

# CONCEPTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE: UNA REVISIÓN NARRATIVA

GONZALO SEBASTIÁN PEÑA-MUÑANTE

<https://orcid.org/0000-0002-7990-4867>

Facultad de Psicología, Universidad de Almería. España

Grupo de Investigación "Psicología, Salud y Educación", Universidad de Almería (España)

Correo electrónico: [gpm359@inlumine.ual.es](mailto:gpm359@inlumine.ual.es)

Recibido: 11 de abril del 2023 / Aceptado: 26 de mayo del 2023

doi: [https://doi.org/10.26439/persona2023.n26\(1\).6362](https://doi.org/10.26439/persona2023.n26(1).6362)

**RESUMEN.** El trastorno de personalidad límite (TPL) es un trastorno mental frecuente, ya que afecta a un gran porcentaje de personas a nivel mundial (0.7 % - 5.9 %). Pero también es de los más difíciles de abordar, debido al grave deterioro que produce en el funcionamiento social y laboral de las personas diagnosticadas. Por ello, el objetivo de esta revisión es presentar en detalle diversos aspectos teóricos para profundizar en la comprensión y el tratamiento del TPL. Se comienza con una descripción de los criterios diagnósticos del TPL según el *DSM-5*, las características psicopatológicas basadas en la teoría de la personalidad de Millon y los mecanismos de cronicidad. A continuación, se exploran las posibles causas etiológicas, los síndromes clínicos relacionados y el uso de las terapias de tercera generación como intervención psicológica para el TPL. Por último, se presentan líneas futuras de investigación y sus implicaciones para contribuir a la conceptualización comprensiva del TPL.

Palabras clave: revisión / trastorno de personalidad límite / modelos teóricos / conceptualización / tratamientos psicológicos

## CONCEPTUALIZATION AND TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A NARRATIVE REVIEW

**ABSTRACT.** Borderline personality disorder (BPD) is a common mental disorder affecting a significant percentage of individuals worldwide (0.7 % - 5.9 %). However, it is also one of the most challenging disorders to address due to the severe impairment it causes in diagnosed individuals' social and occupational functioning. Therefore, this review presents various theoretical aspects to broaden the understanding and treatment of BPD. It begins by describing the diagnostic criteria for BPD according to the *DSM-5*, the psychopathological characteristics based on Millon's personality theory, and the mechanisms of chronicity. Subsequently, it explores the etiological causes, related clinical syndromes, and the use of third-generation therapies as psychological interventions for BPD. Finally, it presents future lines of research and their implications to contribute to a comprehensive conceptualization of BPD.

Keywords: review / borderline personality disorder / theoretical models / conceptualization / psychological interventions

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de personalidad límite (TPL) es un trastorno mental frecuente, pero también uno de los más difíciles. Se estima que su prevalencia a nivel mundial se sitúa entre el 0.7 y el 5.9 % (Soler et al., 2016). Las personas diagnosticadas de trastorno de personalidad límite generan unos elevados costes económicos para el sistema sanitario por la alta tasa de ingresos hospitalarios y el uso prolongado de los servicios de salud mental. Además, el trastorno de personalidad límite se asocia con un grave deterioro del funcionamiento social y laboral a causa de las dificultades en la adaptación social, lo cual produce un gran sufrimiento en los familiares de los pacientes debido a su elevada tasa de suicidios y autolesiones (Fernández-Felipe et al., 2020).

Por esta razón, el objetivo de este ensayo es realizar un análisis detallado de diversos aspectos teóricos para profundizar en la comprensión y el tratamiento del trastorno de personalidad límite. Para ello, la metodología empleada es una revisión narrativa de la literatura existente sobre este trastorno. En primer lugar, se resumirán esquemáticamente los criterios que definen al TPL en el  $\Delta\Sigma M-5$ . En segundo lugar, se desarrollará una descripción de las principales características psicopatológicas del TPL según los ámbitos clínicos de Millon (autor de la teoría evolutiva de la personalidad). En tercer lugar, se ofrecerá una explicación de los mecanismos a través de los cuales el TPL se perpetúa o cronifica según Millon. En cuarto lugar, se presentarán dos propuestas etiológicas sobre las causas más frecuentes del TPL en base a lo que dicen diferentes autores. En quinto lugar, se indicarán los diversos síndromes clínicos (del eje I y II del *DSM-5*) que suelen darse en relación con el TPL. En sexto lugar, se llevará a cabo una exposición sobre la aplicación de las terapias conductistas de tercera generación al TPL. En séptimo y último lugar, se proporcionarán implicaciones de la revisión teórica en base a la integración de la literatura revisada y se propondrán direcciones futuras para avanzar en el estudio científico y clínico del TPL.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL MODELO OFICIAL DEL *DSM-5*

El TPL se identifica por un modelo predominante de inestabilidad en las conexiones interpersonales, la imagen propia y los estados emocionales, además de una intensa impulsividad que inicia en los primeros años de la adultez y se manifiesta en diversos escenarios. Esta condición se expresa mediante cinco o más de los siguientes síntomas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2012):

1. Intentos angustiosos por eludir la sensación de abandono, ya sea real o percibida de manera imaginaria.
2. Un modelo de vínculos interpersonales que es volátil y emocionalmente intenso, y se distingue por oscilar entre la idealización y la devaluación extrema.

3. Alteración de la identidad: perturbación severa y crónica de la percepción de sí mismo y de la imagen propia.
4. Comportamiento impulsivo en dos o más ámbitos que pueden causar daño a uno mismo.
5. Conductas, actitudes o advertencias repetitivas de autolesión o suicidio.
6. Inestabilidad emocional causada por una notable reactividad del estado de ánimo.
7. Sentimiento constante de vacío.
8. Ira inadecuada y fuerte, o incapacidad para regularla.
9. Breves períodos de ideas paranoides relacionados con el estrés, o síntomas graves de disociación.

### **CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE LAS POLARIDADES Y DE LOS ÁMBITOS CLÍNICOS DE MILLON**

Millon, autor de la teoría evolutiva de la personalidad, define cada trastorno de la personalidad en siete ámbitos clínicos: comportamiento observable, comportamiento interpersonal, estilo cognitivo, mecanismos de defensa, autoimagen, representaciones objetales y estado de ánimo-temperamento (Cardenal et al., 2007). En nuestro caso, enmarcaremos el TPL dentro de cada uno de estos ámbitos (ver Tabla 1).

En relación con el comportamiento observable, las personas con TPL manifiestan impulsividad en situaciones como el consumo de drogas, la actividad sexual, etcétera. Asimismo, muestran conductas que podrían caracterizarse como manipuladoras con respecto a los demás, y experimentan episodios de ira intensa con una incapacidad significativa para regularla. También presentan amenazas suicidas recurrentes o comportamientos autodestructivos (Corchero et al., 2012).

Con respecto al comportamiento interpersonal, las relaciones de las personas con TPL son intensas e inestables, tienen problemas para tolerar la sensación de soledad y el temor de ser abandonadas (ya sea real o imaginario), y tienden a sentir un profundo vacío emocional. Además, existe una ambivalencia hacia el ambiente que se manifiesta a través de fluctuaciones muy veloces en la percepción de los demás y de sí mismas, con cambios repentinos que van desde la aceptación hasta el rechazo (Corchero et al., 2012; Cuevas-Yust & Pérez-Díaz, 2012). Estos comportamientos plantean un dilema y un desafío para mantener relaciones con otras personas, ya que es tanta la necesidad de sentirse vinculadas a nivel emocional que se convierte en una necesidad vital (Escribano-Nieto, 2006).

El estilo cognitivo de estos pacientes está influenciado por la división profunda en sus representaciones de los objetos. La manera que tienen de pensar depende fuertemente de cómo está estructurado su entorno externo y, sin esta estructura, las personas con TPL efectúan un retroceso a estados del yo más primitivos (Millon & Davis, 1998). Como resultado, tienen dificultades para manejar la ansiedad y controlar sus impulsos, y pueden experimentar breves episodios de síntomas psicóticos sin desarrollar delirios o alucinaciones permanentes ni sufrir un deterioro cognitivo (Monzón-Reviejo & Fernández-Guerrero, 2016). Asimismo, una de las distorsiones cognitivas más importantes en estas personas es su pensamiento profundamente dicotómico: las opiniones de sí mismos, de los demás y del mundo en general tienden a ser totalmente positivas o negativas. En estas circunstancias, su única opción para sobrevivir es cambiar rápidamente de un extremo a otro (Escribano-Nieto, 2006).

En relación con la autoimagen, existe una alteración de la identidad y del sentido de sí mismos muy acusada e inestable. Además, experimentan incertidumbre en cuanto a los objetivos o la imagen propia y una gran ambivalencia sobre sí mismos, mostrando cambios muy rápidos en la valoración, pasando del aprecio al rechazo rápidamente (Corchero et al., 2012). Una de las consecuencias de esta inseguridad y falta de estabilidad en su identidad es que se hacen excesivamente dependientes de otras personas (Caballo, 2004). Interpretan las críticas sintiéndose inferiores, pero actuando con omnipotencia y desprecio; y se sienten cuestionados en sí mismos, viviéndolo como un riesgo de abandono. La imagen corporal que tienen sobre sí mismos refleja una mezcla entre una inflación narcisista y megalómana de la imagen corporal (Monzón-Reviejo & Fernández-Guerrero, 2016). Todas estas situaciones provocarán periódicas explosiones de ira seguidas de autorreproches y autocríticas (Escribano-Nieto, 2006).

Las personas con TPL utilizan mecanismos de defensa principalmente primitivos, los cuales, si se usan desmesuradamente, con excesiva intensidad o de forma aislada, pueden ocasionar resultados patológicos. Su mecanismo de defensa principal es la disociación o escisión primitiva, que da origen al resto de mecanismos de defensa y se convierte en la operación defensiva más importante. La debilidad *yoica* es la razón fundamental detrás del uso excesivo de este mecanismo (Monzón-Reviejo & Fernández-Guerrero, 2016). Este mecanismo implica separar activamente las partes opuestas de uno mismo y de los demás. La escisión se manifiesta en la división de los objetos externos en dos categorías: completamente buenos o completamente malos (Fossa-Arcila, 2010). Las idealizaciones primitivas no benefician ni estructuran la personalidad de forma adaptativa. Cuando una persona las utiliza de manera abrumadora, recurrente y sin distinguir entre la realidad y la idealización, puede generar confusión y problemas en su funcionamiento psicológico (Monzón-Reviejo & Fernández-Guerrero, 2016). Es una orientación para percibir los objetos externos como completamente positivos con el fin de obtener su protección frente a los objetos negativos, y de garantizar que no sufrirán

daño, contaminación o destrucción debido a su propia agresión o a la contemplada en otros objetos (Fossa-Arcila, 2010). Los pacientes con TPL suelen emplear mecanismos de proyección muy fuertes, y esto puede llevar a una debilidad en su *yo* y la inhabilidad de distinguir entre ellos mismos y los objetos del mundo exterior, lo que se refleja en estados confusos y desorden en su identidad (Monzón-Reviejo & Fernández-Guerrero, 2016). A menudo, esto conduce a que se pierda temporalmente el sentido de realidad. Utilizando este mecanismo, los pacientes con TPL atacan y dominan al objeto externo antes de que este pueda dañarlos o destruirlos (Fossa-Arcila, 2010). Dado que estas personas no quieren buscar ayuda por miedo a fracasar de nuevo, la utilización de los mecanismos de omnipotencia y devaluación se presenta como una respuesta maníaca para hacer frente a la tristeza, la sensación de no valer nada, y la falta de sentido y satisfacción vital (Monzón-Reviejo & Fernández-Guerrero, 2016). La omnipotencia conduce a identificarse con un objeto totalmente bueno para protegerse de los objetos persecutorios malos; debido a la relación establecida con el objeto, la persona se aferra a él y lo idealiza. La desvalorización de los objetos se refiere a la tendencia a abandonar y descartar objetos externos que ya no brindan satisfacción o protección (Fossa-Arcila, 2010). El mecanismo de negación alude a la negación simultánea de dos áreas de la conciencia que son emocionalmente independientes entre sí, y aunque el paciente con TPL sabe que en ciertos momentos sus percepciones, pensamientos y sentimientos son completamente diferentes a los que experimentó en otros momentos, este conocimiento no tiene un efecto emocional significativo y no puede cambiar la forma en que se siente. El paciente rechaza la existencia de emociones que ha notado previamente y tampoco reconoce la influencia que puede tener una situación real determinada en las emociones (Fossa-Arcila, 2010).

Las representaciones objetales tienen su origen frente al enfoque reduccionista de la sexualidad. Cada impulso posee un propósito y un objeto. El propósito es satisfacer los deseos inconscientes, mientras que el objeto es algo en el mundo exterior que facilita el logro de ese propósito. El nivel límite de la actividad de la personalidad se encuentra en un punto intermedio entre la neurosis y la psicosis. Estas personas no están completamente integradas en la sociedad, pero todavía mantienen cierto contacto con la realidad. Sin embargo, en ocasiones pueden disociarse o experimentar episodios psicóticos (Millon et al., 2006). Gran parte de las conductas de las personas con esta condición se explica por una disociación de la representación de los objetos. Esta división se origina principalmente en la falta de integración del *yo* temprano, lo que lleva a una división defensiva del *yo* que se conoce como *mecanismo de escisión*. Como resultado, se establece una separación entre objetos “buenos” y “malos” (Fossa-Arcila, 2010).

Respecto al estado de ánimo-temperamento, las personas con TPL presentan una marcada inestabilidad emocional debido a una alta sensibilidad en su estado de ánimo. Además, frecuentemente tienen reacciones de ira intensa y presentan dificultades para

controlarla y esto, a su vez, genera desánimo y enojo ante la ineficacia de sus estrategias de afrontamiento (Corchero et al., 2012). Por otro lado, es necesario destacar que la imprevisibilidad y la impulsividad que muestran las personas con TPL son los pilares centrales de su temperamento y de sus acciones (Millon & Davis, 1998). Por ende, es comprensible la alta tasa de suicidio a causa de la falta de control emocional y la intensidad de sus estados afectivos (Escribano-Nieto, 2006).

**Tabla 1**

*Principales características psicopatológicas según los ámbitos clínicos de Millon*

Ámbitos clínicos	Características principales
Comportamiento observable	Conductas impulsivas; conductas manipuladoras hacia los demás; reacciones de ira; y comportamientos suicidas y autodestructivos.
Comportamiento interpersonal	Relaciones intensas, inestables y tormentosas en las que existe una gran ambivalencia al mostrar cambios rápidos en la valoración hacia los demás pasando del aprecio al rechazo rápidamente. Dificultades para tolerar la soledad y el miedo al abandono.
Estilo cognitivo	Incapacidad para tolerar la ansiedad, controlar impulsos y episodios micropsicóticos transitorios. Principal distorsión cognitiva: pensamiento dicotómico (completamente positivo o negativo).
Autoimagen	Inestabilidad importante en la identidad e imagen de sí mismos, mostrando cambios en la valoración muy rápidos. Tienen una imagen corporal que mezcla la inflación narcisista con la inferioridad.
Mecanismos de defensa	Disociación o escisión primitiva; idealizaciones primitivas; de proyección; omnipotencia y devaluación; y de negación.
Representaciones objetales	Falta de integración del yo temprano que provoca una división objetal en "bueno" o "malo" y que a su vez constituye el mecanismo de escisión. La personalidad se encuentra en un nivel de actividad entre la neurosis y la psicosis.
Estado de ánimo-temperamento	Inestabilidad afectiva y estado emocional cambiante. Reacciones de ira intensa, enojo y desánimo. Imprevisibilidad e impulsividad como pilares centrales de su temperamento y acciones.

## **MECANISMOS DE AUTOPERPETUACIÓN SEGÚN MILLON**

Se puede mantener el patrón de comportamiento por la falta de límites que dificultan la regulación emocional y por una postura anticipatoria, contribuyendo a crear las condiciones frustrantes (Millon & Davis, 1998). Mediante determinados mecanismos de autoperpetuación, el sujeto limita su habilidad para adquirir experiencias positivas, generando situaciones tensas o estresantes en las relaciones interpersonales, incluso cuando no existen objetivamente, lo que produce respuestas negativas en los demás que reavivan conflictos previos. El individuo es el responsable de mantener sus dificultades y

generar nuevas al iniciar ciclos negativos y autodestructivos que empeoran su malestar y prolongan su sufrimiento. En concreto, existen algunos procesos que mantienen los problemas de la persona en el tiempo, como las actitudes defensivas, las alteraciones en la percepción y el pensamiento, la generalización de la conducta y la repetición compulsiva de ciertos patrones (Bautista-Fuentes & Quiroga, 2005). En definitiva, estos mecanismos de autopropagación son esfuerzos disfuncionales para superar sus dificultades.

Algunos de esos esfuerzos disfuncionales tienen que ver con contrarrestar la separación, liberar tensiones y la rendición mediante el autodesprecio. En lo que se refiere a contrarrestar la separación, el paciente límite se apega a alguien que no solo lo utilice, sino que lo necesite y, por tanto, que no lo abandone. Tiene la necesidad de obtener aprecio y afecto, e impedir la pérdida posterior. Si sus esfuerzos fracasan y, finalmente, es abandonado, el paciente empieza a usar estrategias nuevas como el método sustitutivo para controlar la ansiedad por separación. Sin embargo, estos nuevos esfuerzos por controlar esa ansiedad suelen ser menos eficaces, lo que le provoca más ansiedad, frustraciones, desesperación y hostilidad, siendo más vulnerable al abandono. Por otro lado, en lo que respecta a liberar tensiones, el miedo a la separación y la falta de éxito en la búsqueda de relaciones estables y afectivas generan una acumulación de ansiedad, conflictos y hostilidad que se va intensificando con el tiempo. Estos pacientes intentan expresar indirectamente las tensiones internas que sienten con el abatimiento, la depresión, la angustia, la desesperación, los comportamientos malhumorados, las amenazas (suicidio, autolesiones, etcétera). Con algunos de estos comportamientos, logran que sus familias o personas cercanas los cuiden y se sientan culpables. Aunque obtienen beneficios inmediatos al liberar la tensión y la hostilidad de forma indirecta, a largo plazo suelen ser perjudiciales para ellos mismos. Finalmente, otra forma de autopropagación es la rendición mediante el autodesprecio, pues la hostilidad de estos pacientes supone una gran amenaza para sí mismos. Expresar hacia los demás esa desesperación por mantenerlos a su lado puede provocar hostilidad y abandono de los demás. Para aliviar su conciencia y asegurar su purgación, estos pacientes se reprochan sus propias faltas, se castigan, se menosprecian, se culpan e intentan enmendar. De esta manera, invierten los impulsos hostiles hacia ellos mismos (Millon & Davis, 1998; Millon et al., 2006).

## **ETIOLOGÍA DEL TPL SEGÚN OTROS AUTORES NO RECOGIDOS POR MILLON**

La terapia dialéctico-conductual (DBT; Linehan, 1993) se fundamenta en la teoría biosocial del funcionamiento de la personalidad y afirma que la principal dificultad en los pacientes que padecen TPL es la falta de control emocional, lo que implica la utilización de estrategias poco adaptativas e inadecuadas para regular sus emociones. Esta falta de control emocional sería el resultado de la combinación de una predisposición biológica a



la vulnerabilidad emocional, un entorno negativo que invalida sus emociones y la interconexión entre ambos elementos durante su desarrollo (Aramburú-Fernández, 1996). Las personas que padecen TPL suelen reaccionar de forma inesperada e inapropiada ante situaciones que deberían provocar una respuesta emocional más controlada y estable. Por otro lado, la falta de enseñanza en la identificación de emociones, regulación de la activación, tolerancia a la frustración y confianza en las respuestas emocionales del individuo son factores que intervienen en la desregulación emocional y son comúnmente atribuidos a un entorno invalidante (Sarmiento-Suárez, 2008).

Por otro lado, Reyes-Ortega et al. (2015) conceptualizan el TPL desde una perspectiva contextualista funcional, como un patrón basado en la evitación de experiencias donde la interrelación entre los factores biológicos y una historia de adversidad y maltrato continuo puede presentarse como una dificultad para regular las emociones. Esto puede dar lugar a la presencia de severos episodios de rigidez cognitiva y experiencias emocionales inusuales vinculadas con conductas impulsivas (por ejemplo, autolesiones, abuso de sustancias, anorexia, promiscuidad, hostilidad, etcétera) que reducen el malestar psicológico a corto plazo, pero que al mismo tiempo ponen en riesgo la supervivencia, la realización de metas personales, la habilidad para relacionarse con otros y la formación de la identidad, además de fomentar sentimientos de vacío.

## RELACIÓN ENTRE EL TPL Y LOS DIVERSOS TRASTORNOS CLÍNICOS

El TPL presenta una sintomatología muy variada, por lo que existe una gran probabilidad de que estos síntomas también aparezcan en otros trastornos clínicos del eje I y del eje II del *DSM-5* (ver Figura 1), lo cual puede influir en su curso, pronóstico y tratamiento (Cabeza-Monroy & Palomino-Huertas, 2010; Palomares et al., 2016). La comorbilidad del TPL con el eje II influye negativamente en el curso y pronóstico de los trastornos del eje I y, a su vez, en la recuperación terapéutica del TPL (Palomares et al., 2016).

Dentro del eje II, el TPL se solapa con otros trastornos de la personalidad. De acuerdo con Millon y Davis (1998), existe una relación con los trastornos de personalidad de tipo negativista y masoquista. Por otro lado, Nurnberg et al. (1991) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de verificar la superposición y la coexistencia de los distintos trastornos de personalidad, con especial atención en el trastorno límite. Los resultados indican que la mayoría de los trastornos de personalidad no se presentan como un diagnóstico único, lo que se traduce en niveles altamente elevados de comorbilidad y una relación interdependiente entre síntomas y diagnósticos de cada trastorno de personalidad, particularmente para el TPL. Además, en el trabajo de Palomares et al. (2016), hemos encontrado estudios en los que se presenta el TPL asociado a otros trastornos de la personalidad como el tipo antisocial, el narcisista y el masoquista. En relación con el TPL y el tipo de personalidad antisocial, se encuentra una asociación en

los comportamientos impulsivos, la agresividad, la hostilidad y la reactividad. De hecho, se ha encontrado que el trastorno de la personalidad más comórbido al TPL es el antisocial (González-Guerrero & Robles-Sánchez, 2005). En el caso de los pacientes TPL con trastorno de la personalidad narcisista (TPN) comórbido, se da una mezcla de características muy positivas del yo y de los demás con otras características negativas del yo, lo que da lugar tanto a un *self* grandioso patológico como a una percepción devaluada del mundo externo. El *self* grandioso es una construcción psicológica que busca compensar una baja autoestima y es susceptible de desmoronarse, por lo que el individuo oscila entre sentir una exagerada valoración de sí mismo, y todo lo contrario (Diamond et al., 2013). Finalmente, encontramos el TPL asociado al masoquismo; en este caso, la clave es entender la razón de la búsqueda del dolor que caracteriza al masoquista, y buscar su relación con los comportamientos arriesgados o peligrosos y el apego inseguro que caracterizan al paciente límite. En el estudio de Puértolas-Argüelles (2018), se hace referencia al trastorno del masoquismo sexual y se ha encontrado como una práctica recurrente en mujeres con TPL; además, se tiene en consideración el círculo vicioso placer-dolor del masoquista con las autolesiones en el paciente límite.

Por otro lado, diferentes estudios han puesto de manifiesto la asociación existente entre el TPL y los diferentes trastornos del eje I. El TPL se relaciona con los trastornos depresivos (Bellino et al., 2005; Gremaud-Heitz et al., 2014), el trastorno bipolar (Brieger et al., 2003; Zimmerman & Morgan, 2013), trastornos de ansiedad —fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático— (Dyck et al., 2001; Latas & Milovanovic, 2014), trastornos de la conducta alimentaria (Molina-Ruiz et al., 2019), trastorno por abuso de sustancias (Kienast et al., 2014; Wapp et al., 2015), trastornos psicóticos (Glaser et al., 2010; Pearse et al., 2014) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Ramos-Quiroga et al., 2013; Stepp et al., 2013). La comorbilidad del TPL con estos trastornos se relaciona con un comienzo en edades tempranas, síntomas más graves, un mal pronóstico, una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo, y puntuaciones más altas en medidas de depresión y ansiedad (Cabeza-Monroy & Palomino-Huertas, 2010).

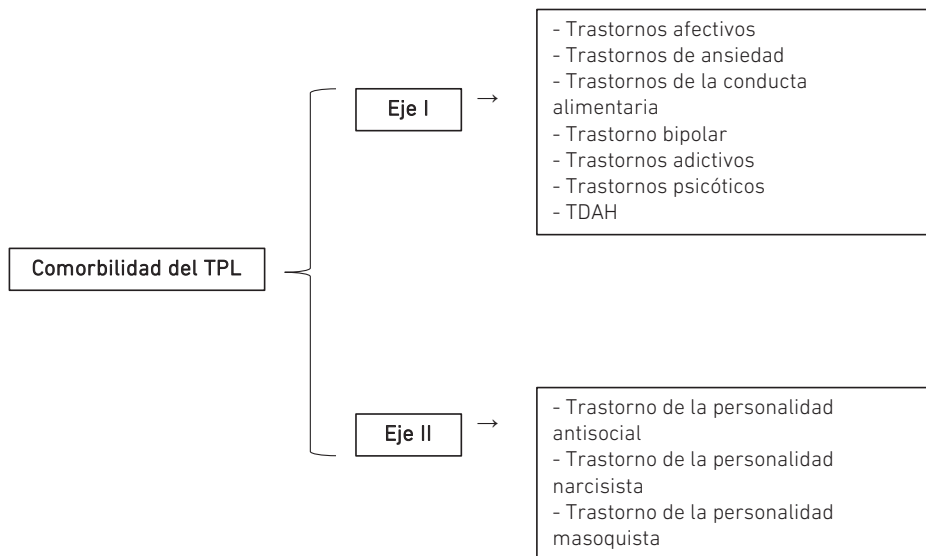
El TPL es un factor predictor de los trastornos afectivos. De acuerdo con Hellerstein et al. (2010), la aparición de la distimia se relaciona con el mantenimiento del diagnóstico de TPL después de dos años. Además, en otros estudios se afirma que el TPL supone un mayor riesgo en la ideación suicida y autoagresión si tiene comorbilidad con un trastorno de depresión mayor (Sharp et al., 2012; Wedig et al., 2012). Respecto a la coocurrencia entre el TPL y los trastornos de ansiedad, esta relación engloba consecuencias clínicas significativas, como un incremento en la tasa de suicidio, mayor gravedad de estos trastornos del eje I y un efecto negativo más fuerte en la vida de la persona (Latas & Milovanovic, 2014). También es interesante destacar que la comorbilidad entre el TPL y el trastorno depresivo es un factor que aumenta la probabilidad de desarrollar un

trastorno de ansiedad o síntomas ansiosos (Gremaud-Heitz et al., 2014). Por otro lado, los estudios sobre la coocurrencia entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el TPL muestran una gran prevalencia, habiendo una mayor frecuencia de comorbilidad con la bulimia, lo cual se puede atribuir a que comparten algunos criterios diagnósticos en común, como pueden ser la impulsividad, los atracones, la inestabilidad del estado de ánimo y la alteración de la autoimagen (Echeburúa & Marañón, 2001). El trastorno bipolar y el TPL están asociados a un riesgo de intentos de suicidio, a la inestabilidad del estado de ánimo, a conductas impulsivas y, además, presentan una gran comorbilidad con los trastornos depresivos. Por tanto, la coocurrencia de estos trastornos genera un riesgo aditivo a comportamientos autolesivos y una mayor desregulación emocional (Torales & Navarro, 2019).

En cuanto a los trastornos adictivos, el consumo de alcohol y el uso y abuso de sustancias psicoactivas es bastante común en las personas con un diagnóstico de TPL. Esto se podría deber a la necesidad de búsqueda de nuevas sensaciones a través de conductas muy impulsivas y a las propiedades analgésicas que presentan algunas sustancias como el *cannabis*, ya que suelen provocar una percepción del dolor alterada (Szerman-Bolotner & Peris-Díaz, 2008). El abuso de estas sustancias es un factor que obstaculiza el tratamiento y que empeora la sintomatología y el pronóstico (Ambriz-Figueroa & Peris, 2017). Por otro lado, según Pearse et al. (2014), el 60 % de los pacientes con TPL reporta experimentar síntomas psicóticos semejantes a los observados en la esquizofrenia, tales como alucinaciones auditivas que tienen un contenido negativo y de crítica. Además, en otro estudio, se pone de manifiesto que la posible explicación para la aparición de psicosis en pacientes de tipo límite puede ser el estrés al que están sometidos (Glaser et al., 2010). Finalmente, la comorbilidad existente entre el TDAH y el TPL se debe a que este trastorno del eje I, el cual aparece durante la infancia, es un factor predisponente para la aparición de trastornos de la personalidad del grupo B (como es el tipo límite) a través de rasgos característicos como la impulsividad y la dificultad para sostener objetivos a largo plazo, para regular las emociones y para mantener relaciones estables con otros (Ramos-Quiroga et al., 2013).

**Figura 1**

*Esquema sobre la comorbilidad del TPL con el eje I y el eje II*



### PROPUESTAS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN PARA EL TPL

Las primeras investigaciones sobre la aplicación de la terapia dialéctico-conductual (DBT) de Linehan surgieron a finales de los años 80 (Agüero-Gento et al., 2014). La DBT es recomendada por las guías de práctica clínica para pacientes diagnosticados de TPL (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). La DBT está diseñada para ser administrada a los participantes que asisten al grupo cada semana durante dos horas y media. Los objetivos principales de esta terapia son disminuir las conductas suicidas del paciente; atenuar conductas que obstaculizan significativamente el tratamiento; mitigar conductas que afectan negativamente la calidad de vida; y el aprendizaje de habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar (Linehan, 1993). El módulo de formación en habilidades básicas de conciencia tiene como objetivo cultivar una actitud consciente y reflexiva, en la que se observen y describan los hechos sin emitir juicios de valor sobre si son "buenos" o "malos", y se actúe con atención. Por otro lado, en el entrenamiento de habilidades de efectividad interpersonal, se trabajan las habilidades sociales y las estrategias de solución de problemas debido a que los pacientes con TPL presentan una gran inestabilidad a la hora de mantener relaciones personales y sociales marcadas por el conflicto. Las habilidades de regulación emocional se trabajan a través de la enseñanza y aprendizaje de la identificación de las emociones y sus respectivas

etiquetas, con el objetivo de que estos pacientes reconozcan tanto las propias emociones como las ajenas, y adquieran estrategias de regulación emocional. Finalmente, el módulo de formación en habilidades de tolerancia al malestar está dirigido a aceptar el momento presente tal como es, sin juzgar, con el objetivo de sobrevivir a las crisis, y llevando a cabo estrategias distractoras (Corchero et al., 2012).

La DBT ha demostrado ser eficaz para disminuir el grado de depresión, la ideación y conducta suicida; asimismo, se ha comprobado que reduce el riesgo de abandono del tratamiento y de ingreso hospitalario (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Las estrategias de afrontamiento son especialmente relevantes en las habilidades que se entrenan mediante esta terapia (Agüero-Gento et al., 2014). Debido a las dificultades que tienen en las relaciones interpersonales, las personas con TPL pueden evitar buscar apoyo social y emplear sobre todo la evitación como estrategia de afrontamiento (Millon & Davis, 1998). Es relevante destacar que, si se confirma que hay problemas en las estrategias de afrontamiento utilizadas, podría ser una oportunidad para enseñar habilidades de afrontamiento más adaptativas a estos pacientes (Agüero-Gento et al., 2014).

Como se ha mencionado anteriormente, la DBT es el tratamiento estándar del TPL y una intervención eficaz para disminuir conductas autolesivas y suicidas. Aunque la DBT tiene la base más sólida en el tratamiento de este trastorno, muchos profesionales han adoptado un enfoque integrador utilizando tratamientos como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la psicoterapia analítica funcional (FAP) como complemento a la DBT (Setkowski et al., 2023; Stoffers-Winterling et al., 2022), ya que la investigación actual respalda la combinación de estas terapias para aumentar la efectividad. Tanto la DBT como la ACT y FAP se encuentran dentro de las terapias de tercera generación y trabajan desde una perspectiva funcional-contextual (Reyes-Ortega et al., 2020).

Desde el punto de vista de ACT, los síntomas del TPL y las dificultades de regulación emocional implican un problema de inflexibilidad grave impulsado por la evitación experiencial y la fusión con un *yo* conceptualizado negativamente (Morton & Shaw, 2012). Por tanto, desde esta perspectiva, se entiende que el verdadero problema no son los intensos afectos negativos, sino la evitación experiencial, la fusión con los pensamientos negativos y las elecciones que la persona toma sobre la acción, que van en contra de sus valores fundamentales (Morton et al., 2012). La autolesión y el abuso de drogas pueden verse como estrategias de evitación; la intolerancia a la angustia y la ineficacia interpersonal, como dos tipos de valores o reforzadores construidos verbalmente; y la inestabilidad de la identidad, como una fusión del *yo* contenido (Chapman et al., 2006; Morton et al., 2012).

La aplicación de ACT se enfoca en la evitación experiencial y la fusión cognitiva para apoyar un comportamiento funcionalmente flexible y desarrollar patrones de acción consistentes con los valores personales (Hayes, 2004). Por esta razón, ACT podría

beneficiar a los pacientes con TPL de estrategias para facilitar la conciencia del momento presente, la aceptación de emociones difíciles, la defusión del *yo* contenido adoptando un *yo* como contexto, la identificación de valores y la acción comprometida con estos valores. Las adquisiciones de estas estrategias permitirían a la persona una experiencia de flexibilidad y adaptación al cambio (Morton et al., 2012).

Por último, FAP es una intervención basada en las relaciones interpersonales (Kohlenberg & Tsai, 2007). Desde esta perspectiva, las conductas interpersonales problemáticas de los pacientes con TPL se mostrarán en la relación terapéutica a través de una respuesta diferencial y contingente, y el terapeuta podrá ayudar a disminuir o eliminar tales conductas en la sesión, posibilitando su generalización fuera de la sesión. Se destaca en el desarrollo del TPL el papel de un *yo* bajo control público (Kohlenberg & Tsai, 2007); es decir, la invalidación generalizada a lo largo de las experiencias vitales del individuo no permite establecer una percepción de uno mismo definida bajo control interno y los eventos privados de cada uno, lo que conlleva una percepción de autocontrol definida por señales externas, conduciendo así a experiencias crónicas de vacío, identidad inestable y graves problemas de autorregulación. Por tanto, el integrar FAP con otros tratamientos para el TPL permitiría un mayor énfasis en el funcionamiento interpersonal (Levy et al., 2006).

## CONCLUSIONES

Como problema de salud mental, el trastorno de personalidad límite repercute en la vida y la comunicación de los pacientes. La impulsividad, la irritabilidad y otros problemas emocionales son las manifestaciones del TPL. Sin embargo, su importancia radica en las relaciones sociales: inestables, intensas, cargadas de ansiedad y dinámicas de “tira y afloja”. Hay evidencia científica de que, como criaturas sociales, necesitamos relaciones sociales satisfactorias, y que “caer bien” está directamente relacionado con las impresiones de la personalidad (Back et al., 2023). Por ende, llevar una vida socialmente aislada o problemática es un factor de riesgo para la mayoría de las personas. Esto nos lleva a plantearnos dos cosas. En primer lugar, puesto que el TPL puede conformarse en la infancia por estar sometido a un estrés ambiental temprano (Kleindienst et al., 2021), la investigación futura debería enfocarse en el desarrollo de la prevención del TPL en la infancia para favorecer experiencias relacionales tempranas positivas, en lugar de centrarse exclusivamente en el tratamiento del TPL. En segundo lugar, los profesionales sanitarios deben ser conscientes del reto que supone la relación con pacientes que padecen TPL, por lo que estar familiarizado con dicha psicopatología y sus características, puede ser productivo para adoptar un estilo interactivo que beneficie la relación terapéutica y evite posibles interacciones interpersonales problemáticas. En última instancia, esto favorecerá que la atención sanitaria vaya más allá del manejo de la conducta y apoye a las personas diagnosticadas de TPL con su bienestar psicológico.

Asimismo, dado que el malestar en las relaciones cercanas desempeña un papel fundamental como correlato y factor potencial de mantenimiento del TPL, las intervenciones que incluyen a las personas significativas del paciente (por ejemplo, pareja, familiares, amigos) pueden ser capaces de dirigirse de manera más directa y eficaz al trastorno y al contexto interpersonal que podría provocar los síntomas. Por tanto, es importante examinar las formas en que los otros significativos pueden incorporarse a los tratamientos del TPL, ya que algunos estudios sugieren que su inclusión puede agilizar y optimizar las intervenciones individuales existentes para el TPL (Fitzpatrick et al., 2019). En definitiva, este enfoque puede producir resultados positivos para los clientes individuales y sus relaciones cercanas.

Sin duda, para los otros significativos, es difícil ver cómo su ser querido atraviesa ciclos de autolesiones, intentos de suicidio, inestabilidad emocional y conductas de riesgo. Por ello, es totalmente comprensible que experimenten una sensación de impotencia y frustración. A esto se añade que deben hacer frente al estrés provocado por el estigma que sigue habiendo hacia los problemas de salud mental (Kirtley et al., 2019). De este modo, el TPL causa sufrimiento no solo a los afectados por el propio trastorno, sino también a toda su red de apoyo. Por esta razón, es primordial que los cuidadores puedan tener acceso a una asistencia psicológica de calidad con el fin de gestionar su propio malestar psicológico.

Por último, es un hecho que, en la actualidad, el acceso a los *smartphones* supera el acceso a la atención psicológica, y las aplicaciones para *smartphones* tienen potencial para proporcionar algún tipo de ayuda cuando otras formas de atención simplemente no están disponibles. En este sentido, se conoce que la DBT es una terapia intensiva y eficaz para el tratamiento del TPL, pero está asociada a costes elevados, disponibilidad limitada y barreras de acceso (Murphy et al., 2020). Las herramientas digitales representan una oportunidad para aumentar el acceso a la DBT, dado el creciente respaldo sobre la eficacia y seguridad de brindar psicoterapia a través de aplicaciones móviles (Ilagan et al., 2020). La DBT puede ser especialmente adecuada para trasladar componentes clínicos a formatos digitales, dado que la intervención utiliza tarjetas diarias de emociones e impulsos, apoyo en crisis disponible en todo momento, práctica de habilidades de afrontamiento y tareas semanales. Por tanto, las aplicaciones móviles pueden ser una vía prometedora para reducir la brecha de atención psicológica en el TPL, aunque es fundamental investigar cómo diseñar estas aplicaciones de manera que contribuyan a abordar funcionalmente los síntomas.

## REFERENCIAS

- Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Ibarra-Uría, O., De la Fuente-Redondo, L., & Mangué-Pérez, J. J. (2014). Estrategias de afrontamiento de una muestra de pacientes con trastorno límite de personalidad en terapia dialéctico-conductual. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 103-106. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/501>
- Ambriz-Figueroa, A. K., & Peris, L. (2017). Trastorno límite de la personalidad y patología dual. En R. Marín-Navarrete, N. Szerman & P. Ruiz (Eds.), *Monografía sobre patología dual: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 98-107). Ediciones APM.
- Aramburú-Fernández, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4(1), 123-140. [https://www.trastornolimitede.com/images/stories/pdf/TDC\\_para\\_el\\_trastorno\\_limite\\_de\\_la\\_perso.pdf](https://www.trastornolimitede.com/images/stories/pdf/TDC_para_el_trastorno_limite_de_la_perso.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2012). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Back, M. D., Branje, S., Eastwick, P. W., Human, L. J., Penke, L., Sadikaj, G., Slatcher, R. B., Thielmann, I., Van Zalk, M. H. W., & Wrzus, C. (2023). Personality and social relationships: What do we know and where do we go. *Personality Science*, 4, 1-32. <https://doi.org/10.5964/ps.7505>
- Bautista-Fuentes, J., & Quiroga, E. (2005). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17(3), 422-429. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8343>
- Bellino, S., Patria, L., Paradiso, E., Di Lorenzo, R., Zanon, C., Zizza, M., & Bogetto, F. (2005). Major depression in patients with borderline personality disorder: A clinical investigation. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 234-238. <https://doi.org/10.1177/070674370505000407>
- Brieger, P., Ehrt, U., & Marneros, A. (2003). Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 28-34. <https://doi.org/10.1053/comp.2003.50009>
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Editorial Síntesis.
- Cabeza-Monroy, G. M., & Palomino-Huertas, L. D. (2010). Comorbilidad en el eje I del trastorno límite de la personalidad. *Vertex*, 21(90), 97-104. <http://editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex90.pdf#page=18>
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a04.pdf>



- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Corchero, M., Balés, C., Olivia, C., & Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con trastorno límite de la personalidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (103), 55-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393286>
- Cuevas-Yust, C., & Pérez-Díaz, A. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56023335007.pdf>
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S., Fischer-Kern, M., Delaney, J., & Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 527-551. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.815087>
- Dyck, I. R., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., Dolan, R. T., Shea, M. T., Stout, R. L., Massion, A. O., Zlotnick, C., & Keller, M. B. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 60-71. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.1.60.18643>
- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 513-525. [https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2020/04/05.Echeburua\\_9-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2020/04/05.Echeburua_9-3oa.pdf)
- Escribano-Nieto, T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20. <https://www.trastornolimites.com/images/stories/pdf/TLP-estudio-y-tratamiento-por-tania-escribano-nieto.pdf>
- Fernández-Felipe, I., Guillén, V., Marco, H., Díaz-García, A., Botella, C., Jorquera, M., Baños, R., & García-Palacios, A. (2020). Efficacy of "family connections", a program for relatives of people with borderline personality disorder, in the Spanish population: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, (20), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02708-8>
- Fitzpatrick, S., Wagner, A. C., & Monson, C. M. (2019). Optimizing borderline personality disorder treatment by incorporating significant others: A review and synthesis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 297-308. <https://doi.org/10.1037/per0000328>
- Fossa-Arcila, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1(1), 32-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987453>

- Glaser, J. P., Van Os, J., Thewissen, V., & Myin-Germeys, I. (2010). Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *121*(2), 125-134. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01427.x>
- González-Guerrero, L., & Robles-Sánchez, J. I. (2005). Agresividad y delictología en el trastorno límite de personalidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, *5*, 107-125. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2382729.pdf>
- Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Walter, M., Sollberger, D., Küchenhoff, J., & Dammann, G. (2014). Comorbid atypical depression in borderline personality disorder is common and correlated with anxiety-related psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(3), 650-656. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.021>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hellerstein, D. J., Skodol, A. E., Petkova, E., Xie, H., Markowitz, J. C., Yen, S., Gunderson, J., Grilo, C., Daversa, M. T., & McGlashan, T. H. (2010). The impact of comorbid dysthymic disorder on outcome in personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(5), 449-457. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.11.002>
- Illagan, G. S., Iliakis, E. A., Wilks, C. R., Vahia, I. V., & Choi-Kain, L. W. (2020). Smartphone applications targeting borderline personality disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *(7)*, 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00127-5>
- 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>
- Kirtley, J., Chiocchi, J., Cole, J., & Sampson, M. (2019). Stigma, emotion appraisal, and the family environment as predictors of carer burden for relatives of individuals who meet the diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *33*(4), 497-514. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_355](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_355)
- Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., & Bohus, M. (2021). Treating adults with a dual diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *89*(11), 925-936. <https://doi.org/10.1037/ccp0000687>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2007). *FAP. Psicoterapia analítica funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.

- Latas, M., & Milovanovic, S. (2014). Personality disorders and anxiety disorders: What is the relationship? *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 57-61. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000025>
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Editorial Masson.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2.ª ed.). Editorial Masson.
- Molina-Ruiz, R. M., Alberdi-Páramo, Í., De Castro-Oller, M., Gutiérrez-Fernández, N., Carrasco-Perera, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2019). Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 109-120. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.494>
- Monzón-Reviejo, S., & Fernández-Guerrero, M. J. (2016). Guía diagnóstica para el trastorno límite de la personalidad en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 28, 55-65.
- Morton, J., & Shaw, L. (2012). *Wise choices: Acceptance and commitment therapy groups for people with borderline personality disorder*. Australian Postgraduate Medicine.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005>
- Murphy, A., Bourke, J., Flynn, D., Kells, M., & Joyce, M. (2020). A cost-effectiveness analysis of dialectical behaviour therapy for treating individuals with borderline personality disorder in the community. *Irish Journal of Medical Science*, 189(2), 415-423. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-02091-8>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. British Psychological Society.
- Nurnberg, H. G., Raskin, M., Levine, P. E., Pollack, S., Siegel, O., & Prince, R. (1991). The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(10), 1371-1377. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.10.1371>

- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., De la Vega, I., Montes, A., & Carrasco, J. L. (2016). Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(6), 212-221. <https://medes.com/publication/117378>
- Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C., & McKenna, P. J. (2014). A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 368-371. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000132>
- Puértolas-Argüelles, M. (2018). *La búsqueda de placer a través del dolor: revisión acerca de la relación entre TLP y BDSM* [Trabajo Fin de Máster, Universidad Ramon Llull]. Repositorio Institucional URL. <https://hdl.handle.net/2072/375868>
- Ramos-Quiroga, J. A., Vidal, R., Prats, L., & Casas, M. (2013). Personality disorders in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Minerva Psychiatry*, 54(4), 317-328. <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-psychiatry/article.php?cod=R17Y2013N04A0317>
- Reyes-Ortega, M. A., Miranda, E. M., Fresán, A., Vargas, A. N., Barragán, S. C., Robles-García, R., & Arango, I. (2020). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 474-489. <https://doi.org/10.1111/papt.12240>
- Reyes-Ortega, M. A., Vargas-Salinas, A. N., & Tena-Suck, A. (2015). Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 66-76. <https://doi.org/10.48102/pi.v23i2.119>
- Sarmiento-Suárez, M. J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 149-163.
- Setkowski, K., Palantza, C., Van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I. A., Noma, H., Furukawa, T. A., Arntz, A., Van Balkom, A. J. L. M., & Cuijpers, P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(8), 3261-3280. <https://doi.org/10.1017/S0033291723000685>
- Sharp, C., Green, K. L., Yaroslavy, I., Venta, A., Zanarini, M. C., & Pettit, J. (2012). The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 927-938. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.927>

- Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Pascual, J. C. (2016). Validation of the Spanish version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.002>
- Stepp, S. D., Olino, T. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (2013). Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features. *Personality Disorders*, 4(3), 223-229. <https://doi.org/10.1037/per0000015>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jørgensen, M. S., Sales, C. P., Callesen, H. E., Ribeiro, J. P., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 221(3), 538-552. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
- Szerman-Bolotner, N., & Peris-Díaz, L. (2008). Cannabis y trastornos de personalidad. En F. Arias-Horcajadas & J. A. Ramos-Atance (Eds.), *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos* (pp. 89-103). Observatorio Drogodependencias.
- Torales, J., & Navarro, R. (2019). Trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar: Del solapamiento de criterios diagnósticos al solapamiento clínico. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 52(1), 59-62. [https://doi.org/10.18004/anales/2019.052\(01\)59-062](https://doi.org/10.18004/anales/2019.052(01)59-062)
- Wapp, M., Van de Glind, G., Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Verspreet, S., Carpentier, P. J., Ramos-Quiroga, J. A., Skutle, A., Bu, E. T., Franck, J., Konstenius, M., Kaye, S., Demetrovics, Z., Barta, C., Fatséas, M., Auriacombe, M., Johnson, B., Faraone, S. V., Levin, F. R., ... & Mogg, F. (2015). Risk factors for borderline personality disorder in treatment seeking patients with a substance use disorder: An international multicenter study. *European Addiction Research*, 21(4), 188-194. <https://doi.org/10.1159/000371724>
- Wedig, M. M., Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Bradford-Reich, D., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*, 42(11), 2395-2404. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000517>
- Zimmerman, M., & Morgan, T. A. (2013). The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 155-169. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/mzimmerman>

