, TLP–adicciones, es especialmente preocupante en la etapa perinatal, ya que el policonsumo durante el embarazo se asocia a riesgos añadidos para la madre y para el feto o neonato (Ross & Graham, 2011; Behnke & Smith, 2013).

En las últimas décadas ha aumentado el interés por comprender cómo la combinación de TLP y consumo de sustancias impacta la salud perinatal y qué intervenciones pueden mejorar los desenlaces. Este interés creciente también responde al reconocimiento de la salud mental perinatal como un componente fundamental de la salud pública, debido a sus implicaciones para el bienestar materno y el desarrollo infantil temprano. A la par, se han desarrollado enfoques especializados (unidades de psiquiatría perinatal, clínicas de diagnóstico dual en el embarazo) que buscan brindar atención integral a estas pacientes mediante modelos de intervención interdisciplinarios (Taylor et al., 2015; Howard et al., 2014). Sin embargo, persisten brechas en la detección temprana y en la disponibilidad de protocolos de tratamiento basados en evidencia, particularmente en países de ingresos medios y bajos, donde los recursos especializados suelen ser limitados y los sistemas de salud enfrentan importantes desigualdades estructurales.



El presente artículo tiene como objetivo describir la prevalencia y características clínicas del TLP en el embarazo, analizar su asociación con el policonsumo y la vulnerabilidad psicosocial, y proponer un protocolo clínico escalonado adaptado a panoramas de alta complejidad en contextos clínicos y sanitarios caracterizados por elevada vulnerabilidad social.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura, utilizando fuentes bibliográficas en español e inglés con el objetivo fue abarcar un panorama amplio de la evidencia relevante. Para ello, se identificaron artículos mediante búsquedas en bases de datos como PubMed, SciELO y Google Académico, empleando términos como “*trastorno límite de la personalidad*”, “*embarazo*”, “*borderline personality disorder pregnancy*”, “*policonsumo en embarazo*” y “*dual diagnosis pregnancy*”.

Se incluyeron estudios clínicos, metaanálisis, revisiones previas y guías de práctica que aportaran información sobre prevalencia, resultados obstétricos y neonatales, factores psicosociales asociados y enfoques de tratamiento para el TLP durante el embarazo. La selección de literatura se centró en publicaciones de los últimos 25 años, periodo en el cual ha aumentado el interés en salud mental perinatal. También se consideraron trabajos clásicos o especialmente relevantes anteriores a dicho rango, siempre que sus hallazgos se mantuvieran vigentes. Adicionalmente, se revisaron informes y guías clínicas de organismos especializados, como el NICE y el Ministerio de Sanidad, en busca de recomendaciones aplicables.

Los hallazgos extraídos se organizaron en ejes temáticos para su análisis y síntesis: (1) datos epidemiológicos y clínicos del TLP en el embarazo; (2) prevalencia y perfil del consumo de sustancias en gestantes con TLP; (3) consecuencias perinatales, neuropsicológicas y transgeneracionales del policonsumo en este contexto; (4) abordajes integrales por nivel de atención; (5) propuestas de protocolos escalonados en contextos de alta vulnerabilidad, con énfasis en Latinoamérica; y (6) intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas eficaces durante la gestación. Finalmente, se discuten las implicaciones clínicas y se proponen recomendaciones para el diseño de protocolos en entornos hospitalarios de primer, segundo y tercer nivel.



La búsqueda inicial identificó aproximadamente 174 registros bibliográficos. Posteriormente, tras la eliminación de duplicados y la evaluación de pertinencia temática, 60 artículos publicados entre 1995 y 2024 fueron seleccionados para el análisis detallado, mientras que otras fuentes complementarias se utilizaron como marco conceptual y contextual.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La revisión narrativa realizada permitió identificar que el trastorno límite de la personalidad (TLP) durante el embarazo se asocia con un perfil clínico y psicosocial de alta complejidad. Los estudios analizados muestran que las gestantes con TLP presentan con mayor frecuencia embarazo no planificado, menor estabilidad en las relaciones de pareja, escaso apoyo social y una elevada carga de comorbilidad psiquiátrica, especialmente depresión mayor y trastorno por estrés postraumático. Asimismo, se documentó una importante coexistencia con trastornos por uso de sustancias, observándose que hasta el 78 % de las personas con TLP desarrolla alguna adicción a lo largo de la vida y que entre un tercio y casi la mitad de las gestantes con este diagnóstico incurre en policonsumo activo durante la gestación.

En términos obstétricos y perinatales, la evidencia revisada indica mayor riesgo de parto pretérmino, preeclampsia, corioamnionitis, rotura prematura de membranas y cesárea. También se observaron peores desenlaces neonatales, incluyendo mayor frecuencia de bajo peso al nacer, ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales y síndrome de abstinencia neonatal en casos de exposición a opioides y otras sustancias. De igual manera, se identificaron repercusiones neuropsicológicas y transgeneracionales, como alteraciones en el apego temprano, dificultades en la autorregulación infantil y cambios epigenéticos asociados con exposición prenatal a estrés y sustancias.

TLP y embarazo: magnitud epidemiológica y clínica

Aunque la prevalencia de TLP en la población general es de alrededor del 2–3%, (Grant et al, 2008; APA, 2022; Leichsenring *et al*, 2023), estudios poblacionales indican que está presente en una proporción no despreciable de embarazos. Un análisis de registros hospitalarios de EE. UU. (2003–2012) encontró una incidencia de 11.6 casos de TLP por cada 100 000 nacimientos (Zubizarreta, M., & Mahendran, R., 2019).



Las mujeres embarazadas con TLP tienden a compartir ciertas características: en promedio son más jóvenes, con mayor frecuencia solteras, con menor apoyo social, con nivel socioeconómico bajo y presentan altas tasas de comorbilidad psiquiátrica. En cohortes clínicas se ha reportado que más del 60% de gestantes con TLP cumplen criterios de depresión mayor y alrededor de 30% tienen trastorno por estrés postraumático (TEPT), lo cual refleja historias de experiencias traumáticas previas (Miller *et al*, 2018; Silva, R. R., & Cloitre, M., 2022; Howard *et al.*, 2014; Paris & Zweig-Frank, 2001). Estos factores contribuyen a que muchas de estas gestaciones no hayan sido planificadas y ocurran a edades tempranas, producto de conductas sexuales impulsivas o relaciones de pareja inestables que contribuyen a una incesante transmisión generacional de patrones conductuales desadaptativos (Saldana, L. R., & Stanton, 2017).

Otro aspecto clínico relevante es la frecuente polifarmacia previa al embarazo en pacientes con TLP (Brähler, *et al* 2015; Nguyen *et al.*, 2024), ya que muchas están en tratamiento psicofarmacológico por comorbilidades al momento de concebir. Nguyen *et al.* (2024) hallaron que el 87.5% de sus pacientes estaban bajo al menos un psicotrópico durante la gestación y 29% tomaban tres o más medicamentos. Lo que resalta la importancia de planificar cuidadosamente la medicación en mujeres con TLP en edad fértil para evitar los riesgos teratogénicos.

En síntesis, el perfil psicopatológico-epidemiológico-obstétrico de la gestante con TLP se caracteriza por: (a) *alto riesgo psicosocial (edad joven, bajo apoyo)*, (b) *alta carga de psicopatología comórbida*, (c) *uso frecuente de múltiples medicamentos psicotrópicos*, y (d) *necesidad de soporte multidisciplinario (psiquiatría, trabajo social, obstetricia especializada) durante la gestación*. Este contexto complejiza la atención obstétrica y pediátrica, requiriendo de protocolos integrales que aborden simultáneamente la salud mental de la madre y el bienestar del feto.

Consumo de sustancias en gestantes con TLP: prevalencia y características

La comorbilidad entre TLP y trastornos por uso de sustancias está bien documentada, habiendo estudios epidemiológicos que señalan que cerca de la mitad de las personas con TLP presentan un trastorno adictivo activo en un momento dado. La cifra de comorbilidad a lo largo de la vida en este grupo puede alcanzar el 70–80%, particularmente con alcohol y drogas estimulantes (Trull *et al*, 2018; Zimmerman & Coryell, 2015). En el contexto de la gestación, esta propensión al consumo persiste e incluso puede

exacerbarse debido a la dificultad para modular el estrés sin recurrir a estrategias maladaptativas, secundario a la búsqueda de alivio rápido a la disforia y la impulsividad en la toma de decisiones: un mecanismo defectuoso de autoregulación (Tragesser & Robinson, 2009). Diversos trabajos sugieren que entre un tercio y casi la mitad de las mujeres embarazadas con TLP consumen dos o más sustancias de forma concomitante (policonsumo) (Miller, Templeton, & Culpepper, 2018).

Un estudio prenatal español (WOMAP) halló que el 30.5 % de 2,014 gestantes consumía tabaco y el 9.8 % presentaba trastorno dual, lo que confirma la alta coexistencia de síntomas psiquiátricos y uso de sustancias en obstetricia, aun sin centrarse en TLP (Carmona-Camacho, López-Cargintero, & Barrigón, 2021). Las sustancias más comunes fueron tabaco (~30–40 %) (Lange et al., 2018), alcohol (15–20 %) y, en menor medida, cannabis e hipnosedantes (2–5 %) (Brown et al., 2019; Clark et al., 2020). El 42.5 % de las gestantes fumadoras lo hacía a diario y el 37 % de las usuarias de alcohol presentó consumo problemático según AUDIT, indicando policonsumo de distintas clases químicas (Tran et al., 2023). Aunque tabaco y alcohol predominan, el perfil de consumo varía regionalmente; en Latinoamérica pueden observarse patrones con inhalables o metanfetaminas.

Estos hallazgos refuerzan que, en la práctica clínica, toda gestante con diagnóstico de TLP debe considerarse en riesgo elevado de consumo de sustancias y amerita un cribado proactivo. Vale resaltar que las gestantes con TLP y consumo frecuentemente ocultan o minimizan su uso por temor a ser juzgadas o a consecuencias legales, por lo que es fundamental que los profesionales adopten un enfoque de cribado no punitivo y empático. No obstante, en algunas mujeres el embarazo puede motivar el deseo de cambio y apertura al tratamiento, representando una “*ventana de oportunidad*” para intervenir.

Guías internacionales – como la de la OMS (2014) – recomiendan realizar preguntas de rutina sobre consumo en la primera consulta prenatal, usando instrumentos validados en un ambiente de confidencialidad y apoyo. De igual modo, el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) enfatiza el cribado universal temprano del uso de sustancias, acompañado de consejería breve, en lugar de pruebas toxicológicas coercitivas, para fomentar la honestidad y la vinculación al cuidado (ACOG, 2011) (Tabla 1).



Consecuencias perinatales, neuropsicológicas y transgeneracionales del policonsumo en TLP

Consecuencias obstétricas y perinatales

Las mujeres con TLP, especialmente aquellas con consumo activo de sustancias, enfrentan tasas elevadas de complicaciones durante la gestación y el parto. Un estudio retrospectivo amplio (Pare-Miron *et al.*, 2016) demostró que el diagnóstico de TLP se asocia significativamente con varios desenlaces obstétricos adversos aun controlando por otros factores. Por ejemplo, comparadas con mujeres sin TLP, las gestantes con TLP presentan mayor riesgo de rotura prematura de membranas (OR ~1.4), corioamnionitis (OR ~1.65) e infecciones obstétricas en general. También se han reportado más partos por cesárea (OR ~1.44) y mayor incidencia de parto pretérmino (OR ~1.54). Parte de este riesgo puede atribuirse al efecto directo de las sustancias: por ejemplo, el consumo de estimulantes como cocaína y metanfetamina incrementa las contracciones uterinas y puede inducir trabajo de parto prematuro (riesgo relativo ~1.7). (*Review on borderline personality disorder and pregnancy: Possible interventions to improve outcomes*, 2022) **(Imagen 1)**.

Datos de una clínica especializada en Australia indicaron que las gestantes con TLP presentaron el doble de incidencia de preeclampsia en comparación con la población general (17.4% vs 8.8%). Si además hay consumo de sustancias vasoactivas (p. ej., cocaína, anfetaminas), el riesgo de crisis hipertensivas se potencia, aumentando el peligro tanto para la madre (síndromes hipertensivos graves, eclampsia) como para el feto (restricción de crecimiento, desprendimiento placentario). De hecho, el tabaquismo materno casi duplica el riesgo de placenta previa (OR ~1.6) y el uso de cocaína eleva ≥ 2 veces la probabilidad de desprendimiento prematuro de placenta, causas importantes de hemorragia obstétrica y morbilidad perinatal (Handler *et al.*, 1994; Nguyen *et al.*, 2024).

La diabetes gestacional (DG) podría ser más frecuente en mujeres con TLP, aunque no existen estudios específicos. Evidencia en trastornos mentales severos sugiere un mayor riesgo, atribuible a estilos de vida poco saludables y al uso de antipsicóticos atípicos con efecto metabólico, lo que obliga a vigilar peso y glucemia en estas pacientes (Galbally *et al.*, 2020). Los fetos expuestos al binomio TLP/policonsumo enfrentan mayores riesgos de RCIU, bajo peso al nacer y parto pretérmino. Incluso sin consumo, las mujeres con TLP presentan más del doble de partos <37 semanas, posiblemente por estrés crónico y controles prenatales irregulares. El uso habitual de cannabis incrementa la prematuridad



(OR ~1.3–1.4) (Marshall et al., 2020; ACOG, 2017). Tras el nacimiento, ~21 % de los neonatos de madres con TLP requieren ingreso a UCIN, frente a ~8 % en controles (Blankley et al., 2015). Las causas incluyen prematuridad, complicaciones periparto y síndrome de abstinencia neonatal (NAS). Este último afecta al 60–80 % de los expuestos a opioides sin tratamiento sustitutivo; incluso con metadona o buprenorfina, ~50 % necesitan medicación postnatal (morfina o fenobarbital).

Otro problema potencial son las malformaciones congénitas: el alcohol es la sustancia teratógena por excelencia (riesgo de síndrome alcohólico fetal, con malformaciones craneofaciales y cardíacas, y discapacidad intelectual) (Gray & Day, 2018). Se estima que el consumo moderado-alto de alcohol durante el embarazo aumenta en ~83% la probabilidad de que el niño tenga un coeficiente intelectual <85 a los 7 años. Asimismo, se atribuye al alcohol cerca del 18% de las muertes fetales, consolidándolo como una de las principales causas prevenibles de pérdida gestacional. Por estas razones, las guías clínicas insisten en la abstinencia completa de alcohol en embarazadas (American Academy of Pediatrics, 2009; Interrante et al, 2021).

Implicaciones neuropsicológicas en la madre y el niño

El TLP materno y el policonsumo generan alteraciones neuropsicológicas que afectan la relación madre-hijo y el desarrollo infantil. Metaanálisis reportan déficits moderados a marcados en funciones ejecutivas, cognición social, memoria de trabajo y atención sostenida, agravados por el uso de sustancias. Estas disfunciones favorecen negligencias en el cuidado: omisión de necesidades básicas, falta de detección de malestar o exposición a riesgos. Además, las fallas en mentalización predisponen a malinterpretaciones afectivas, como percibir rechazo donde no lo hay, lo que lleva a respuestas impulsivas e inconsistentes, generando apego inseguro o desorganizado. Este patrón es común en madres con TLP, quienes alternan conductas cariñosas con respuestas atemorizantes o ausentes. Aproximadamente el 84 % de sus hijos desarrollan apego no seguro, frente al 30–40 % en la población general (Lyons-Ruth, 2019) (**Imagen 2**).

La neuroimagen estructural y funcional en pacientes con TLP ha revelado alteraciones consistentes que explican parte de la disregulación emocional en el embarazo. Se observa una reducción del volumen frontal (~6 %) y de la sustancia blanca prefrontal, lo que afecta el control inhibitorio y la planificación. Anomalías en el giro poscentral y precúneo derechos se asocian con disociación. A nivel límbico, hay



disminución hipocampal (síntomas depresivos) y aumento del volumen amigdalario (reactividad emocional). El adelgazamiento del cuerpo calloso, ligado al trauma temprano, indica integración deficiente entre redes afectivas y cognitivas. Esta tríada (frontal–límbica–interhemisférica) configura un sustrato de impulsividad, hipersensibilidad emocional y baja mentalización, que compromete la regulación afectiva y la vinculación prenatal (Lis, 2007) (**Imagen 3**).

En general, los hijos de madres con TLP reportan mayor incidencia de retrasos en hitos del desarrollo cognitivo y lingüístico, dificultades en la autorregulación emocional y trastornos de conducta en la infancia temprana (0–5 años). Consecuentemente, se calcula que los hijos de progenitores con trastornos de personalidad tienen un riesgo 2–3.5 veces mayor de presentar algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida (Stepp et al, 2011; Kaess *et al*, 2021).

Los mecanismos biológicos implicados en las consecuencias transgeneracionales del TLP materno y el policonsumo comprenden alteraciones neuroendocrinas y epigenéticas. Durante la gestación, se han documentado niveles elevados e inestables de cortisol y catecolaminas, que pueden sobrecargar la acción protectora placentaria de la enzima 11 β -HSD2, permitiendo un exceso de glucocorticoides que afecta al feto. En estos contextos, se ha identificado hipermetilación del gen del receptor de glucocorticoides (NR3C1) en sangre de cordón umbilical, asociada con una hiperrespuesta al estrés en el recién nacido. A los tres meses, lactantes de madres con TLP muestran niveles elevados de cortisol ante estímulos menores, correlacionados con esta misma alteración epigenética. Además, se ha observado menor expresión de BDNF por metilación de su promotor y disrupciones en microARN placentarios (miR-16, miR-124) involucrados en circuitos neuroafectivos, lo que podría interferir en el desarrollo cerebral y en la regulación emocional de la descendencia (Boersma et al., 2014; Palma-Gudiel et al., 2015; Chalfun et al., 2022) (**Imagen 4**). En suma, las consecuencias del binomio TLP + policonsumo durante la gestación se extienden más allá del período perinatal inmediato, afectando el neurodesarrollo y la salud mental de la siguiente generación (**Imagen 5**).

Abordajes integrales por niveles de atención.

Dada la complejidad multidimensional de estas pacientes, las mejores prácticas clínicas abogan por un **modelo escalonado de atención** (*stepped care*), que involucre a todos los niveles del sistema de salud,

mientras que se enfatiza la detección temprana, la derivación oportuna y la coordinación interdisciplinaria (Tabla 2, Imagen 6).

Nivel de atención primaria (cribado e intervención inicial)

El primer contacto de una mujer embarazada con el sistema de salud suele ocurrir en clínicas comunitarias o consulta general. Aquí es crucial implementar un **cribado estructurado universal** para detectar consumo de sustancias y problemas de salud mental en todas las gestantes, idealmente durante el primer trimestre. Herramientas breves recomendadas incluyen (Imagen 7):

- **Cuestionario ASSIST** de la OMS (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test) para tamizaje de uso de sustancias, considerando puntajes ≥ 4 como indicativos de riesgo moderado y ≥ 27 de riesgo alto (WHO, 2010).
- **Escala K10 (Kessler-10)** para malestar psicológico general, donde puntajes ≥ 20 sugieren distrés significativo que amerita evaluación mental más profunda (Kessler, 1994).
- Instrumentos específicos para depresión y ansiedad perinatal (**PHQ-9, GAD-7, EPDS, PASS**) y para síntomas de TLP si se sospecha, como la **Borderline Symptom List-23 (BSL-23)** (Cox, 1987; Kroenke, 2001; Spitzer *et al.*, 2006; Somerville *et al.*, 2014; Bohus *et al.*, 2009).
- Preguntas directas y no acusatorias sobre historial psiquiátrico y consumo actual de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, integradas a la anamnesis prenatal rutinaria.

Es fundamental que este cribado se realice de manera no punitiva y empática, explicando a la paciente que el objetivo es ayudarla a ella y a su bebé. La literatura muestra que un ambiente de confianza aumenta la honestidad al revelar consumos. Cuando la paciente niega, pero existen indicadores (marcadores biológicos, comportamiento), se puede recurrir a pruebas toxicológicas con consentimiento, evitando una actitud coercitiva (Louw, 2018).

Si el cribado resulta positivo o brinda datos de alarma, se debe derivar al siguiente nivel en menos de 24 horas. Mientras tanto, en el primer nivel se pueden brindar intervenciones breves, como consejería básica sobre los riesgos del consumo e iniciar técnicas de entrevista motivacional para estimular cambios (estableciendo metas de reducción de consumo) (Stotts, 2002).

También es pertinente en este nivel activar apoyos sociales: conectar a la paciente con programas comunitarios o servicios de asistencia social si se detectan carencias socioeconómicas. Resumiendo, la



atención primaria debe funcionar como “puerta de entrada” que identifique el problema y movilice recursos (Kay *et al*, 2024).

Nivel de atención secundaria (evaluación especializada e intervenciones intermedias)

Incluye unidades de salud mental de segundo nivel o clínicas de obstetricia con soporte psiquiátrico. Aquí el objetivo es evaluar diagnósticos y necesidades en profundidad, e implementar tratamientos iniciales. Las pacientes con TLP y sospecha de consumo derivadas deben ser vistas idealmente por un equipo perinatal multidisciplinario (obstetra de alto riesgo, psiquiatra, psicólogo perinatal, trabajador social) (Imagen 8).

Durante la evaluación se confirman diagnósticos utilizando entrevistas clínicas estructuradas. Además, se aplican escalas para dimensionar la severidad:

- **Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9)** para síntomas depresivos y **Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7)** para síntomas de ansiedad.
- **Escala de estrés postraumático (PCL-5)** en caso de haber historial traumático para valorar TEPT (Weathers *et al*, 2013).
- **Lista de síntomas de Trastorno Límite (BSL-23)** u otra escala de TLP para objetivar sintomatología borderline (inestabilidad, impulsividad, etc.).
- **Pruebas de laboratorio**, como toxicología de orina con consentimiento informado, para corroborar consumo e informar el plan de manejo.

Con esta información, se estratifica el riesgo: consumo leve-intermitente podría manejarse ambulatoriamente con apoyo especializado, sin embargo; de considerarse riesgo alto, se debe derivar a tercer nivel.

En este nivel, se inicia el plan de manejo integrado e individualizado. Este puede incluir psicoeducación, establecer metas realistas, ofrecer grupos de apoyo, implementar planes de seguridad e inclusive realizar intervenciones psicológicas breves, como la terapia dialéctico-conductual breve adaptada (módulos reducidos de DBT), la cual puede emplearse para dotar a la paciente de habilidades de tolerancia al malestar y regulación emocional ante *craving* (McHugh *et al*, 2009). El enfoque tiene que ser sensible y considerando las preferencias de la paciente (toma de decisiones compartida). La guía NICE (Reino

Unido) de salud mental perinatal recomienda involucrar a la madre en las decisiones sobre su tratamiento y respetando su autonomía, a menos que su capacidad esté gravemente comprometida.

Nivel de atención terciaria (atención perinatal especializada e interdisciplinaria)

Se incluyen hospitales de tercer nivel, unidades de psiquiatría perinatal y programas residenciales para embarazadas con adicciones. Es indicado para casos de alta complejidad como (Imagen 9):

- Dependencia establecida a opioides, alcohol u otras sustancias con necesidad de manejo médico del síndrome de abstinencia.
- TLP severo con conductas suicidas activas o descompensación psicótica.
- Comorbilidades obstétricas graves coexistentes (preeclampsia severa, desprendimiento placentario).
- Entornos sociales de riesgo extremo (situación de calle, violencia doméstica activa).

En este nivel, un **equipo interdisciplinario especializado** elabora un plan integral de atención, incluyendo:

- **Tratamiento sustitutivo** con metadona o buprenorfina para opioides, según guías SAMHSA, evitando desintoxicaciones rápidas durante el embarazo (Jones *et al.*, 2010).
- **Terapia de reemplazo nicotínico** si no se logra abstinencia con consejería.
- **Desintoxicación supervisada** para alcoholismo severo o benzodiazepinas, con tiamina IV para prevenir encefalopatía de Wernicke.
- **Terapias psicológicas intensivas**, como DBT estándar o MBT perinatal, combinadas con grupos de manejo de contingencias (Hand *et al.*, 2017; Hellberg *et al.*, 2023).
- **Atención obstétrica diferenciada**, con ultrasonidos seriados y ecocardiografías fetales cuando aplica (Patorno *et al.*, 2017).

El **plan de parto y posparto inmediato** debe contemplar analgesia adecuada, prevención de NAS con enfoque en el método “*Eat, Sleep, Console*” y lactancia materna supervisada si no existen contraindicaciones, siguiendo lineamientos ACOG y AAP (Kocherlakota, 2014).

Antes del alta, se planifica la **continuidad de cuidados**: seguimiento estrecho de salud mental y pediatría, más planificación familiar con métodos de larga duración para prevenir embarazos no planificados subsecuentes (Moniz *et al.*, 2016; Canfield *et al.*, 2017).



Protocolos clínicos escalonados en contextos de alta vulnerabilidad psicosocial

En comunidades con pobreza extrema, violencia y limitado acceso sanitario, los modelos descritos requieren adaptaciones innovadoras. (Imagen 10). Estrategias clave incluyen:

1. **Agentes comunitarios**, siguiendo modelos como el “*Nurse-Family Partnership*”, para visitas domiciliarias con promotoras capacitadas en apoyo perinatal y enlace con recursos (Olds *et al.*, 2006).
2. **Grupos psicoeducativos locales**, integrando educación perinatal y técnicas de mentalización y mindfulness, con inclusión de familiares para fortalecer redes de apoyo (Gómez-Sánchez *et al.*, 2020).
3. **Coordinación intersectorial**, mediante mesas de caso con salud, asistencia social y justicia, con enfoque no punitivo para aumentar la retención en cuidados (I-PROMOTE IL, 2023).
4. **Ruta clínica simplificada**, que estructure el tamizaje, derivación, clasificación de riesgo, manejo individualizado y seguimiento binomial madre-bebé, integrando telemedicina y psicología de atención primaria donde escasean psiquiatras.

Intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas durante la gestación

Intervenciones psicoterapéuticas eficaces (Imagen 11):

- **Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) adaptada al periparto**, enseñando habilidades de regulación emocional aplicadas a la maternidad, con evidencia en reducción de autolesiones y mejoría de adherencia (Kienast *et al.*, 2014).
- **Terapia basada en mentalización (MBT)** para fortalecer la sensibilidad materna y promover apego seguro (Slade *et al.*, 2020).
- **STEPPS**, adaptado para embarazadas cuando DBT no está disponible, con foco en manejo emocional y solución de problemas (Blum *et al.*, 2008).
- **Entrevista motivacional (EM)** y reducción de daños, eficaces en consumo de alcohol y tabaco (Smedslund *et al.*, 2011).
- **Manejo de contingencias**, premiando la abstinencia con incentivos tangibles, con resultados positivos en población perinatal con uso de sustancias (Miguel *et al.*, 2016).

Manejo psicofarmacológico prudente durante la gestación

No existe medicación específica para “tratar el TLP” en sí, pero sí para sus síntomas asociados (Imagen 12 y 13). Principios clave:

- **“Primero, no empeorar”**, iniciando fármacos solo si el riesgo sin tratar supera el riesgo de exposición fetal.
- **Monoterapia a mínima dosis eficaz**, priorizando fármacos con perfil de seguridad conocido (ej., sertralina para depresión).
- **Planificación preconcepcional**, evitando fármacos teratogénicos como valproato y asegurando suplementación con ácido fólico en transiciones (Christensen *et al.*, 2013).
- **Monitorización obstétrica** (ecografías de crecimiento, ecocardiogramas fetales cuando aplique) y consentimiento informado claro sobre riesgos y beneficios (McAllister-Williams *et al.*, 2017).
- **Lactancia supervisada**, continuando fármacos seguros (p. ej. sertralina, quetiapina) y vigilando efectos en el lactante, en coordinación con pediatría (Centers for Disease Control and Prevention, 2025; Gentile, 2015).

Elección racional de psicofármacos.

La selección de psicofármacos en el TLP durante el periodo perinatal debe guiarse por **dominios sintomáticos específicos**, más que por una aproximación diagnóstica rígida. Se proponen seis núcleos clínicos que orientan el uso racional de medicamentos: (1) afecto disfórico persistente, (2) alteraciones psicofisiológicas ansiosas, (3) inestabilidad conductual (especialmente cuando coexiste ideación suicida), (4) labilidad afectiva tipo ciclotimia, (5) brotes psicóticos breves y (6) síndromes de abstinencia específicos. Este enfoque permite alinear la prescripción con el **perfil sintomático predominante**, minimizando la polifarmacia innecesaria y priorizando intervenciones dirigidas y seguras. Así, se plantea una **farmacoterapia sintomática**, adaptada a las fases de mayor vulnerabilidad del TLP, especialmente útil durante el embarazo y posparto, cuando el balance riesgo-beneficio exige precisión clínica extrema (Imagen 14, Tabla 3).



Antidepresivos (depresión/estado disfórico).

Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) son de primera línea, destacando la **sertralina (50–200 mg/día)** como el antidepresivo más estudiado en embarazo, sin aumento significativo de malformaciones congénitas (>2,400 casos analizados). Además, ayuda en la impulsividad e irritabilidad basal propias del TLP, y su baja excreción en leche la hace segura en lactancia. Si un ISRS es insuficiente o no se tolera, se puede considerar un antidepresivo tricíclico, siendo la **amitriptilina (25–150 mg/día)** la opción clásica de segunda línea. Si bien los tricíclicos tienen bajo riesgo de malformaciones, pueden causar sedación y efectos anticolinérgicos en la madre y somnolencia neonatal si se usan cerca del parto (Gao *et al.*, 2018; Medicines Adverse Reactions Committee, 2020).

Es importante evitar **laparoxetina en el primer trimestre**, pues se ha asociado con un ligero aumento de defectos cardíacos (OR \approx 1.5–1.7). Si la paciente ya la toma y es imprescindible, se continúa con dosis mínima y ecocardiograma fetal a las 20 semanas. Los inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) como venlafaxina y duloxetina se reservan para casos refractarios a ISRS, considerando su posible asociación con hipertensión materna (venlafaxina) y síndrome de abstinencia neonatal leve. Una práctica recomendada es intentar disminuir gradualmente y suspender el antidepresivo 1–2 semanas antes del parto para minimizar el síndrome de adaptación neonatal, siempre que la madre esté emocionalmente estable; de lo contrario, se continúa y se manejan los síntomas neonatales transitorios, que suelen resolverse en menos de una semana (Boucher *et al.*, 2009; Baker *et al.*, 2010).

Ansiolíticos e hipnóticos (ansiedad patológica, insomnio)

La ansiedad intensa es frecuente en TLP perinatal. Se priorizan medidas no farmacológicas: terapia breve focalizada, técnicas de relajación, higiene del sueño y ejercicio moderado. Si esto no es suficiente y la ansiedad es incapacitante, pueden utilizarse:

- **Hidroxizina (25–50 mg/día)**, antihistamínico de primera generación con propiedades ansiolíticas. Aunque su uso es controversial por limitaciones de estudios en humanos, metaanálisis (>51,000 casos) no muestran aumento de malformaciones y puede usarse si el



beneficio supera el riesgo, por ejemplo en ansiedad severa que amenaza la estabilidad materno-fetal.

- **Mirtazapina (7.5–15 mg/noche)**, con efecto sedante y antiemético útil en pacientes con ansiedad severa e hiperémesis gravídica, sin evidencia teratogénica significativa (estudio prospectivo, 2021).
- **Quetiapina (12.5–50 mg nocturno)**, antipsicótico con efecto sedante en dosis bajas, sin asociación significativa a malformaciones y con excreción muy baja en leche (<0.5%).
- **Benzodiacepinas**, último recurso debido a riesgos de letargia neonatal y dependencia. Si son necesarias, se prefiere **lorazepam (0.5–2 mg/día)** por su vida media intermedia y menor acumulación fetal, evitando alprazolam por mayor riesgo de NAS y malformaciones (Gilboa *et al.*, 2009; Grigoriadis *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2024).

Antipsicóticos (inestabilidad conductual severa, ideación suicida, psicosis breve)

Indicados ante descompensaciones graves como ira incontrolable, estados disociativos o ideación paranoide transitoria que aumenten riesgo de autolesiones. Opciones:

- **Aripiprazol (5–15 mg/día)**, baja tasa de malformaciones, efecto modulador del humor y baja sedación.
- **Haloperidol (2–10 mg/día)**, antipsicótico típico con larga experiencia y sin señal teratogénica clara, compatible con lactancia, aunque con potencial de efectos extrapiramidales.
- **Quetiapina (50–300 mg/día)** en formulación prolongada, con buen perfil para síntomas psicóticos subumbrales.

Se evitan clozapina (riesgo de agranulocitosis) y ziprasidona (poca evidencia en embarazo) salvo casos específicos. La regla general es mantener ≤ 2 psicofármacos concomitantes (Einarson, 2009; Drugs and Lactation Database, 2021; Wang *et al.*, 2024).

Estabilizadores del ánimo (labilidad tipo bipolar)

Para oscilaciones afectivas marcadas, las opciones principales son:

- **Lamotrigina (≤ 300 mg/día)**, preferida por su seguridad: ~2.3% de malformaciones (similar a población general) y sin efectos neurodesarrollativos hasta los 6 años (EURAP, 2020).



- **Litio**, segunda línea si hay componente bipolar I con riesgo de manía o psicosis. Aunque se asocia a un modesto aumento de anomalía de Ebstein (OR ~1.9), con monitoreo adecuado y ecocardiografía fetal, su uso puede justificarse (Patorno *et al.*, 2017).

Se evitan valproato y carbamazepina por teratogenicidad alta. Si la paciente llega al control prenatal tomándolos, se realiza transición inmediata y suplementación con ácido fólico (Christensen *et al.*, 2013).

Polifarmacia y priorización

Cuando se requiere polifarmacia, se prefieren combinaciones simples y seguras (ej., sertralina + quetiapina), priorizando síntomas que amenacen la vida o salud materno-fetal (ideación suicida, abstinencia de opioides) antes que síntomas moderados (insomnio, disforia leve). Al acercarse el parto, se reevalúa la necesidad de cada medicamento, intentando simplificar el esquema en el posparto si la estabilidad clínica lo permite (Imagen 15).

Tratamiento de la adicción

La **buprenorfina** es alternativa eficaz a la metadona, con menor severidad de NAS, aunque la elección depende del cuadro individual. Para otras sustancias, no existen farmacoterapias aprobadas en embarazo, por lo que se recurre a medidas de soporte y psicoterapia intensiva.

Seguridad fetal de fármacos clave

Para resumir la evidencia de seguridad de algunos medicamentos mencionados, se puede citar: según la opinión del **ACOG N.º 836 (2023)**, los fármacos considerados de primera elección “seguros en embarazo” en salud mental perinatal incluyen **sertralina, quetiapina, lamotrigina y buprenorfina**. Otros con buen perfil son **citalopram, aripiprazol y haloperidol** (todos categorizados de bajo riesgo en la mayoría de guías). En cambio, **valproato** y otros teratógenos conocidos están en la lista de prohibidos. Las benzodiazepinas, como se discutió, no aumentan malformaciones mayores globalmente, pero su uso se limita por los efectos neonatales. Es tranquilizador para el clínico y la paciente saber que la mayoría de los psicofármacos actuales no son potentes teratógenos. Muchos se han usado extensamente: haloperidol, clorpromazina y los tricíclicos desde los años 60; litio desde los 70 (con su riesgo cardiaco manejable); los ISRS desde los 90 (con muchos datos acumulados, especialmente de sertralina, fluoxetina y citalopram sin evidencia de efectos mayores). Aun así, el mantra sigue siendo “**menos es más**” cuando se trata de medicar durante la gestación.



ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS

Tabla 1. Principios del abordaje integral.

PRINCIPIO	OBJETIVO
Sustitución segura + contención del uso	<i>Estabilizar la neuroadaptación (evitar picos de consumo y abstinencias bruscas) ↓ NAS y exposición fetal tóxica</i>
Protección obstétrica fetal integral	<i>Reducir prematuridad, RCIU y malformaciones (controles obstétricos intensivos y prevención de ITS)</i>
Tratamiento de la abstinencia	<i>Prevenir delirium, crisis y pérdida fetal</i>
Abordaje específico para el TLP (vulnerabilidad emocional-impulsividad)	<i>Modular reactividad y autolesión con DBT-Perinatal/STEPPS(apoyo farmacoterapéutico seguro)</i>
Vigilancia pre y postnatal	<i>Detectar complicaciones a tiempo:</i>
Empoderamiento psicosocial y legal	<i>Potenciar adherencia y resiliencia (¿el contexto brinda la seguridad necesaria?)</i>

Creación propia con información obtenida de diversas fuentes especializadas: SAMHSA (2018), el American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2023) y la revisión clínica de Kocherlakota (2014). Las consideraciones sobre complicaciones obstétricas se basan en los hallazgos de Marshall et al. (2020) y Galbally et al. (2019). Los aspectos relacionados con policonsumo y síndrome de abstinencia neonatal (NAS) se apoyan en las revisiones de Tran *et al.* (2023) y Young *et al.* (2023). Finalmente, el abordaje específico del trastorno límite de la personalidad y sus implicaciones terapéuticas se sustenta en los aportes de Bohuset *et al.* (2009), Hellberg *et al.* (2023) y Blum *et al.* (2008).

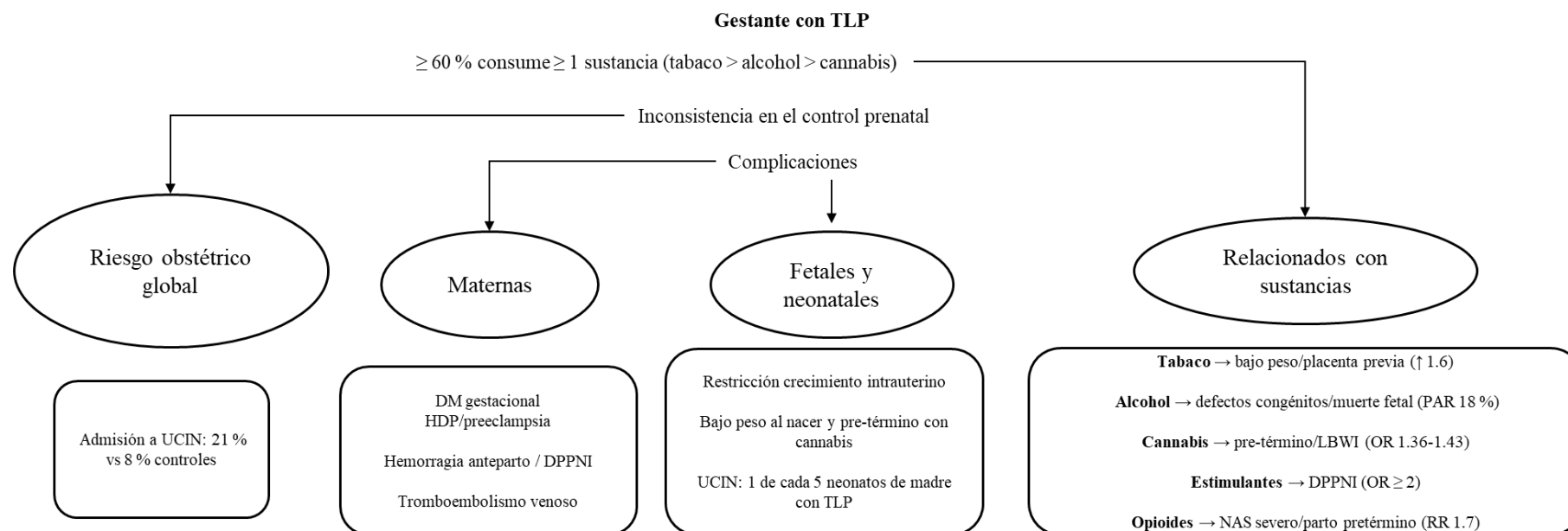
Tabla 2. Evaluación estratificada de riesgo.

Fase	Objetivo terapéutico
Fase 1	Cribado rápido (TLP, policonsumo, malestar psicológico).
Fase 2	Semáforo de gravedad (rojo/ámbar/verde) para primeras 24–48 h.
Fase 3	Profundizar en abstinencia, dependencia, efectos psiquiátricos y obstétrico-fetales.

Creación propia con información obtenida de fuentes especializadas en psiquiatría perinatal, adicciones y medicina materno-fetal: SAMHSA (2018); ACOG (2023); Galbally *et al.* (2019); Marshall et al. (2020); Tran *et al.* (2023); Young *et al.* (2023); Hellberg *et al.* (2023).



Imagen 1. Consecuencias obstétricas y perinatales.



Esquema de elaboración propia con base en evidencia extraída de Marshall *et al.* (2020); Tran *et al.* (2023); Galbally *et al.* (2019); Young *et al.* (2023); Hackshaw *et al.* (2011); Behnke & Smith (2013); Grigoriadis *et al.* (2019); Kocherlakota (2014); SAMHSA (2018).



Imagen 2. Implicaciones neuropsicológicas en la madre y el niño.

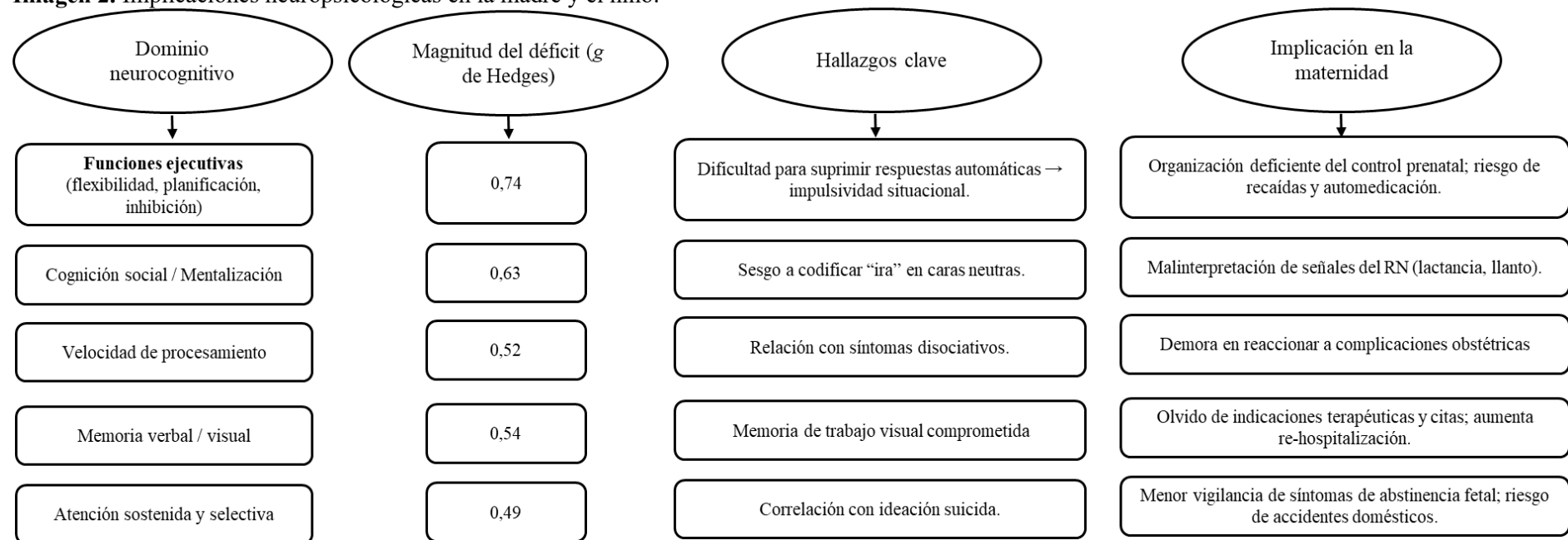


Figura basada en D'Iorio et al. (2024) y estudios previos (Behnke & Smith, 2013; Hellberg et al., 2023; Marshall et al., 2020). Las implicaciones maternas fueron desarrolladas por los autores a partir del análisis crítico de estos hallazgos.



Imagen 3. Alteraciones neuromorfológicas y su correlato neuropsicológico en pacientes con diagnóstico de TLP

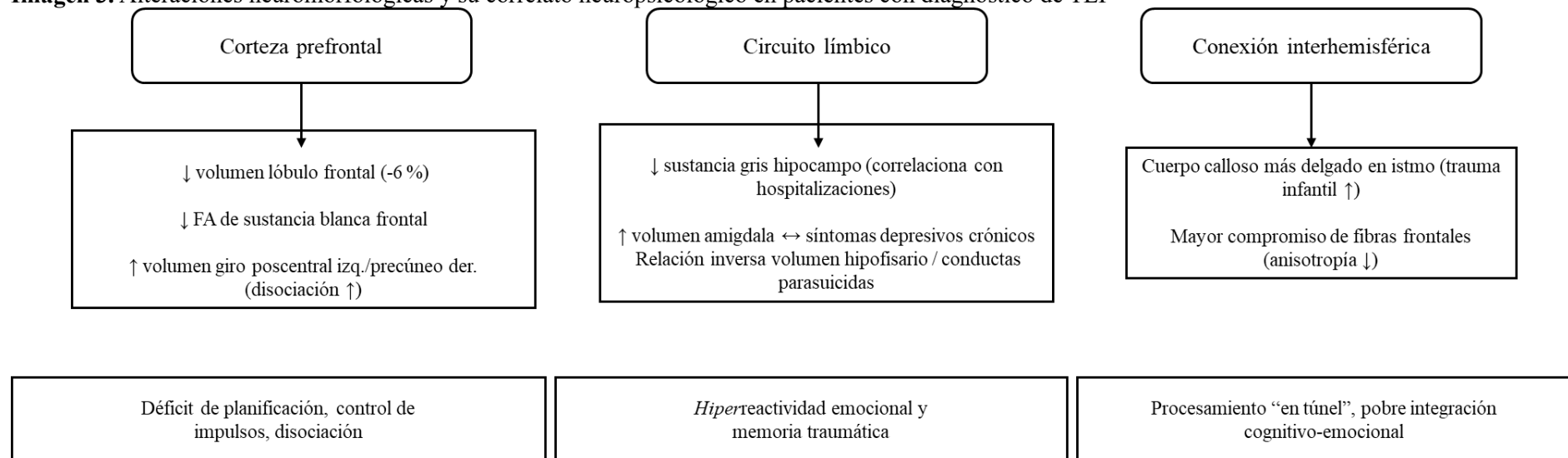


Figura de elaboración propia basada en la revisión de Lis *et al.* (2007), Ruocco & Carcone (2016), y neuroimágenes funcionales en pacientes con TLP reportadas por D’Iorio *et al.* (2024). El correlato psicopatológico de los sistemas se encuentra desarrollada por los autores a partir del análisis de dichos hallazgos.



Imagen 4. Mecanismos epigenéticos fetales.

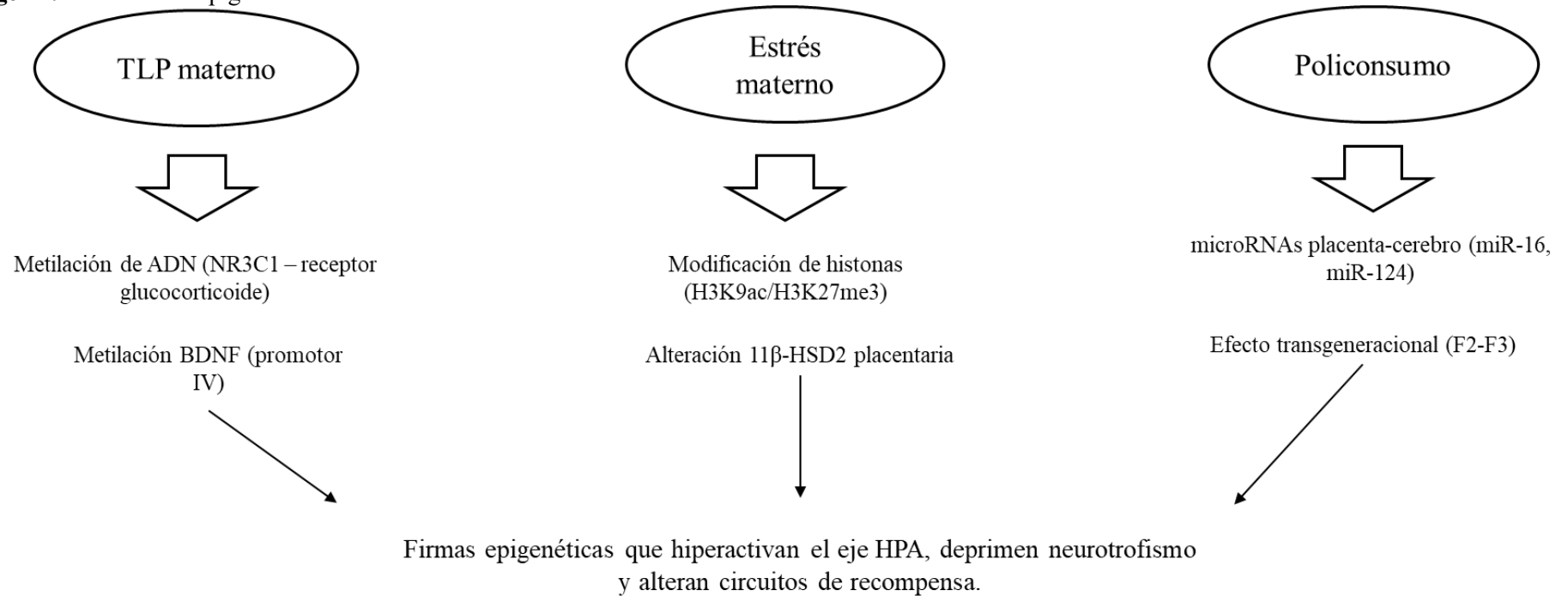


Figura de elaboración propia basada en revisiones epigenéticas de Palma-Gudielet *et al.* (2015), Chalfun *et al.* (2022), y Lis *et al.* (2007). La síntesis e integración de los mecanismos fue desarrollada por los autores a partir del análisis convergente de hallazgos moleculares y clínicos.



Imagen 5. Secuelas neuropsicológicas hijos gestantes de madres consumidoras y con diagnóstico de TLP.

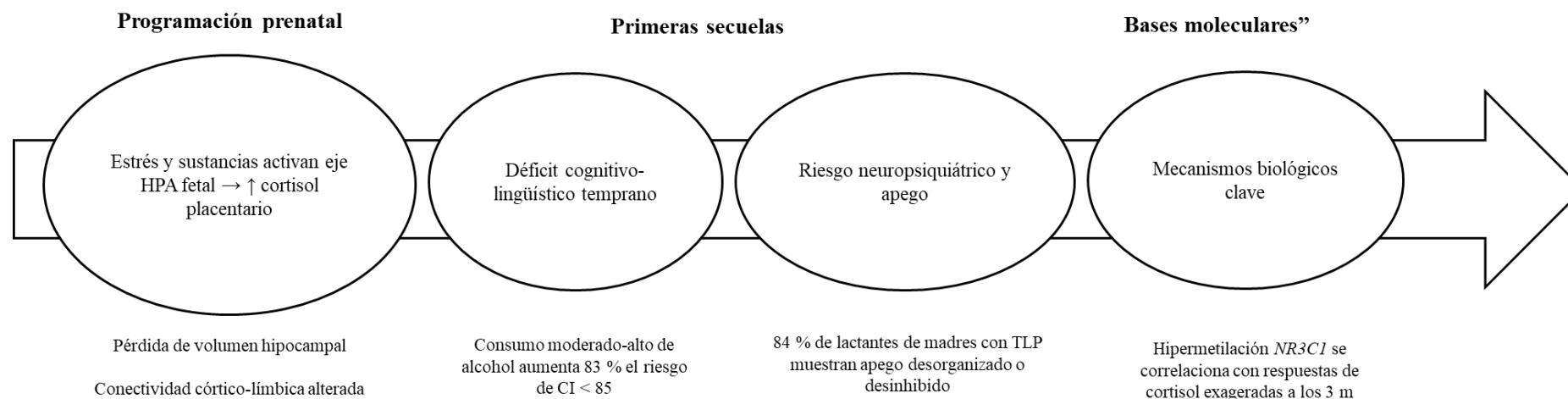


Figura elaborada por los autores con base en Palma-Gudiel et al. (2015), Chalfun et al. (2022), Gray & Day (2018) y Lyons-Ruth et al. (2019). El modelo secuencial integra hallazgos neurobiológicos, epigenéticos y vinculares en la primera infancia.



Imagen 6. Herramientas de cribado prenatal en un protocolo de evaluación integrado.

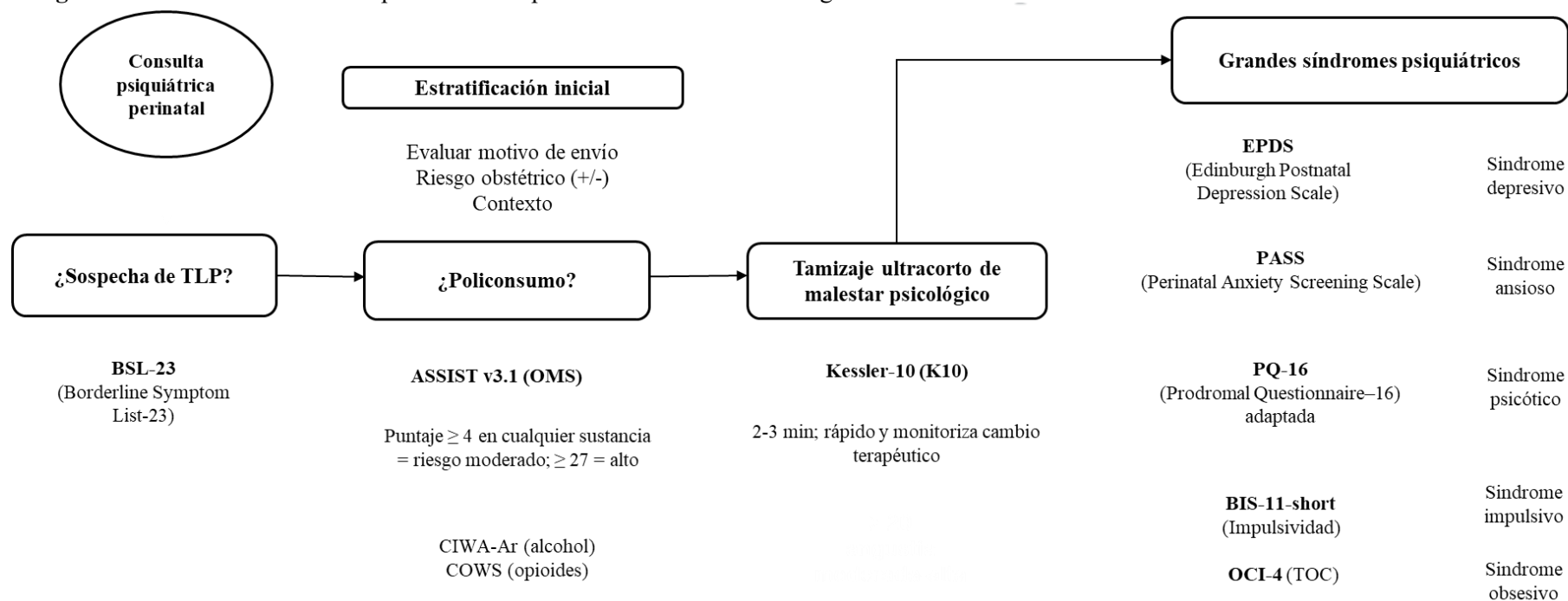


Figura de elaboración propia basada en recomendaciones de cribado perinatal de ACOG (2023), SAMHSA (2018), y revisiones de instrumentos breves validados en población gestante (Behnke & Smith, 2013; Hellberg *et al.*, 2023; Saldana *et al.*, 2017).



Imagen 7. Nivel 1: atención primaria.

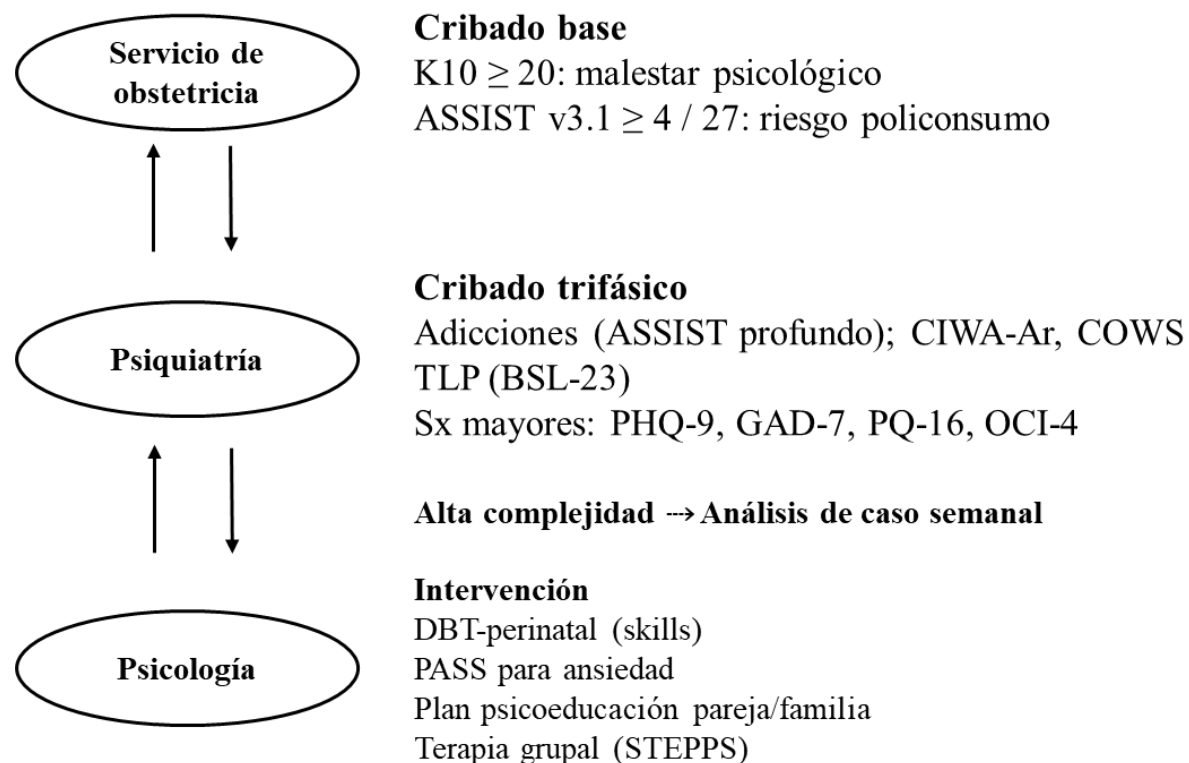


Figura de elaboración propia, desarrollada a partir de guías de evaluación clínica perinatal del ACOG (2023), SAMHSA (2018) y protocolos interdisciplinarios en salud mental y adicciones (Saldana *et al.*, 2017; Hellberg *et al.*, 2023; Blum *et al.*, 2008).



Imagen 8. Nivel 2: estratificación del riesgo.

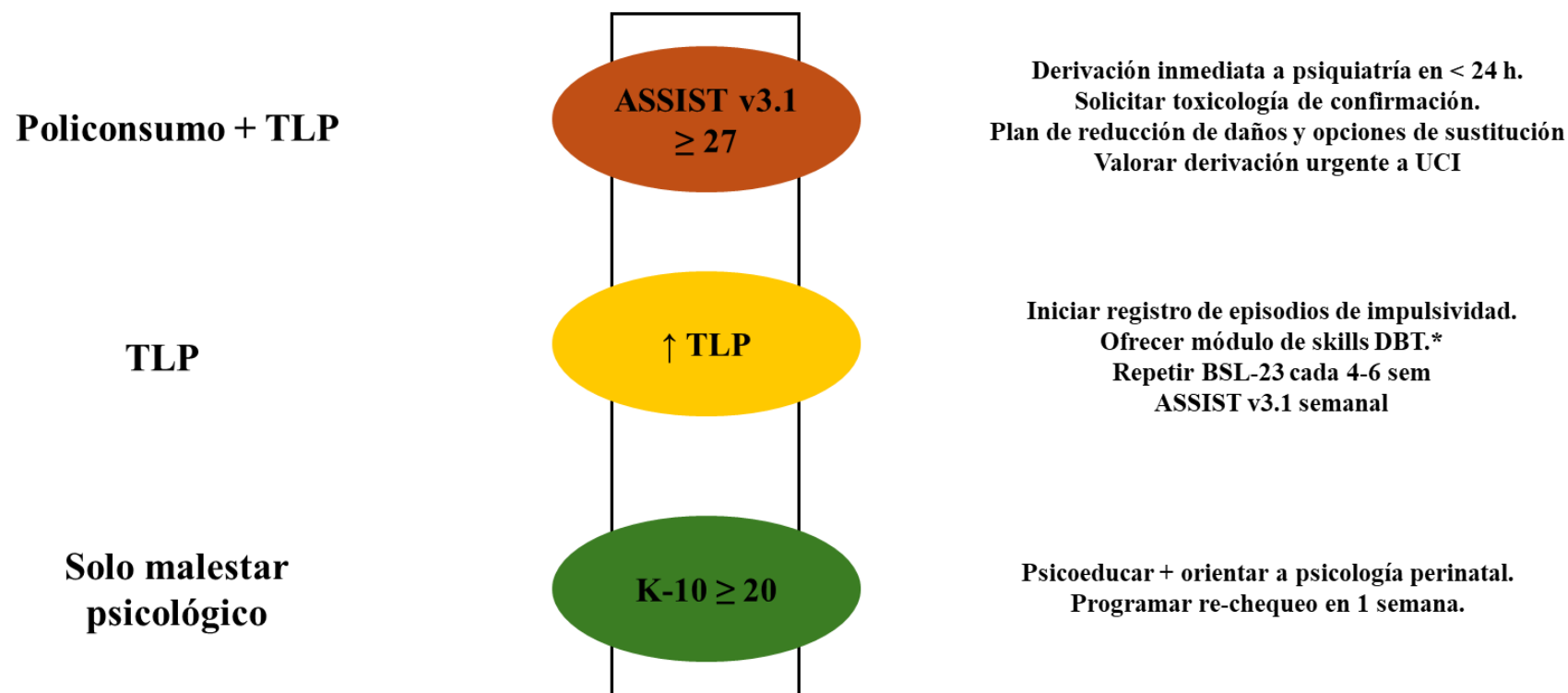


Figura elaborada por los autores con base en protocolos del ACOG (2023), SAMHSA (2018) y estrategias clínicas de Blum et al. (2008), Saldana et al. (2017) y Hellberg et al. (2023). La jerarquización de intervenciones busca simplificar la toma de decisiones clínicas.



Imagen 9. Nivel 3: intervenciones especializadas.

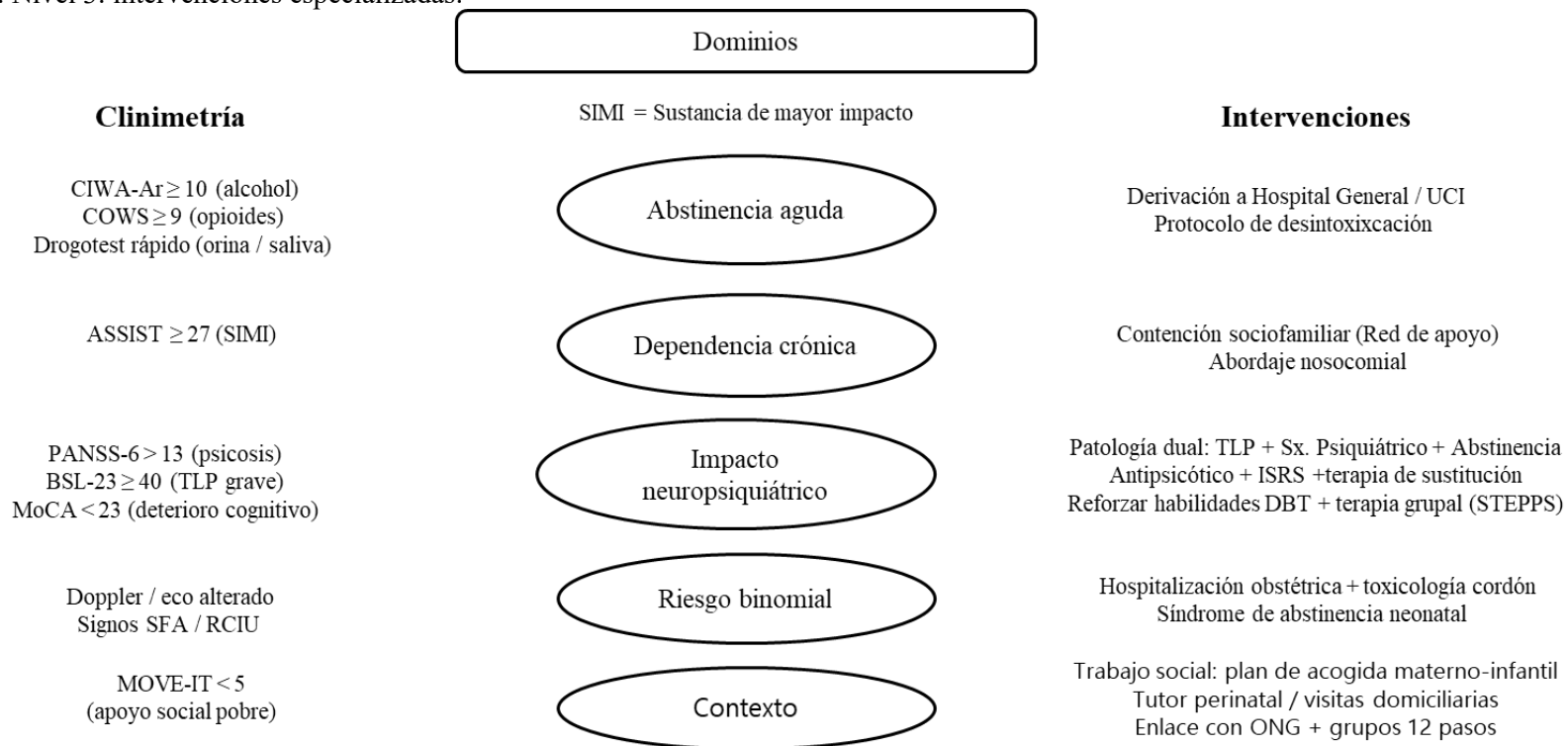


Figura de elaboración propia basada en guías clínicas y estrategias de manejo perinatal multidisciplinario adaptadas de SAMHSA (2018), ACOG (2023), Saldana *et al.* (2017), Kocherlakota (2014), y Blum *et al.* (2008). El modelo multidominio y puntajes fue desarrollado por los autores a partir de dichos lineamientos



Imagen 10. Intervenciones comunitarias y psicoterapéuticas.

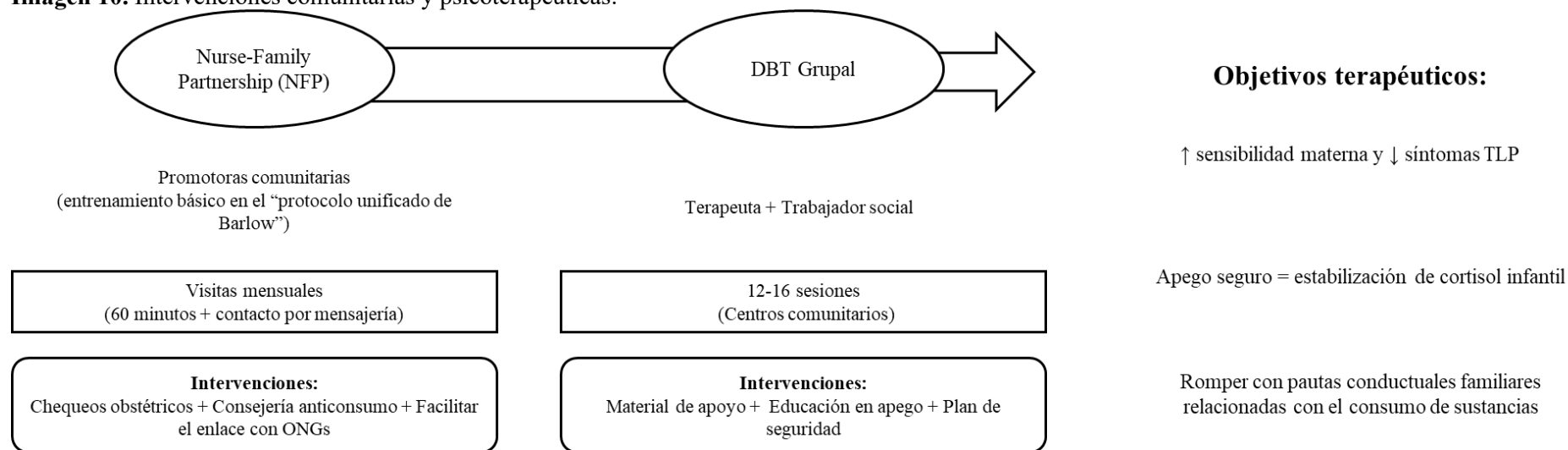


Figura de elaboración propia, desarrollada a partir de guías de evaluación clínica perinatal del ACOG (2023), SAMHSA (2018) y protocolos interdisciplinarios en salud mental y adicciones (Saldana *et al.*, 2017; Hellberg *et al.*, 2023; Blum *et al.*, 2008).



Imagen 11. Modalidades psicoterapéuticas individuales y grupales.

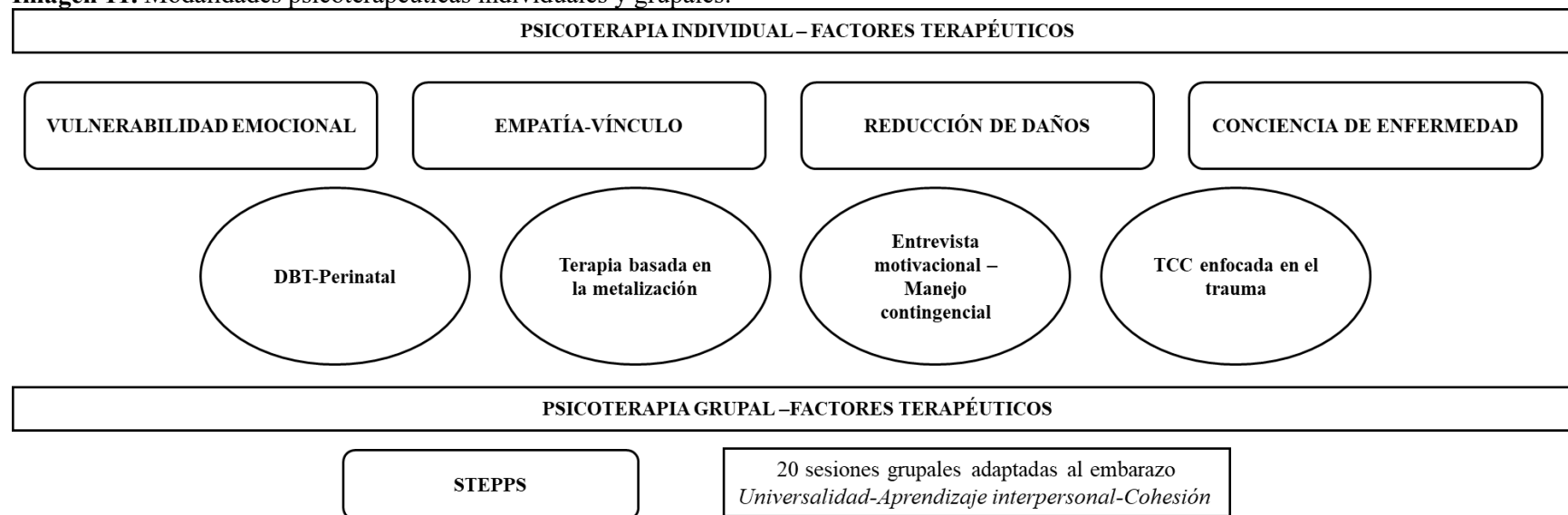


Figura elaborada por los autores con base en protocolos del ACOG (2023), SAMHSA (2018) y estrategias clínicas de Blum et al. (2008), Saldana et al. (2017) y Hellberg et al. (2023). La jerarquización de intervenciones busca simplificar la toma de decisiones clínicas.



Imagen 12. Principios terapéuticos en la prescripción farmacológica en mujeres gestantes.

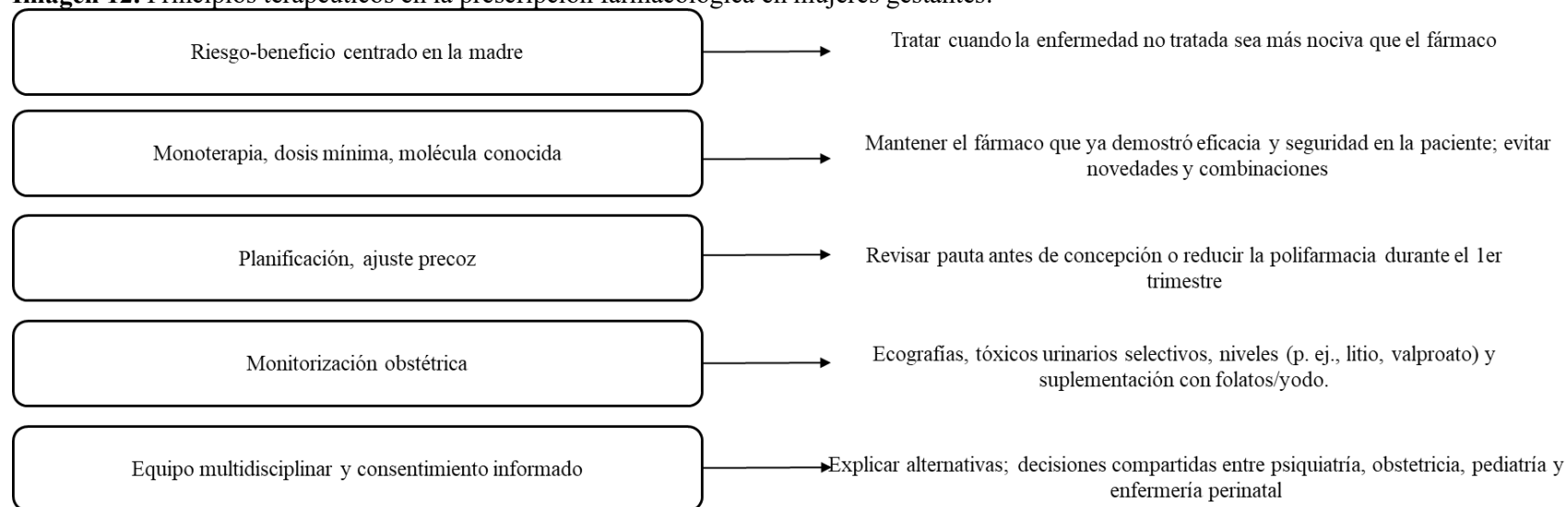


Figura de elaboración propia basada en guías clínicas de ACOG (2023), McAllister-Williams et al. (2017), Einarson & Boskovic (2009) y SAMHSA (2018).

Los principios han sido adaptados por los autores al contexto psiquiátrico perinatal de corte institucional.



Imagen 13. Principios en la prescripción durante la lactancia.

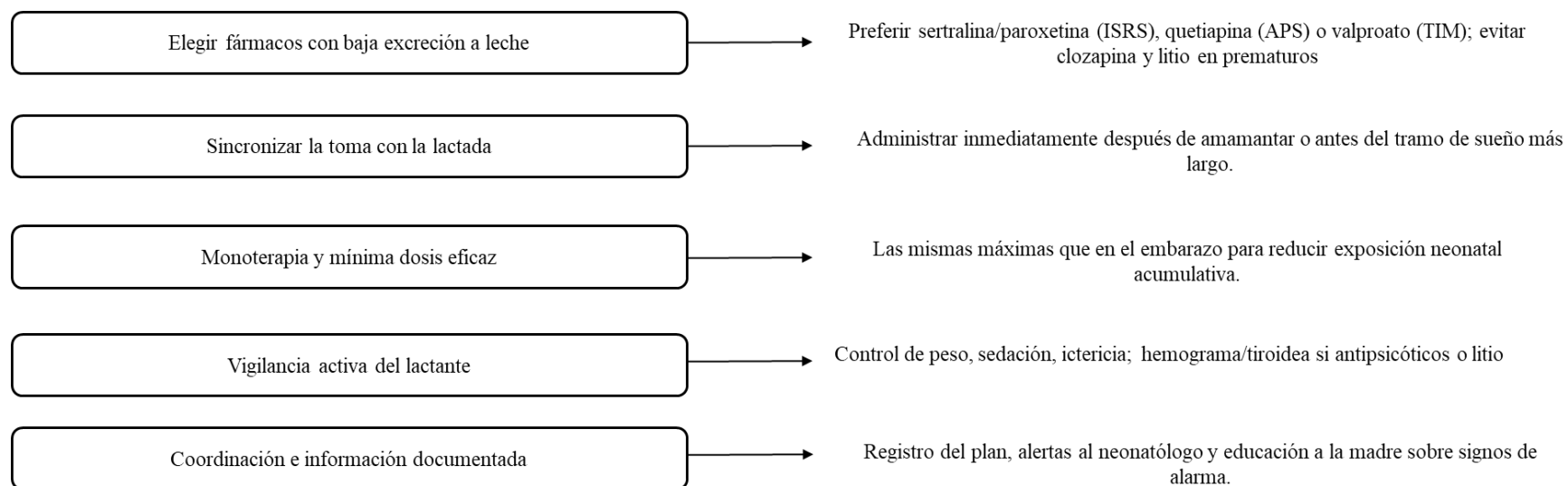


Figura de elaboración propia basada en recomendaciones de la LactMed (2021), CDC (2025), McAllister-Williams *et al.* (2017) y Einarson & Boskovic (2009).

La integración clínica de los principios fue desarrollada por los autores para el contexto perinatal psiquiátrico de corte institucional.



Imagen 14. Dominios sintomáticos específicos para la elección racional de psicofármacos en la gestante con TLP dual.

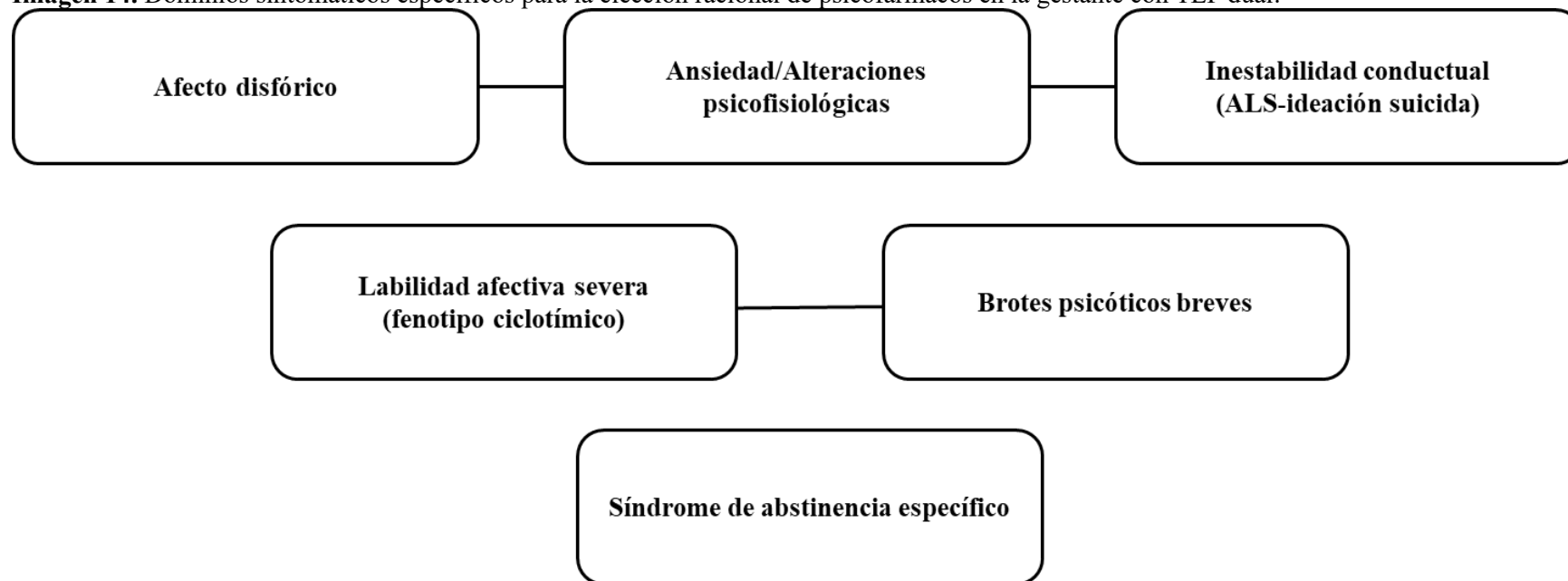


Figura de elaboración propia a partir del modelo biológico de Trull *et al.* (2018), Kienast *et al.* (2014) y Zanarini&Frankenburg (2008). La organización sintomática fue desarrollada por los autores integrando hallazgos sobre patología dual y desregulación afectiva en mujeres con TLP.



Tabla 3. Fármacos por dominio sintomático en TLP perinatal.

Dominio sintomático	Primera línea	Segunda línea	Alternativa razonable	Evitar
Afecto disfórico	Sertralina 50–200 mg	Amitriptilina 25–150 mg	–	Paroxetina (↑ cardiopatía OR ~1.7); Venlafaxina/Duloxetina (↑ crisis hipertensiva)
Ansiedad (primera línea)	Hidroxizina 25–50 mg/día	Mirtazapina 7.5–15 mg/noche	Quetiapina 12.5–50 mg/noche	BZD de vida media larga
Ansiedad (segunda línea)	Lorazepam 0.5–2 mg/día (uso puntual)	–	–	Alprazolam (fisura palatina, NAS)
Inestabilidad conductual / Brotes psicóticos breves	Aripiprazol 5–15 mg/día	Haloperidol 2–10 mg/día	Quetiapina 50–300 mg	Clozapina (hipoglucemia neonatal); Ziprasidona (escasa evidencia)
Labilidad afectiva severa	Lamotrigina ≤300 mg/día	Litio 600–900 mg/día	–	Valproato (defecto tubo neural); Carbamazepina (espina bífida)

Tabla elaborada por los autores con base en la regla de etiquetado de embarazo y lactancia (PLLR) de la FDA. Referencias principales: ACOG (2023), McAllister-Williams et al. (2017), Grigoriadis et al. (2019), LactMed (2021), SAMHSA (2018) y Drugs and Lactation Database (NIH).



Imagen 15. Buena práctica en la polifarmacia.

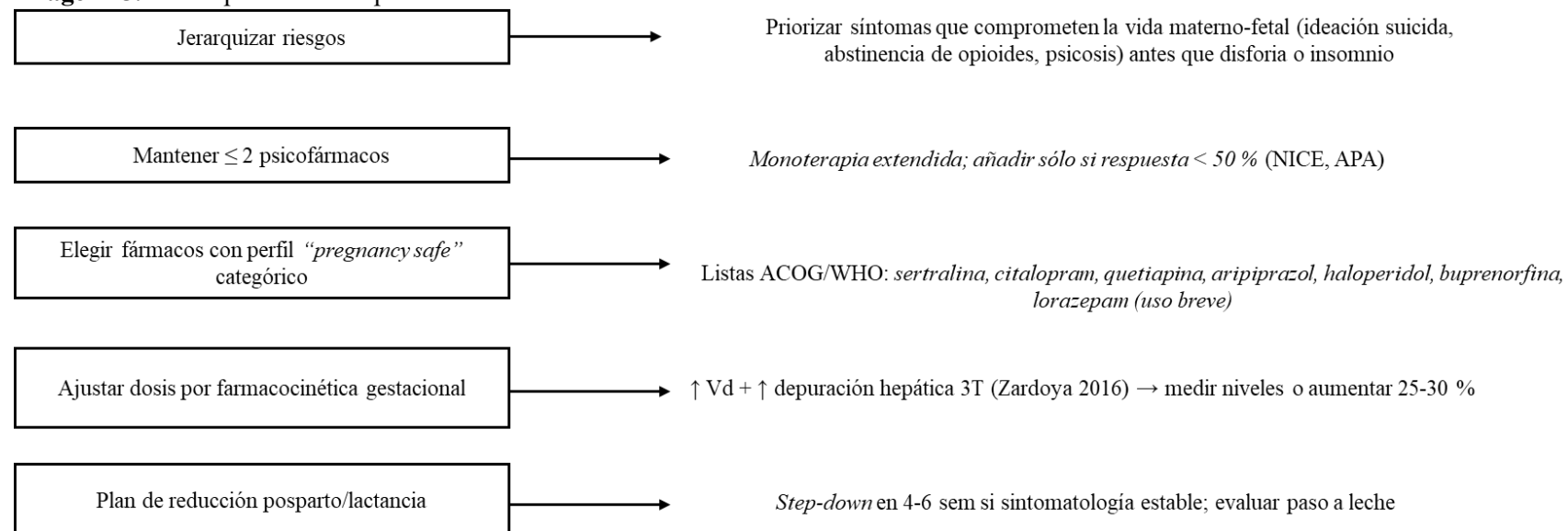


Figura de elaboración propia basada en recomendaciones de ACOG (2023), NICE (2022), McAllister-Williams et al. (2017), Zardoya (2016), y protocolos farmacoterapéuticos en salud mental perinatal. La síntesis operativa fue desarrollada por los autores.



CONCLUSIONES

El manejo de mujeres con trastorno límite de la personalidad durante el embarazo, especialmente cuando coexiste el policonsumo de sustancias; demanda una aproximación integral y basada en evidencia. La literatura reciente confirma que estas pacientes representan un grupo de alto riesgo biopsicosocial por mayor cantidad de complicaciones obstétricas inmediatas, como el desarrollo a corto y largo plazo de la siguiente generación. Si la madre presenta policonsumo, se añaden riesgos específicos: el síndrome de abstinencia neonatal es común en la exposición a opioides y/o benzodiazepinas (afectando hasta a la mitad de los neonatos de madres bajo tratamiento de mantenimiento); el alcohol y el tabaco aumentan significativamente la probabilidad de malformaciones, muerte fetal y problemas neuroconductuales en la descendencia.

Los hallazgos neurobiológicos indican que los fetos expuestos experimentan cambios epigenéticos potencialmente negativos, lo que genera una sumatoria a las dificultades que conllevan las prácticas de crianza inconsistente que derivan en altos índices de apego desorganizado (~84%). No sorprende, por tanto, que los hijos de madres con TLP y policonsumo tengan mayor riesgo de padecer ellos mismos trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida, incluyendo problemas de conducta en la niñez, creando un **“circuito intergeneracional de adversidad”**.

Por esto, la **detección temprana sistemática** del consumo y malestar psicológico en la atención prenatal es fundamental; recordando que la actitud del personal de salud durante el cribado debe ser no punitiva, alentando a la paciente a buscar ayuda sin temor. También, un enfoque integrado **por niveles de atención** garantiza que la paciente reciba el cuidado adecuado a la severidad de su caso. Finalmente, la instauración de **protocolos escalonados contextualizados** es especialmente relevante en países de Latinoamérica y otras regiones en desarrollo pues, la evidencia global indica que, con creatividad y voluntad política, es posible implementar programas de alta calidad aún en contextos adversos, lo que reduce brechas de inequidad en salud perinatal.

En conclusión, la convergencia de TLP y policonsumo en el embarazo representa un reto complejo pero abordable. Un manejo integral, informado por la evidencia científica y adaptado a cada nivel de atención, tiene el potencial de cortar el ciclo de vulnerabilidad que afecta a estas madres y sus hijos. Las futuras líneas de investigación deberán seguir afinando estas estrategias – particularmente con estudios en



poblaciones latinoamericanas – y abogando por políticas públicas que las implementen a escala. La evidencia hasta la fecha, sin embargo, ya proporciona un claro mensaje: con los apoyos adecuados, es posible transformar este escenario de alto riesgo en una oportunidad de cambio y bienestar para dos vidas a la vez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatrics. (2009). Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*, 129(2), e540–e556.

<https://doi.org/10.1542/peds.2009-0905>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). Substance abuse reporting and pregnancy: The role of the obstetrician–gynecologist (Committee Opinion No. 473). *Obstetrics & Gynecology*, 117(1), 200–204. Reafirmado 2022

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Marijuana use during pregnancy and lactation. ACOG Committee Opinion No. 637. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e205–e209

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Practice Bulletin No. 236: Management of psychiatric disorders in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 141(6), e1279–e1294.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstetrics & Gynecology*, 141(6), 1262–1288.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). APA Publishing.

American Society of Addiction Medicine. (2025). Pregnancy-related considerations in benzodiazepine tapering

Bakker, M. K., Kerstjens-Frederikse, W. S., Buys, C. H., de Walle, H. E., & de Jong-van den Berg, L. T. (2010). First-trimester use of paroxetine and congenital heart defects: a population-based case-control study. *Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology*, 88(2), 94–100.

<https://doi.org/10.1002/bdra.20641>

Behnke, M., & Smith, V. C. (2013). Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131(3), e1009–e1024. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3931>



- Blankley, G., Galbally, M., Snellen, M., Power, J., & Lewis, A. J. (2015). Borderline personality disorder in the perinatal period: Early infant and maternal outcomes. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 688–692. <https://doi.org/10.1177/1039856215590254>
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 165(4), 468–478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- Boersma, G. J., Lee, R. S., Cordner, Z. A., Ewald, E. R., Purcell, R. H., Moghadam, A. A., & Tamashiro, K. L. (2014). Prenatal stress decreases Bdnf expression and increases methylation of Bdnf exon IV in rats. *Epigenetics*, 9(3), 437–447. <https://doi.org/10.4161/epi.27558>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Boucher, N., Koren, G., & Beaulac-Baillargeon, L. (2009). Maternal use of venlafaxine near term: correlation between neonatal effects and plasma concentrations. *Therapeutic drug monitoring*, 31(3), 404–409. <https://doi.org/10.1097/FTD.0b013e3181a58fb4>
- Brandon A. R. (2014). Psychosocial interventions for substance use during pregnancy. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 28(3), 169–E2. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000041>
- Bridler, R., Häberle, A., Müller, S. T., Cattapan, K., Grohmann, R., Toto, S., ... & Greil, W. (2015). Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: a comparison with other psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 25(6), 763–772.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Dulawa, S., & Palmer, A. A. (2014). Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(2), 131–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20118>



- Canfield, M., Radcliffe, P., Marlow, S., Boreham, M., & Gilchrist, G. (2017). Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care. *Child abuse & neglect*, 70, 11–27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.005>
- Carmona-Camacho, R., López-Cargintero, N., & Barrigón, M. L. (2021). Salud mental, abuso de sustancias y trastornos duales en el embarazo: Tasas de prevalencia y tratamiento en un país desarrollado. *Adicciones*, 33(2), 121–132.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). Medications and breastfeeding. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/hcp/prescriptions.html>
- Chalfun, G., Reis, M. M., de Oliveira, M. B. G., de Araújo Brasil, A., Dos Santos Salú, M., da Cunha, A. J. L. A., Prata-Barbosa, A., & de Magalhães-Barbosa, M. C. (2022). Perinatal stress and methylation of the NR3C1 gene in newborns: systematic review. *Epigenetics*, 17(9), 1003–1019. <https://doi.org/10.1080/15592294.2021.1980691>
- Christensen, J., Grønberg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Parner, E. T., Pedersen, L. H., & Vestergaard, M. (2013). Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA*, 309(16), 1696–1703. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2270>
- Clayton-Smith, J., Bromley, R., Dean, J., Journal, H., Odent, S., Wood, A., Williams, J., Cuthbert, V., Hackett, L., Aslam, N., Malm, H., James, G., Westbom, L., Day, R., Ladusans, E., Jackson, A., Bruce, I., Walker, R., Sidhu, S., Dyer, C., ... Turnpenny, P. (2019). Diagnosis and management of individuals with Fetal Valproate Spectrum Disorder; a consensus statement from the European Reference Network for Congenital Malformations and Intellectual Disability. *Orphanet journal of rare diseases*, 14(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s13023-019-1064-y>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.



- di Giacomo, E., Pessina, R., Colmegna, F., Placenti, V., Pescatore, F., Aspesi, F., & Clerici, M. (2021). Cannabis and Pregnancy: A Psychiatric, Medical, or General Population Issue?. *European addiction research*, 27(2), 156–160. <https://doi.org/10.1159/000512155>
- D'Iorio, A., Benedetto, G. L. D., & Santangelo, G. (2024). A meta-analysis on the neuropsychological correlates of Borderline Personality Disorder: An update. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 165, 105860. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105860>
- Drugs and Lactation Database (LactMed). (2021). Aripiprazole. National Library of Medicine (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501016/>
- Einarson, A., & Boskovic, R. (2009). Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of psychiatric practice*, 15(3), 183–192. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351878.45260.94>
- Galbally, V., Snellen, M., Walker, E., Permezel, M., Myles, N., & Gunasekara, A. (2019). The association between gestational diabetes mellitus, antipsychotics and severe mental illness in pregnancy: A multicentre study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59(2), 210–217. <https://doi.org/10.1111/ajo.12986>
- Gao, S. Y., Wu, Q. J., Sun, C., Zhang, T. N., Shen, Z. Q., Liu, C. X., Gong, T. T., Xu, X., Ji, C., Huang, D. H., Chang, Q., & Zhao, Y. H. (2018). Selective serotonin reuptake inhibitor use during early pregnancy and congenital malformations: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of more than 9 million births. *BMC medicine*, 16(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1193-5>
- Gentile S. (2015). Pharmacological management of borderline personality disorder in a pregnant woman with a previous history of alcohol addiction: a case report. *Clinical drug investigation*, 35(11), 761–763. <https://doi.org/10.1007/s40261-015-0337-z>
- Gilboa, S. M., Strickland, M. J., Olshan, A. F., Werler, M. M., Correa, A., & National Birth Defects Prevention Study (2009). Use of antihistamine medications during early pregnancy and isolated major malformations. *Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology*, 85(2), 137–150. <https://doi.org/10.1002/bdra.20513>



- Gómez-Sánchez, L., García-Banda, G., Servera, M., Verd, S., Filgueira, A., & Cardo, E. (2020). Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas [Benefits of mindfulness in pregnantwomen]. *Medicina*, 80 Suppl 2, 47–52.
- Granados, D., & Ruiz, F. J. (2024). El Contextualismo Funcional como raíz filosófica de la Terapia de Aceptación y Compromiso. *International journal of psychology and psychologicaltherapy*, 24(2), 171-189.
- 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., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 NationalEpidemiologicSurveyon Alcohol and RelatedConditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Gray, N. A., & Day, P. P. (2018). The impact of prenatal alcohol exposure on IQ at age 7: A review of moderate to high maternal use. *International Journal of Epidemiology*, 39(3), 777–785. <https://doi.org/10.1093/ije/dym073>
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Dennis, C. L., Vigod, S. N., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N., Guenette, M., & Richter, M. (2019). Benzodiazepine Use During Pregnancy Alone or in Combination With an Antidepressant and Congenital Malformations: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(4), 18r12412. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12412>
- Hackshaw, A., Rodeck, C., & Boniface, S. (2011). Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. *Human reproduction update*, 17(5), 589–604. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr022>
- Hand, D. J., Ellis, J. D., Carr, M. M., Abatamarco, D. J., & Ledgerwood, D. M. (2017). Contingency management interventions for tobacco and other substance use disorders in pregnancy. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(8), 907–921. <https://doi.org/10.1037/adb0000291>
- Handler, A. S., Mason, E. D., Rosenberg, D. L., & Davis, F. G. (1994). The relationship between exposure during pregnancy to cigarette smoking and cocaine use and placenta previa. *American*



- Journal of Obstetrics & Gynecology, 170(3), 884–889. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(94\)70303-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(94)70303-5)
- Hellberg, S. N., Bruening, A. B., Thompson, K. A., & Hopkins, T. A. (2023). Applications of dialectical behavioural therapy in the perinatal period: A scoping review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 10.1002/cpp.2937. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/cpp.2937>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Interian, A., Chesin, M., Kline, A., Miller, R., St Hill, L., Latorre, M., Shcherbakov, A., King, A., & Stanley, B. (2018). Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to Classify Suicidal Behaviors. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(2), 278–294. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334610>
- Interrante, J. D., Scroggs, S. L. P., Hogue, C. J., Friedman, J. M., Reefhuis, J., Jann, M. W., Broussard, C. S., & National Birth Defects Prevention Study. (2021). Prescription opioid use during pregnancy and risk for preterm birth or term low birthweight. *Journal of opioid management*, 17(3), 215–225. <https://doi.org/10.5055/jom.2021.0632>
- Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., Katsi, V., & Tousoulis, D. (2019). Smoking cessation strategies in pregnancy: Current concepts and controversies. *Hellenic journal of cardiology : HJC = Hellenikekardiologikeepitheorese*, 60(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.hjc.2018.09.001>
- I-PROMOTE IL. (2023). Decriminalizing substance use disorder during pregnancy and at delivery: plans of safe care and notification system. https://ipromoteil.org/wp-content/uploads/2023/02/I-PROMOTE-IL_SUD-and-CAPTA-Plans-of-Safe-Care-and-Notification-System_February-2023-1.pdf
- Jain, A. E., & Lacy, T. (2005). Psychotropic drugs in pregnancy and lactation. *Journal of psychiatric practice*, 11(3), 177–191. <https://doi.org/10.1097/00131746-200505000-00005>



- Jones, H. E., Kaltentbach, K., Heil, S. H., Stine, S. M., Coyle, M. G., Arria, A. M., O'Grady, K. E., Selby, P., Martin, P. R., & Fischer, G. (2010). Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *The New England journal of medicine*, 363(24), 2320–2331.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1005359>
- Kaess, M., Parzer, P., & Resch, F. (2021). Association of maternal and paternal personality disorders with risk of mental disorders in offspring: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/acps.13648>
- Kay, T. L., Moulson, M. C., Vigod, S. N., Schoueri-Mychasiw, N., & Singla, D. R. (2024). The Role of Social Support in Perinatal Mental Health and Psychosocial Stimulation. *The Yale journal of biology and medicine*, 97(1), 3–16. <https://doi.org/10.59249/WMGE9032>
- Kessler, R. C., & Mroczek, D. K. (1994). Final versions of our non-specific psychological distress scale. Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: Epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280–286.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
- Kocherlakota P. (2014). Neonatal abstinence syndrome. *Pediatrics*, 134(2), e547–e561.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-3524>
- Kristensen, Ø., & Vederhus, J. K. (2005). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling [Self-help programs in drug addiction therapy]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening :tidsskrift for praktisk medicin, nyraekke*, 125(20), 2798–2801.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lange, S., Probst, C., Rehm, J., & Popova, S. (2018). Prevalencia de consumo de tabaco durante el embarazo: metaanálisis y comparación intercultural. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97(4), 405–414.

- Lebin, L. G., & Novick, A. M. (2022). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) in Pregnancy: An Updated Review on Risks to Mother, Fetus, and Child. *Current psychiatry reports*, 24(11), 687–695. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01372-x>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Leppée, M., Culig, J., Eric, M., & Sijanovic, S. (2010). The effects of benzodiazepines in pregnancy. *Actaneurologica Belgica*, 110(2), 163–167.
- Lim, G., Carvalho, B., George, R. B., Bateman, B. T., Brummett, C. M., Ip, V. H. Y., Landau, R., Osmundson, S. S., Raymond, B., Richebe, P., Soens, M., & Terplan, M. (2024). Consensus Statement on Pain Management for Pregnant Patients with Opioid-Use Disorder from the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesia and analgesia*, 10.1213/ANE.0000000000007237. Advance online publication. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000007237>
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J. M., & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 32(3), 162–173.
- Louw K. A. (2018). Substance use in pregnancy: The medical challenge. *Obstetric medicine*, 11(2), 54–66. <https://doi.org/10.1177/1753495X17750299>
- Lyons-Ruth, K., Riley, C., Patrick, M. P. H., & Hobson, R. P. (2019). Disinhibited attachment behavior among infants of mothers with borderline personality disorder, depression, and no diagnosis. *Personality disorders*, 10(2), 163–172. <https://doi.org/10.1037/per0000312>
- Marshall, C. A., Jomeen, J., Huang, C., & Martin, C. R. (2020). The Relationship between Maternal Personality Disorder and Early Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5778.



<https://doi.org/10.3390/ijerph17165778>

McAllister-Williams, R. H., Baldwin, D. S., Cantwell, R., Easter, A., Gilvarry, E., Glover, V., Green, L., Gregoire, A., Howard, L. M., Jones, I., Khalifeh, H., Lingford-Hughes, A., McDonald, E., Micali, N., Pariente, C. M., Peters, L., Roberts, A., Smith, N. C., Taylor, D., Wieck, A., ... endorsed by the British Association for Psychopharmacology (2017). British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England), 31(5), 519–552. <https://doi.org/10.1177/0269881117699361>

McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 511–525.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>

Medicines Adverse Reactions Committee. (2020, December 3). *Tricyclic antidepressants and the risk of congenital malformations* [TGA's review report]. Australian Government Department of Health, Medsafe Pharmacovigilance Team.

Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. (2021). Public assessment report of antiepileptic drugs: Review of safety of use during pregnancy. UK Government.

Miguel, A. Q., Madruga, C. S., Cogo-Moreira, H., Yamauchi, R., Simões, V., da Silva, C. J., McPherson, S., Roll, J. M., & Laranjeira, R. R. (2016). Contingency management is effective in promoting abstinence and retention in treatment among crack cocaine users in Brazil: A randomized controlled trial. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(5), 536–543. <https://doi.org/10.1037/adb0000192>

Miller, C. L., Templeton, D. J., & Culpepper, L. (2018). Borderline personality disorder in pregnancy and the postpartum period: A review. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 20(5), 18r02311. <https://doi.org/10.4088/PCC.18r02311>

Moniz, M., Chang, T., Heisler, M., & Dalton, V. K. (2017). Immediate postpartum long-acting reversible contraception: the time is now. *Contraception*, 95(4), 335–338.

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.11.007>



- Nguyen, T., Frayne, J., Watson, S., & Galbally, M. (2024). Outcomes for pregnant women with borderline personality disorder who attended a specialist antenatal service. *Australasian Psychiatry*, 32(2), 138–142. <https://doi.org/10.1177/10398562231222831>
- Olds, D. L. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/imhj.20077>
- Ostenfeld, A., Petersen, T. S., Pedersen, L. H., Westergaard, H. B., Løkkegaard, E. C. L., & Andersen, J. T. (2022). Mirtazapine exposure in pregnancy and fetal safety: A nationwide cohort study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 145(6), 557–567. <https://doi.org/10.1111/acps.13431>
- Palma-Gudiel, H., Córdova-Palomera, A., Eixarch, E., Deuschle, M., & Fañanás, L. (2015). Maternal psychosocial stress during pregnancy alters the epigenetic signature of the glucocorticoid receptor gene promoter in their offspring: a meta-analysis. *Epigenetics*, 10(10), 893–902. <https://doi.org/10.1080/15592294.2015.1088630>
- Pare-Miron, V., Czuzoj-Shulman, N., Oddy, L., Spence, A. R., & Abenhaim, H. A. (2016). Effect of borderline personality disorder on obstetrical and neonatal outcomes. *Women's Health Issues*, 26(2), 190–195. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.01.006>
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482–487. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27892>
- Patomo, E., Huybrechts, K. F., Bateman, B. T., Cohen, J. M., Desai, R. J., Mogun, H., Cohen, L. S., & Hernandez-Diaz, S. (2017). Lithium Use in Pregnancy and the Risk of Cardiac Malformations. *The New England journal of medicine*, 376(23), 2245–2254. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1612222>
- Patrick, S. W., Barfield, W. D., Poindexter, B. B., Committee on Fetus and Newborn, Committee on Substance Use and Prevention, Cummings, J., Hand, I., ... & Walker-Harding, L. (2020). Neonatal opioid withdrawal syndrome. *Pediatrics*, 146(5)
- Review on borderline personality disorder and pregnancy: Possible interventions to improve outcomes. (2022). *Open Gynecology & Obstetrics Journal*, 14, 45–52. <https://medcraveonline.com/OGIJ/OGIJ-14-00108.pdf>

- Ross, E. J., & Graham, D. L. (2011). Effects of prenatal drug exposure on neurodevelopment. In E. J. Ross (Ed.), *The encyclopedia of neuropsychological disorders* (pp. 865–872). Wiley.
- Saldana, L. R., Le, H. N., & Stanton, A. M. (2017). An examination of Borderline Personality Disorder in pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 265–271.
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0720-0>
- SAMHSA. (2018). Clinical guidance for treating pregnant and parenting women with opioid use disorder and their infants. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, HHS Publication No. (SMA) 18-5054. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma18-5054.pdf>
- Schwarze, C. E., Hellhammer, D. H., Stroehle, V., Lieb, K., & Mobascher, A. (2013). Prenatal adversity: A risk factor in borderline personality disorder? *Psychological Medicine*, 43(4), 825–837
- Silva, R. R., & Cloitre, M. (2022). Comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder: A review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 24(2), 49–59.
- Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., ... & Sadler, L. S. (2020). Minding the Baby: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, 32(1), 123–137. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001463>
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011(5), CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2>
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., & Barton, R. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 443–454. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With

- Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2011). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.
<https://doi.org/10.1037/a0023081>
- Stotts, A. L., DiClemente, C. C., & Dolan-Mullen, P. (2002). One-to-one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 27(2), 275–292.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00174-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00174-5)
- Taylor, B. L., Howard, L. M., & Jackson, K. (2015). Early intervention for women with mental illness during pregnancy. *The Psychiatrist*, 39(4), 178–183. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.048389>
- Thibaut, F., Chagraoui, A., Buckley, L., Gressier, F., Labad, J., Lamy, S., Potenza, M. N., Rondon, M., Riecher-Rössler, A., Soyka, M., & Yonkers, K. (2019). WFSBP * and IAWMH ** Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 20(1), 17–50. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1510185>
- Tomson, T., Battino, D., Bonizzoni, E., Craig, J., Lindhout, D., Sabers, A., Perucca, E., Vajda, F., & EURAP study group (2011). Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs: an analysis of data from the EURAP epilepsy and pregnancy registry. *The Lancet. Neurology*, 10(7), 609–617. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70107-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70107-7)
- Tragesser, S. L., & Robinson, R. J. (2009). The role of affective instability and impulsivity in substance use and abuse among borderline personality disorder patients. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 693–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.004>
- Tran, E. L., England, L. J., Park, Y., Denny, C. H., & Kim, S. Y. (2023). Systematic review: polysubstance prevalence estimates reported during pregnancy, US, 2009–2020. *Maternal and child health journal*, 27(3), 426–458.



- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., & Helle, A. C. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: An updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 18.
- Wang, E., Liu, Y., Wang, Y., Han, X., Zhou, Y., Zhang, L., & Tang, Y. (2025). Comparative Safety of Antipsychotic Medications and Mood Stabilizers During Pregnancy: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Congenital Malformations and Prenatal Outcomes. *CNS drugs*, 39(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s40263-024-01131-x>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD.
- World Health Organization. (2010). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care. WHO Press.
- World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Ginebra: WHO
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). The theory and practice of group psychotherapy. Hachette UK.
- Young, L. W., Ounpraseuth, S. T., Merhar, S. L., Hu, Z., Simon, A. E., Bremer, A. A., Lee, J. Y., Das, A., Crawford, M. M., Greenberg, R. G., Smith, P. B., Poindexter, B. B., Higgins, R. D., Walsh, M. C., Rice, W., Paul, D. A., Maxwell, J. R., Telang, S., Fung, C. M., Wright, T., ... ACT NOW Collaborative (2023). Eat, Sleep, Console Approach or Usual Care for Neonatal Opioid Withdrawal. *The New England journal of medicine*, 388(25), 2326–2337. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2214470>
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 284–290. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.284>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). The longitudinal course of substance use disorders in borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1731–1739. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.061>



Zimmerman, M., & Coryell, W. (2015). Comorbidity of BPD and specific substance use disorders in the population. *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 465–478.

Zubizarreta, M., & Mahendran, R. (2019). Borderline personality disorder and pregnancy: A population-based analysis of hospital discharge data in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 112, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.02.007>

